



Universidad  
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA**

**Tesis**

Factores de acceso a servicios de salud que se relacionan con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2023

**Para optar el Título Profesional de**  
Médico Cirujano

**Presentado por:**

**Autora:** Nuñez Quispe, Elizabeth


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0001-9005-8251>

**Asesora:** Mg. Llano Guillén, Jessica

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0009-4930-6864>

**Lima – Perú**

**2025**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01

Yo, Nuñez Quispe Elizabeth egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “**FACTORES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD QUE SE RELACIONAN CON LA FALTA DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA EN UN PROVEEDOR DE SALUD POR SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2023**” Asesorado por el docente: Mg. Llano Guillén, Jessica DNI 45142421 ORCID <https://orcid.org/0009-0009-4930-6864> tiene un índice de similitud de **18 (dieciocho)** % con código OID: 14912:540767172 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  
 Elizabeth Nuñez Quispe  
 DNI: 47178908



.....  
 Firma  
 Jessica Llano Guillén  
 DNI:45142421

Lima, 15 de diciembre de 2025

## DEDICATORIA

A la niña que un día fui, la que soñó con ser médica sin imaginar los caminos que tendría que recorrer. A la mujer en la que me convertí, que abrazó la soledad, domó el miedo y caminó a pesar del cansancio, pero nunca dejó de creer en sí misma.

A mi madre, por darme la vida; a mis hermanas, por escucharme en mis silencios; y a mi amada Quillari, compañera de cuatro patas, que fue abrigo en mis días tristes y aún vive en mi recuerdo.

## **AGRADECIMIENTO**

A la Dra. Jessica Llano Guillén, por su valioso apoyo y orientación durante el desarrollo de esta tesis.

A los doctores que contribuyeron a mi formación médica, quienes, con su enseñanza y ejemplo, dejaron una impronta significativa en mi desarrollo profesional.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN .....	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema .....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general .....	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1. Objetivo general .....	4
1.3.2. Objetivos específicos .....	4
1.4. Justificación de la investigación .....	5
1.4.1. Teórica .....	5
1.4.2. Metodológica .....	6
1.4.3. Práctica .....	6
1.5. Limitación de la investigación.....	7
1.5.1. Temporal.....	7
1.5.2. Espacial.....	8
1.5.3. Recursos.....	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	9
2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.2. Bases teóricas .....	15
2.3. Formulación de hipótesis.....	23
2.3.1. Hipótesis general .....	23
2.3.2. Hipótesis específicas.....	24

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	25
3.1. Método de la investigación.....	25
3.2. Enfoque de la investigación.....	25
3.3. Tipo de investigación.....	26
3.4. Diseño de la investigación.....	26
3.5. Población, muestra y muestreo.....	26
3.6. Variables y operacionalización.....	29
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.7.1. Técnica.....	30
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	32
3.7.3. Validación.....	33
3.7.4. Confiabilidad.....	33
3.8. Plan de Procesamiento y análisis de datos.....	34
3.9. Aspectos éticos.....	36
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	38
4.1. Resultados.....	38
4.1.1. Análisis descriptivo de los resultados.....	38
4.1.2. Análisis bivariado de los resultados.....	44
4.1.3. Análisis multivariable de los resultados.....	54
4.2. Discusión de resultados.....	62
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	68
5.1. Conclusiones.....	68
5.2. Recomendaciones.....	69
REFERENCIAS.....	71
ANEXOS.....	80

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Dimensión demográfica: Indicador “Sexo del niño” .....	38
<b>Tabla 2.</b> Dimensión demográfica: Indicador “Edad del niño” y “Edad de la madre”	38
<b>Tabla 3.</b> Dimensión demográfica: Indicador “Lugar de residencia” .....	39
<b>Tabla 4.</b> Dimensión demográfica: indicador “etnicidad del cuidador”.....	39
<b>Tabla 5.</b> Dimensión demográfica: Indicador “región”.....	39
<b>Tabla 6.</b> Dimensión demográfica: Indicador “percibe la distancia al centro de salud como un gran problema”.....	40
<b>Tabla 7.</b> Dimensión socioeconómica: Indicador “Índice de riqueza”.....	40
<b>Tabla 8.</b> Dimensión socioeconómica: Indicador “Afiliación al SIS” .....	41
<b>Tabla 9.</b> Dimensión educativa: Indicador “Nivel educativo más alto del cuidador” ..	41
<b>Tabla 10.</b> Dimensión educativa: Indicador “presencia de medicamentos en casa” (antihistamínicos).....	41
<b>Tabla 11.</b> Dimensión educativa: Indicador “presencia de medicamentos en casa” (antibióticos) .....	41
<b>Tabla 12.</b> Dimensión educativa: Indicador “presencia de medicamentos en casa” (Analgésicos/antiinflamatorios).....	42
<b>Tabla 13.</b> Dimensión educativa: Indicador “Medicamentos en casa” .....	42
<b>Tabla 14.</b> Dimensión acceso y utilización de servicios de salud: Indicador “búsqueda de atención médica” .....	43
<b>Tabla 15.</b> Asociación entre el indicador “sexo del niño” y la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de IRA. ....	45

<b>Tabla 16.</b> Asociación entre el indicador “Edad del niño” y “Edad de la madre” con la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de IRA. ....	45
<b>Tabla 17.</b> Asociación entre el indicador “lugar de residencia” y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA.....	46
<b>Tabla 18 .</b> Asociación entre el indicador “Etnicidad del cuidador” y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA.....	47
<b>Tabla 19.</b> Asociación entre el indicador “Región” y la falta de búsqueda de atención médica para IRA .....	48
<b>Tabla 20.</b> Asociación entre el indicador “Percibe la lejanía al centro de salud como un gran problema” y la falta búsqueda de atención médica para IRA.....	49
<b>Tabla 21.</b> Asociación entre el indicador “Índice de riqueza” y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA.....	50
<b>Tabla 22.</b> Asociación entre el indicador “Afilación al SIS” y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas IRA .....	50
<b>Tabla 23.</b> Asociación entre el indicador “Nivel educativo más alto del cuidador” y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA .....	51
<b>Tabla 24.</b> Asociación entre el indicador “presencia de medicamentos en el hogar” (Antihistamínicos) y la falta de búsqueda de atención médica para IRA .....	52
<b>Tabla 25.</b> Asociación entre el indicador “presencia de medicamentos en casa” (Antibióticos) y la falta de búsqueda de atención médica para IRA .....	52
<b>Tabla 26.</b> Asociación entre el indicador “Analgésicos/antiinflamatorios en casa” y falta de búsqueda de atención médica para IRA .....	53

<b>Tabla 27.</b> Asociación entre el indicador “Medicamentos en casa” y la falta de búsqueda de atención médica para IRA.....	54
<b>Tabla 28.</b> Análisis multivariado de los factores asociados a la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de infección respiratoria (IRA) en menores de 5 años, según ENDES 2023.....	57
<b>Tabla 29.</b> Prueba de normalidad .....	59

## RESUMEN

El objetivo de la investigación fue identificar la relación entre los factores de acceso a servicios de salud y la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) en niños menores de 5 años en el Perú, según la ENDES 2023. Se realizó un estudio cuantitativo, hipotético-deductivo, no experimental, transversal y correlacional, basado en el análisis secundario. Se aplicaron análisis descriptivos, bivariados y multivariados mediante regresión logística binaria, con  $\alpha = 0,05$ , estimando OR e IC 95%. Entre 13 894 niños con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA), el 69,4% presentó falta de búsqueda de atención médica. En el análisis multivariado se identificó asociación significativa para la etnicidad achacani (OR= 0,344; IC 95%: 0,125-0,95; p=0,04), para el nivel educativo superior del cuidador (OR = 0.703; IC 95 %: 0.582–0.849; p < 0.001) y para la presencia de medicamentos en el hogar (OR= 27,439; IC95%: 24,205-31,105; p<0,001). En conclusión, los indicadores asociados a la falta de búsqueda de atención médica fueron la etnicidad del cuidador y el nivel educativo, mientras que la presencia de algún medicamento en el hogar actuó como un factor protector frente a este evento; Los demás indicadores evaluados no demostraron asociación significativa con la falta de búsqueda de atención médica.

Palabras clave: Infecciones Respiratorias Agudas, Atención Médica, Preescolar, Acceso a los Servicios de Salud.

## ABSTRACT

This study aimed to identify factors associated with healthcare-seeking behavior for symptoms of acute respiratory infection (ARI) in children under five years of age in Peru, based on data from the 2023 Demographic and Family Health Survey (ENDES). A quantitative, hypothetico-deductive, non-experimental, cross-sectional, and correlational design was used, based on secondary analysis of the survey database. Descriptive, bivariate, and multivariate analyses were conducted using binary logistic regression with a significance level of 5%, estimating odds ratios (OR) with 95% confidence intervals. Among 13,894 children with respiratory symptoms, 69.4% did not seek medical care. In the multivariate analysis, significant associations were found for Achacani ethnicity (OR = 0.344; 95% CI: 0.125–0.95;  $p = 0.04$ ), higher caregiver educational level (OR = 0.703; 95% CI: 0.582–0.849;  $p < 0.001$ ), and the presence of medications in the household (OR = 27.439; 95% CI: 24.205–31.105;  $p < 0.001$ ). In conclusion, caregiver ethnicity and educational level were associated with a lack of healthcare-seeking for ARI symptoms, whereas having medications available at home acted as a protective factor against this outcome; The remaining indicators did not show statistically significant associations.

