



**Universidad  
Norbert Wiener**

**Escuela de Posgrado**

Factores sociales y económicos que determinan  
el acceso a servicios de salud de los  
beneficiarios de programas sociales en el Perú:  
tendencias de desigualdades 2015-2019

**Tesis para optar el grado académico de Doctora en  
Salud**

**Presentado por:**

Gutierrez Aguado, Alfonso Julian

**Código ORCID:** 0000-0003-2539-7158

**Asesor:** Dr. Santiago Benites Castillo

**Código ORCID:** 0000-0002-8511-7106

**Lima - Perú**

**2023**



Universidad  
Norbert Wiener

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN

CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033

VERSIÓN: 01

FECHA: 08/11/2022

REVISIÓN: 01

Yo, **ALFONSO JULIAN GUTIERREZ AGUADO** Egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“FACTORES SOCIALES Y ECONÓMICOS QUE DETERMINAN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES EN EL PERÚ: TENDENCIAS DE DESIGUALDADES 2015-2019”** Asesorado por el docente: SANTIAGO MOISES BENITES CASTILLO Con DNI 17882491 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0002-8511-7106> tiene un índice de similitud de (18) (dieciocho)% con código oid:14912:222898857 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.

.....  
Firma de autor 1  
ALFONSO JULIAN GUTIERREZ AGUADO  
DNI: 09790150

.....  
Firma del Asesor  
Santiago Benites Castillo  
DNI: 17882491

Lima, 13 de abril del 2023

Tesis

FACTORES SOCIALES Y ECONÓMICOS QUE DETERMINAN EL ACCESO A  
SERVICIOS DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES  
EN EL PERÚ: TENDENCIAS DE DESIGUALDADES 2015-2019

Línea de investigación

POLÍTICAS PÚBLICAS Y DESARROLLO SOCIAL SOSTENIBLE

Asesor:

Dr. SANTIAGO BENITES CASTILLO  
Código ORCID. 0000-0002-8511-7106

## **Dedicatoria**

A Dios, quien me ha otorgado la fuerza y la sabiduría para superar los desafíos y obstáculos en el camino de mi educación.

A mi esposa Mariuccia y mis hijos Adriana, Gerardo, Augusto y Bindy. A mi esposa, agradezco por ser mi apoyo constante, por su paciencia, amor y dedicación incondicional en los momentos más difíciles. A mis hijos, agradezco por su alegría y por ser mi fuente de inspiración en todo momento.

A mi madre Alicia, gracias a ella, he aprendido el valor del esfuerzo, la perseverancia y la honestidad.

A mi padre Abraham, quien siempre creyó en mí y me alentó a perseguir mis sueños. A pesar de su partida, su amor y su legado continúan inspirándome en cada paso que doy

## **Agradecimiento**

A todos nuestros docentes, que fortalecieron nuestros conocimientos con el rigor científico.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT .....	¡Error! Marcador no definido.
RESUMO.....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCION.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	¡Error! Marcador no definido.
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: .....	¡Error! Marcador no definido.
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.1 PROBLEMA GENERAL:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS: .....	¡Error! Marcador no definido.
1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS:¡Error!	Marcador no definido.
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	¡Error! Marcador no definido.
1.4 JUSTIFICACION:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.4.1 JUSTIFICACION TEORICA:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.4.2 JUSTIFICACION METODOLOGICA:...	¡Error! Marcador no definido.
1.4.3 JUSTIFICACION PRACTICA: .....	¡Error! Marcador no definido.
1.4.4 JUSTIFICACION EPISTEMOLOGICA: ¡Error!	Marcador no definido.
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION: ¡Error!	Marcador no definido.
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....	¡Error! Marcador no definido.
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION:¡Error!	Marcador no definido.
2.2 BASES TEORICAS:.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3 FORMULACION DE HIPOTESIS:.....	¡Error! Marcador no definido.
2.3.1 HIPOTESIS GENERAL: .....	¡Error! Marcador no definido.
2.3.2 HIPOTESIS ESPECIFICA: .....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO III: METODOLOGÍA .....	¡Error! Marcador no definido.
3.1 METODO DE LA INVESTIGACION:.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
3.3 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
3.5 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO: ...	¡Error! Marcador no definido.
3.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES E INDICADORES:.....	¡Error! Marcador no definido.
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: ¡Error!	Marcador no definido.
3.7.1 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS:..	¡Error! Marcador no definido.

3.7.2	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS:....	¡Error!	Marcador no definido.
3.7.3	CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS;	¡Error!	Marcador no definido.
3.8	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS;	¡Error!	Marcador no definido.
3.9	ASPECTOS ÉTICOS .....	¡Error!	Marcador no definido.
<b>CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS..</b>			
<b>¡Error!</b>			
<b>Marcador no definido.</b>			
4.1	RESULTADOS .....	¡Error!	Marcador no definido.
4.1.1.	Análisis descriptivo: .....	¡Error!	Marcador no definido.
4.1.2.	Análisis inferencial: .....	¡Error!	Marcador no definido.
4.2	Contrastación de hipótesis .....	¡Error!	Marcador no definido.
4.2.1	Prueba de hipótesis General: .....	¡Error!	Marcador no definido.
4.2.2.	hipótesis específica 1: .....	¡Error!	Marcador no definido.
4.2.3.	hipótesis específica 2: .....	¡Error!	Marcador no definido.
4.3.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	¡Error!	Marcador no definido.
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES;</b>			
<b>¡Error!</b>			
<b>Marcador no definido.</b>			
5.1.	Conclusiones .....	¡Error!	Marcador no definido.
5.2.	Recomendaciones .....	¡Error!	Marcador no definido.
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>			
<b>¡Error!</b>			
<b>Marcador no definido.</b>			
<b>ANEXOS .....</b>			
<b>¡Error!</b>			
<b>Marcador no definido.</b>			
<b>ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....</b>			
<b>¡Error!</b>			
<b>Marcador no definido.</b>			
<b>ANEXO 2: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:.....</b>			
<b>¡Error!</b>			
<b>Marcador no definido.</b>			
<b>ANEXO 2: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO;¡Error!</b>			
<b>Marcador no definido.</b>			
<b>ANEXO 3: APROBACION DEL COMITÉ DE ETICA;¡Error!</b>			
<b>Marcador no definido.</b>			
<b>ANEXO 4: INFORME DEL ASESOR DE TURNITIN;¡Error!</b>			
<b>Marcador no definido.</b>			

## Resumen

**Objetivo:** Analizar la influencia de los factores sociales y económicos en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú y estimar las tendencias de desigualdades entre los años 2015-2019.

**Métodos:** es un estudio no experimental, con enfoque cuantitativo, toma como referencia la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) entre los años 2015 y 2019. Las variables del estudio fueron el acceso a servicios sanitarios (ASeSa) de salud de las personas beneficiarias de programas sociales, la segunda variable fue los factores sociales de acuerdo a género, grupo de edad, área donde reside, raza y región natural. La tercera variable se consideró a factores económicos, tales como el empleo (PEA) y el quintil de bienestar. Las desigualdades se midieron con curvas de concentración (CC) e índice de concentración (IC).

**Resultados:** se incluyó 17,693 (2015) y 18,252 participantes (2019). El porcentaje de personas que accedieron a los servicios sanitarios y son beneficiarios de algún programa social fue del 48.6% (2015) y del 47.6% (2019). El AseSa en beneficiarios de programas JUNTOS, CUNAMAS y Pensión 65 se reportó un incremento en los factores sociales, tales como en sexo femenino, menores de 18 años, los que residen en zonas urbanas, viven en la selva, de raza quechua y en relación con factores económicos, el ASeSa se incrementó en la PEA y en altos quintiles de

bienestar. En el análisis de desigualdad, se muestra que existe desigualdades socioeconómicas en el ASeSa entre los años 2015 y 2019.

**Conclusiones:** Los factores sociales y económicos se asocian al ASeSa. No se modificó las desigualdades socioeconómicas de los beneficiarios de los programas sociales (JUNTOS, CUNAMAS y Pensión 65) entre los años 2015 y 2019, contrasta con incremento de presupuesto en los Programas Presupuestal Basado en Resultados (PENSION 95 y CUNAMAS).

**Palabras clave:** acceso a servicio de salud, desigualdad en salud, programas sociales, encuesta nacional de hogares, Perú



## **Abstract**

**Objective:** Analyze the influence of social and economic factors on the access to health services of the beneficiaries of the Social Programs in Peru and estimate the trends of inequalities between the years 2015-2019.

**Methods:** it is a non-experimental study, with a quantitative approach, taking as a reference the National Household Survey (ENAHO) between the years 2015 and 2019. The variables of the study were the access to health services (ASeSa) of the beneficiaries. of social programs, the second variable was the social factors according to gender, age group, area where they reside, race and natural region. The third variable considered economic factors, such as employment (EAP) and the well-being quintile. Inequalities were measured with concentration curves (CC) and concentration index (CI).

**Results:** 17,693 (2015) and 18,252 (2019) participants were included. The percentage of people who accessed health services and are beneficiaries of some social program was 48.6% (2015) and 47.6% (2019). The AseSa in beneficiaries of the JUNTOS, CUNAMAS and Pension 65 programs reported an increase in social factors, such as females, children under 18 years of age, those who live in urban areas, live in the jungle, Quechua race and related. With economic factors, the ASeSa increased in the EAP and in high well-being quintiles. In the inequality

analysis, it is shown that there are socioeconomic inequalities in ASeSa between 2015 and 2019.

**Conclusions:** Social and economic factors are associated with access to health services. The socioeconomic inequalities of the beneficiaries of the social programs (JUNTOS, CUNAMAS and Pension 65) did not change between 2015 and 2019, in contrast to the budget increase in the Results-Based Budget Programs (PENSION 95 and CUNAMAS).

**Keywords:** access to health services, health inequality, social programs, national household survey, Peru

## Resumo

**Objetivo:** Analisar a influência dos fatores sociais e econômicos no acesso aos serviços de saúde dos beneficiários dos Programas Sociais no Peru e estimar as tendências das desigualdades entre os anos 2015-2019.

**Métodos:** trata-se de um estudo não experimental, com abordagem quantitativa, tendo como referência a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (ENAH) entre os anos de 2015 e 2019. As variáveis do estudo foram o acesso aos serviços de saúde (ASeSa) dos beneficiários dos programas sociais, a segunda variável foram os fatores sociais segundo gênero, faixa etária, área de residência, raça e região natural. A terceira variável considerou fatores econômicos, como emprego (EAP) e o quintil de bem-estar. As desigualdades foram medidas com curvas de concentração (CC) e índice de concentração (IC).

**Resultados:** foram incluídos 17.693 (2015) e 18.252 (2019) participantes. O percentual de pessoas que acessaram serviços de saúde e são beneficiários de algum programa social foi de 48,6% (2015) e 47,6% (2019). A ASeSa em beneficiários dos programas JUNTOS, CUNAMAS e Pension 65 relatou um aumento de fatores sociais, como mulheres, crianças menores de 18 anos, pessoas que vivem em áreas urbanas, vivem na selva, raça Quechua e relacionadas com fatores econômicos, a ASeSa aumentou na PEA e nos quintis de alto bem-estar.

Na análise da desigualdade, mostra-se que existem desigualdades socioeconômicas na ASeSa entre 2015 e 2019.

**Conclusões:** Fatores sociais e econômicos estão associados ao acesso aos serviços de saúde. As desigualdades socioeconômicas dos beneficiários dos programas sociais (JUNTOS, CUNAMAS e Pensão 65) não se alteraram entre 2015 e 2019, em contraste com o aumento orçamentário dos Programas de Orçamento por Resultados (PENSÃO 95 e CUNAMAS).

**Palavras-chave:** acesso a serviços de saúde, desigualdade em saúde, programas sociais, pesquisa nacional de domicílios, Peru

## **INTRODUCCIÓN**

Alrededor del 50% de la población a nivel mundial vive por debajo de 5.50 dólares por un día y aún tiene grandes problemas de satisfacer sus necesidades básicas. Por ello, los países tienen que responder a esta demanda social que permita suplir la deficiencia del mercado para combatir la pobreza y desigualdad. Los programas sociales permiten dar alivio a necesidades urgentes a población vulnerable y pobre.

Desde el año 2019, se coloca como principio fundamental para presupuestar en el Perú, el uso de evidencia científica. Las desigualdades e inequidades se hacen cada vez más evidente contrasta con el ascenso económico que tiene el Perú en estos años.

La investigación se compone en los siguientes capítulos:

Primero se destaca la problemática de la investigación, así como la presentación de objetivos y justificación, no menos importante las limitaciones que tiene este estudio.

En la segunda parte del estudio, se describe los antecedentes internacionales y nacionales. Se presenta el componente teórico y la formulación de hipótesis.

En la tercera parte de la tesis, se describe la metodología, la población y muestra del estudio, así como la operacionalización de la variable, no menos

importante la descripción de la técnica y recolección de datos, el análisis estadístico y las consideraciones éticas.

En la cuarta parte, se presenta los resultados a través de tablas y gráficos, así como el reporte del análisis inferencial y el reporte de las desigualdades. Así como la discusión de los resultados.

En la última parte del estudio, se coloca las conclusiones y las recomendaciones correspondientes.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

El acceso a servicios sanitarios (ASeSa) no son los más adecuados y esto debido a la falta de accesibilidad, disponibilidad de insumos, así como la adecuada atención sanitaria, es mayor en población vulnerable, pobres y extremadamente pobres, las inequidades se hacen más evidentes. En China, acceder a servicios sanitarios se ha visto limitada, la pobre protección financiera ocasiona como factor la reducción en el acceso a servicios sanitarios, así como la inequidad por cuartiles de bienestar han sido evidentes en la población<sup>1</sup>.

En África, el principal problema de ASeSa se debe a que las intervenciones sanitarias no están desarrolladas con enfoque equitativos, no están centradas a la familia, así como barreras que impiden una adecuada oferta de los servicios de salud<sup>2</sup>.

España a pesar de que tiene un sistema sanitario con cobertura universal, el acceso se ve limitado a otro grupo de población de riesgo o vulnerable, tal es el caso de los inmigrantes, las diferencias e inequidades en salud se hace visible, requiriendo intervenciones efectivas<sup>3</sup>.

En México, el alto gasto de bolsillo, así como la falta de protección financiera hace que sea un gran problema el ASeSa por parte de la población, la inequidad es evidente en población pobre<sup>4</sup>.

En Chile, el uso de servicios sanitarios por la población se ve limitada por el reposicionamiento de la protección social, así como el uso efectivo de los beneficios de salud por grupos sociales frente a las necesidades sanitarias percibidas<sup>5</sup>.

La principal barrera de ASeSa son los factores económicos, de todas ellas el gasto de bolsillo, y se manifiesta principalmente en zonas rurales, esto se presenta en países de bajos y medianos ingresos<sup>6</sup>.

El ASeSa es muy limitado, sobre todo en las zonas rurales del país, sierra rural y selva rural, a pesar de que los programas sociales tienen como objetivo reducir esta problemática se sigue dando en su población beneficiaria. Diversos estudios muestran esta problemática. En Loreto, en el estudio desarrollado por Westgard et al<sup>7</sup>, identifican barreras personales y contextuales que hacen que el uso de los servicios de salud se vea limitados, sobretodo en población beneficiaria de Programas sociales, identifica los siguientes factores, inadecuada atención en salud, no contar con disponibilidad de insumos médicos para la atención sanitaria (medicamentos, exámenes auxiliares, equipamiento), así como accesibilidad geográfica al establecimiento de salud<sup>7</sup>.



Las desigualdades socioeconómicas se hacen evidentes en el ASeSa, en el estudio de Hernández-Vásquez et al, muestra esta inequidad en servicios de salud bucal<sup>8</sup>. Las desigualdades sociales y regionales son evidentes en nuestro país, se evidencia en el ASeSa materno-neonatales, así como en los servicios oncológicos, donde el acceso a medicamentos oncológicos es más evidente<sup>9,10</sup>.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cómo influye los factores sociales y económicos en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú y cuáles son las tendencias de desigualdades entre los años 2015-2019?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cómo influye los factores sociales (sexo, grupo de edad, residencia y región natural)?

¿Cómo influye los factores económicos (quintiles de bienestar y gasto per cápita)?

¿Cuáles son las tendencias de desigualdad entre los años 2015 y 2019?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Analizar la influencia de los factores sociales y económicos en el acceso a servicios sanitarios (ASeSa) de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú y estimar las tendencias de desigualdades entre los años 2015-2019

### **1.3.2. Objetivos especiales**

- Analizar la influencia de los factores sociales (sexo, grupo de edad, residencia y región natural).
- Analizar cómo influye los factores económicos (quintiles de bienestar y empleo).
- Estimar las desigualdades socioeconómicas entre los años 2015 y 2019.

## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Justificación Teórica**

En el presente trabajo de investigación se estructura una reflexión teórica, donde el ASeSa permite a las personas, no solo llegar al establecimiento sanitario, sino además que el establecimiento de salud cuente con la disponibilidad de insumos médicos, no menos importante, la aceptabilidad, esto quiere decir, aceptar que la persona tiene una enfermedad o requiere de una atención médica.

Existe además una serie de factores sociales y económico que tiene el ciudadano para acceder a los servicios sanitarios, la inequidad se hace evidente, más aún en población vulnerable, llámese pobres y extremadamente pobres.

### **1.4.2. Justificación Práctica**

La utilidad práctica de la propuesta se estructura en contar con la disponibilidad de insumos médicos necesarios (recursos humanos, materiales médicos, medicamentos, vacunas, equipos biomédicos), no menos importante contar con infraestructura esto permitirá al ciudadano el ASeSa. Se prioriza intervenciones en la población más vulnerable para

contar con una mayor y mejor accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud.

#### **1.4.3. Justificación Metodológica**

Este trabajo propone nuevas estrategias o intervenciones que permitan generar conocimiento válido. La definición de ASeSa se estructura en contar con la accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad. No menos importante el financiamiento necesario para enmarcar las nuevas estrategias en estos componentes de ASeSa. Los programas de salud están estructurados en líneas de producción a través de programas presupuestales. Nuestra propuesta alcanzará esta línea considerando los componentes de los servicios de salud.

#### **1.4.4. Justificación epistemológica**

Si entendemos a la epistemología como el análisis del conocimiento científico, nuestra propuesta se justifica desde el planteamiento del problema, el país viene enfrentando inequidades en las intervenciones (estrategias) de los servicios de salud. Establecer objetivos que permitan lograr resultados sanitarios, es un aspecto relevante para obtener una adecuada calidad de vida en los pobladores. Estudiar la realidad, epistemología, enmarcada en la inequidad en los servicios de salud y más aún en población vulnerable permite reestructurar las intervenciones en salud, llámese adopción de los servicios, priorizar proyectos de inversión o adquisición de insumos de manera oportuna y más económicas son clave para lograr la equidad. Existe diversas herramientas que permiten estudiar la inequidad, la epistemología también trata de estudiar las herramientas, sus métodos y su lógica. Nuestra propuesta justifica su desarrollo al utilizar

herramientas metodológicas que permiten estimar equidad en el ASeSa. Pero para comprender el conocimiento científico, hay que precisar y comprender el conocimiento no científico. En el estudio de investigación se aproxima al saber popular, al conocimiento por parte de la población vulnerable va ser muy importante para comprender porque no acceden a los servicios sanitarios, y que otras prioridades tienen que desarrollar los tomadores de decisiones.

#### 1.5. **Limitaciones de la investigación**

La principal limitante es que el instrumento de recolección de datos tuvo que ser adaptado al objetivo del trabajo de investigación, ya que recoge diversas preguntas y permite evaluar diversas intervenciones socioeconómicas.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

En el estudio desarrollado por Shahidi *et al*<sup>11</sup> sugieren que los programas de apoyo social en los países de altos ingresos no logran mantener la salud de las poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas.

En el estudio Siddiqi *et al*<sup>12</sup> refiere que. alrededor del 50% de los habitantes del mundo vive sin satisfacer las necesidades básicas. Por ello, los países tienen que responder a esta demanda social que permita suplir la deficiencia del mercado para combatir la pobreza y desigualdad. Los programas sociales permiten dar alivio a necesidades urgentes a población vulnerable y pobre.

Floate *et al*<sup>13</sup> describe que a nivel mundial los programas de apoyo a los más pobres a través de transferencia de efectivo se han vuelto cada vez más populares y ahora se utilizan como intervenciones para apuntar a una variedad de resultados en salud. El impacto de estas intervenciones es muy heterogéneo, por ejemplo, en México y Brasil, se encontraban entre los primeros países de ingresos bajos y medios en implementar las transferencias condicionadas a dinero que permita reducir los obstáculos financieros para el ASeSa para las personas pobres.

México, donde después se implementó en el año 2004 el Sistema de Protección Social en Salud, se mostraron mejoras importantes en la inequidad del seguro de salud con un aumento en acceso de la población asegurada a servicios de salud. El aumento de la cobertura permitiría el uso de los servicios de salud<sup>14</sup>.

Molina-Salazar et al<sup>15</sup> en este estudio tuvo por objetivo analizar el ASeSa tomando en cuenta un enfoque equitativo, considerando la esperanza de vida al nacer. Los resultados que encontraron fueron la inequidad está determinada por el analfabetismo, pobreza, no formar parte de una institución de salud, estas variables impactan de manera negativa, mientras que las que impactan de manera positiva es el grado educativo. El estudio recomienda mejorar la organización del sistema sanitario, esto ayudaría a reducir la inequidad en la salud.

Puig et al<sup>16</sup> este estudio permite evaluar si los subsistemas de atención médica son efectivos para brindar atención médica de alta calidad a todos los mexicanos. Para ello se analizaron los datos de encuestas de hogares representativos a nivel nacional, este estudio permitió evaluar la calidad percibida de la atención médica en diferentes subsistemas. El estudio sugiere que se pueden lograr mejoras en la eficiencia y la equidad evaluando las variables que contribuyen a la heterogeneidad en la calidad en todos los subsistemas sanitarios del país.

Rotarou y Sakellariou<sup>17</sup> describen que los servicios de salud tienen un rol muy importante en los sistemas sanitarios de un país, sin embargo, el acceso no siempre se desarrolla equitativamente. En este estudio se examina las tasas de utilización de establecimientos sanitarios preventiva de Chile. Para ello se utilizó,

como referencia la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica 2015. Los resultados encontrados fueron el utilizar los servicios preventivos por parte de las mujeres (Odds Ratio = 1.16; Intervalo de Confianza del 95%: 1.11–1.21) y las personas inactivas (Odds Ratio = 1.41; Intervalo de Confianza del 95%: 1.33–1.48). Por el contrario, los individuos solteros (Odds Ratio = 0,85; Intervalo de Confianza del 95%: 0,80-0,91) y los afiliados al proveedor de atención médica privada (Odds Ratio = 0,89; Intervalo de Confianza del 95%: 0,81-0,96) tenían menos probabilidades de realizar exámenes preventivos. Es estudio concluye la necesidad de mejores campañas informativas sobre la disponibilidad y la necesidad de servicios sanitarios preventivos, abordando la desigualdad de salud en el ASeSa y abordando los riesgos de salud relacionados con el estilo de vida.

Mondaca y Chi<sup>18</sup> este estudio analizó la distribución de la carga financiera en Chile, con una mirada en la carga y la progresividad del pago directo por parte del paciente. El análisis se basó en la Encuesta nacional sobre satisfacción y pagos de bolsillo del año 2006. Los resultados de esta investigación indican evidencia de inequidad, a pesar de la progresividad del sistema de salud. Así mismo se identifica variables de política relevantes como educación, sistema de seguro y método de pago que deben tenerse en cuenta en los debates e investigaciones en curso para mejorar el sistema chileno. Se concluye que, para reducir las disparidades detectadas entre los grupos de ingresos, las prioridades de atención en salud deben dirigirse a los grupos de bajos ingresos. Acotan, además, las políticas deberían explorar los cambios en el acceso a servicios educativos y su impacto en la equidad.

de Azevedo et al<sup>19</sup> este estudio desarrollado en Brasil, existe desigualdades socioeconómicas y estilos de vida como determinante de la morbimortalidad prematura. Así mismo, evaluó las desigualdades socioeconómicas en comportamientos de salud, este estudio tomó como referencia la data de Encuesta Nacional de Salud de Brasil-2013. Los resultados permitieron identificar desigualdades sociales significativas en los adultos brasileños. Se observó una mayor prevalencia de tabaquismo actual, inactividad física en el tiempo libre, estilo de vida sedentario, baja ingesta de verduras, verduras y frutas entre los menos educados, en la población no blanca y entre aquellos sin seguro médico privado. Se encontró una mayor proporción de consumo excesivo de alcohol episódico en la población no blanca, pero no se identificó diferencias en el consumo de carne grasa según el color de la piel. El estudio concluye la importancia de monitorear las desigualdades e inequidades sociales como parte de las políticas nacionales sanitarias y la urgente necesidad de priorizar acciones para promover comportamientos saludables, especialmente entre los componentes socialmente más vulnerados de Brasil.

Matijasevich et al<sup>20</sup> experimentó un progreso importante en la salud materna e infantil. El objetivo fue describir las tendencias, así como las desigualdades socioeconómicas y étnicas en los indicadores de la historia reproductiva (espaciamiento de los nacimientos, resultado perinatal adverso previo, paridad y nacimientos múltiples) durante un período de 33 años. Cabe precisar que la información sobre la historia reproductiva se recopiló a través de entrevistas. Los resultados encontrados fueron los siguientes: la proporción de primíparas aumentó de 39.2% a 49.6%, y la mediana del intervalo de nacimiento aumentó en 23.2



meses. La historia de bajo peso al nacer estuvo inversamente relacionada con el ingreso y aumentó en un 7,7% con el tiempo, más rápidamente en el quintil más rico (12,1 pp) que en el quintil más pobre (0,4 pp). Los nacimientos múltiples aumentaron de 1.7% a 2.7%, con el mayor aumento observado entre el quintil más rico y para las mujeres blancas (aumento de 220% y 70%, respectivamente). Los ingresos absolutos y relativos y las desigualdades relacionadas con la etnia para intervalos cortos de nacimiento aumentaron, mientras que las desigualdades para el bajo peso al nacer anterior disminuyeron con el tiempo. Este estudio muestra que las desigualdades socioeconómicas y étnicas en salud son dinámicas y varían con el tiempo, dentro del mismo lugar. Asimismo, se observó un aumento en la utilización de los servicios de salud en Chile después de una importante reforma de salud con una disminución de la inequidad socioeconómica. Sin embargo, la implementación de los programas presupuestales no puede por sí misma erradicar la desigualdad en el acceso y uso de los servicios de salud, sin el apoyo de cuestiones determinantes como el quintil de bienestar, acceso a educativo, la residencia en la región natural, la edad y el tipo de seguro de salud. Así como tener en cuenta a grupos vulnerable, población andina y amazónica.

El estudio de Srivastava y McGuire<sup>21</sup> exploran el tema de la demanda de atención médica y acceso a medicamentos en países de bajos ingresos. Tomaron como referencia la Encuesta Mundial de la Salud, se hizo un análisis multivariado de datos de hogares de 35 países de bajos ingresos encontró que cuando está enfermo, la demanda de atención médica de los pacientes para visitar una clínica u hospital es inelástica, desde -0.19 a 0.11. Los principales determinantes de acceso a servicios sanitarios incluyen tener un seguro de salud, tener una

enfermedad crónica, un alto gasto familiar y estado civil. Las mujeres, el acceso a educación y las que viven en entornos urbanos tienen más probabilidades de acceso a servicios sanitarios. Estos hallazgos sugieren que los pacientes de bajos ingresos experimentarán problemas de acceso, lo que plantea importantes implicaciones políticas para mejorar el ASeSa y los medicamentos en estos entornos.

El estudio de Hollard y Sene<sup>22</sup> muestran el efecto del capital social, medido por la confianza autoinformada, en la determinación del ASeSa en el África subsahariana. Para evitar los problemas de causalidad inversa entre el capital social y la salud básica, se estima a través de variables instrumentales (IV). Se predice que un aumento de la desviación estándar (DS) en la confianza conducirá a una caída de la DS de 0.22 en el ausentismo médico, una caída de la DS de 0.31 en el tiempo de espera y una caída de la DS de 0.30 en los sobornos (corrupción). Como una verificación de robustez, también se utilizó una base de datos diferente con respecto a un problema de salud diferente, el acceso al agua clorada. Así mismo muestran un aumento de una desviación estándar en la confianza conduce a un aumento de 0.33 de la DS en el acceso al agua limpia. La variedad de bienes públicos considerados proporciona información sobre los posibles canales a través de los cuales el capital social se convierte en mejoras de salud.

Miteniece et al<sup>23</sup> analizan la información de artículos revisados por pares publicados desde 2004. Los resultados indican mejoras en la atención materna. Sin embargo, la disponibilidad de atención está limitada por equipos obsoletos y planificación de estudio de capacitación, y la falta de profesionales y productos

farmacéuticos. La distancia geográfica a los establecimientos de salud, la comunicación inapropiada de los proveedores y los tiempos de espera son las principales barreras de accesibilidad. Algunas madres no son conscientes de la importancia de la atención o se desaniman a utilizar los servicios de atención médica debido a aspectos culturales.

El estudio de Terraneo<sup>24</sup> fue describir la magnitud de las desigualdades educativas en el uso de los servicios de atención de la salud, por personas mayores de 50 años, en 12 países europeos, controlando la heterogeneidad a nivel de país. Los datos se tomaron del proyecto Encuesta de salud, envejecimiento y jubilación en Europa (SHARE), un panel internacional que recopila información de personas de 50 años o más. Se aplica un enfoque de efectos fijos, que es una alternativa valiosa a la aplicación de modelos multinivel convencionales en el análisis comparativo de países. Los principales hallazgos de este estudio confirman que existe una inequidad educativa sustancial en el uso de la atención médica, aunque surgen diferencias relevantes entre los servicios. Este estudio concluye que las personas con mayor nivel educativo tienen más recursos (cognitivos, comunicativos, relacionales) que les permiten tomar decisiones más informadas y tomar acciones más efectivas para sus objetivos de salud, sin embargo, el contexto institucional puede modificar esta relación.

Forster et al<sup>25</sup> describen que, entre los muchos impulsores de las inequidades en salud, este estudio se centra en determinantes importantes a nivel internacional, aunque insuficientemente entendidos: la globalización económica y las organizaciones que difunden políticas orientadas al mercado al

mundo en desarrollo. Una de esas organizaciones es el Fondo Monetario Internacional (FMI), que proporciona asistencia financiera a países en problemas económicos a cambio de reformas de políticas. A través de sus "programas de ajuste estructural", los países de todo el mundo han liberalizado y desregulado sus economías. Examinaron cómo las reformas de políticas prescritas en los programas de ajuste estructural explican la variación en la equidad en salud entre las naciones, aproximada por el acceso al sistema de salud y la mortalidad neonatal. El análisis empírico utiliza un conjunto de datos original de reformas de políticas ordenadas por el FMI para un panel de hasta 137 países en desarrollo entre 1980 y 2014. Se empleó análisis de regresión para evaluar la relación entre estas reformas y la equidad en salud, teniendo en cuenta la selección no aleatoria y diseño de programas del FMI. Se encontró que las reformas de ajuste estructural reducen el acceso al sistema de salud y aumentan la mortalidad neonatal. Análisis adicionales muestran que las reformas del mercado laboral generan estos efectos nocivos. En general, el estudio sugiere que los programas de ajuste estructural ponen en peligro el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los países en desarrollo.

El Acceso a servicios sanitarios se define como toda aquella persona que requiera llegar a un establecimiento de salud (accesibilidad), una vez que llega al establecimiento de salud, este cuenta con los insumos necesarios para su atención (recursos humanos, materiales médicos, insumos médicos, medicamentos, vacunas y equipos biomédicos), no menos importante es que la atención de salud sea de calidad, con respecto, atención oportuna y seguridad del paciente. El acceso no termina allí, sino también, en el seguimiento o rehabilitación de la atención. A

todo esto, que no sea un gasto que implique un “gasto catastrófico” para atender sus necesidades de atención<sup>85,91</sup>.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1 Acceso a servicios sanitarios**

El acceso a servicios de salud se refiere a la capacidad de una persona para obtener atención médica y servicios de salud cuando los necesita. Esto puede incluir servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades, así como servicios de atención de urgencia y emergencia.

La disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y todo girando la calidad, todo ello se vincula al acceso de servicios de salud permitiendo un servicio oportuno. El acceso a servicios sanitarios tiene cuatro dimensiones, cada una de las cuales incorpora un elemento de demanda y otro de oferta. La accesibilidad geográfica en salud se refiere a la facilidad con la que una persona puede acceder a los servicios de atención médica según su ubicación geográfica. Es decir, se refiere a la distancia física entre el paciente y el proveedor de atención médica, así como a los medios de transporte disponibles para llegar a los servicios de salud. Esto incluye la capacidad de acceder a hospitales, clínicas, consultorios médicos y otros servicios de atención médica, así como a los medicamentos y tratamientos necesarios. La accesibilidad geográfica en salud se ve afectada por una serie de factores, como la ubicación de los proveedores de atención médica, la infraestructura de transporte, el acceso a información sobre la salud, entre otros. La falta de accesibilidad geográfica en salud puede resultar en desigualdades en la salud de la población, especialmente para las personas que viven en áreas remotas o de bajos ingresos.