**Keywords:** Acute Respiratory Infections, Medical Care, Preschool Child, Health Services Accessibility.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se encuentra estructurada en 5 capítulos. El primer capítulo aborda el planteamiento del problema, enfocado en la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años, una problemática de salud pública en el Perú. Se profundiza en el contexto epidemiológico de las IRA y su impacto en la morbilidad infantil, así como en los factores de acceso a los servicios de salud que podrían influir en la decisión de los cuidadores para acudir o no a un proveedor de salud. Asimismo, se justifica la investigación y se formulan los problemas y objetivos del estudio. En el segundo capítulo se presentan los antecedentes internacionales y nacionales relevantes que abordan tanto las barreras de acceso como la búsqueda de atención médica en casos de síntomas de IRA. Partir de ello, se establecen las hipótesis que orientan la investigación. El tercer capítulo desarrolla los aspectos metodológicos de la investigación. Se trata de una investigación cuantitativa, con enfoque hipotético-deductivo, de tipo aplicado, diseño no experimental, transversal y de alcance correlacional. En el cuarto capítulo se presentan los resultados ,mediante tablas agrupadas por dimensiones y debidamente interpretadas .Se realizó la prueba de hipótesis utilizando el modelo de regresión logística binaria ,evidenciando asociación significativa entre algunos indicadores de la dimensión educativa y demográfica .Los resultados se discutieron a la luz de la literatura científica actual .Finalmente ,en el quinto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio .Por último, se incluyen las referencias bibliográficas ,organizadas según estilo Vancouver.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

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

La salud constituye un derecho esencial que pertenece a cada individuo, lo que implica que toda persona debe acceder a servicios de salud con disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (1). Además, esta atención incluye acciones enfocadas en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, brindadas por el profesional de salud capacitado y dirigidas tanto a individuos como a las comunidades (2,3). Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son procesos inflamatorios de evolución rápida que afectan las vías respiratorias y se clasifican en altas y bajas. Generalmente son de origen viral o bacteriano y representan una de las principales causas de morbimortalidad infantil (4). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años forman parte del grupo de enfermedades que deben estar cubiertas por los servicios de salud universal. La Organización Mundial de la Salud(OMS) las identifica como una de las principales causas de morbimortalidad infantil. En países en desarrollo como Perú, su incidencia anual varía entre 20% y 40%, siendo la principal causa de consulta médica a nivel global y la segunda causa de muerte infantil, con un 20 % de defunciones anuales (4,5). La neumonía, causa más 740 000 muertes al año, principalmente

en Asia Meridional y África Subsahariana, lo que resalta la urgencia de incluir su cobertura en el servicio de salud universal. Para reducir su impacto (6). En el Perú, la diversidad

geográfica y las diferencias socioculturales influyen en los patrones de búsqueda de atención. La encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 reportó que el 38% de los niños con síntomas respiratorias agudos en regiones como Huancavelica, Puno y Loreto no recibieron atención formal de salud, comparado con un 15% en Lima Metropolitana (7).

Por otro lado, la ENDES 2023 ha revelado disparidades en el acceso a servicios de salud entre áreas urbanas y rurales, así como entre diferentes niveles socioeconómicos. Se reportó que el 11.4% de los niños menores de cinco años presentaron signos de IRA en las dos semanas previas al estudio. Sin embargo, el 35% de estos casos no recibió atención médica oportuna por parte de un proveedor de salud formal. Esta situación se agudiza en las regiones de la sierra y la selva (8).

Entre los factores que dificultan la búsqueda de atención médica se encuentran barreras estructurales, como la inaccesibilidad geográfica, y la falta de recursos en el sistema de salud (9); socioculturales, como el desconocimiento de la gravedad de los síntomas de IRA y la preferencia por remedios tradicionales (10); y económicos, como los costos de traslado y la pérdida de ingresos. Aunque estos factores son conocidos, aún es necesario profundizar en su impacto en la atención oportuna de las IRA en menores de 5 años, especialmente con datos recientes de la ENDES 2023 (11).

La falta de atención oportuna de las IRA en menores de cinco años incrementa el riesgo de complicaciones graves, como se reportó en el Perú, 13.819 casos de neumonía y 44 595 casos de síndrome obstructivo bronquial. De estos, el 30.7% de las neumonías

requirieron hospitalización y se registraron 104 defunciones, principalmente en las regiones de Loreto, Junín y la Libertad (12,13). Este pronóstico desfavorable evidencia la necesidad de fortalecer la detección y la atención temprana. Los datos de la ENDES 2023 podrían proporcionar una estimación actualizada de cuantos hogares no buscaron atención médica ante síntomas de IRA, destacando la escala de desafío en términos de cobertura sanitaria y equidad. La falta de atención oportuna agrava los riesgos de complicaciones, como neumonía, y refleja barreras como la inaccesibilidad a servicios de salud, la escasez de medicamentos y las desigualdades socioeconómicas, lo que subraya la necesidad de identificar y abordar estos obstáculos para generar evidencia que permita diseñar intervenciones efectivas, mejorar el acceso a la atención médica (14).

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre los factores de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la relación entre la dimensión demográfica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión socioeconómica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud

por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023?

- ¿Cuál es la relación entre la dimensión educativa de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023?

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

#### **1.3.1. Objetivo general**

Identificar la relación entre los factores de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

Identificar la relación entre la dimensión demográfica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

Identificar la relación entre la dimensión socioeconómica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

Identificar la relación entre la dimensión educativa de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

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

### **1.4.1. Teórica**

La presente investigación se fundamenta en la necesidad de comprender cómo los factores de acceso a servicios de salud influyen en los comportamientos de búsqueda de atención médica; el cual ha sido abordado en diferentes estudios como el Modelo de Acceso a la Atención de Andersen, que identifica predisposiciones, barreras y necesidades como determinantes del uso de servicios (15).

La investigación permitirá validar y contrastar teorías sobre el comportamiento de búsqueda de atención en salud, como el Modelo de Creencias sobre la Salud de Rosenstock, donde se detalla cómo las personas adoptan o no medidas de salud en función de sus creencias y percepciones sobre las enfermedades y las posibles intervenciones (16), y el Marco de los Determinantes Sociales de la Salud, que destaca la necesidad de abordar las causas subyacentes de la mala salud, más allá de solo tratar los síntomas. Además, enfatiza la acción multisectorial y la aceptabilidad de las inequidades en salud (17), en el contexto específico de Perú. Los hallazgos complementaran estudios previos sobre barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina (18).

Es así que, existe la necesidad de actualizar el conocimiento sobre los determinantes de la falta de búsqueda de atención médica con los datos de ENDES 2023. Por lo que, al enfatizar la generación de evidencia para orientar políticas públicas y mejorar la salud infantil, la justificación alinea el propósito del estudio con una necesidad práctica y científica, demostrando su pertinencia y urgencia en el contexto nacional.

### **1.4.2. Metodológica**

La presente investigación se sustenta en el uso de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, recolectados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), debido a su reconocida fiabilidad y detalle en la información sobre salud, demografía y acceso a servicios en el Perú. El análisis secundario se justifica porque permite evaluar un problema concreto de salud pública utilizando información representativa y de alta calidad, optimizando recursos y tiempo en la investigación de problemas de salud pública.

El diseño correlacional seleccionado es pertinente porque permite explorar las asociaciones entre los factores de acceso a servicios de salud y búsqueda de atención médica por infecciones respiratorias agudas, sin requerir manipulación experimental. Este enfoque es particularmente adecuado para aprovechar la riqueza de los datos secundarios de la ENDES, que ofrecen representatividad a nivel nacional, por áreas urbana y rural, y por regiones del Perú. Además, la posibilidad de desagregar dimensiones clave —socioeconómicas, demográficas y educativas— mediante análisis estadísticos multivariados permite identificar asociaciones relevantes para la comprensión del problema y la toma de decisiones en salud pública, manteniendo rigor metodológico y minimizando sesgos.

### **1.4.3. Práctica**

La presente investigación tiene un impacto práctico significativo para la salud pública al generar evidencia que permitirá mejorar las políticas sanitarias y optimizar la calidad de los servicios de salud. La identificación de barreras en el acceso a la atención médica para niños con síntomas de infecciones respiratorias agudas (IRA) facilitará el diseño de intervenciones

más efectivas y focalizadas, atendiendo las necesidades específicas de esta población vulnerable.

Los resultados de este estudio beneficiarán directamente a los niños y sus familias, al contribuir a la reducción de complicaciones de salud y mejorar la atención médica oportuna. Asimismo, los hallazgos orientarán la formulación de políticas públicas dirigidas a poblaciones en situación de vulnerabilidad, apoyando el logro de metas de salud infantil. Esto, a su vez, propiciará una disminución en los costos sanitarios y las pérdidas económicas asociadas, fortaleciendo un sistema de salud más eficiente, accesible y equitativo.

Además, esta investigación establece un modelo práctico y replicable para futuros estudios que integren análisis cuantitativo con enfoques poblacionales, ofreciendo una herramienta eficiente para abordar problemáticas similares en salud pública. De esta manera, el estudio no solo aporta al avance del conocimiento, sino que también promueve soluciones prácticas que optimizan recursos y generan un impacto positivo en la sociedad.

## **1.5.Limitación de la investigación**

### **1.5.1. Temporal**

Los datos de la ENDES 2023 reflejan un período específico (2023), lo que no permite capturar variaciones estacionales o cambios a largo plazo en el comportamiento de búsqueda de atención médica por infecciones respiratorias agudas (IRA).

Adicionalmente, no pudiéndose captar los efectos de eventos posteriores, como cambios en políticas de salud en 2024 o 2025, ni evaluar cómo las dinámicas postpandemia evolucionaron desde el 2020 hasta el 2023.

### **1.5.2. Espacial**

Aunque la ENDES es una encuesta nacional representativa, la muestra no incluye información detallada de comunidades remotas o poblaciones indígenas aisladas, como las de la Amazonía profunda, lo que limita la generalización de los hallazgos a estos contextos. Cabe mencionar que, la cobertura de la encuesta podría no ser homogénea en todas las regiones, pudiendo existir su representatividad debido a dificultades logísticas de la institución ejecutora, lo que podría restringir la profundidad del análisis en áreas específicas.

### **1.5.3. Recursos**

El presente estudio no enfrenta limitaciones significativas en términos de recursos. En cuanto a los recursos humanos, la investigación se lleva a cabo bajo la responsabilidad exclusiva de la tesista. Los recursos económicos y tecnológicos necesarios para el desarrollo del estudio, serán cubiertos íntegramente por la tesista, garantizando la viabilidad del proyecto sin restricciones externas.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

**Yehuala Tz, et al. (2024)** tuvieron como objetivo “predecir la falta de búsqueda de atención médica materna e identificar los factores asociados en niños menores de cinco años en África subsahariana (ASS) mediante modelos de aprendizaje automático”. El estudio, de diseño observacional, transversal, utilizó datos secundarios de las Encuestas Demográficas y de Salud en países de África subsahariana. De una muestra de 16,832 niños menores de cinco años, se empleó Python y modelos de aprendizaje automático para la predicción. El modelo de Bosque aleatorio (RF) mostró el mejor desempeño (AUC= 95.8%), mientras que Naive Bayes obtuvo la menor precisión (66, 41%). Entre los principales factores asociados con la falta de atención médica destacaron la escasa exposición a medios, vivir en zonas rurales, la falta de lactancia materna, el bajo nivel socioeconómico, el parto en casa, la ausencia de controles prenatales, la educación materna limitada, la edad materna avanzada y la distancia a centros de salud. En contraste, la desnutrición infantil, la anemia, la diarrea, el tamaño al nacer, el género del niño, el estado civil materno y la ocupación se asocian con una mayor

búsqueda de atención médica. Se concluye que el modelo de Bosque aleatorio (RF) es una herramienta eficaz para predecir la búsqueda de atención médica y resalta la necesidad de implementar estrategias para mejorar el acceso a los servicios de salud en ASS (19).

**Haile TG, et al.** (2024) tuvieron como objetivo “estimar la cobertura efectiva de los servicios de salud infantil curativa en Etiopía”. Se realizó un análisis transversal utilizando datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía (DHS 2016) y la Encuesta de Evaluación de la Presentación de Servicios Plus (SPA+) 2014. La muestra de 2096 niños menores de cinco años con síntomas de enfermedades infantiles comunes (diarrea, fiebre, infección respiratoria aguda). Además, en la encuesta SPA+ se evaluaron 1076 centros de salud, 1908 observaciones de atención a niños enfermos, 1908 encuestas a madres y 5328 a proveedores de salud. El 38,4 % (IC 95% :36,5-40,4) de los niños enfermos fue llevado a un centro de salud. La calidad de atención se estimó en 54,4 %. La cobertura efectiva de los servicios de salud infantil curativa fue del 20,9% (IC 95% :19,9-22,0%), con variaciones regionales del 16,9 % en Somalia al 34,6 % en Dire Dawa. Concluyen que se requieren intervenciones sistémicas para mejorar la oferta como la demanda de los servicios de salud infantil y alcanzar los objetivos de salud en Etiopía (20).

**Honores Del Portal, D.** (2024) llevó a cabo una investigación para analizar los “factores sociodemográficos relacionados con la falta de búsqueda de atención médica ante manifestaciones clínicas respiratorias en niños menores de cinco años”. El estudio, de diseño observacional, transversal y analítico, utilizó datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2021-2022. La muestra estuvo conformada por 3,689 madres encuestadas, se encontró que el 45.2% (n=1,669) no buscó atención médica para sus hijos. El análisis multivariado identificó asociaciones estadísticamente significativas con cuatro variables

principales: la región sierra (RPa=1.261), la edad materna de 30 años o menos (RPa=1,164), el grado de instrucción de la madre (RPa=0,732) y la edad del niño menor de dos años (RPa=0,729). No se halló relación significativa con los factores como el área de residencia, el índice de riqueza, el número de hijos, el sexo del menor o las causas de respiración acelerada. En conclusión, el estudio determinó que los factores más influyentes en la falta de búsqueda de atención médica fueron la ubicación geográfica en la Sierra, la edad joven de la madre, el nivel educativo materno y la edad temprana del niño (21).

**Pancorbo Santillan, KA.** (2024) analizó los “factores relacionados a patologías febriles con síntomas catarrales en niños menores de dos años y su relación con la búsqueda de atención médica”. El estudio, de tipo analítico, utilizó datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. Mediante modelos de regresión de Poisson bivariada y multivariada, se identificó que la edad materna entre 36 y 45 años (PR=1,29), la prematuridad (PR=1,27) y el esquema incompleto de inmunizaciones (PR=1,25) incrementaron en más del 25% el riesgo de presentar síndromes febriles con manifestaciones catarrales. En contraste, el nivel educativo universitario de la madre actuó como un factor protector, reduciendo las probabilidades de presentar estos cuadros clínicos (PR=0,45). En conclusión, los factores de riesgo asociados incluyeron variables sociodemográficas, como la edad materna, y clínico-perinatales, como la prematuridad y la falta de inmunizaciones completas, mientras que la educación superior universitaria de la madre se identificó como un factor protector (22).

**Varghese JS, et al.** (2023) tuvieron como objetivo “complementar la literatura existente al examinar la prevalencia, los determinantes y la búsqueda de atención médica en relación con las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños indios menores de cinco años”. El estudio, de diseño transversal, utilizó datos de la quinta ronda de la Encuesta

Nacional de Salud Familiar (NFHS-5) de la India, realizada entre el 2019 Y 2021. De una muestra de 222 ,233 niños menores de cinco años para estimar la prevalencia y los determinantes de las IRA, y 6.198 niños con IRA para analizar su comportamiento de búsqueda de atención médica. El 2,8% de los niños menores de cinco años presentó IRA en las dos semanas previas a la encuesta, y el 56,1% busco tratamiento. Factores como menor edad, antecedentes de diarrea, asma materna y exposición al humo de tabaco aumentaron el riesgo de IRA, mientras que contar con una cocina separada redujo el riesgo en 14% (ORa :0,86; IC 95%: 0,79-0,93). Las niñas (ORa: 0.88; IC 95%: 0, 77-1,00) y los niños de hogares con dificultades de transporte al centro de salud (ORa :0,83; IC 95% :0,69-0,99) fueron menos propensos a buscar tratamiento. El estudio identifico factores sociodemográficos, maternos y familiares asociados con las IRA y con la búsqueda de atención médica (23).

**Tomas Yeheyis, et al.** (2023) tuvieron como objetivo “evaluar el nivel de comportamiento moderno de búsqueda de atención médica de las madres /cuidadoras y los factores asociados a las enfermedades infantiles”. El estudio, de diseño transversal comunitario, se realizó del 15 de noviembre al 15 de diciembre del 2021. La muestra estuvo conformada por 366 madres con hijos menores de cinco años, y la recolección de datos se efectuó mediante un cuestionario estructurado. El análisis se realizó con SPSS versión 24, aplicando regresión logística para identificar asociaciones significativas ( $p < 0,05$ ). El 70.2% de las madres /cuidadoras buscó atención médica moderna para sus hijos. Los factores asociados con este comportamiento fueron: el número de controles prenatales (AOR=2.106;IC95%:1.097-4,042), la residencia urbana (AOR=2,688;IC 95%:1403-5149),la gravedad percibida de la enfermedad (AOR=2832;IC 95%:1.101-7290),el orden de nacimiento de cuatro o más hijos (AOR=5.501;IC 95% :1.761-17.184) y la presencia de

síntomas que indicaban mayor gravedad (AOR=4.664;IC 95%:1.918-11.342).Se concluyó que , aunque la búsqueda de atención médica moderna ha mejorado en comparación con estudios previos ,una proporción significativa de madres aún no accede a estos servicios (24).

**Yacila Varillas CA, et al.** (2022) realizaron una investigación para evaluar la relación entre el embarazo no deseado y la búsqueda de atención médica por infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de 24 meses. El estudio de diseño transversal analítico secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015-2019. Incluyeron madres cuyos hijos presentaban síntomas de IRA, como tos, fiebre, taquipnea o tirajes. En el análisis inicial, las madres con embarazo no intencionado tenían un 3% menos de probabilidad de acudir a un establecimiento de salud por IRA; sin embargo, esta relación no fue significativa (PRc: 0.97, IC 95%: 0.91-1.05,  $p=0.558$ ), en el modelo ajustado se mantuvo la ausencia de asociación no significativa (PRa: 1.04, IC 95%: 0.96-1.12,  $p=0.271$ ). Se reportó una prevalencia de embarazos no deseados del 22.43% y un 16.9% de madres que no acudieron a un servicio de salud para tratar la IRA de sus hijos. En conclusión, no se halló una asociación significativa entre embarazo no deseado y la búsqueda de atención médica por IRA (25).

**Natalia Houghton et al.** (2022) analizó la “relación entre las barreras de acceso reportadas por mujeres de 15 a 49 años y el uso de servicios esenciales de salud para mujeres y niños en América Latina”. Se trató de un estudio de diseño transversal, basado en modelos de regresión logística multivariada, a partir de los datos de las Encuestas de Demográficas y de Salud de Bolivia, Haití, Honduras, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Perú y República Dominicana. De una muestra de 141,862 mujeres (edad promedio: 29,5 años), se encontró que las principales barreras identificadas fueron económicas (56,7%), distancia al

establecimiento de salud (36,6%) y restricciones sociales, como la falta de permiso o la dificultad para acudir solas (29,7%), siendo más frecuentes en adolescentes de 15 a 18 años. Estas limitaciones redujeron el acceso a la vacunación, atención por infecciones respiratorias agudas (IRA) y el control prenatal, con disminuciones de entre 4,6 y 16,6 puntos porcentuales. En conclusión, la notificación de barreras de acceso por parte de las mujeres redujo de manera estadísticamente significativa la posibilidad de utilizar servicios esenciales de salud tanto para ellas como sus hijos (18).