La accesibilidad financiera en salud se refiere a la capacidad de las personas para acceder a los servicios de atención médica sin incurrir en dificultades económicas o financieras. Esto incluye el costo de los servicios de salud, así como los costos indirectos como el transporte y los gastos de alojamiento. La accesibilidad financiera puede ser un gran obstáculo para muchas personas, especialmente para aquellas con bajos ingresos o sin seguro médico <sup>26-29</sup>.

### Constructo teórico de acceso a servicios sanitarios<sup>122</sup>

El ASeSa es un constructo teórico que se utiliza para describir la capacidad de las personas para utilizar los servicios de salud que necesitan. El ASeSa puede estar determinado por una variedad de factores, incluyendo la disponibilidad de servicios, la distancia geográfica a los servicios sanitarios, el costo elevado de los servicios, la calidad de los servicios, las barreras culturales o lingüísticas y la capacidad que tiene las personas para pagar.

En términos más específicos, el ASeSa se puede medir a través de indicadores como la proporción de personas que tienen seguro de salud, la distancia que deben recorrer para acceder a los servicios de salud, la disponibilidad de transporte para llegar a los servicios de salud, la calidad de la atención recibida, la satisfacción con los servicios sanitarios y la capacidad de las personas para pagar por los servicios sanitarios.

El ASeSa es importante porque afecta la salud y el bienestar de las personas. El ASeSa permite a las personas prevenir y tratar enfermedades, recibir atención médica de calidad y obtener el tratamiento y la atención necesarios para mantener

una buena salud y prevenir complicaciones de enfermedades. Cuando las personas tienen acceso a servicios sanitarios adecuados, pueden controlar y manejar mejor sus enfermedades, reducir el riesgo de discapacidad y muerte prematura, y mejorar su calidad de vida.

### **2.2.1.1 Factores sociales**

Los factores sociales tienen un rol importante en permitir el ASeSa. Aspectos relacionados al sexo, raza, nivel educativo, así como el empleo son indicadores importantes en establecer desigualdades. Los factores sociales permiten analizar varias medidas para definir la inequidad en cada uno de estos aspectos, y se emplea diferentes índices para cada dimensión de la inequidad. Por lo tanto, la importancia de reducir la inequidad constituye una preocupación central por muchos motivos que abarcan aspectos humanitarios, vulnerabilidad de cierto grupo de población en diferentes ubicaciones geográficas, accesibilidad, distribución de instalaciones, impedimentos debido a la falta de asequibilidad en la población de grupos de bajos ingresos, migrantes trabajadores, desempleados y jubilados, así como barreras lingüísticas y culturales<sup>30-32</sup>.

#### Constructo teórico de factores sociales:

Los factores sociales son un constructo teórico utilizado para describir las influencias sociales y culturales que afectan el comportamiento, las actitudes y las decisiones de las personas. Los factores sociales pueden incluir una amplia variedad de elementos, tales como la estructura social, las normas y los valores culturales, la religión, la educación, la economía, la política y las relaciones interpersonales.

En términos más específicos, los factores sociales pueden influir en la salud, la educación, la ocupación, la movilidad social y otros aspectos importantes de la vida de las personas. Por ejemplo, las normas culturales en torno a la alimentación y la actividad física pueden influir en la salud y el peso corporal de las personas, mientras que las políticas gubernamentales pueden afectar la movilidad social y el acceso a oportunidades de educación y de empleo.

Los factores sociales también pueden interactuar con otros factores, como los biológicos o los psicológicos, para influir en el comportamiento y la salud de las personas. Por ejemplo, la pobreza y la falta de acceso a la atención médica pueden aumentar el riesgo de enfermedades crónicas, mientras que los factores sociales positivos, como la pertenencia a una comunidad fuerte, pueden promover la salud mental y el bienestar.

Los factores sociales son importantes para entender y abordar los problemas sociales y de salud en la sociedad, ya que pueden proporcionar información valiosa sobre las raíces de estos problemas y sobre cómo abordarlos de manera efectiva. Los investigadores y los profesionales de la salud y el bienestar deben considerar cuidadosamente los factores sociales al diseñar y aplicar programas y políticas para mejorar la salud y el bienestar de las personas.

#### **2.2.1.2 Factores económicos**



La capacidad resolutive que tiene un establecimiento de salud es clave para el ASeSa, para que esta capacidad resolutive se desarrolló en toda su magnitud, esta debe de contar con recursos financieros y presupuesto adecuado, sin embargo, por principio de economía los recursos siempre serán escasos, es por ello, que la disponibilidad de insumos (recursos humanos, medicamentos, dispositivos médicos y equipamiento) hacen que la inequidad se de en toda su plenitud. Tal es el caso, que establecimientos sanitarios en la zona urbana se encuentre la mayor capacidad resolutive, mientras que los establecimientos de salud en zonas rurales, la capacidad resolutive es muy limitada. Las desigualdades son evidentes en estas zonas<sup>122</sup>.

La asignación de recursos anuales (presupuesto) permiten tomar decisiones y lograr los objetivos institucionales, estos vinculados con programas presupuestales se vuelven más rígidos, así surge programas presupuestales con enfoques de apoyo a los más vulnerables, pobres y extremadamente pobres<sup>26,33</sup>.

#### Constructo teórico de factores económicos:

Los factores económicos son un constructo teórico utilizado para describir los factores relacionados con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios en una economía. Los factores económicos incluyen una amplia variedad de elementos, tales como la inflación, el desempleo, el

crecimiento económico, el ingreso, la riqueza y la distribución de los recursos.

En términos más específicos, los factores económicos pueden influir en la salud, la educación, la ocupación, la movilidad social y otros aspectos importantes de la vida de las personas. Por ejemplo, el desempleo y la inestabilidad económica pueden aumentar el estrés y la ansiedad, lo que puede tener un impacto negativo en la salud mental y física. Del mismo modo, la desigualdad económica y la falta de acceso a oportunidades educativas y de empleo pueden limitar la movilidad social y perpetuar la pobreza intergeneracional.

Los factores económicos también pueden interactuar con otros factores, como los sociales o los psicológicos, para influir en el comportamiento y la salud de las personas. Por ejemplo, la falta de acceso a servicios sanitarios de calidad debido a los costos puede llevar a la postergación de atención médica, lo que puede agravar las condiciones médicas.

Los factores económicos son importantes para entender y abordar los problemas sociales y de salud en la sociedad, ya que pueden proporcionar información valiosa sobre las raíces de estos problemas y sobre cómo abordarlos de manera efectiva. Los investigadores y los profesionales de la salud y el bienestar deben considerar cuidadosamente los factores económicos al diseñar y aplicar programas y políticas para mejorar la salud y el bienestar de las personas.

### **2.2.1.3. Desigualdades**

En el marco de acceso a servicios sanitarios, encontramos muchas desigualdades e inequidad. La accesibilidad geográfica a los establecimientos de salud es cada vez más notoria, solo acceden aquellos que más tienen. Así mismo no todos pueden contar con exámenes auxiliares, medicamentos y disponibilidad de equipos biomédicos.

La medición de la desigualdad del acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de Programas Sociales se estima en base a las curvas de concentración (CC) y los índices de concentración (IC), ampliamente discutidos por O'Donnell et al<sup>36</sup>. Estas desigualdades se hacen más evidente en países en vías de desarrollo<sup>121</sup>.

La relación entre pobreza y salud es evidente en países en vías de desarrollo, constituyendo una de las caras de las desigualdades resultantes de un contexto social. Centrándose específicamente en la atención primaria de la salud<sup>117,118</sup>.

### **2.2.2 Programas sociales**

Alrededor del año 1990, en Latinoamérica implementan intervenciones para reducir la problemática social, para ello desarrolla políticas públicas como son los programas sociales. Estos programas buscan reducir la desnutrición y la anemia, programa que permiten transferencias monetarias el objetivo es reducir la pobreza<sup>120</sup> y de alguna manera buscan proteger al adulto mayor.

En el Perú existe un aproximado de 6'593,000 personas en situación de pobreza, siendo una población vulnerable, para ello el estado ha creado programas sociales, tales como Cuna Más, Qali Warma, Juntos, Haku Wiñay, Mi Abrigo, Pensión 65, Programa Nacional País, entre otras. Estos programas sociales permiten acceder a beneficios, muchos de ellos económicos, que permitan reducir su vulnerabilidad<sup>114</sup>. Así mismo este acceso les permitan educarse, atender sus necesidades en salud, e incluso aspectos productivos<sup>34,35</sup>.

América Latina es una región que enfrenta importantes desigualdades socioeconómicas. A pesar de los avances en los últimos años, aún existen grandes brechas entre los grupos más ricos y los más pobres en términos de ingresos, educación, acceso a servicios sanitarios y otros servicios básicos. Las desigualdades socioeconómicas en América Latina se originan en múltiples factores, como la historia colonial, la concentración de la tierra y la riqueza, las políticas económicas y sociales, y la discriminación y exclusión social.<sup>113</sup>.

### **2.2.3 Programas Presupuestales**

A partir del año 2017, el Ministerio de Economía y Finanzas propone el diseño e implementación de Presupuesto por Resultados (PpR)<sup>115</sup>, esta intervención es contraria a las de presupuesto inercial, con una mirada más institucional, la propuesta de PpR es buscar resultados en beneficio de la

población. PpR permite definir intervenciones basadas en evidencia científica, convirtiéndola en productos, pero debemos recordar que estos productos están asociados con actividades y estas a insumos.

Desde el año 2019, se coloca como principio fundamental para presupuestar en el Perú, el uso de evidencia científica. Son cuatro instrumentos los que tiene PpR para lograr los resultados en beneficio de la población. El diseño de un programa presupuestal está diseñado con la mejor evidencia científica posible, esto es una gran oportunidad para los profesionales de la salud que se dedican a la investigación, cada intervención que se identifica puede constituirse en productos. El sector salud tiene nueve programas presupuestales, todas ellas buscan reducir la morbimortalidad de los principales problemas de salud pública (desnutrición, salud materno-neonatal, TBC-VIH/Sida, Enfermedades metaxénicas y zoonosis, entre otras).

Presupuesto basado en Resultados (PpR), es un pilar en la Modernización de la Gestión Pública en el Perú que tiene por objetivo asignar recursos para lograr resultados centrado en las personas, priorizando población vulnerable (niños, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad). El sector salud tiene 9 programas presupuestales que buscan reducir los principales problemas sanitarios, así como en el sector protección social tiene 7 programas sociales dirigido a dar alimentación a los niños en edad escolar, apoyo directo a los más pobres,

dirigido a los adultos mayores, así como a niños, niñas y adolescentes en abandono<sup>116</sup>.

El Perú invierte aproximadamente 20 mil millones de soles en la función salud, el incremento en los últimos años ha sido considerable, sin embargo, algunos resultados sanitarios no se han dado, por ejemplo, la anemia o la mortalidad materno-neonatal. Así mismo los resultados no son los mismos en la población rica o en pobre, en hombres o mujeres, en población amazónica, de la sierra o de la costa<sup>37</sup>.

## **2.3 Formulación de hipótesis**

### **2.3.1 Hipótesis general**

Los factores sociales y económicos influyen en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú.

### **2.3.2 Hipótesis específicas**

- Grupos de edad, área de residencia, región natural y raza influyen con el acceso a servicios sanitarios.
- El empleo y los quintiles de bienestar influye con el acceso a servicios sanitarios.
- Las desigualdades socioeconómicas se redujeron entre los años 2015 y 2019.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de la investigación**

El método de investigación hipotético-deductivo es un enfoque científico que se utiliza para probar hipótesis mediante la formulación de predicciones específicas y la realización de experimentos u observaciones para probar esas predicciones. Este método se basa en la lógica deductiva, que implica tomar una teoría general y derivar predicciones específicas a partir de ella.

El proceso comienza con la formulación de una hipótesis, que es una declaración tentativa sobre una relación causal entre dos o más variables. A partir de esta hipótesis, se formulan predicciones específicas que pueden ser probadas mediante experimentos u observaciones. Estas predicciones se basan en la lógica deductiva y se derivan de la hipótesis de investigación.

### **3.2. Enfoque de la investigación**

El enfoque de investigación cuantitativa es un método de investigación científica que utiliza la recolección y análisis de datos numéricos y estadísticos para estudiar fenómenos sociales, psicológicos, económicos y de otras áreas. El objetivo principal de este enfoque es medir y analizar la relación entre variables, lo que permite establecer relaciones de causalidad y hacer generalizaciones sobre una población más amplia.

### **3.3. Tipo de la investigación**

La investigación aplicada en acceso a servicios sanitarios se enfoca en la resolución de problemas específicos y prácticos relacionados con el

acceso de las personas a los servicios de salud, y busca desarrollar soluciones aplicables en el mundo real.

Estas investigaciones pueden abordar problemas como la inequidad en el acceso a los servicios de salud, la falta de recursos o infraestructura en ciertas áreas geográficas, la falta de acceso a servicios especializados, la falta de cobertura de seguros de salud, entre otros.

### **3.4. Diseño de la investigación**

La investigación no experimental es un enfoque de investigación científica que no implica la manipulación de variables independientes y la observación de los efectos resultantes en las variables dependientes. En cambio, se centra en la observación y medición de fenómenos tal como ocurren naturalmente.

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1 Población**

Viviendas particulares y sus ocupantes que viven en zonas rurales y urbanas del país.

#### **3.5.2. Muestra y muestreo**

Las encuestas nacionales de hogares suelen utilizar un tipo de muestreo probabilístico conocido como muestreo por conglomerados. Este tipo de muestreo implica dividir la población en conglomerados o grupos, como por ejemplo regiones, provincias o municipios, y seleccionar una



muestra aleatoria de estos conglomerados. Luego, se seleccionan aleatoriamente hogares dentro de cada conglomerado para formar la muestra final.

El muestreo por conglomerados es ampliamente utilizado en encuestas nacionales de hogares porque permite obtener una muestra representativa de la población nacional, incluyendo a personas de distintas regiones geográficas y estratos socioeconómicos.

Para el año 2015, el tamaño de la muestra fue de 33 430 viviendas: 20 260 urbanas y 13 170 rurales.

Para el año 2019, el tamaño anual de la muestra fue de 36 994 viviendas particulares, correspondiendo 23 346 viviendas al área urbana y 13 648 viviendas al área rural.

### 3.6. Variables y operacionalización

#### Variable 1. Acceso a los servicios de salud.

Definición operacional. Se define como el uso a los servicios de salud y la capacidad resolutive.

Variables	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Indicador
V1 Acceso a los servicios de salud	Se define como el uso a los servicios de salud y la capacidad resolutive.	Cualitativa	Nominal	1.1 Uso de servicios de salud (*)

(\*) Se considero el criterio siguiente: De la pregunta 403, la alternativa 1-9 le denominamos accede a servicio de salud y de 10-14 le llamamos no accede a servicio de salud

**Variable 2. Factor social.**

Definición operacional. Diseño e implementación de una propuesta establecida por aspectos como sexo, nivel educativo, área de procedencia.

Variables	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Indicador
V2 Sexo	Se diferencia en sexo masculino y femenino	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
V2 Edad	Expresada en años	Cualitativa	Nominal	
V2 Área de residencia	Es el lugar donde viven urbano o rural	Cualitativa	Nominal	Urbano Rural
V2 Región natural	Proceden de costa, sierra o selva	Cualitativa	Nominal	Costa Sierra Selva
V2 Raza	Es la expresión biológicas sobre la base de rasgos fenotípicos de los encuestados	Cualitativa	Nominal	Mestiza Blanca Asiática Otro

**Variable 3. Factor económico.**

Definición operacional. Diseño e implementación de una propuesta establecida por empleo y quintil de bienestar.

Variables	Definición operacional	Tipo	Escala de medición	Indicador
V3 Empleo	El empleo se refiere a una relación laboral entre un trabajador y un empleador, en la que el trabajador realiza una actividad productiva a cambio de una remuneración o salario.	Cualitativa	Nominal	PEA NO PEA
V3		Cualitativa	Nominal	Quintil 1

Quintil de bienestar	Es el nivel riqueza de las personas encuestadas			Quintil 2
				Quintil 3
				Quintil 4
				Quintil 5

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

Se utilizó la ENAHO. La encuesta permite conocer el estado de las variables que describen un fenómeno, con base en preguntas formuladas de tal manera que den cumplimiento a los objetivos de investigación.