**Gebretsadik Shibre, et al.** (2021) tuvieron como objetivo “investigar las desigualdades en la búsqueda de atención médica en niños con sospecha de neumonía”. El estudio de diseño transversal, utilizó datos de las Encuestas Demográficas y de Salud de Etiopía (2005, 2011 y 2016), junto con el kit de Herramientas de la Equidad en Salud de la OMS. Se calcularon cuatro medidas de desigualdad (diferencia, razón, índice de desigualdad de pendiente e índice de desigualdad relativa). Los niños de familias más pobres presentaron menor acceso a la atención médica (15.48%;IC 95%:9.77-23.64), en comparación con los de familias más ricas (61.72%;IC 95% :45.06-76.02) en 2011. Se identificaron desigualdades económicas absolutas (SII= 35.61;IC 95% :25.31-45.92) y relativas (RII=4.04;IC 95%:2.25-5.84), así como desigualdades educativas (RII=2.07; IC 95% :1.08-3.06) y geográficas (D= 28.26;IC 95% :7.14-49.37). Se concluyó que los niños de familias pobres, sin educación y en zonas rurales tienen menor acceso a la atención médica para la neumonía (26).

**Marsh Andrews et al.** (2020) analizaron los “factores que determinan la búsqueda de atención médica ante enfermedades en infantes en el distrito rural de Pune, India”. El estudio de cohorte prospectivo, con una muestra de 743 madres de niños menores de cinco años, pertenecientes al área cubierta por el Sistema de Vigilancia Demográfica y de Salud de

Vadu”. Se identificó que la búsqueda de atención estaba asociada con la cantidad de síntomas respiratorios (OR = 2,4; IC 95% = 1,5-3,9) y la garantía de seguro del hogar (OR = 2,2; IC 95% = 1,1-4,3) .También se observó asociación entre la gravedad de las enfermedades y la ocupación materna, evidenciando que las madres con empleo acudían con menor frecuencia a consulta en situaciones leves (OR = 0.3;IC 95% = 0.1-07), pero en situaciones más graves , la búsqueda de atención aumentó tanto en madres con empleo (OR= 5.0;IC 95%= 2.2-11.1) como en desempleadas (OR= 7.0;IC 95%= 3.9-12.6). En conclusión, la gravedad de la enfermedad constituye un factor determinante en la búsqueda de atención médica, y el empleo materno puede reducir la asistencia en casos leves, lo que amerita información adicional (27).

## **2.2.Bases teóricas**

**Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA):** Son un conjunto de patologías infecciosas de origen viral o bacteriano que afectan el aparato respiratorio, con una duración menor a 15 días. Estos patógenos pueden comprometer cualquier área del sistema respiratorio, ya sea superior o inferior, y suelen manifestarse con síntomas como tos, disnea, otalgia, otorrea y otros signos de clínica catarral (23), Consideradas un problema crítico de salud pública, especialmente en niños menores de 5 años, las IRA, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son responsables de más del 15% de las muertes infantiles a nivel mundial, destacando la neumonía como una de las principales causas de mortalidad en este grupo (5).La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una búsqueda oportuna y adecuada de atención medica podría reducir en un 20% las muertes infantiles por infecciones respiratorias agudas (IRA). Dado que las madres suelen ser las principales responsables de decidir sobre la atención médica de sus hijos, su proactividad en la búsqueda de atención

desempeña un papel crucial en la prevención de la morbilidad y mortalidad asociada a las IRA (28).

**Falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años:** Mide si los cuidadores de menores de 5 años con síntomas de IRA (como tos, fiebre o dificultad para respirar) buscan o no atención médica en un proveedor de salud calificado (por ejemplo, centros de salud, hospitales o clínicas). Se trata de una variable categórica, generalmente dicotómica (sí/no), que indica la ocurrencia o ausencia de la acción de buscar atención médica formal ante la presencia de síntomas de IRA, según los datos reportados en la ENDES 2023.

**Proveedor de salud:** Institución que proporciona servicios médicos y atención sanitaria a la población. Estos pueden ser hospitales, clínicas, centros de salud, consultorios médicos etc. (29,30).

Características:

- **Accesibilidad:** ubicados para ser accesibles a la población.
- **Calidad de Atención:** servicios de salud de alta calidad, basados en evidencia científica.
- **Personal Capacitado:** profesional de la salud capacitados y calificados.
- **Gestión y Administración:** sistemas eficientes para el buen funcionamiento del establecimiento.

Modelos:

- **Modelo de atención Primaria de Salud (APS):** enfocado en la prevención y promoción de la salud, accesible a toda la comunidad

- **Modelo de Determinantes Sociales de la Salud:** considera factores sociales, económicos y ambientales que afectan la salud.
- **Modelo de Gestión de Calidad en Salud:** orientado a mejorar la calidad de los servicios de salud a través la implementación de estándares y evaluaciones constantes.

**Factores de acceso a servicios de salud:** Estas variables engloban las condiciones o barreras que afectan la capacidad de los cuidadores para buscar atención médica para menores de 5 años con síntomas de IRA. Según el contexto de la ENDES 2023 y estudios relacionados.

**Dimensión Factores demográficos:** Son elementos o características que distinguen y describen a una población, integrando aspectos sociales (como el nivel educativo, estado civil u ocupación) y demográficos (como la edad, el género o el tamaño de la población). Estos factores ejercen una influencia significativa en diversos ámbitos, como el acceso a la salud, la economía y el comportamiento social (31).

**Lugar de residencia:** Según la ENDES 2023, es la categorización de las áreas geográficas en las que residen las personas, dividiéndolas principalmente en áreas urbanas y rurales. Esta clasificación se basa en criterios como la densidad poblacional, la infraestructura y el acceso a servicios básicos (8).

**Características del Lugar de Residencia:** Áreas Urbanas: alta densidad de la población, infraestructura desarrollada, diversidad económica y acceso a servicios básicos (8)

**Áreas Rurales:** Se caracterizan por una baja densidad poblacional, infraestructura limitada y acceso restringido a servicios de salud y educación. Además, presentan mayor distancia a los centros de salud, y su economía depende principalmente de la agricultura, la ganadería y otras actividades vinculados a los recursos naturales (8).

**Edad Infantil:** La OMS, clasifica a los niños en grupos de edad para abordar de manera efectiva sus necesidades de salud y desarrollo, lo que es clave para la planificación de política de salud pública. Estos grupos incluyen (32).

- Recién nacido: desde el nacimiento hasta los 28 días de vida.
- Lactante: desde los 29 días hasta los 11 meses de edad.
- Niño pequeño: desde 1 hasta 2 años de edad.
- Preescolar: desde 3 hasta 5 años de edad.
- Escolar: desde 6 hasta 11 años de edad.
- Adolescente: desde 12 hasta 18 años de edad.

Según investigaciones internacionales, los niños de 4 a 5 años tienen un menor riesgo de presentar síntomas de infecciones respiratorias agudas (IRA), en comparación con los menores de 6 meses a 3 años, quienes presentan tasas similares de prevalencia. (33).

**Género:** Según la OMS, el género se relaciona con las categorías del sexo biológico (hombre y mujer), pero no necesariamente adapta con ellas. En el ámbito de salud pública, es fundamental distinguir entre sexo y género para analizar las desigualdades en salud, ya que permite identificar las diferencias biológicas y los factores socioculturales que afectan el acceso y el uso de los servicios de salud (33).

Parrales Cedeño, et al. (2023), en un hospital público ecuatoriano, analizó 152 casos de niños ingresados por IRA. Los hallazgos indicaron que el segmento etario con mayor impacto fue el de 1 año, con una mayor cantidad de casos en varones (63,8%). Los patógenos más frecuentes fueron Influenza B responsable del 50% de muertes (35).

**Región geográfica del hogar:** Indica la ubicación territorial del hogar dentro de los 25 departamentos del Perú y la Provincia Constitucional del Callao. Permite analizar diferencias regionales en salud y demografía (8,36).

**Sexo del niño:** Refiere al sexo biológico asignado al nacer, clasificado en dos categorías: masculino y femenino (8,36).

**Edad de la madre:** Edad de la madre en años cumplidos al momento de la encuesta (8,36).

**Distancia al centro de salud:** Según ENDES, mide la percepción del cuidador sobre la accesibilidad geográfica, clasificándola en “No es gran problema” o “Gran problema” (8,36).

La distancia a los centros de salud es una barrera significativa, especialmente en áreas rurales, reduciendo entre un 7,5% y 16,6% las probabilidades de acceder a servicios esenciales, como atención para IRA en niños, Además, la calidad percibida de los servicios y la actitud de los proveedores pueden desmotivar a las familias a buscar atención profesional (22).

**Etnicidad del cuidador:** Clasifica al cuidador según su autopercepción étnica, de acuerdo con la pregunta utilizada en ENDES (Mestizo, quechua, aimara, entre otros) (8,36).

**Dimensión Factores socioeconómicos:** Comprenden características sociales y económicas que influyen en las condiciones de vida de las personas o familias, tales como el nivel de ingreso, nivel educativo, tipo de ocupación y acceso a servicios como la salud o seguros. Estas condiciones determinan, en gran medida, las oportunidades y limitaciones que afectan su bienestar y las conductas relacionadas con la salud (8).

**Índice de Riqueza:** Según la OMS, es una medida compuesta que evalúa el nivel socioeconómico de los hogares. Este índice se basa en datos de la posesión de bienes del hogar, condiciones de la vivienda y acceso a servicios básicos. La ENDES, utiliza este índice para clasificar a los hogares en diferentes niveles de riqueza (7)

Clasificación:

Quintiles de riqueza: divide a los hogares en cinco quintiles, donde el primer quintil representa a los más pobres y el quinto a los más ricos.

Niveles (bajo, medio, alto): agrupa a los hogares en tres categorías según la puntuación total del índice, desde los más altos hasta los más ricos.

**Seguro de salud:** Se define como un mecanismo de protección financiera a las personas ante los costes de los servicios de salud. Este seguro puede cubrir de forma total o parcial los costes médicos, tales como consultas, tratamientos, hospitalización y medicamentos (37).

**Seguro Integral de Salud (SIS):** Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFA) cuya finalidad es proteger la salud de todas las personas que viven dentro del territorio nacional. Afilia a todas las personas que no cuentan con un seguro de salud y financia todas las atenciones médicas, medicinas, insumos y dispositivos médicos que reciben los asegurados en los establecimientos de salud (38).

**Dimensión Factores educativos:** En el Marco de los Determinantes Sociales de la Salud, el factor educativo influye en el acceso a recursos y oportunidades que afectan la salud. Es un determinante clave, ya que mejora las condiciones de vida y el acceso a servicios de salud. Las personas con mayor educación suelen vivir en mejores condiciones socioeconómicas, lo que repercute positivamente en su salud (38).

**Nivel Educativo del cuidador:** La OMS, define como el grado de formación académica obtenido dentro de un sistema educativo organizado, y se divide en niveles como primaria, secundaria, técnica o superior, dependiendo de la estructura curricular de cada país, importante para el bienestar socioeconómico y la calidad de vida. Además, es esencial para el desarrollo personal y la equidad social (39).

**Presencia de medicamentos en el hogar:** Según la ENDES, la presencia de medicamentos en el hogar se refiere a la disponibilidad de fármacos dentro de la vivienda, ya sea a través de compras directas, recetas de profesionales de la salud o suministros proporcionados por programas gubernamentales. Este indicador resulta fundamental para el acceso a tratamientos médicos y la capacidad de respuesta de los hogares frente a las enfermedades comunes (8).

**Dimensión acceso y utilización de servicios de salud:** El acceso a los servicios de salud es un conjunto multidimensional que involucra la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los servicios de salud (1). Según la OMS, el acceso y la cobertura implica que toda la población debe acceder a estos servicios sin discriminación y de manera equitativa. La accesibilidad es considerada un derecho y una responsabilidad tanto para los usuarios como para los proveedores de servicios (10). En el contexto de esta investigación, se analizará a través de tres dimensiones demográfica, socioeconómica y educativa.

**Búsqueda de atención médica:** Proceso mediante el cual una persona toma la decisión de acudir a un profesional o servicio de salud en respuesta a la percepción de un síntoma, problema o necesidad de salud. Este comportamiento implica una acción

intencionada y planificada, influida por factores personales, sociales, culturales y estructurales, y suele involucrar la interacción con un proveedor de servicios médicos.

### **Teorías relacionadas con la búsqueda de atención médica**

El proceso de búsqueda de atención médica ha sido explicado a través de diferentes modelos teóricos que consideran factores individuales, sociales y culturales. Entre los modelos más influyentes se encuentran el Modelo de Creencias en Salud y el Modelo de Comportamiento de uso de Servicios de Salud de Andersen, ambos ampliamente utilizados en estudios sobre acceso a la atención médica (15,16).

#### **Modelo de Creencias en Salud (HBM)**

Desarrollado por Rosenstock en 1974, este modelo identifica varios factores que determinan la decisión de buscar atención (15).

Percepción de susceptibilidad: creencias sobre la vulnerabilidad a una enfermedad.

Percepción de gravedad: evaluación del impacto de la enfermedad en la salud y calidad de vida.

Beneficios percibidos: creencias en la efectividad del tratamiento.

Barreras percibidas: factores que dificultan la búsqueda de atención, como costos y accesibilidad.

Señales para la acción: estímulos que motivan la búsqueda de atención, como recomendaciones de profesionales de salud.

#### **Modelo de Comportamiento de uso de Servicios de Salud de Andersen**

Desarrollado por Andersen en 1995, este modelo considera tres tipos de factores que influyen en el acceso y utilización de servicios de salud (15).

Factores predisponentes: características individuales como edad, sexo, nivel educativo y creencias sobre la salud.

Factores habilitantes: recursos disponibles que facilitan o dificultan el acceso, como nivel socioeconómico y cobertura de salud.

Necesidades percibidas: evaluación de la urgencia y gravedad de la enfermedad.

### **Evolución histórica del acceso a Servicios de Salud**

El concepto de acceso a la salud ha evolucionado significativamente al largo del tiempo. Durante el siglo XX, los sistemas de salud se centraban principalmente en la atención curativa y hospitalaria. Sin embargo, con la Declaración de Alma –Ata en 1978, se estableció el acceso universal a la salud como un derecho humano fundamental. Esta declaración promovió la atención primaria de salud como la estrategia clave para reducir las desigualdades en salud (40,41).

En la actualidad, organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial impulsan la Cobertura Universal de Salud (CUS). El objetivo de la CUS es garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud esenciales sin enfrentar dificultades financieras. Este enfoque abarca desde la promoción de la salud hasta la prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo de la vida (42,43).

## **2.3. Formulación de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre los factores de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación directa y significativa entre los factores de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre la dimensión demográfica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre la dimensión demográfica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre la dimensión socioeconómica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre la dimensión socioeconómica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre la dimensión educativa de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre la dimensión educativa de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

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

El método es hipotético-deductivo, toda vez que parte de un marco teórico general sobre el acceso a servicios de salud y permite contrastar las hipótesis planteadas mediante el análisis estadístico de los datos. Este enfoque permite obtener conclusiones orientadas a la toma de decisiones en salud pública, sin buscar la generación de conocimiento teórico nuevo.

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

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, toda vez que utiliza la recolección de datos numéricos de la ENDES 2023 para probar las hipótesis planteadas, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y lograr los objetivos planteados. Se emplean técnicas de análisis secundario de datos, lo que implica trabajar con información preexistente en lugar de recolectar datos primarios.

### **3.3. Tipo de investigación**

La investigación es aplicada, ya que está orientada a resolver el problema planteado, utilizando el conocimiento e información existente para encontrar soluciones útiles. Esta investigación se enfoca en identificar factores específicos que influyen en la falta de búsqueda de atención médica para infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años, con el propósito de generar evidencia práctica que oriente intervenciones, políticas y programas de salud dirigidos a mejorar el acceso oportuno a servicios médicos en este grupo poblacional vulnerable. Su objetivo no es generar conocimiento teórico generalizable sino la producción de resultados para abordar un problema concreto de salud pública en un contexto específico (Perú, 2023), con aplicaciones directas.

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

El diseño es no experimental, de corte transversal, y de alcance correlacional; toda vez que no existe manipulación de variables por parte del investigador, se utilizan datos secundarios, los cuales corresponden a un periodo en específico (2023). Este diseño permite describir la situación en un momento específico y analizar la relación entre las variables. Asimismo, permite evaluar asociaciones mediante técnicas estadísticas como correlaciones y regresión logística, manteniendo la coherencia con el enfoque cuantitativo adoptado.

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

#### **3.5.1. Población**

La población de estudio estuvo conformada por Niñas y Niños menores de 5 años residentes del Perú durante el año 2023, según los datos reportados por sus cuidadores en los hogares encuestados. La población total registrada por la ENDES 2023 incluyó 20,756 menores de cinco años.

**Criterios de inclusión:**

- Niños de 0 a 5 años (0-59 meses) al momento de la encuesta.
- Niños reportados con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA), definidos como fiebre y /o tos en los últimos días según las preguntas estándar de ENDES sobre salud infantil.
- Residentes en el Perú, abarcando hogares en áreas urbanas y rurales cubiertos por la ENDES 2023.
- Casos con información completa sobre la búsqueda, o no, de atención médica en un proveedor de salud y las variables de estudio (factores de acceso educativos, demográficos, socioeconómicos).

**Criterios de exclusión:**

- Niños mayores de 5 años.
- Niños sin reporte de síntomas de IRA en el período evaluado por la encuesta.
- Casos con información incompleta en la variable dependiente.

**3.5.2. Muestra**

La muestra inicial incluyó un total de 20,756 casos correspondientes a menores de cinco años. A partir de esta base inicial, se realizó un proceso de depuración muestral y limpieza de datos para garantizar la validez del análisis.

En primer lugar, se seleccionaron aquellos casos que reportaban síntomas de infección respiratoria (IRA), definidos como la presencia de fiebre y/o tos en los últimos días, lo que redujo la muestra a 14,100 casos.

Posteriormente, se excluyeron los casos con datos incompletos en la variable dependiente, quedando 14,027 casos.

Adicionalmente, se eliminaron los casos con respuestas “No sabe” o valores perdidos (missing), obteniéndose una muestra de **13,894 casos**.

Finalmente, la muestra incluida en el análisis estadístico corresponde a 13,894 Niñas y Niños menores de cinco años con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA), según lo reportado por sus madres o cuidadoras en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023, luego de aplicar los criterios de inclusión, exclusión y depuración de datos.

### 3.5.3. Muestreo

La ENDES usa una fórmula estándar para encuestas probabilísticas, ajustada por el diseño estratificado y conglomerado:

$$n = \frac{z^2 \times p \times (1-p) \times DEFF}{E^2}$$

n: Tamaño de la muestra.

z: Valor crítico de la distribución normal (1.96 para un nivel de confianza del 95%).

p: Proporción esperada (por ejemplo, prevalencia de IRA en menores de 5 años; si se desconoce, se usa 0.5 para máxima varianza).

*DEFF*: Factor de efecto del diseño (ajuste por conglomeración, suele ser 1.5-2 en ENDES).

E: Margen de error (por ejemplo, 0.05 para un 5%).

Este cálculo se realiza por estrato (urbano/rural, regiones) y se ajusta para garantizar precisión en indicadores clave (como mortalidad infantil o acceso a salud).