Las encuestas nacionales de hogares permiten recopilar información sobre las características socioeconómicas, demográficas y de salud de la población a nivel nacional. Estas encuestas se realizan mediante entrevistas a los miembros de los hogares seleccionados al azar y pueden incluir preguntas sobre temas como el ingreso, la educación, el empleo, la vivienda, y el estado de salud de los miembros del hogar.

#### **3.7.2. Descripción de instrumentos: incluir la ficha técnica del instrumento.**

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)

#### **3.7.3. Validación de instrumentos**

El objetivo de la validación de un instrumento es garantizar que los datos recopilados a través de dicho instrumento sean precisos, confiables y válidos, lo que permitirá obtener resultados rigurosos y confiables en la investigación.

Método: Validez de Contenido

Técnica: Juicio de Expertos – Comisión consultivo de la pobreza

#### **3.7.4. Confiabilidad de instrumentos**

La confiabilidad de un instrumento se refiere a la consistencia y estabilidad de las mediciones realizadas a través de dicho instrumento. En otras palabras, la confiabilidad de un instrumento se relaciona con la capacidad de éste para producir resultados consistentes y reproducibles en diferentes situaciones y con diferentes personas.

Para evaluar la confiabilidad de un instrumento de medición, se pueden utilizar diversas técnicas y pruebas estadísticas, como el coeficiente de correlación intraclase, el coeficiente alfa de Cronbach, la prueba de estabilidad temporal o la prueba de equivalencia de formas paralelas.

### **Alfa de Cronbach**

Fórmula:

$$r_u = \frac{n}{n-1} * \frac{S^2 - \sum S_i^2}{S^2}$$

En donde:

$r_u$  = coeficiente de confiabilidad;

$n$  = número de ítems;

$S^2$  = varianza total de la prueba; y

$\sum S_i^2$  es la suma de las varianzas individuales de los ítems.

Para calcular la confiabilidad de los instrumentos se utilizó el software R.

Confiabilidad de los instrumentos de evaluación de la comunicación

Para medir la confiabilidad se consideró una muestra aleatoria del 20% (18,419) del total de casos de la muestra de la ENAHO.

$\alpha = 0.729$  . Este valor nos indica que el valor alfa es superior a 0.5, indicando que el instrumento es confiable y consistente.

Asimismo, en el cuadro siguiente se observa la Correlación total de elementos corregida de cada variable supera el 20%, por lo tanto, cada variable confiable.

Estadísticas de total de elemento

Variables	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Acceso a los servicios de salud	0.292	0.727
Edad	0.216	0.716
Área de residencia	0.282	0.738
Región natural	0.229	0.663
Raza	0.250	0.716
Empleo	0.218	0.735
Quintiles	0.216	0.732
Gasto per cápita	0.249	0.731

### 3.8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos es una etapa esencial en cualquier investigación, ya que permite obtener información relevante a partir de los datos recopilados. Esta etapa se realiza una vez que se han recopilado los datos de la investigación, ya sea a través de métodos cuantitativos o cualitativos.

El procesamiento de datos implica la organización y clasificación de los datos para su posterior análisis. Este proceso puede incluir la codificación de los datos (asignar códigos numéricos o alfanuméricos a los datos), la creación de bases de datos, la eliminación de datos incompletos o erróneos y la comprobación de la calidad de los datos.

El análisis bivariado se utilizó para analizar la relación entre los factores sociales y factores económicos con el acceso a servicios sanitarios en el Perú, año 2015. El análisis bivariado fue una herramienta estadística útil que se utilizó para explorar la relación de dichas variables incorporados en la tesis, para identificar patrones, comparar grupos de datos entre los que no tienen y tienen acceso a servicio de salud e identificar variables importantes.

La regla de decisión en la contrastación de hipótesis es un procedimiento que se utiliza para decidir si se rechaza o no una hipótesis nula en base a la evidencia proporcionada por los datos muestrales.

La regla de decisión en la contrastación de hipótesis, fueron las siguientes:

Si el valor  $p < \text{nivel de significancia (0.05)}$  → Se rechazó la hipótesis nula

Si el valor  $p \geq \text{nivel de significancia (0.05)}$  → No se rechazó la hipótesis nula

En el caso de OR también se consideró la siguiente regla:

Si el intervalo de confianza de OR No contiene el 1 → Se rechazo la hipótesis nula

Si el intervalo de confianza de OR contiene el 1 → No se rechazó la hipótesis nula

La medición de la desigualdad del acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de Programas Sociales se estimará en base a las curvas de concentración (CC) y los índices de concentración (IC), ampliamente discutidos por O'Donnel et al<sup>36</sup>.

En el presente estudio la desigualdad se estimará de acuerdo con la concavidad de la curva, es decir, cuanto más se aleja la CC de la línea de equidad, mayor es la desigualdad. La medición de la desigualdad por medio de las CCs mostraría un mayor porcentaje de acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios

de Programas Sociales para la población con los niveles de gasto más altos cuando está por debajo de la línea de equidad e, inversamente, un mayor porcentaje de acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de Programas Sociales para la población con gasto más bajo cuando la curva está por encima de la línea de equidad. Las diferencias estadísticas significativas entre las CC se evaluaron con la prueba de dominancia utilizando el método de enfoque de comparación múltiple (MCA). MCA es una regla de decisión en la que solo se requiere una diferencia significativa para establecer el dominio entre múltiples puntos de comparación de cuantiles. Se pueden encontrar más detalles, explicación de la prueba y códigos realizados en O'Donnel et al. documento metodológico. IC es un coeficiente cuyos valores se encuentran entre - 1 y 1, en el que cero significan igualdad completa, aparece un valor positivo cuando la variable estudiada se concentra en la población más rica y un valor negativo cuando esta variable se concentra en la población más pobre. La gestión y el análisis de los datos se realizaron con el software Stata® (Stata Corporation, College Station, Texas, USA).

### **3.9. Aspectos éticos**

La confidencialidad del instrumento (ENAHO) se da porque no presenta identificadores para cada uno de los registros., la base de datos se puede visualizar desde el siguiente link: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>. Esta encuesta toma en cuenta el consentimiento informado verbalmente no se tomó muestras biológicas, cabe acotar que se tomó en consideración la declaración de Helsinsky.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Resultados

#### 4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

Se incluyeron un total de 243,749 participantes en el análisis de datos de la encuesta ENAHO (Tabla 1), los participantes para el año 2015 fue de 119,515 y para el año 2019 fue de 124,234. La proporción de personas que utilizaron servicios de salud y son beneficiarios de algún programa social fue del 7.2% para el año 2015 y del 7% para el 2019.

**Tabla 1.** Población que accede a servicio de salud y son beneficiarios de algunos Programas Sociales en el Perú, 2015 – 2019

Año	Total, de casos ponderado	Acceso y beneficiarios (%)	
		Si	No
2015	119,515	7.2	92.8
2019	124,234	7.0	93.0

La población que se muestra en la tabla 2, hace referencia a los beneficiarios de los programas sociales JUNTOS, CUNA MAS y PENSIÓN 65. Esta tabla muestra que más del 50% de los beneficiarios no tiene acceso a servicios sanitarios.

**Tabla 2.** Beneficiarios de programas sociales y acceso a servicios sanitarios 2015-2019

Año	Total, de población beneficiaria de programa social	Acceso a servicio de salud (%)	
		Si	No
2015	17,693	48.6	51.4
2019	18,252	47.9	52.1



La tabla 3, muestra que entre los años 2015 y 2019 el acceso a servicios sanitarios en beneficiarios de programas sociales se describe un incremento en el género femenino, en la población menor de 18 años, área urbana, región selva, raza quechua, negro/moreno/zambo/mulato/afroperuano y en la Población Económicamente Activa (PEA). Por otro lado, se describe una disminución significativa en población de 18 a 29 años, de 60 a más años, en área rural y en la región costa durante el período de estudio.

**Tabla 3.** Características del personal que accede a servicio de salud y son beneficiarios de algunos Programas Sociales en el Perú, 2015 - 2019

Características		2019		2015	
		%	Total de casos proyectado	%	Total de casos proyectado
Sexo	<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>8,734</b>	<b>100.0</b>	<b>8,596</b>
	Hombre	44.2	3,862	44.8	3,848
	Mujer	55.8	4,872	55.2	4,748
Edad_Grupo	Menor de 18 años	35.2	3,074	36.6	3,144
	18 a 29 años	9.6	839	11.3	968
	30 a 39 años	11.2	977	12.8	1,101
	40 a 49 años	11.6	1,012	11.4	981
	50 a 59 años	8.2	716	7.3	625
	60 a mas años	24.2	2,116	20.7	1,777
Area	Urbano	37.7	3,289	38.0	3,267
	Rural	62.3	5,445	62.0	5,329
Region Natural	Costa	12.3	1,077	8.8	757
	Sierra	61.5	5,371	63.1	5,424
	Selva	26.2	2,286	28.1	2,415
Raza	Mestiza	20.1	1,756	20.5	1,765
	Blanca	3.1	275	2.1	180
	Otros	76.7	6,703	77.4	6,651
Empleo	PEA	76.0	4,770	76.4	4,627
	NO PEA	24.0	1,508	23.6	1,427
Quintiles	Quintil 1	45.2	3,952	60.3	5,183
	Quintil 2	30.4	2,659	25.1	2,154
	Quintil 3	15.5	1,351	9.9	855
	Quintil 4	7.1	621	3.8	328
	Quintil 5	1.7	151	0.9	76

La tabla 3, nos muestra que el mayor porcentaje de los beneficiarios de los PS son mujeres, proceden del área rural, provienen de la sierra, son PEA y pertenecen al quintil 1 y 2.

#### **4.1.2. Prueba de hipótesis**

##### **4.1.2.1 Prueba de hipótesis: General**

- Hipótesis Nula: no existe independencia entre los factores sociales y económicos en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019
- Hipótesis Alternativa: existe independencia entre los factores sociales y económicos en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019.

4.1.2.1.1. Nivel de significancia: 0.05

4.1.2.1.2. Estadístico de prueba: regresión logística

4.1.2.1.3. Toma de decisión:

El valor p encontrado fue  $<0.001$ , siendo menor que el valor alfa, por ello se rechaza la  $H_0$  de independencia. Podemos afirmar que hay una relación entre factores sociales y económicos en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019.

##### **4.1.2.2 Prueba de hipótesis: específica 1**

- Hipótesis Nula: no existe independencia entre los factores sociales y el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019

- Hipótesis Alternativa: existe independencia entre los factores sociales en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019.

4.1.2.2.1. Nivel de significancia: 0.05

4.1.2.2.2. Estadístico de prueba: chi cuadrado

4.1.2.2.3. Toma de decisión:

El valor p encontrado fue  $<0.001$ , siendo menor que el valor alfa, por ello se rechaza la  $H_0$  de independencia. Podemos afirmar que hay una relación entre factores sociales en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019.

4.1.2.3 Prueba de hipótesis: específica 2

- Hipótesis Nula: existe independencia entre los factores económicos y el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019
- Hipótesis Alternativa: existe independencia entre los factores económicos en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019.

4.1.2.2.1. Nivel de significancia: 0.05

4.1.2.2.2. Estadístico de prueba: chi cuadrado

4.1.2.2.3. Toma de decisión:

El valor p encontrado fue  $<0.001$ , siendo menor que el valor alfa, por ello se rechaza la  $H_0$  de independencia. Podemos afirmar que hay una relación entre factores económicos en el acceso a servicios

sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019.

#### 4.1.2.3 Prueba de hipótesis: específica 3

- Hipótesis Nula: no existe desigualdades socioeconómicas y el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú entre los años 2015 y 2019
- Hipótesis Alternativa: existe desigualdades socioeconómicas y el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú entre los años 2015 y 2019.

4.1.2.3.1. Nivel de significancia: 0.05

4.1.2.3.2. Estadístico de prueba: chi cuadrado

4.1.2.3.3. Toma de decisión:

El valor p encontrado fue  $<0.001$ , siendo menor que el valor alfa, por ello se rechaza la  $H_0$  de independencia. Podemos afirmar que hay desigualdades socioeconómicas en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019.

#### **Hipótesis planteadas en la tesis:**

- Existe independencia entre los factores sociales y económicos en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019.
- Existe independencia entre los factores sociales en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019.
- Existe independencia entre los factores económicos en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú 2015 y 2019.
- Existe desigualdades socioeconómicas y el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú entre los años 2015 y 2019.

**Tabla 4.** Análisis bivariado entre los factores sociales y factores económicos en relación al acceso a servicios sanitarios en el Perú, año 2015

Factores	Acceso Servicio Salud							Chi-Cuadrado	P valor
	Total	Si tuvo acceso a servicios sanitarios		No tuvo acceso a servicios sanitarios					
		n	%	N	%	n	%		
<b>Sexo</b>	<b>Total</b>	<b>3,694,727</b>	<b>100.0</b>	<b>1,755,494</b>	<b>100.0</b>	<b>1,939,233</b>	<b>100.0</b>	1302.895	<0.001
	Hombre	1,663,066	45.0	772,943	44.0	890,123	45.9		
	Mujer	2,031,661	55.0	982,550	56.0	1,049,110	54.1		
<b>Edad_Grupo</b>	<b>Total</b>	<b>3,694,727</b>	<b>100.0</b>	<b>1,755,494</b>	<b>100.0</b>	<b>1,939,233</b>	<b>100.0</b>	12686.987	<0.001
	Menor de 18 años	1,237,386	33.5	620,937	35.4	616,449	31.8		
	18 a 29 años	415,450	11.2	198,976	11.3	216,473	11.2		
	30 a 39 años	454,783	12.3	229,073	13.0	225,710	11.6		
	40 a 49 años	445,249	12.1	208,292	11.9	236,956	12.2		
	50 a 59 años	305,701	8.3	127,364	7.3	178,337	9.2		
	60 a mas años	836,158	22.6	370,850	21.1	465,307	24.0		
<b>Area</b>	<b>Total</b>	<b>3,694,727</b>	<b>100.0</b>	<b>1,755,494</b>	<b>100.0</b>	<b>1,939,233</b>	<b>100.0</b>	34232.597	<0.001
	Urbano	1,547,931	41.9	823,102	46.9	724,829	37.4		
	Rural	2,146,796	58.1	932,392	53.1	1,214,404	62.6		
<b>Region_Natural</b>	<b>Total</b>	<b>3,694,727</b>	<b>100.0</b>	<b>1,755,494</b>	<b>100.0</b>	<b>1,939,233</b>	<b>100.0</b>	24221.848	<0.001
	Costa	422,629	11.4	213,492	12.2	209,138	10.8		
	Sierra	2,574,477	69.7	1,157,749	66.0	1,416,728	73.1		
	Selva	697,620	18.9	384,253	21.9	313,368	16.2		
<b>Raza</b>	<b>Total</b>	<b>3,694,727</b>	<b>100.0</b>	<b>1,755,494</b>	<b>100.0</b>	<b>1,939,233</b>	<b>100.0</b>	429.570	<0.001
	Mestiza	711,257	19.3	345,756	19.7	365,501	18.8		
	Blanca	111,218	3.0	52,853	3.0	58,365	3.0		
	Otros	2,872,252	77.7	1,356,885	77.3	1,515,367	78.1		
<b>Empleo</b>	<b>Total</b>	<b>2,752,156</b>	<b>100.0</b>	<b>1,259,215</b>	<b>100.0</b>	<b>1,492,941</b>	<b>100.0</b>	5558.539	<0.001
	PEA	2,098,917	76.3	934,117	74.2	1,164,800	78.0		
	NO PEA	653,239	23.7	325,098	25.8	328,141	22.0		
<b>Quintiles</b>	<b>Total</b>	<b>3,694,727</b>	<b>100.0</b>	<b>1,755,494</b>	<b>100.0</b>	<b>1,939,233</b>	<b>100.0</b>	27777.488	<0.001
	Quintil 1	2,309,235	62.5	1,024,572	58.4	1,284,663	66.2		
	Quintil 2	892,938	24.2	456,152	26.0	436,786	22.5		
	Quintil 3	351,849	9.5	192,709	11.0	159,140	8.2		
	Quintil 4	113,190	3.1	65,590	3.7	47,600	2.5		
	Quintil 5	27,515	0.7	16,471	0.9	11,045	0.6		

**Tabla 5.** Análisis multivariado entre los factores sociales y factores económicos en relación al acceso a servicios sanitarios en el Perú, año 2015

Factores	P valor	OR Ajustado	95% C.I. para OR	
			Inferior	Superior

<b>Sexo</b>	Mujer	0.000	1.146	1.140	1.152
	Hombre				
<b>Edad_Grupo</b>	Menor de 18 años	0.000	1.071	1.061	1.080
	18 a 29 años	0.000	0.867	0.861	0.874
	30 a 39 años	0.000	0.741	0.735	0.746
	40 a 49 años	0.000	0.833	0.827	0.839
	50 a 59 años	0.000	1.037	1.028	1.045
	60 a mas años				
<b>Área</b>	Urbano	0.000	0.769	0.765	0.773
	Rural				
<b>Region Natural</b>	Costa	0.000	1.361	1.349	1.374
	Sierra	0.000	1.296	1.287	1.305
	Selva				
<b>Raza</b>	Mestiza	0.000	1.012	1.005	1.018
	Blanca	0.000	0.916	0.905	0.927
	Otros				
<b>Empleo(1)</b>	NO PEA	0.000	1.214	1.206	1.221
	PEA				
<b>Quintiles</b>	Quintil 1	0.000	1.756	1.708	1.806
	Quintil 2	0.000	1.390	1.352	1.430
	Quintil 3	0.000	1.251	1.215	1.287
	Quintil 4	0.000	1.106	1.073	1.140
	Quintil 5				

## Año 2019

**Tabla 6.** Análisis bivariado entre los factores sociales y factores económicos en relación al acceso a servicios sanitarios en el Perú, año 2015

Factores		AccesoServicoSalud						Chi-Cuadrado	P valor
		Total		Si tuvo acceso a servicios sanitarios		No tuvo acceso a servicios sanitarios			
		N	%	N	%	n	%		
<b>Sexo</b>	Total	<b>3,793,288</b>	100.0	<b>1,777,963</b>	100.0	<b>2,015,324</b>	100.0	1151.957	<0.001
	Hombre	1,712,553	45.1	786,280	44.2	926,273	46.0		
	Mujer	2,080,735	54.9	991,683	55.8	1,089,052	54.0		
<b>Edad_Grupo</b>	Total	<b>3,793,288</b>	100.0	<b>1,777,963</b>	100.0	<b>2,015,324</b>	100.0	13847.397	<0.001
	Menor de 18 años	1,208,128	31.8	612,411	34.4	595,717	29.6		
	18 a 29 años	365,928	9.6	177,514	10.0	188,414	9.3		
	30 a 39 años	444,473	11.7	205,059	11.5	239,414	11.9		
	40 a 49 años	488,784	12.9	208,796	11.7	279,988	13.9		
	50 a 59 años	336,323	8.9	145,566	8.2	190,756	9.5		
	60 a mas años	949,653	25.0	428,618	24.1	521,035	25.9		

<b>Area</b>	Total	3,793,288	100.0	1,777,963	100.0	2,015,324	100.0	27690.157	<0.001
	Urbano	1,631,504	43.0	844,778	47.5	786,726	39.0		
	Rural	2,161,784	57.0	933,186	52.5	1,228,598	61.0		
<b>RegionNatural</b>	Total	3,793,288	100.0	1,777,963	100.0	2,015,324	100.0	23688.189	<0.001
	Costa	540,976	14.3	300,709	16.9	240,267	11.9		
	Sierra	2,513,722	66.3	1,116,641	62.8	1,397,081	69.3		
	Selva	738,590	19.5	360,613	20.3	377,977	18.8		
<b>Raza</b>	Total	3,793,288	100.0	1,777,963	100.0	2,015,324	100.0	136.698	<0.001
	Mestiza	774,087	20.4	361,696	20.3	412,391	20.5		
	Blanca	144,559	3.8	69,909	3.9	74,651	3.7		
	Otros	2,874,641	75.8	1,346,359	75.7	1,528,282	75.8		
<b>Empleo</b>	Total	2,853,306	100.0	1,291,076	100.0	1,562,230	100.0	2124.221	<0.001
	PEA	2,189,644	76.7	974,408	75.5	1,215,236	77.8		
	NO PEA	663,662	23.3	316,668	24.5	346,994	22.2		
<b>Quintiles</b>	Total	3,793,288	100.0	1,777,963	100.0	2,015,324	100.0	58707.434	<0.001
	Quintil 1	1,812,230	47.8	748,351	42.1	1,063,879	52.8		
	Quintil 2	1,136,753	30.0	548,413	30.8	588,340	29.2		
	Quintil 3	552,326	14.6	310,075	17.4	242,251	12.0		
	Quintil 4	233,842	6.2	137,347	7.7	96,495	4.8		
	Quintil 5	58,137	1.5	33,777	1.9	24,359	1.2		

**Tabla 7.** Análisis multivariado entre los factores sociales y factores económicos en relación al acceso a servicios sanitarios en el Perú, año 2019

Factores		P valor	OR Ajustado	95% C.I. para OR	
				Inferior	Superior
<b>Sexo(1)</b>	Mujer	0.000	1.081	1.076	1.086
	Hombre				
<b>Edad_Grupo</b>	Menor de 18 años	0.000	0.899	0.892	0.907
	18 a 29 años	0.000	0.848	0.841	0.855
	30 a 39 años	0.000	0.879	0.872	0.885
	40 a 49 años	0.000	1.017	1.010	1.025
	50 a 59 años	0.001	1.014	1.006	1.022
	60 a mas años				
<b>Area de residencia</b>	Urbano	0.000	0.844	0.840	0.849
	Rural				
<b>RegionNatural</b>	Costa	0.000	0.871	0.864	0.878
	Sierra	0.000	1.074	1.067	1.081
	Selva				
<b>Raza</b>	Mestiza	0.000	1.057	1.051	1.063
	Blanca	0.000	0.924	0.914	0.934

		Otros			
<b>Empleo(1)</b>	NO PEA	0.000	1.074	1.068	1.081
	PEA				
<b>Quintiles</b>	Quintil 1	0.000	1.815	1.782	1.849
	Quintil 2	0.000	1.438	1.412	1.465
	Quintil 3	0.000	1.060	1.040	1.080
	Quintil 4	0.000	0.964	0.945	0.984
	Quintil 5				

**Tabla 8:** Resumen de resultados de índices de concentración, 2015 - 2019

Características	Cambios en CI 2015 y CI 2019			
	CI 2015	CI 2019	Diferencia	
<b>Total</b>	<b>0.340</b>	<b>0.332</b>	<b>-0.007</b>	*
<b>Sexo</b>				
Hombre	0.377	0.345	-0.031	*
Mujer	0.383	0.327	-0.056	*
<b>Edad</b>				
Menor de 18 años	0.340	0.319	-0.021	*
18 a 29 años	0.338	0.338	0.000	
30 a 39 años	0.362	0.330	-0.031	*
40 a 49 años	0.341	0.324	-0.017	*
50 a 59 años	0.332	0.307	-0.025	
60 a más años	0.303	0.334	0.030	*
<b>Area</b>				
Urbano	0.317	0.298	-0.020	*
Rural	0.328	0.338	0.010	*
<b>Region Natural</b>				
Costa	0.297	0.279	-0.018	*
Sierra	0.328	0.334	0.005	
Selva	0.357	0.327	-0.030	*
<b>Raza</b>				
Mestiza	0.335	0.321	-0.015	*
Blanca	0.346	0.373	0.027	*
Otros	0.336	0.331	-0.005	
<b>Empleo</b>				
PEA	0.334	0.333	-0.001	
NO PEA	0.345	0.327	-0.018	*

\*p value < 0.05

CI:

Índice de concentración



Fuente: ENAHO -INEI

## Gráficas de Curvas de concentración

Gráfico N° 01: Comparación de Índice de Concentracion entre los años

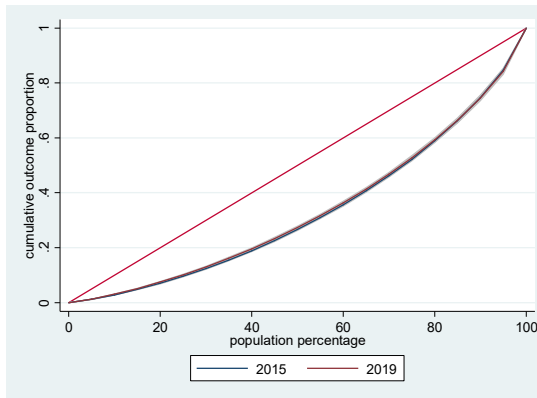


Gráfico N° 02: Comparación de Índice de Concentracion en los hombres,

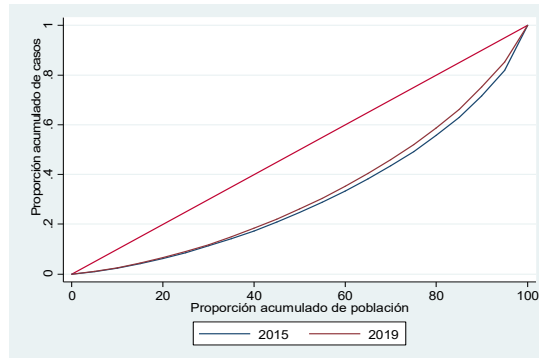


Gráfico N° 03: Comparación de Índice de Concentracion en las mujeres, entre los años 2015 – 2019

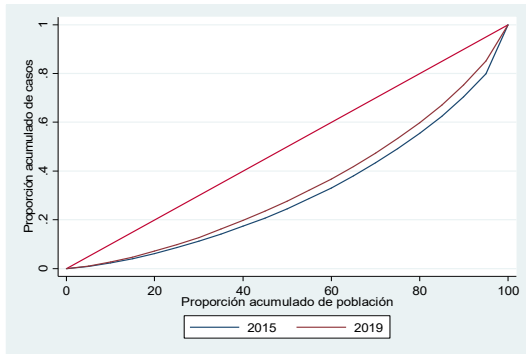


Gráfico N° 04: Comparación de Índice de Concentracion en menores de 18 años, entre los años 2015 - 2019

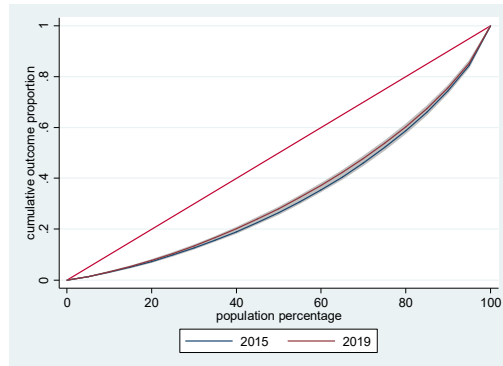


Gráfico N° 05: Comparación de Índice de Concentracion de 18 a 29 años, entre los años 2015 – 2019

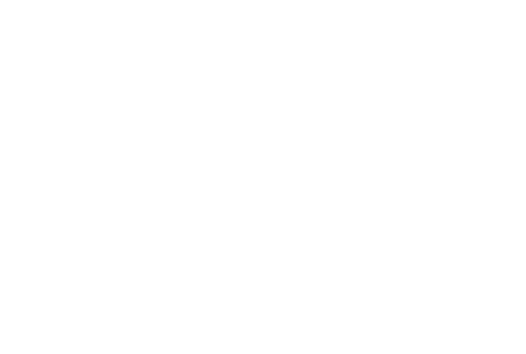


Gráfico N° 06: Comparación de Índice de Concentracion de 30 a 39 años, entre los años 2015 - 2019



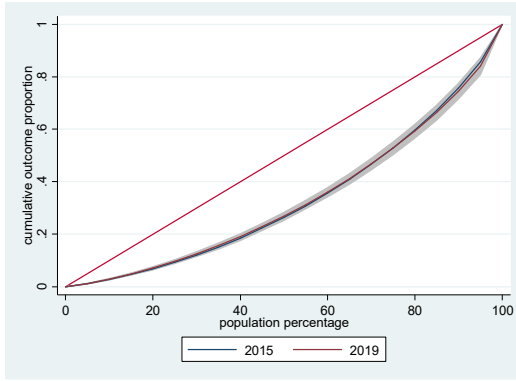


Gráfico N° 07: Comparación de Índice de Concentración de 40 a 49 años, entre los años 2015 – 2019

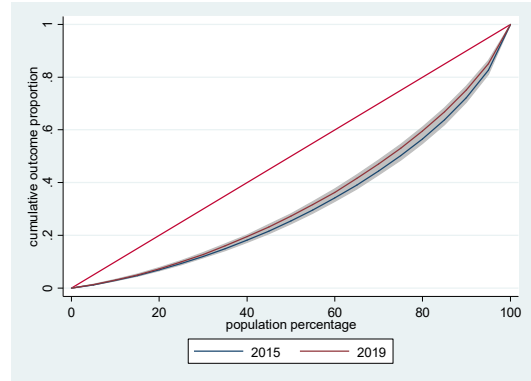


Gráfico N° 08: Comparación de Índice de Concentración de 50 a 59 años, entre los años 2015 - 2019

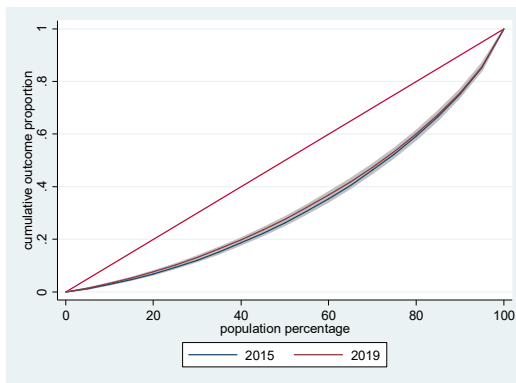


Gráfico N° 09: Comparación de Índice de Concentración en el area urbana, entre los años 2015 – 2019

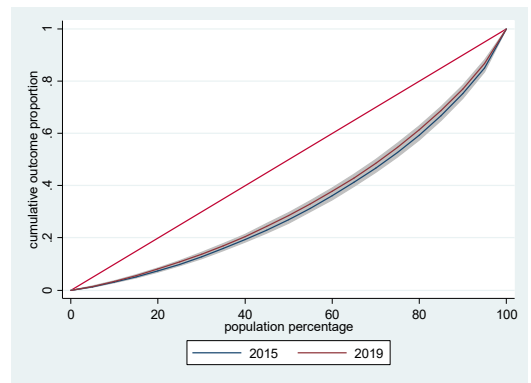


Gráfico N° 10: Comparación de Índice de Concentración en el area rural, entre los años 2015 - 2019

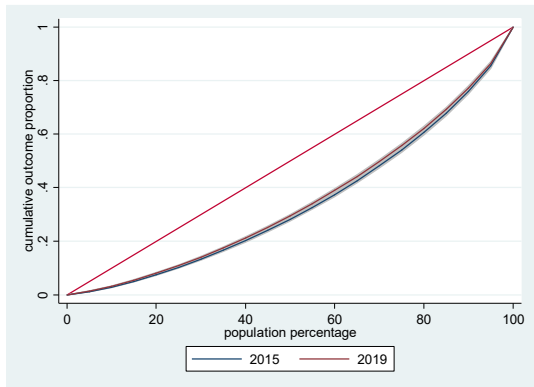


Gráfico N° 11: Comparación de Índice de Concentración en la región costa, entre los años 2015 – 2019

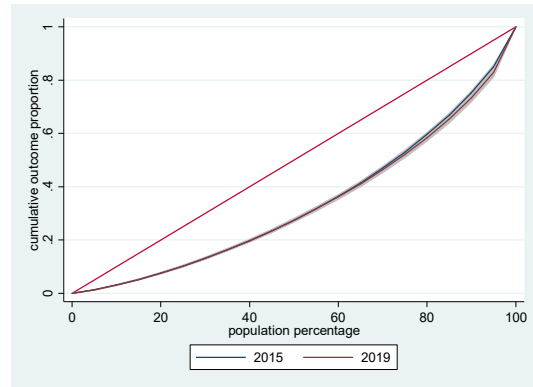
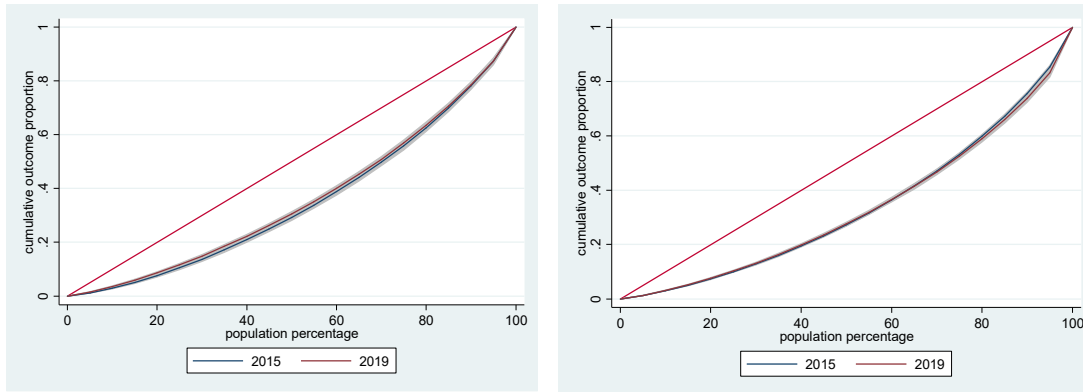


Gráfico N° 12: Comparación de Índice de Concentración en la región sierra, entre los años 2015 - 2019



#### 4.1.3. Discusión de resultados

Se confirmó que entre 2015 y 2019 el ASeSa no aumentó entre la población beneficiaria de los programas sociales

Similares resultados encuentran en los estudios desarrollados por De Schacht<sup>65</sup>, en el cual evidencia barreras de acceso en personas afectadas con TBC, pese a contar con beneficios sociales y económicos. Existe diversas barreras que hacen que limiten el ASeSa, entre ellas es la disponibilidad de insumos para su atención, tal como lo describe Lazar y Davenport<sup>70</sup>. Para Hurtado<sup>66</sup>, el limitado ASeSa se evidenció en población infantil con problemas de discapacidad afectando principalmente por accesibilidad geográfica, lo mismo encuentra Dassah et al<sup>69</sup>, pero en población adulta con discapacidad. Contrasta con el estudio de Bright<sup>68</sup> en la revisión sistemática muestra un incremento en el acceso a servicios sanitarios

en población infantil, esto debido a estrategias no solo económicas, sino más de aspectos sociales y educativos.