### 3.6. Variables y operacionalización

VARIABLES	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos )
<b>VI</b> Factores de acceso a servicios de salud	Conjunto de condiciones que facilitan o limitan el uso de servicios de salud por parte de la población, según el modelo de acceso de Andersen (predisposición, capacidad y necesidad).	Características reportadas en ENDES 2023 que afectan la probabilidad de buscar atención médica para menores de 5 años con IRA, divididas en dimensiones socioeconómicas, demográficas y educativas.	Factores demográficos	Región geográfica del hogar	Ordinal	1. costa 2. sierra 3. selva
				Edad del niño	Ordinal dicotómico	1. menor de 2 años 2. mayor de 2 años
				Sexo del niño	Nominal dicotómico	1. hombre 2. mujer
				Tipo de lugar de residencia	Nominal dicotómico	1. urbano 2. rural
				Edad de la madre	Ordinal dicotómico	1. menor o igual a 30 años 2. mayor de 30 años
				Distancia al centro de salud	Ordinal	No/ no es gran problema Gran problema
				Etnicidad del cuidador	Ordinal	1. Quechua 2. Aimara 3. Achacani 4. Awajun 5. Shipibo 6. Shawi 7. Matsigen 8. Achuar 9. Otra lengua nativa 10. Castellano 11. Portugues 12. Otra lengua extranjera
			Factores socioeconómicos	Índice de riqueza	Nominal dicotómico	1. muy pobre 2. pobre 3. media 4. rico 5. muy rico

				Seguro de salud(SIS)	Nominal	1.si tiene seguro 0.no tiene seguro 8.no sabe
			Factores Educativos	Nivel educativo del cuidador	Ordinal	1.primaria o menos 2.secundaria 3.superior
				Presencia de medicamentos en el hogar bajo la pregunta ¿Ud., ya tenía remedios en casa?	Dicotómico	0.no tenia 1.si tenia
V2: Falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud	Carencia o privación de la acción de buscar servicios de salud necesarios	Falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud, basada en la pregunta ¿Ud. Busco consejo o tratamiento cuando su hijo estuvo enfermo con fiebre o tos?	Acceso y utilización de servicios de salud	Búsqueda de atención medica	Nominal dicotómico	0:no busco atención (falta de búsqueda) 1:si busco atención

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

#### 3.7.1. Técnica

La presente investigación utiliza la técnica de análisis documental basado en los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023. Esta técnica consiste en el procesamiento y análisis sistemático de los datos brutos de la ENDES 2023, lo que permite extraer y examinar información preexistente sobre aspectos demográficos y de salud, con un

enfoque particular en madres y niños menores de cinco años. El objetivo es identificar los factores de acceso a servicios de salud relacionados con la falta de búsqueda de atención médica por infecciones respiratorias agudas (IRA) en esta población.

Para garantizar la exactitud y precisión en el análisis de los datos de la ENDES 2023, se implementaron las siguientes medidas:

**Definición de variables:** Se establecieron definiciones claras y operativas de las variables, alineadas con el diccionario de la encuesta, para asegurar consistencia en su interpretación.

**Limpieza de datos:** Se realizó una verificación exhaustiva de valores faltantes, recodificación uniforme y detección de valores atípicos, con el fin de mejorar la calidad de los datos.

**Diseño muestral complejo:** Se aplicaron técnicas de ponderación, estratificación y conglomeración propias de la ENDES para garantizar la representatividad de los resultados a nivel nacional y regional.

**Control de sesgos:** Se emplearon procesos de estandarización y revisiones cruzadas para minimizar sesgos, junto con la evaluación de supuestos estadísticos para validar los análisis.

**Documentación y reproducibilidad:** Se elaboró una documentación detallada de los procedimientos analíticos, asegurando la transparencia y la posibilidad de replicar el estudio.

Estas medidas, en conjunto, minimizan errores, fortalecen la calidad de los resultados y aseguran la fiabilidad de las conclusiones derivadas del análisis secundario de los datos de la ENDES 2023.

### 3.7.2. Descripción de instrumentos

Se utilizó como instrumento la ficha de datos de la ENDES 2023, la cual tiene como finalidad recopilar información detallada y confiable sobre variables demográficas y de salud en la población. Esta encuesta proporciona estimaciones representativas a nivel departamental y por área de residencia, diseñada para recopilar información sobre el estado de salud de la población peruana.

Al tratarse de una investigación de análisis secundario, no se emplearon instrumentos propios; se utilizan los cuestionarios oficiales validados y aplicados por el INEI.

Los cuestionarios y la base de datos pueden consultarse en el siguiente enlace oficial del INEI:

<https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>

(la imagen del portal oficial se muestra en el anexo N° 2).

A continuación, se presenta una síntesis de la ficha técnica oficial de la ENDES 2023, la cual describe las características metodológicas del estudio:

**Institución responsable:** Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI).

**Cobertura:** Nacional, regional y urbano/rural.

**Población objetivo:** Hogares peruanos; incluye información de niñas y niños menores de 5 años.

**Tamaño de muestra para menores de 5 años:** 20,756 casos registrados en la base general.

**Diseño muestral:** Probabilístico, bietápico, estratificado e independiente por región natural y área urbana/rural.

**Periodo de recolección:** Enero- diciembre 2023.

Instrumentos utilizados: Cuestionario del Hogar, Cuestionario Individual y Cuestionario de Salud.

**Control de calidad:** Pruebas piloto, supervisión de campo, verificación de consistencia interna y auditoria.

La ficha técnica completa puede consultarse en el siguiente enlace oficial:

([https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/DOCUMENTOS/FICHA\\_TECNICA\\_END ES\\_2023.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/DOCUMENTOS/FICHA_TECNICA_END ES_2023.pdf))

### **3.7.3. Validación**

Las bases de datos de la ENDES son de acceso público, lo que garantiza transparencia y permite la verificación independiente de la información utilizada. La ENDES es validada por el INEI. Su validez se garantiza mediante pruebas piloto, ajustes en los cuestionarios, supervisión del trabajo de campo y verificación de la coherencia de los datos, garantizando su confiabilidad y representatividad.

### **3.7.4. Confiabilidad**

La confiabilidad del estudio es alta, debido a la robustez del instrumento (ENDES 2023) y a los procedimientos metodológicos rigurosos implementados en el análisis secundario. La combinación de un diseño muestral representativo, cuestionarios estandarizados, limpieza de datos y técnicas estadísticas avanzadas garantiza que los resultados sean consistentes, precisos y confiables para identificar los factores asociados a la falta de búsqueda de atención médica por IRA en menores de 5 años en el Perú.

El muestreo utilizado en la ENDES es probabilístico, bietápico, estratificado e independiente por regiones y áreas urbanas/rurales, lo que minimiza sesgos y garantiza

estimaciones precisas. Además, el INEI asegura la confiabilidad de los datos mediante controles de calidad, como capacitaciones al personal de campo y auditorías internas, asegurando consistencia y reproducibilidad en la información recolectada.

### **3.8. Plan de Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de datos, se utilizó la base de datos de la ENDES 2023, módulo de salud del niño, distribuida en los cuestionarios de hogar, individual y de salud. Las bases fueron descargadas desde la web oficial del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en formato SAV y, posteriormente exportadas a Microsoft Excel para la selección de variables relevantes. La limpieza y el análisis de datos se realizaron en el software SPSS v29.

Se partió de una base consolidada con 20,756 niños menores de 5 años que tenían registros en los módulos de salud infantil, demografía del hogar y características del cuidador. Se seleccionaron solo aquellos niños menores de 5 años que presentaron síntomas respiratorios agudos (IRA) en las dos semanas previas a la entrevista (variable H22 = fiebre, H31 = tos, H32Z = búsqueda de atención médica). Esto redujo la base a aproximadamente 14,100 casos con posible reporte de síntomas y acceso a atención. Por otro lado, se eliminaron 87 casos que presentaban valores perdidos en variables clave, como la disponibilidad de medicamentos en el hogar (S471CA a S471CF). Asimismo, se excluyeron casos con respuestas “No sabe” o valores perdidos (missing) en variables categóricas como: Afiliación al SIS (S432) y etnicidad del cuidador (V131), en caso de respuestas sin condición válida. Se verificó que todas las variables de interés (dependiente e independiente) tuvieron datos completos, sin valores atípicos o categorías vacías. El análisis final se realizó sobre un total de 13,894 casos válidos, correspondientes a niños menores de 5 años con síntomas de IRA y datos completos en todas las variables relevantes.

El flujo de depuración muestral se presenta en el anexo N° 5, donde se detalla el número de casos en cada etapa del proceso.

El análisis incluyó procedimientos descriptivos, bivariados y multivariados, de tipo analítico y explicativo, aplicando regresión logística binaria para evaluar las relaciones entre las variables del estudio.

Análisis descriptivo: Se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables categóricas, así como medidas de tendencia central y dispersión (mediana y rango intercuartílico) para las variables cuantitativas.

Análisis bivariado: Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para evaluar la asociación entre la variable dependiente y cada variable independiente categórica (ejemplo: área de residencia, nivel educativo, quintil de riqueza) en el caso de variables numéricas y sin distribución normal, se aplicaron pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney). Asimismo, se calcularon odds ratios (OR) crudos con intervalos de confianza del 95% para medir la magnitud de las asociaciones.

Análisis multivariado: Se aplicó modelo de regresión logística binaria para probar la hipótesis general y específicas:

Modelo 1 (Hipótesis general): Incluyó todas las variables independientes (dimensiones demográfica, socioeconómica y educativa) y de control para evaluar si los factores de acceso a servicios de salud, en conjunto, se relacionan con la variable dependiente.

Modelo 2 (Hipótesis específica - Dimensión demográfica): Incluyó solo las variables de la dimensión demográfica y las de control.

Modelo 3 (Hipótesis específica - Dimensión socioeconómica): Incluyó solo las variables de la dimensión socioeconómica y las de control.

Modelo 4 (Hipótesis específica - Dimensión educativa): Incluyó solo las variables de la dimensión educativa y las de control.

Se calcularon OR ajustados con intervalos de confianza del 95% y valores p para determinar la significancia estadística.

Verificación de supuestos: se evaluó multicolinealidad entre las variables independientes mediante el Factor de Inflación de la Varianza (VIF), y se verificó la bondad de ajuste de los modelos con la prueba de Hosmer-Lemeshow.

Criterios de significancia: Se utilizó un nivel significancia estadística:  $\alpha = 0.05$ . Rechazo de  $H_0$  si el valor  $p < 0.05$  en las pruebas bivariadas y multivariadas.

Presentación de resultados: Tablas con estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes), Tablas de resultados bivariados ( $\chi^2$ , OR crudos), Tablas de resultados multivariados (OR ajustados, intervalos de confianza, valores p).

Interpretación de los hallazgos en el contexto de las hipótesis planteadas.