Otros resultados se han reportado mejoras importantes en la inequidad del seguro de salud con un aumento en el alcance de la población asegurada de salud. Este aumento permitiría el uso de los servicios de salud <sup>(38-40)</sup>. Asimismo, se observó un aumento en la utilización de los servicios de salud en Chile después de una importante reforma de salud con una disminución de la inequidad socioeconómica <sup>(41,42)</sup>. Sin embargo, la implementación de los programas presupuestales no puede por sí misma erradicar la desigualdad en el acceso y uso de los servicios de salud, sin el apoyo de cuestiones determinantes como el quintil de bienestar, acceso a educativo, la residencia en la región natural, la edad y el tipo de seguro de salud. Así como tener en cuenta a grupos vulnerable, población andina y amazónica.

### **Factores sociales**

El acceso a servicios sanitarios se distribuye a favor del sexo femenino, así como en grupo de edad menor de 18 años, área rural, región natural de la sierra y otras razas que no son blanca ni mestiza. En el estudio desarrollado por Vásquez<sup>45</sup> identifican el impacto de políticas sociales enfocada principalmente en población infantil. Así mismo en el estudio de Canella, Duran y Clavo<sup>59</sup> demuestran que reduciendo problema de desnutrición y anemia puede disminuir las inequidades sociales en población infantil. El acceso a servicios sanitarios se incrementa con intervenciones en población vulnerable, sobre todo en población infantil con discapacidad<sup>66</sup>. Así como hubo impacto en población infantil, también existe estudios que evidencian una mejora en el ASeSa en población rural e incluso mejora en la mortalidad en este grupo poblacional<sup>95</sup>. El acceso se incrementa en

sexo femenino, más aún si el estado civil es casada, tal como se muestra en el estudio de Escolar-Pujolar<sup>98</sup>.

Cogburn<sup>103</sup> describe la reducción de inequidades racial y mejora en el acceso a servicios sanitarios.

Contrasta con lo encontrado por Weiss et al<sup>55</sup> en el que muestra que intervenciones innovadoras en salud reduce las inequidades en población urbana. Se encontraron escenarios similares en otros países de la región, como Brasil, donde enfatizan la importancia de monitorear las desigualdades sociales en salud como parte de las políticas nacionales de salud y la urgente necesidad de priorizar acciones para promover comportamientos saludables, especialmente entre los segmentos socialmente más vulnerables de la sociedad <sup>(43,44,100)</sup>.

### **Factores económico**

En general, la concentración en la utilización de los servicios de salud de beneficiarios de programas sociales se encontró en personas pobres en Perú, en comparación con las personas con mayor capacidad de gasto.

JUNTOS es un programa social implementado en varios países de América Latina, que tiene como objetivo reducir la pobreza y mejorar el acceso a servicios básicos de las familias en situación de vulnerabilidad. El programa otorga transferencias monetarias condicionadas a las familias, con el fin de mejorar su situación económica y social. Díaz y Saldarriaga<sup>46</sup>, El efecto del programa JUNTOS ha sido evaluado en varios estudios y en diferentes países, y los resultados han sido mixtos. Algunos estudios han encontrado que el programa ha logrado reducir la pobreza, mejorar el acceso a servicios básicos, y aumentar la asistencia escolar y el acceso a servicios sanitarios de las familias beneficiarias. El efecto del programa JUNTOS depende de varios factores, como el diseño y la implementación

del programa, las características de las familias beneficiarias y el contexto socioeconómico en el que se implementa el programa. Aunque algunos estudios han encontrado que el programa ha tenido un efecto positivo en la reducción de la pobreza y la mejora de la educación y la salud, se requiere más investigación para comprender mejor el impacto del programa en diferentes contextos y poblaciones.

71-73 .

El gasto de bolsillo ocasionada por enfermedades catastróficas hace que las inequidades económicas se incrementen, el poder acceder a servicios de salud y permitir contar con insumos críticos para atender las necesidades de salud, tiene un impacto importante en población pobre y extremadamente pobre, sobretodo en población infantil<sup>74-76</sup> y adulto mayor<sup>51, 61,83,100,104</sup> .

La pobreza y enfermedad están estrechamente relacionadas. Los estudios existentes sobre el círculo vicioso de la pobreza y enfermedad se centran principalmente en los países en vía de desarrollo, donde los mecanismos identificados que vinculan la pobreza y enfermedad pueden no encajar en las situaciones de las regiones desarrolladas<sup>102</sup>.

El impacto que tiene el factor económico en el acceso a servicios sanitarios, por lo que reduciendo la pobreza permite mejorar las inequidades existentes<sup>117, 119,</sup>

121 .

### **Factores de desigualdades**

Las desigualdades socio-económicas se reducen con intervenciones vinculadas con estos factores, subvenciones económicas y apoyo social permiten atender necesidades en población vulnerable, niños y adultos mayores. Los programas presupuestales permiten mejorar sustancialmente la asignación presupuestal y se espera mejora en el acceso a servicios sanitarios, indirectamente

nuestro estudio permite mostrar este resultado<sup>97,110-112</sup>. El estudio de Gutiérrez<sup>116</sup> muestra el aporte que hace los programas presupuestales en intervenciones en salud en la mejora de resultados sanitarios. En países desarrollados y en vías de desarrollo se muestra el impacto de intervenciones relacionadas a factores económicos y sociales mejoran la utilización de servicios de salud<sup>94,96,99</sup>.

Con respecto al alcance del estudio, existen limitaciones asociadas con un análisis secundario de una encuesta que presenta los datos obtenidos por los encuestados autoinformados, en los que puede no haber precisión en los datos o sesgo de memoria. En algunas áreas del país, los encuestados podrían haber confundido a los evaluadores de la encuesta como el personal de un programa social, y debido a la ignorancia o al miedo a perder algún tipo de beneficio, podrían haber proporcionado datos incorrectos. Además, debemos considerar que el período de tiempo autoreportado, que podría excluir a las personas que informaron el uso del servicio de salud de meses anteriores. Sin embargo, los resultados encontrados son válidos y proporcionan información importante para la planificación y administración de los servicios de salud, ya que provienen de una encuesta de población, que se realiza anualmente y está diseñada para medir las condiciones de vida de la población peruana.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

Se muestran a continuación:

- En esta tesis doctoral se analizó la influencia de los factores sociales y económicos en el acceso a los servicios de salud, podemos concluir que los factores sociales y económicos influyen en el acceso a los servicios de salud.
- Los factores sociales (sexo, grupo de edad, residencia y región natural) influyen en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú.
- Los factores económicos (quintiles de bienestar y gasto per cápita) influyen en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú.



- No se modificó las desigualdades socioeconómicas de los beneficiarios de los programas sociales (CUNAMAS, JUNTOS y Pensión 65) entre los años 2015 y 2019, contrasta con incremento de presupuesto en los Programas Presupuestal Basado en Resultados (PENSION 95 y CUNAMAS).

## 5.2 **Recomendaciones**

- Incorporar dentro de la asignación presupuestal criterios de equidad e igualdad para que pueda llegar los recursos a los que realmente requieren
- Desde el MINSA debe de tener un área de seguimiento y evaluación, que considere criterios de equidad en el ASeSa.
- Implementar incentivos económicos para aquellas instituciones implementen criterios de equidad en el ASeSa.
- Se pueden mejorar los servicios de transporte y aumentar la disponibilidad de proveedores de atención médica en áreas rurales o remotas para mejorar la accesibilidad geográfica a los servicios de salud.
- Se puede promover la educación y alfabetización en salud para ayudar a las personas a comprender mejor el sistema de atención médica y aumentar su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud.
- Se pueden implementar programas para ayudar a las personas con bajos ingresos o sin seguro médico a obtener servicios de salud a precios asequibles o de forma gratuita.

## REFERENCIAS

1. Ta Y, Zhu Y, Fu H. Trends in access to health services, financial protection and satisfaction between 2010 and 2016: Has China achieved the goals of its health system reform?. *Soc Sci Med*. 2020 Jan;245:112715. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112715. Epub 2019 Dec 6.
2. Ndimbii J, Ayon S, Abdulrahman T, Mahinda S, Jeneby F, Armstrong G, Mburu G. Access and utilisation of reproductive, maternal, neonatal and child health services among women who inject drugs in coastal Kenya: Findings from a qualitative study. *Sex Reprod Healthc*. 2018 Dec;18:48-55. doi: 10.1016/j.srhc.2018.10.002. Epub 2018 Oct 6.
3. Gea-Sánchez M1,2, Gastaldo D3, Molina-Luque F4, Otero-García L1,5. Access and utilisation of social and health services as a social determinant of health: the case of undocumented Latin American immigrant women working in Lleida (Catalonia, Spain). *Health Soc Care Community*. 2017 Mar;25(2):424-434. doi: 10.1111/hsc.12322. Epub 2016 Jan 5.
4. Gutiérrez JP1, García-Saisó S, Dolci GF, Hernández Ávila M. Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Serv Res*. 2014 Apr 23;14:186. doi: 10.1186/1472-6963-14-186.
5. Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Rev Saude Publica*. 2020 Feb 17;54:20. doi: 10.11606/S1518-8787.2020054001501. PMID: 32074219; PMCID: PMC7017981.
6. Umeh CA1, Feeley FG2. Inequitable Access to Health Care by the Poor in Community-Based Health Insurance Programs: A Review of Studies From

- Low- and Middle-Income Countries. *Glob Health Sci Pract*. 2017 Jun 27;5(2):299-314. doi: 10.9745/GHSP-D-16-00286. Print 2017 Jun 27.
7. Westgard CM1, Rogers A2,3, Bello G2, Rivadeneyra N2. Health service utilization, perspectives, and health-seeking behavior for maternal and child health services in the Amazon of Peru, a mixed-methods study. *Int J Equity Health*. 2019 Oct 15;18(1):155. doi: 10.1186/s12939-019-1056-5.
  8. Hernández-Vásquez A1, Bendezu-Quispe G2, Azañedo D3, Santero M4,5. Use of oral health care services in Peru: trends of socio-economic inequalities before and after the implementation of Universal Health Assurance. *BMC Oral Health*. 2019 Mar 7;19(1):39. doi: 10.1186/s12903-019-0731-7.
  9. Huicho L1, Segura ER2, Huayanay-Espinoza CA3, de Guzman JN4, Restrepo-Méndez MC5, Tam Y6, Barros AJ5, Victora CG5; Peru Countdown Country Case Study Working Group. Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: a Countdown to 2015 country case study. *Lancet Glob Health*. 2016 Jun;4(6):e414-26. doi: 10.1016/S2214-109X(16)00085-1.
  10. Vidaurre T1, Santos C2, Gómez H2, Sarria G2, Amorin E2, López M2, Regalado R2, Manrique J2, Tarco D3, Aystas C4, Calderón M2, Mas L2, Neciosup S2, Salazar M2, Chávez JC2, Ubillus M2, Limache A2, Ubillus JC2, Navarro J2, Sarwal K5, Sutcliffe S5, Gutiérrez-Aguado A6, Silva M7, Mena A8, Guillén ME2, Castañeda C2, Abugattas J2. The implementation of the Plan Esperanza and response to the imPACT Review. *Lancet Oncol*. 2017 Oct;18(10):e595-e606. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30598-3.

11. Shahidi FV1, Ramraj C2, Sod-Erdene O2, Hildebrand V2,3, Siddiqi A2,4. The impact of social assistance programs on population health: a systematic review of research in high-income countries. *BMC Public Health*. 2019 Jan 3;19(1):2. doi: 10.1186/s12889-018-6337-1.
12. Siddiqi A, Rajaram A, Miller SP. Do cash transfer programmes yield better health in the first year of life? A systematic review linking low-income/middle-income and high-income contexts. *Archives of Disease in Childhood* 2018;103:920-926.
13. Floate HJ, Marks GC, Durham J. Cash transfer programmes in lower-income and middle-income countries: understanding pathways to nutritional change-a realist review protocol. *BMJ Open*. 2019 May 27;9(5):e028314. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028314.
14. González-Block M, Figueroa A, García-Téllez I, Alarcón J. Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica. *Salud pública Méx*. 2016; 58(5): 522-532. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8242>
15. Molina-Salazar R, Aguilar-Bustamante F, Amozurrutia-Jiménez J. Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional. *Horiz. sanitario*. 2018; 17( 3 ): 197-207. <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a17n3.2089>.
16. Puig A, Pagán JA, Wong R. Assessing quality across healthcare subsystems in Mexico. *J Ambul Care Manage*. 2009 Apr-Jun;32(2):123-31. doi: 10.1097/JAC.0b013e31819942e5.

17. Rotarou ES1, Sakellariou D2. Determinants of utilisation rates of preventive health services: evidence from Chile. *BMC Public Health*. 2018 Jul 6;18(1):839. doi: 10.1186/s12889-018-5763-4.
18. Mondaca ALN, Chi C. Equity in out-of-pocket payment in Chile. *Rev Saude Publica*. 2017 May 4;51:44. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006666.
19. de Azevedo Barros MB1, Lima MG2,3, Medina LP1, Szwarcwald CL4, Malta DC5. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016 Nov 17;15(1):148. DOI: 10.1186/s12939-016-0439-0
20. Matijasevich A1,2, Victora CG2, Silveira MF2, Wehrmeister FC2, Horta BL2, Barros FC2,3; Pelotas Cohorts Study Group. Maternal reproductive history: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982-2015. *Int J Epidemiol*. 2019 Apr 1;48(Suppl 1):i16-i25. doi: 10.1093/ije/dyy169.
21. Srivastava D, McGuire A. Patient access to health care and medicines across low-income countries. *Soc Sci Med*. 2015 May;133:21-7. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.03.021. Epub 2015 Mar 11.
22. Hollard G, Sene O. Social capital and access to primary health care in developing countries: Evidence from Sub-Saharan Africa. *J Health Econ*. 2016 Jan;45:1-11. doi: 10.1016/j.jhealeco.2015.10.004. Epub 2015 Nov 10.
23. Miteniece E, Pavlova M, Rechel B, Groot W. Barriers to accessing adequate maternal care in Central and Eastern European countries: A systematic literature review. *Soc Sci Med*. 2017 Mar;177:1-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.049. Epub 2017 Jan 24.

24. Terraneo M1. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med.* 2015 Feb;126:154-63. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.12.028. Epub 2014 Dec 24.
25. Forster T1, Kentikelenis AE2, Stubbs TH3, King LP4. Globalization and health equity: The impact of structural adjustment programs on developing countries. *Soc Sci Med.* 2019 Aug 19:112496. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112496.
26. Teixeira de Siqueira-Filha N, Li J, Kibuchi E, Quayyum Z, Phillips-Howard P, Awal A, Mithu MIH, Manzoor F, Karuga R, Saidu S, Smith J, Sai V, Garimella S, Chumo I, Mberu B, Tolhurst R, Mazumdar S, Rao V, Farnaz N, Alam W, Elsey H. Economics of healthcare access in low-income and middle-income countries: a protocol for a scoping review of the economic impacts of seeking healthcare on slum-dwellers compared with other city residents. *BMJ Open.* 2021 Jul 9;11(7):e045441. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045441. PMID: 34244254; PMCID: PMC8273471.
27. Cabezas C. Atención médica y de salud en el Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* 2019; 36( 2 ).  
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4620>.
28. Ugarte-Ubilluz O. Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* 2019; 36( 2 ): 296-303. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4495>.
29. Arredondo-López, A. Barreras de acceso a servicios sanitarios en la comunidad transgénero y transexual. *HORIZONTE SANITARIO* 2020, 19(1):19-25. doi:<https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3279>.

30. Juárez-Ramírez C1, Villalobos A2, Saucedo-Valenzuela AL1, Nigenda G3. [Barriers for indigenous women to access obstetric services within the framework of integrated health services networks]. *Gac Sanit.* 2019 Oct 10. pii: S0213-9111(19)30162-1. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.05.015.
31. Ruiz-Azarola A1, Escudero Carretero M2, López-Fernández LA3, Gil García E4, March Cerdà JC2, López Jaramillo D5. [The perspective of migrants on access to health care in the context of austerity policies in Andalusia (Spain)]. *Gac Sanit.* 2018 Dec 13. pii: S0213-9111(18)30241-3. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.09.006.
32. Borrell C, Pasarín MI2, Díez E, Pérez K, Malmusi D, Pérez G, Artazcoz L; el Grupo de la Agència de Salut Pública de Barcelona. [Health inequalities as a political priority in Barcelona]. *Gac Sanit.* 2020 Jan - Feb;34(1):69-76. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.04.004.
33. Abedi, V., Olulana, O., Avula, V. et al. Racial, Economic, and Health Inequality and COVID-19 Infection in the United States. *J. Racial and Ethnic Health Disparities* 8, 732–742 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00833-4>
34. MIDIS [Internet]. Lima, Perú: MIDIS; 2012 [Citado en junio de 2005] Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/files/estrategianacionaldedesarrolloeinclusivosocialincluirparacrecer.pdf>.
35. Cavero-Arguedas D, Cruzado de la Vega V, Cuadra-Carrasco G. Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú. *Rev. perú. med.*

exp. salud publica [Internet]. 2017 Jul [citado 2021 Nov 01]; 34( 3 ): 528-537. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342017000300021&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300021&lng=es).

<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.3063>.

36. O'Donnell O, Van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Concentration Curves in Analyzing Health Equity Using Household Survey Data—A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington DC: World Bank Institute; 2007
37. Cruzado de la Vega V. Pagos por desempeño para mejorar el estado nutricional infantil: impacto de los convenios de apoyo presupuestario en tres regiones peruanas con alta prevalencia de desnutrición crónica infantil, 2010-2014. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017 Jul-Sep;34(3):365-376. Spanish. doi: 10.17843/rpmesp.2017.343.2987.
38. González-Block M, Figueroa A, García-Téllez I, Alarcón J. Asignación financiera en el Sistema de Protección Social en Salud de México: retos para la compra estratégica. Salud pública Méx. 2016; 58(5): 522-532. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8242>
39. Molina-Salazar R, Aguilar-Bustamante F, Amozurrutia-Jiménez J. Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional. Horiz. sanitario. 2018; 17( 3 ): 197-207. <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a17n3.2089>.
40. Puig A1, Pagán JA, Wong R. Assessing quality across healthcare subsystems in Mexico. J Ambul Care Manage. 2009 Apr-Jun;32(2):123-31. doi: 10.1097/JAC.0b013e31819942e5.



41. Rotarou ES1, Sakellariou D2. Determinants of utilisation rates of preventive health services: evidence from Chile. *BMC Public Health*. 2018 Jul 6;18(1):839. doi: 10.1186/s12889-018-5763-4.
42. Mondaca ALN, Chi C. Equity in out-of-pocket payment in Chile. *Rev Saude Publica*. 2017 May 4;51:44. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006666.
43. de Azevedo Barros MB1, Lima MG2,3, Medina LP1, Szwarcwald CL4, Malta DC5. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 2016 Nov 17;15(1):148. DOI: 10.1186/s12939-016-0439-0
44. Matijasevich A1,2, Victora CG2, Silveira MF2, Wehrmeister FC2, Horta BL2, Barros FC2,3; Pelotas Cohorts Study Group. Maternal reproductive history: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982-2015. *Int J Epidemiol*. 2019 Apr 1;48(Suppl 1):i16-i25. doi: 10.1093/ije/dyy169.
45. Vásquez E. Social Policy and Programs Focused on Children in Peru (2010-2014): An Evaluation Based on the Multidimensional Poverty Index. *Sociology and Anthropology* 2016; 4(10): 887 – 909. DOI: 10.13189/sa.2016.041005
46. Díaz J-J, Saldarriaga V. Encouraging use of prenatal care through conditional cash transfers: Evidence from JUNTOS in Peru. *Health Economics*. 2019;1–15. <https://doi.org/10.1002/hec.3919>
47. Vammalle, C., et al., "Financing and budgeting practices for health in Peru", *OECD Journal on Budgeting* 2018, 17(2): 25-64. <https://doi.org/10.1787/budget-17-5j8v16g3czth>.

- 
48. McCartney G1, Popham F2, McMaster R3, Cumbers A3. Defining health and health inequalities. *Public Health*. 2019 Jul;172:22-30. doi: 10.1016/j.puhe.2019.03.023. Epub 2019 May 31.
  49. Love-Koh J1, Griffin S2, Kataika E3, Revill P2, Sibandze S3, Walker S2. Methods to promote equity in health resource allocation in low- and middle-income countries: an overview. *Global Health*. 2020 Jan 13;16(1):6. doi: 10.1186/s12992-019-0537-z.
  50. Talih M1,2, Moonesinghe R3, Huang DT1. Measuring the Magnitude of Health Inequality between Two Population Subgroup Proportions. *Am J Epidemiol*. 2020 Apr 3. pii: kwaa050. doi: 10.1093/aje/kwaa050. [Epub ahead of print]
  51. Lehne G1,2, Bolte G3,4. Equity impact of interventions to promote physical activity in older adults: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2016 Feb 1;5:17. doi: 10.1186/s13643-016-0194-8.
  52. Chavehpour Y1, Rashidian A1, Woldemichael A2,3, Takian A1,4,5. Inequality in geographical distribution of hospitals and hospital beds in densely populated metropolitan cities of Iran. *BMC Health Serv Res*. 2019 Aug 30;19(1):614. doi: 10.1186/s12913-019-4443-0.
  53. Woolf SH1. Necessary But Not Sufficient: Why Health Care Alone Cannot Improve Population Health and Reduce Health Inequities. *Ann Fam Med*. 2019 May;17(3):196-199. doi: 10.1370/afm.2395.

54. Kriznik NM1, Kinmonth AL2, Ling T3, Kelly MP2. Moving beyond individual choice in policies to reduce health inequalities: the integration of dynamic with individual explanations. *J Public Health (Oxf)*. 2018 Dec 1;40(4):764-775. doi: 10.1093/pubmed/fdy045.
55. Weiss D, Rydland HT, Øversveen E, Jensen MR, Solhaug S, Krokstad S. Innovative technologies and social inequalities in health: A scoping review of the literature. *PLoS One*. 2018 Apr 3;13(4):e0195447. doi: 10.1371/journal.pone.0195447. eCollection 2018.
56. Mulyanto J1,2, Kringos DS1, Kunst AE1. The evolution of income-related inequalities in healthcare utilisation in Indonesia, 1993-2014. *PLoS One*. 2019 Jun 25;14(6):e0218519. doi: 10.1371/journal.pone.0218519. eCollection 2019.
57. Mulyanto J1, Kunst AE2, Kringos DS2. Geographical inequalities in healthcare utilisation and the contribution of compositional factors: A multilevel analysis of 497 districts in Indonesia. *Health Place*. 2019 Nov;60:102236. doi: 10.1016/j.healthplace.2019.102236. Epub 2019 Nov 25.
58. Zimmerman FJ1. A robust health equity metric. *Public Health*. 2019 Oct;175:68-78. doi: 10.1016/j.puhe.2019.06.008. Epub 2019 Aug 9.
59. Canella DS, Duran AC, Claro RM. Malnutrition in all its forms and social inequalities in Brazil. *Public Health Nutr*. 2019 Oct 8:1-10. doi: 10.1017/S136898001900274X. [Epub ahead of print]
60. Calderón M1, Alvarado-Villacorta R2, Barrios M3, Quiroz-Robladillo D4, Guzmán Naupay DR5, Obregon A3, Calderón Chávez S2, Glaser L6, Carnero AM7, Cortez-Vergara C2, Iglesias Quilca D8, Colque Gonzales J9,

- Moore D7. Health need assessment in an indigenous high-altitude population living on an island in Lake Titicaca, Perú. *Int J Equity Health*. 2019 Jun 18;18(1):94. doi: 10.1186/s12939-019-0993-3.
61. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Santero M, Prado-Galbarro FJ, Rosselli D. [Health-related out-of-pocket expenses in older peruvian adults: analysis of the national household survey on living conditions and poverty 2017]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018 Jul-Sep;35(3):390-399. doi: 10.17843/rpmesp.2018.353.3815.
62. Petrerá M, Valdivia M, Jimenez E, Almeida G. Equity in health and health care in Peru, 2004-2008. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 Feb;33(2):131-6, 4 p preceding 131.
63. Shannon GD, Motta A, Cáceres CF, Skordis-Worrall J, Bowie D, Prost A. ¿Somos iguales? Using a structural violence framework to understand gender and health inequities from an intersectional perspective in the Peruvian Amazon. *Glob Health Action*. 2017 Jan - Dec;10(sup2):1330458. doi: 10.1080/16549716.2017.1330458.
64. Zapata-Ossa H, Porras-Beltrán A, Arias-Cardona E. Factores relacionados con el uso de los servicios de salud en la población mayor de 18 años del área urbana de Cali, Colombia, en el año 2016. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2019, 18(37). doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-37.frss>
65. De Schacht C, Mutaquiha C, Faria F, Castro G, Manaca N, Manhiça I, Cowan J. Barriers to access and adherence to tuberculosis services, as perceived by patients: A qualitative study in Mozambique. *PLoS One*. 2019

Jul 10;14(7):e0219470. doi: 10.1371/journal.pone.0219470. eCollection 2019.

66. Hurtado L, Arrivillaga M. Determinación social del acceso a servicios sanitarios de población infantil en situación de discapacidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018;44(1):100-109
67. Tumasa N, Poub A, Díaz M. Inequidades en salud: análisis sociodemográfico y espacial del cáncer de mama en mujeres de Córdoba, Argentina. *Gaceta Sanitaria* 2017; 31(5): 396-403.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.011>
68. Bright T1, Felix L2, Kuper H1, Polack S1. Systematic review of strategies to increase access to health services among children over five in low- and middle-income countries. *Trop Med Int Health*. 2018 May;23(5):476-507. doi: 10.1111/tmi.13044. Epub 2018 Mar 24.
69. Dassah E1, Aldersey H1, McColl MA1, Davison C2. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a "best-fit" framework synthesis. *Glob Health Res Policy*. 2018 Dec 25;3:36. doi: 10.1186/s41256-018-0091-x. eCollection 2018.
70. Lazar M1, Davenport L1. Barriers to Health Care Access for Low Income Families: A Review of Literature. *J Community Health Nurs*. 2018 Jan-Mar;35(1):28-37. doi: 10.1080/07370016.2018.1404832.
71. Granda ML1, Jimenez WG2. The evolution of socioeconomic health inequalities in Ecuador during a public health system reform (2006-2014). *Int J Equity Health*. 2019 Feb 8;18(1):31. doi: 10.1186/s12939-018-0905-y.
72. Rezaeian S1, Hajizadeh M2, Rezaei S1, Ahmadi S1, Kazemi Karyani A1, Salimi Y3. Measuring and Explaining Socioeconomic Inequalities in Public

- Healthcare Utilization in Western Iran: Evidence from a Cross-sectional Survey. *J Res Health Sci*. 2018 May 14;18(2):e00415.
73. Rezaei S1, Hajizadeh M2, Khosravipour M3, Khosravi F3, Rezaeian S4. Socioeconomic Inequalities in Poor Health-Related Quality of Life in Kermanshah, Western Iran: A Decomposition Analysis. *J Res Health Sci*. 2018 Jan 27;18(1):e00405.
74. Rezaei S1, Hajizadeh M2. Measuring and decomposing socioeconomic inequality in catastrophic healthcare expenditures in Iran. *J Prev Med Public Health*. 2019 Jul;52(4):214-223. doi: 10.3961/jpmph.19.046. Epub 2019 Jun 14.
75. Pavón-León P1, Reyes-Morales H2, Martínez AJ3, Méndez-Maín SM4, Gogiascochea-Trejo MDC5, Blázquez-Morales MSL6. [Out-of-pocket expenditure by elderly adults enrolled in a public health insurance programme in Mexico]. *Gac Sanit*. 2017 Jul - Aug;31(4):286-291. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.12.015. Epub 2017 Feb 27.
76. Sharma AK1, Kroeker K2, Chateau D3, Brownell M3, Rodd CJ4. Assessing childhood health outcome inequalities with area-based socioeconomic measures: a retrospective cross-sectional study using Manitoba population data. *Pediatr Res*. 2020 Jan 14. doi: 10.1038/s41390-020-0755-3.
77. Renard F1, Devleeschauwer B2,3, Speybroeck N4, Deboosere P5. Monitoring health inequalities when the socio-economic composition changes: are the slope and relative indices of inequality appropriate? Results of a simulation study. *BMC Public Health*. 2019 May 30;19(1):662. doi: 10.1186/s12889-019-6980-1.

78. Kien VD<sup>1,2</sup>, Van Minh H<sup>3</sup>, Giang KB<sup>4</sup>, Dao A<sup>5</sup>, Tuan LT<sup>6</sup>, Ng N<sup>7</sup>. Socioeconomic inequalities in catastrophic health expenditure and impoverishment associated with non-communicable diseases in urban Hanoi, Vietnam. *Int J Equity Health*. 2016 Oct 13;15(1):169.
79. Bakar NSA<sup>1</sup>, Manual A<sup>1</sup>, Hamid JA<sup>1</sup>. Socioeconomic Status Affecting Inequity of Healthcare Utilisation in Malaysia. *Malays J Med Sci*. 2019 Jul;26(4):79-85. doi: 10.21315/mjms2019.26.4.9. Epub 2019 Aug 29.
80. Curi-Quinto K<sup>1</sup>, Ortiz-Panozo E<sup>2</sup>, López de Romaña D<sup>3</sup>. Malnutrition in all its forms and socio-economic disparities in children under 5 years of age and women of reproductive age in Peru. *Public Health Nutr*. 2019 Dec 3:1-12. doi: 10.1017/S136898001900315X.
81. Mazariegos M<sup>1,2</sup>, Kroker-Lobos MF<sup>1</sup>, Ramírez-Zea M<sup>1</sup>. Socio-economic and ethnic disparities of malnutrition in all its forms in Guatemala. *Public Health Nutr*. 2019 Oct 7:1-9. doi: 10.1017/S1368980019002738. [Epub ahead of print]
82. Najafi F, Soltani S, Karami Matin B, Kazemi Karyani A, Rezaei S, Soofi M, et al. Socioeconomic - related inequalities in overweight and obesity: findings from the PERSIAN cohort study. *BMC Public Health*. 2020 Feb 11;20(1):214. doi: 10.1186/s12889-020
83. Brinda EM<sup>1</sup>, Attermann J<sup>2</sup>, Gerdtham UG<sup>3</sup>, Enemark U<sup>4</sup>. Socio-economic inequalities in health and health service use among older adults in India: results from the WHO Study on Global AGEing and adult health survey. *Public Health*. 2016 Dec;141:32-41. doi: 10.1016/j.puhe.2016.08.005. Epub 2016 Sep 16.