### **3.9. Aspectos éticos**

La presente investigación, fundamentada en el análisis secundario de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, se rige por los principios de la bioética, asegurando que el uso de los datos sea exclusivamente para fines académicos y científicos, sin incurrir en conflictos de interés. Asimismo, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) respeta los cuatro principios fundamentales de la bioética — autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia— a través de su diseño y aplicación. El principio de autonomía se garantiza al solicitar el consentimiento informado a los participantes, permitiendo que decidan libremente si desean participar y asegurando la confidencialidad de sus datos personales. La beneficencia se refleja en el objetivo de la

ENDES de generar información útil para mejorar la salud pública y orientar políticas que beneficien a la población. El principio de no maleficencia se respeta mediante la protección de la privacidad y el manejo ético de la información, minimizando cualquier posible daño o riesgo para los encuestados. Finalmente, la justicia se asegura al aplicar la encuesta de manera representativa e inclusiva en todo el país, permitiendo que los resultados beneficien a diversos grupos sociales y regiones, y promoviendo la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Cabe señalar que, al tratarse de una investigación basado en un análisis secundario de datos anonimizados y de acceso público, esta investigación no requiere la aplicación de consentimiento informado.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1.Resultados

#### 4.1.1. Análisis descriptivo de los resultados

##### Características demográficas de la muestra

En la Tabla 1 se observa que, de un total de 13894 niños menores de cinco años, el 50,6% fueron varones y el 49,4 % mujeres.

**Tabla 1.** *Dimensión demográfica: Indicador “Sexo del niño”*

Categoría	N	%
Hombre	7035	50,6
Mujer	6859	49,4
<b>Total</b>	<b>13894</b>	<b>100%</b>

En la Tabla 2 se muestra que el 50 % de los niños tenía menos de 10 meses de edad mientras que la otra mitad superaba dicha edad. En el caso de las madres, la mediana fue de 19,9 años, con un rango intercuartílico de 18 a 29, lo que evidencia que gran parte de ellas eran mujeres jóvenes.

**Tabla 2.** *Dimensión demográfica: Indicador “Edad del niño” y “Edad de la madre”*

Categoría	Mediana	Rango Intercuartílico (RIC)
Edad del niño (meses)	10	(4-17)
Edad de la madre (años)	19,9	(18-29)

En la Tabla 3 se aprecia que el 68,9% de las madres residía en zonas urbanas, mientras que un 31,1% vivía en áreas rurales.

**Tabla 3.** *Dimensión demográfica: Indicador “Lugar de residencia”*

Categoría	N	%
Urbano	9567	68,9
Rural	4327	31,1
<b>Total</b>	13894	100%

En la Tabla 4 se observa que la lengua predominante de las madres fue el castellano (89,2%), seguido del quechua (8,5%) y, en menor medida, otras lenguas nativas como aimara, awajún, shipibo, shawi y achuar.

**Tabla 4.** *Dimensión demográfica: indicador “etnicidad del cuidador”*

Categoría	N	%
Quechua	1184	8,5
Aimara	38	0,3
Achacani	66	0,5
Awajún	140	1,0
Shipibo	25	0,2
Shawi	16	0,1
Achuar	12	0,1
Otra lengua nativa	24	0,2
Castellano	12389	89,2
<b>Total</b>	13894	100%

Tabla 5 se muestra que casi la mitad de los niños residía en la costa (48,3%), poco más de un tercio en la sierra (34,4%) y una menor proporción en la selva (17,2%).

**Tabla 5.** *Dimensión demográfica: Indicador “región”*

Categoría	N	%
Costa	6715	48,3
Sierra	4784	34,4
Selva	2395	17,2
<b>Total</b>	13894	100%

Tabla 6 se aprecia que el 61,4 % de las madres manifestaron que la distancia hacia el centro de salud no constituía un gran problema, mientras que el 38,6 % si lo percibía como una dificultad.

**Tabla 6.** *Dimensión demográfica: Indicador “percibe la distancia al centro de salud como un gran problema”*

Categoría	N	%
No es un gran problema	8529	61,4
Sí es un gran problema	5365	38,6
<b>Total</b>	<b>13894</b>	<b>100%</b>

### **Características socioeconómicas de la muestra**

En la Tabla 7 observa que el 29,3 % de los hogares pertenecía a la categoría "Más pobre", seguida por el 26.8 % en la categoría "Pobre", lo que indica que más de la mitad de la población (56.1 %) se concentra en los estratos más bajos. Por otro lado, los niveles "Rico" y "Más rico" suman el 15.2 %, con una distribución decreciente hacia los estratos más altos. Esto sugiere una marcada desigualdad socioeconómica, con una mayoría significativa en condiciones de pobreza y una minoría en niveles de mayor riqueza.

**Tabla 7.** *Dimensión socioeconómica: Indicador “Índice de riqueza”*

Categoría	N	%
Más pobre	4066	29,3
Pobre	3724	26,8
Medio	2750	19,8
Rico	2105	15,2
Más rico	1249	9,0
<b>Total</b>	<b>13894</b>	<b>100%</b>

En la Tabla 8 se muestra que el 75,5% se muestra de los niños se encuentran afiliados al Seguro Integral de Salud, mientras que el 24,5% no contaba con dicha cobertura.

**Tabla 8.** *Dimensión socioeconómica: Indicador “Afiliación al SIS”*

Categoría	N	%
No afiliado	3408	24,5
Afiliado	10486	75,5
<b>Total</b>	<b>13894</b>	<b>100%</b>

**Características educativas de la muestra**

En la Tabla 9 se aprecia que la mayoría de las madres (75,3%) tenía educación superior, mientras que el 24,7% solo completó la educación secundaria.

**Tabla 9.** *Dimensión educativa: Indicador “Nivel educativo más alto del cuidador”*

Categoría	N	%
Secundario	3,426	24,7
Superior	10,468	75,3
<b>Total</b>	<b>13894</b>	<b>100%</b>

Tabla 10 se observa que únicamente el 4.4% de los hogares disponía de antihistamínicos en casa para tratar síntomas de IRA al momento que el niño enfermó, frente al 95,6% que no los tenía.

**Tabla 10.** *Dimensión educativa: Indicador “presencia de medicamentos en casa” (antihistamínicos)*

Categoría	N	%
No tenía	13285	95,6
Sí tenía	609	4,4
<b>Total</b>	<b>13894</b>	<b>100%</b>

En la Tabla 11 se muestra que el 6,8% de las madres reportó tener antibióticos en casa para tratar síntomas de IRA al momento que el niño enfermó, mientras que el 93,2% no disponía de ellos.

**Tabla 11.** *Dimensión educativa: Indicador “presencia de medicamentos en casa” (antibióticos)*

Categoría	N	%
No tenía	12947	93,2
Sí tenía	947	6,8
<b>Total</b>	13894	100%

En la Tabla 12 se aprecia que el 12,3% de los hogares contaba con analgésicos o antiinflamatorios para tratar síntomas de IRA al momento que el niño enfermó, en contraste con el 87,7% que no los tenía.

**Tabla 12.** *Dimensión educativa: Indicador “presencia de medicamentos en casa” (Analgésicos/antiinflamatorios)*

Categoría	N	%
No tenía	12179	87,7
Sí tenía	1715	12,3
<b>Total</b>	13894	100%

En la Tabla 13 se observa que el 30,3% de las madres reportaron tener algún medicamento disponible para tratar los síntomas de IRA al momento que el niño enfermó, mientras que el 69,7% no contaban con ninguno.

**Tabla 13.** *Dimensión educativa: Indicador “Medicamentos en casa”*

Categoría	N	%
Tenía algo	9681	69,7
Sí tenía	4213	30,3
<b>Total</b>	13894	100%

En la Tabla 14 se muestra que, ante un episodio de síntomas de infección respiratoria aguda, 69,4% presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 30,6 % busco atención médica.

**Tabla 14.** *Dimensión acceso y utilización de servicios de salud: Indicador “búsqueda de atención médica”*

Categoría	N	%
Sí buscó atención médica	4261	30,6
No buscó atención médica	9633	69,4
<b>Total</b>	13894	100%

### **Descripción de las variables y sus dimensiones**

Las variables principales, Factores de acceso a servicios de salud y Falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda (IRA), fueron analizadas en función de sus dimensiones: demográficas, socioeconómicas, educativas y de acceso a los servicios de salud.

En la dimensión demográfica, se identificaron variaciones relevantes entre los grupos. La mayoría de los niños fue y menor de 10 meses. Predominaron los hogares urbanos y el uso del castellano como lengua materna, mientras que la población quechua fue la segunda más frecuente. Asimismo, aunque más del 60 % de las madres consideró que la distancia al establecimiento de salud no era un problema, un 38,6 % si la percibió como una barrera, lo que sugiere posibles diferencias en la búsqueda de atención.

En la dimensión socioeconómicos, más de la mitad de los hogares se ubicó en los estratos "más pobre" y "Pobre", lo que refleja desigualdades económicas que podrían influir en la capacidad de acceder a servicios de salud. Aunque el 75,5 % de los niños estaba afiliado al SIS, un 24,5% carecía de seguro, lo cual también podría afectar la probabilidad de recibir atención.

En la dimensión educativa, el nivel educativo del cuidador se concentró principalmente en estudios superiores, pero se observó que una proporción importante de

hogares no disponía de medicamentos básicos (antihistamínicos, antibióticos, analgésicos) para el manejo inicial de los síntomas de IRA. Estas variaciones permiten anticipar que los conocimientos del cuidador y sus prácticas de manejo en casa podrían estar vinculados con la decisión de acudir o no a un establecimiento de salud.

Finalmente, en la dimensión acceso y utilización de servicios de salud, se evidenció 69,4 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 30,6 % acudió a un proveedor formal en busca de atención médica. Esta diferencia sugiere una baja utilización de los servicios de salud, lo cual constituye el evento principal del estudio y plantea posibles relaciones con las dimensiones previamente descritas.

#### **4.1.2. Análisis bivariado de los resultados**

En la tabla 15 se observa que, entre los 7,035 niños varones, el 69,1 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 30,9% sí buscó atención médica. De manera similar, entre las 6,859 niñas, el 69,6% mostró falta de búsqueda de atención médica y el 30,4 % si buscó atención médica. En conjunto, considerando a toda la población infantil, el 69 % presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA.