84. Nelson RE<sup>1,2</sup>, Suo Y<sup>1,2</sup>, Pettey W<sup>1,2</sup>, Vanneman M<sup>1,2,3</sup>, Montgomery AE<sup>4,5</sup>, Byrne T<sup>4,6</sup>, Fargo JD<sup>1,4,7</sup>, Gundlapalli AV<sup>1,2,4</sup>. Costs Associated with Health Care Services Accessed through VA and in the Community through Medicare for Veterans Experiencing Homelessness. *Health Serv Res.* 2018 Dec;53 Suppl 3:5352-5374. doi: 10.1111/1475-6773.13054. Epub 2018 Sep 23.
85. Johar M, Soewondo P, Pujisubekti R, Satrio HK, Adji A. Inequality in access to health care, health insurance and the role of supply factors. *Soc Sci Med.* 2018 Sep;213:134-145. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.07.044.
86. Engelgau MM<sup>1</sup>, Zhang P<sup>2</sup>, Jan S<sup>3</sup>, Mahal A<sup>4</sup>. Economic Dimensions of Health Inequities: The Role of Implementation Research. *Ethn Dis.* 2019 Feb 21;29(Suppl 1):103-112. doi: 10.18865/ed.29.S1.103.
87. Naik Y<sup>1,2</sup>, Baker P<sup>3</sup>, Walker I<sup>4</sup>, Tillmann T<sup>5</sup>, Bash K<sup>6</sup>, Quantz D<sup>7</sup>, Hillier-Brown F<sup>8</sup>, Bambra C<sup>9</sup>. The macro-economic determinants of health and health inequalities-umbrella review protocol. *Syst Rev.* 2017 Nov 3;6(1):222. doi: 10.1186/s13643-017-0616-2.
88. Erlangga D<sup>1</sup>, Suhrcke M<sup>2,3</sup>, Ali S<sup>1,4</sup>, Bloor K<sup>1</sup>. The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS One.* 2019 Aug 28;14(8):e0219731. doi: 10.1371/journal.pone.0219731. eCollection 2019.
89. Llanos RQ<sup>1</sup>, Ramírez RR<sup>1</sup>, Palacios MT<sup>1</sup>, Flores CF<sup>2</sup>, Borda-Olivas A<sup>2</sup>, Castillo RA<sup>2,3</sup>, Guanira J<sup>2</sup>, Condor RS<sup>4</sup>, Villasante MC<sup>2,5</sup>, Hurtado-Roca Y<sup>2</sup>. Health Survey in a Peruvian health system (ENSSA): design,



- methodology and general results. *Rev Saude Publica*. 2019 Apr 1;53:33. doi: 10.11606/S1518-8787.2019053001135.
90. Javadinasab H1, Masoudi Asl I2, Vosoogh-Moghaddam A3,4, Najafi B5,6. Sustainable financing of health promotion services in selected countries: Best experience for developing countries. *Med J Islam Repub Iran*. 2019 Jun 5;33:52. doi: 10.34171/mjiri.33.52. eCollection 2019.
91. Seo V, Baggett TP, Thorndike AN, Hull P, Hsu J, Newhouse JP, Fung V. Access to care among Medicaid and uninsured patients in community health centers after the Affordable Care Act. *BMC Health Serv Res*. 2019 May 8;19(1):291. doi: 10.1186/s12913-019-4124-z.
92. Cai C, Runte J1, Ostrer I1, Berry K1, Ponce N2, Rodriguez M3, Bertozzi S4, White JS1, Kahn JG1. Projected costs of single-payer healthcare financing in the United States: A systematic review of economic analyses. *PLoS Med*. 2020 Jan 15;17(1):e1003013. doi: 10.1371/journal.pmed.1003013. eCollection 2020 Jan.
93. Gidwani-Marszowski R, Asch SM, Mor V, Wagner TH, Faricy-Anderson K, Illarmo S, Hsin G, Patel MI, Ramchandran K, Lorenz KA, Needleman J. Health System and Beneficiary Costs Associated With Intensive End-of-Life Medical Services. *JAMA Netw Open*. 2019 Sep 4;2(9):e1912161. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.12161.
94. Machón M, Mosquera I, Larrañaga I, Martín U, Vergara I; [Socioeconomic inequalities in health among the elderly population in Spain]. *Gac Sanit*. 2019 Sep 25. pii: S0213-9111(19)30178-5. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.06.008.

95. Navas Martín MÁ. [Influence of social inequalities in health on the mortality of the rural and urban population in Spain, 2007-2013]. *Semergen*. 2019 Dec 27. pii: S1138-3593(19)30436-8. doi: 10.1016/j.semerg.2019.10.007. [Epub ahead of print]
96. Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J, Cerezo Espinosa de Los Monteros J, Canet Fajas C, Magallón Botaya R. [Equity and patient autonomy in the care strategies for patients with chronic disease of health services in Spain]. *Gac Sanit*. 2019 Nov - Dec;33(6):554-562. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.05.008. Epub 2018 Jul 29.
97. Gianella C, Pesantes MA, Ugarte-Gil C, Moore DAJ, Lema C. Vulnerable populations and the right to health: lessons from the Peruvian Amazon around tuberculosis control. *Int J Equity Health*. 2019 Jun 3;18(1):28. doi: 10.1186/s12939-019-0928-z.
98. Escolar-Pujolar A, Córdoba Doña JA, Goicolea Julían I, Rodríguez GJ, Santos Sánchez V, Mayoral Sánchez E, Aguilar Diosdado M. The effect of marital status on social and gender inequalities in diabetes mortality in Andalusia. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2018 Jan;65(1):21-29. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endinu.2017.10.006..
99. Ilinca S, Di Giorgio L, Salari P, Chuma J. Socio-economic inequality and inequity in use of health care services in Kenya: evidence from the fourth Kenya household health expenditure and utilization survey. *Int J Equity Health*. 2019 Dec 18;18(1):196. doi: 10.1186/s12939-019-1106-z.
100. Chun-Qing Z, Pak-Kwong C, Ru Z, Benjamin S. Socioeconomic Inequalities in Older Adults' Health: The Roles of Neighborhood and Individual-Level

Psychosocial and Behavioral Resources. *Front Public Health*. 2019; 7: 318.  
doi: 10.3389/fpubh.2019.00318

101. Del Pino S1, Sánchez-Montoya SB2, Guzmán JM3, Mújica OJ4, Gómez-Salgado J5,6, Ruiz-Frutos C7,8. Health Inequalities amongst People of African Descent in the Americas, 2005-2017: A Systematic Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Sep 8;16(18). pii: E3302.  
doi: 10.3390/ijerph16183302.
102. Chung GK, Dong D, Wong SY, Wong H, Chung RY. Perceived poverty and health, and their roles in the poverty-health vicious cycle: a qualitative study of major stakeholders in the healthcare setting in Hong Kong. *Int J Equity Health*. 2020 Jan 28;19(1):13. doi: 10.1186/s12939-020-1127-7.
103. Cogburn CD. Culture, Race, and Health: Implications for Racial Inequities and Population Health. *Milbank Q*. 2019 Sep;97(3):736-761. doi: 10.1111/1468-0009.12411.
104. Shahar S, Vanoh D, Mat Ludin AF, Singh DKA, Hamid TA6. Factors associated with poor socioeconomic status among Malaysian older adults: an analysis according to urban and rural settings. *BMC Public Health*. 2019 Jun 13;19(Suppl 4):549. doi: 10.1186/s12889-019-6866-2.
105. Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J4. Why inequality could spread COVID-19. *Lancet Public Health*. 2020 Apr 2. pii: S2468-2667(20)30085-2. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30085-2.
106. Zimmerman FJ1, Anderson NW1. Trends in Health Equity in the United States by Race/Ethnicity, Sex, and Income, 1993-2017. *JAMA Netw Open*. 2019 Jun 5;2(6):e196386. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.6386.

107. Zapata ME1, Soruco AI2, Carmuega E1. Malnutrition in all its forms and socio-economic indicators in Argentina. *Public Health Nutr.* 2019 Nov 5:1-8. doi: 10.1017/S1368980019003124. [Epub ahead of print]
108. Nevin PE1, Garcia PJ2, Blas MM3, Rao D4, Molina Y5. Inequities in cervical cancer care in indigenous Peruvian women. *Lancet Glob Health.* 2019 May;7(5):e556-e557. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30044-0.
109. Collins JH1, Bowie D2, Shannon G1,2. A descriptive analysis of health practices, barriers to healthcare and the unmet need for cervical cancer screening in the Lower Napo River region of the Peruvian Amazon. *Womens Health (Lond).* 2019 Jan-Dec;15:1745506519890969. doi: 10.1177/1745506519890969.
110. Houghton N1, Bascolo E1, Del Riego A1. Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica.* 2020 Mar 4;44:e11. doi: 10.26633/RPSP.2020.11. eCollection 2020.
111. Huicho L1,2,3, Tavera M4, Huayanay-Espinoza CA1, Béjar-Díaz M4, Rivera-Ch M1, Tam Y5, Walker N5, Black RE5. Drivers of the progress achieved by Peru in reducing childhood diarrhoea mortality: a country case study. *J Glob Health.* 2019 Dec;9(2):020805. doi: 10.7189/jogh.09.020805.
112. Reyes Matos U1, Mesenburg MA2, Victora CG2. Socioeconomic inequalities in the prevalence of underweight, overweight, and obesity among women aged 20-49 in low- and middle-income countries. *Int J Obes (Lond).* 2020 Mar;44(3):609-616. doi: 10.1038/s41366-019-0503-0. Epub 2019 Dec 18.

113. Bosch M, Melguizo, A, Pagés, C. Mejores pensiones mejores trabajos: Hacia la cobertura universal en América Latina y el Caribe. IDB [Internet]. Washington DC, United States of America: IDB; 2013 [Citado en junio de 2005] Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/462>.
114. Gertler P, Galiani, S. "Evaluación de Impacto del Programa Pensión 65: Nueva evidencia causal de las pensiones no contributivas en Perú". 2016. Mimeo
115. Perú, Ministerio de Economía y Finanzas. Ley N° 2892: Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2007. 30 de noviembre del 2006.
116. Gutierrez EL, Piazza M, Gutierrez-Aguado A, Carmona G, Caballero P, Reyes N, et al. Uso de la evidencia en políticas y programas de salud aportes del Instituto Nacional de Salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(3)580-4. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2308
117. Subramanian. Inequality and Poverty: A Short Critical Introduction. 1ra Ed. India: Springer Singapore; 2019.
118. Purohit B. Inequity in Indian Health Care. 1ra Ed. India: Springer Singapore; 2017.
119. Tahereh Alavi Hojjat, Rata Hojjat. The Economics of Obesity: Poverty, Income Inequality and Health. 1ra Ed. USA: Springer Singapore; 2017.
120. Margit Ystanes, Iselin Åsedotter Strønen. The Social Life of Economic Inequalities in Contemporary Latin America: Decades of Change. 1ra Ed. Noruega: Palgrave Macmillan; 2018.
121. Dörr P. The Impact of Monetary Policy on Economic Inequality. 1ra Ed. Alemania: Springer Gabler; 2018.

122. Santalahti M, Sumit K, Perkiö M. Barriers to accessing health care services: a qualitative study of migrant construction workers in a southwestern Indian city. BMC Health Serv Res. 2020 Jul 6;20(1):619. doi: 10.1186/s12913-020-05482-1. PMID: 32631320; PMCID: PMC7339387.

## Anexos

### Anexo 1: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Diseño metodológico
<b>Problema general</b> ¿Cómo influye los factores sociales y económicos en el acceso a	<b>Objetivo general</b> Determinar la influencia de los factores sociales y económicos en el acceso a servicios	<b>Hipótesis general</b> Los factores sociales y económicos influyen en el	<b>Variable 1</b> Acceso a los servicios de salud.	Utilización de los servicios de salud	Tipo de investigación Investigación aplicada  Diseño de investigación

<p>servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú y cuáles son las tendencias de desigualdades entre los años 2015-2019?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cómo influye los factores sociales (sexo, grupo de edad, residencia y región natural) en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú?</p> <p>¿Cómo influye los factores económicos (quintiles de bienestar y gasto per cápita) en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú?</p> <p>¿Cuáles son las tendencias de desigualdad en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú entre los años 2015 y 2020?</p>	<p>sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú y estimar las tendencias de desigualdades entre los años 2015-2019.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Determinar la influencia de los factores sociales (sexo, grupo de edad, residencia y región natural) en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú.</p> <p>Determinar la influencia de los factores económicos (quintiles de bienestar y gasto per cápita) en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú.</p> <p>Estimar las tendencias de desigualdad en el acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú entre los años 2015 y 2020.</p>	<p>acceso a servicios sanitarios de los beneficiarios de los Programas Sociales en Perú</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>Grupos de edad, Quintil de bienestar, área de residencia, región natural, raza y empleo influyen significativamente con el acceso a los servicios de salud.</p> <p>El gasto per cápita y los quintiles de bienestar se relaciona directamente con el acceso a los servicios de salud</p> <p>Las desigualdades socioeconómicas influyen en el acceso a los servicios de salud</p>	<p><b>Variable 2</b> Factores sociales</p> <p><b>Variable 3</b> Factores económicos</p>	<p>Edad Área de residencia Región natural Raza Empleo</p> <p>Quintil de bienestar Gasto per cápita</p>	<p>Análítica y correlacional</p> <p>Población Todas las viviendas particulares y sus ocupantes que viven en zonas rurales y urbanas del país</p> <p>Muestra 33 430 viviendas: 20 260 urbanas y 13 170 rurales, con la inclusión de un total de 119 515 personas</p>
--	---	---	---	--	---

## Anexo 2: Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

### Confiabilidad del instrumento

Confiabilidad, se refiere al grado en que su aplicación de un instrumento repetida al mismo sujeto produce iguales resultados” Hernández, Fernández y Bastita (1998) “(p.21)

En los casos de la medición de constructos a través de escalas, en los que no existen respuestas correctas ni incorrectas, sino que cada sujeto marca el valor de la escala que mejor representa su respuesta, Cronbach (1951) derivó, a partir del modelo de Kuder Richardson (1937), una variante que permite estimar la confiabilidad de consistencia interna en estos casos.

### Alfa de Cronbach

#### Fórmula

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} * \frac{S_t^2 - \sum S_i^2}{S^2}$$

En donde:

$r_{tt}$  = coeficiente de confiabilidad;

$n$  = número de ítemes;

$S_t^2$  = varianza total de la prueba; y

$\sum S_i^2$  es la suma de las varianzas individuales de los ítemes.

Para calcular la confiabilidad del instrumento se utilizó el software R.

- **Confiabilidad del instrumento de evaluación de la comunicación**

Para medir la confiabilidad se consideró una muestra aleatoria del 20% (18419) del total de casos de la muestra de la ENAHO (92094).

**$\alpha = 0.729$**  → Este valor nos indica que el valor alfa es superior a 0.5, indicando que el instrumento es confiable y consistente.

Asimismo, en el cuadro siguiente se observa **la Correlación total de elementos corregida** de cada variables supera el 20%, por lo tanto cada variables confiables.

#### Estadísticas de total de elemento

Variables	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Acceso a los servicios de salud	0.292	0.727
Edad	0.216	0.716
Área de residencia	0.282	0.738



Región natural	0.229	0.663
Raza	0.250	0.716
Empleo	0.218	0.735
Quintiles	0.216	0.732
Gasto per cápita	0.249	0.731

## Validez de los instrumentos

Se dice que una medición es válida si mide lo que en realidad trata de medir. Es asegurarse de que se mide lo que se intenta medir.

**Método:** Validez de Contenido

**Técnica:** Juicio de Expertos – Comisión consultivo de la pobreza

## Anexo 3: Carta de aprobación del comité de ética

Lima, 10 de noviembre de 2020

Investigador(a):  
Gutiérrez Aguado, Alfonso Julián  
Exp. N° 160-2020

---

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: "FACTORES SOCIALES Y ECONÓMICOS QUE DETERMINAN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES EN EL PERÚ: TENDENCIAS DE DESIGUALDADES 2015-2019" v02, el cual tiene como investigador principal a Gutiérrez Aguado, Alfonso Julián.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



---

Yenny Marisol Bellido Fuentes  
Presidenta del CIEI- UPNW

**Anexo 8: Informe del porcentaje del turnitin. (Hasta el 20% de similitud)**

FACTORES SOCIALES Y ECONÓMICOS QUE DETERMINAN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES EN EL PERÚ: TENDENCIAS DE DESIGUALDADES 2015-2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%	10%	8%	6%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://www.scielo.org.mx">www.scielo.org.mx</a> Fuente de Internet	2%
2	A. Gutierrez-Aguado, J. De La Cruz-Vargas, R. Espinoza Rojas, M. Angeles-Donayre. "PCN263 ACCESS TO HEALTH SERVICES FOR PEOPLE WITH CANCER IN PERU: TRENDS IN SOCIO-ECONOMIC INEQUALITIES WITHIN THE FRAMEWORK OF A RESULTS-BASED BUDGETING PROGRAM", Value in Health, 2019 Publicación	1%
3	<a href="http://intranet.uwiener.edu.pe">intranet.uwiener.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Jaime Bausate y Meza Trabajo del estudiante	1%