La diferencia entre varones y mujeres fue mínima y no significativa estadísticamente ( $p=0,568$ ), lo que indica que el sexo del niño no influye en la falta de búsqueda de atención médica.

**Tabla 15.** Asociación entre el indicador “sexo del niño” y la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de IRA.

Indicador	Falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA		Total (n)	p-valor	
	Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)			
Sexo del niño	Hombre	2173 (30,9%)	4862 (69,1%)	7035	0,568
	Mujer	2088 (30,4%)	4771 (69,6%)		

\*p<0,05

En la Tabla 16 se observa que la mediana de edad de 10 meses entre los niños que presentaron falta de búsqueda de atención médica, valor que coincidió con la mediana de aquellos que si buscaron atención médica (10 meses). De igual manera, la edad materna mostró medianas muy próximas: 20,5 años en el grupo que presentó falta de búsqueda de atención médica y 20,2 años entre quienes si buscaron atención médica.

En términos generales, dentro de la población estudiada, el 69 % presento falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31% si buscó atención. Sin embargo, las diferencias en las medianas de edad del niño y de la madre no fueron estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ), lo que indica que ambos indicadores presentaron una distribución similar entre los grupos con y sin falta de búsqueda de atención médica.

**Tabla 16.** Asociación entre el indicador “Edad del niño” y “Edad de la madre” con la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de IRA.

Indicador	Falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA		Total (n)	p-valor	
	Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)			
Edad del niño (meses)	Mediana (RIC)	10 (4-17)	10 (4-17)	13894	0,266 <sup>1</sup>
Edad de la madre (años)	Mediana (RIC)	20,2 (18-27)	20,5 (18-29)	13894	0,311 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Prueba U de Mann–Whitney. Variable sin distribución normal. Rango intercuartílico (RIC) = Q1–Q3.

En la tabla 17 se observa que, de los 9 567 niños residentes en áreas urbanas, el 68,8 % presento falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 31,2% si buscó atención médica. De manera similar, entre los 4 327 niños que residían en zonas rurales, el 70,5% presentó falta de búsqueda de atención médica y el 29,5% si busco atención médica.

De manera general, considerando a los niños residentes en zonas urbanas y rurales, el 69 % presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % si busco atención. La diferencia entre ambas áreas fue mínima y no significativa estadísticamente ( $p=0,052$ ), lo que indica que el lugar de residencia no influyo en la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda.

**Tabla 17.** Asociación entre el indicador “lugar de residencia” y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA.

Indicador	Falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA		Total (n)	p-valor
	Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)		
Lugar de residencia	Urbano	2983 (31,2%)	6584 (68,8%)	9567 0,052
	Rural	1278 (29,5%)	3049 (70,5%)	

\* $p<0,05$

En la Tabla 18 se observa que, entre los 1184 cuidadores quechuas, el 72,7 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 27,3 % si buscó atención. En el grupo aimara, el 84,2 % presentó falta de búsqueda de atención médica y solo el 15,8 % si buscó atención. En el caso del grupo achacani, el 66,7% presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 33,3 % si buscó atención médica.

Asimismo, otros grupos de lenguas originarias mostraron proporciones elevadas de falta de búsqueda de atención médica. Por otro lado, entre los cuidadores castellanohablantes,

el grupo más numeroso, el 68,8 % presentó falta de búsqueda de atención médica y el 31,2 % si buscó atención.

De manera general, considerando a todos los grupos étnicos, el 69 % de los niños presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % si buscó atención. La diferencia entre los distintos grupos étnicos fue estadísticamente significativa ( $p = 0,005$ ), lo que indica que la falta de búsqueda de atención médica varía de manera importante según la etnicidad del cuidador. En particular, los cuidadores shawi (93,8 %) y achuar (91,7%) presentaron las cifras más elevadas de falta de búsqueda de atención médica, resaltando como los grupos más vulnerables.

**Tabla 18 . Asociación entre el indicador “Etnicidad del cuidador” y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA**

Indicador	Falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA		Total (n)	p-valor
	Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)		
Etnicidad del cuidador				
Quechua	323 (27,3%)	861 (72,7%)	1184	0,005
Aimara	6 (15,8%)	32 (84,2%)	38	
Achacani	22 (33,3%)	44 (66,7%)	66	
Awajún	36 (25,7%)	104 (74,3%)	140	
Shipibo	6 (24,0%)	19 (76,0%)	25	
Shawi	1 (6,3%)	15 (93,8%)	16	
Achuar	1 (8,3%)	11 (91,7%)	12	
Otra lengua nativa	6 (25,0%)	18 (75,0%)	24	
Castellano	3860 (31,2%)	8529 (68,8%)	12389	

\* $p < 0,05$

En la Tabla 19 se observa que, entre los 6 715 niños residentes en la costa, el 67,3 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que 32,7 % buscó atención. En la sierra, entre los 4 784 niños, el 73,0 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 27,0 % buscó atención. Por otro lado, entre los 2 395 niños que viven en la

selva, el 67,6 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 32,4 % buscó atención médica.

De manera general, considerando a todas las regiones del país, el 69 % de los niños presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % si buscó atención. La diferencia entre las regiones fue estadísticamente significativa ( $p= 0,005$ ), lo que indica que la falta de búsqueda de atención médica varía de manera importante según la ubicación geográfica.

**Tabla 19.** Asociación entre el indicador “Región” y la falta de búsqueda de atención médica para IRA

Indicador	Falta de búsqueda de atención médica para IRA		Total (n)	p-valor
	Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)		
Región	Costa	2194 (32,7%)	4521 (67.3%)	0,005
	Sierra	1290 (27,0%)	3494 (73.0%)	
	Selva	777 (32,4%)	1618 (67.6%)	

\* $p<0,05$

En la Tabla 20 se observa que, entre 8 529 cuidadores que no consideraban la distancia al centro de salud como un gran problema, el 69,0 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 31,0% buscó atención. Por otro lado, entre 5 365 cuidadores que sí percibían la distancia como un problema, el 69,9 % presentó falta de búsqueda de atención médica y el 30,1 % buscó atención médica.

De manera general, considerando a ambos grupos, el 69 % de los niños presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % buscó atención. La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa ( $p= 0,268$ ), lo que indica que la percepción de la distancia al centro de salud no mostró variaciones relevantes en la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de IRA.

**Tabla 20.** Asociación entre el indicador “Percibe la lejanía al centro de salud como un gran problema” y la falta de búsqueda de atención médica para IRA

Indicador		Búsqueda de atención médica para síntomas IRA		Total (n)	p-valor
		Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)		
Percibe la lejanía al centro de salud como un gran problema	No es un gran problema	2645 (31,0%)	5884 (69,0%)	8529	0,268
	Sí es un gran problema	1616 (30,1%)	3749 (69,9%)	5365	

\*p<0,05

En la Tabla 21 se observa que, entre los 4 066 niños clasificados como “Más pobre” y los 3 724 niños clasificados como “Pobre”, el 69,9 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 30,1% buscó atención. En el grupo “Medio”, entre los 2 750 niños, el 70,3 % presentó falta de búsqueda de atención médica y el 29,7 % si buscó atención.

Por otro lado, entre los 2 105 niños del grupo “Rico”, el 67,6 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 32,4% si buscó atención. En contraste, entre los 1249 niños del grupo “Más rico”, el 66,5% presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 33,5 % si buscó atención.

En general, al considerar a todas las categorías del índice de riqueza, el 69 % de los niños presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % buscó atención. La diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa ( $p=0,040$ ), lo que indica que la falta de búsqueda de atención médica varía de manera importante según el nivel de riqueza.

**Tabla 21.** Asociación entre el indicador “Índice de riqueza” y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA

Indicador	Falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA		Total (n)	p-valor	
	Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)			
Índice de riqueza	Más pobre	1225 (30,1%)	2841 (69,9%)	4066	0,040
	Pobre	1120 (30,1%)	2604 (69,9%)	3724	
	Medio	816 (29,7%)	1934 (70,3%)	2750	
	Rico	682 (32,4%)	1423 (67,6%)	2105	
	Más rico	418 (33,5%)	831 (66,5%)	1249	

\*p<0,05

En la Tabla 22 se observa que, entre los 3 408 niños no afiliados al SIS, el 66,5 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 33, 5 % buscó atención. Por otro lado, entre los 10 486 niños afiliados al SIS, el 70,3 % presentó falta de búsqueda de atención médica y el 29,7 % buscó atención.

En general, considerando a los niños afiliados no afiliados al SIS, el 69 % presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % busco atención, La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ), lo que indica que la falta de búsqueda de atención médica varía de manera importante según la afiliación al SIS.

**Tabla 22.** Asociación entre el indicador “Afiliación al SIS” y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas IRA

Indicador	Falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA		Total (n)	p-valor	
	Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)			
Afiliación al SIS	No afiliado	1142 (33,5%)	2266 (66,5%)	3408	0,001
	Afiliado	3119 (29,7%)	7367 (70,3%)	10486	

\*p<0,05

En la Tabla 23 se observa que, entre los 3 426 cuidadores con nivel educativo secundario, el 77,3 % presento falta de búsqueda de atención médica, mientras que 22,7 %

buscó atención. Por otro lado, entre los 10 468 cuidadores con educación superior, el 66,7 % presentó falta de búsqueda de atención médica y el 33,3 % buscó atención médica.

De manera general, considerando a ambos grupos educativos, el 69 % de los niños presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % buscó atención. La diferencia entre los niveles educativos fue estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ), lo que indica que la falta de búsqueda de atención médica varía de manera importante según el nivel educativo del cuidador.

**Tabla 23.** Asociación entre el indicador “Nivel educativo más alto del cuidador” y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA

Indicador		Falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA		Total (n)	p-valor
		Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)		
Nivel educativo más alto	Secundario	777 (22,7%)	2649 (77,3%)	3426	0,000
	Superior	3484 (33,3%)	6984 (66,7%)	10468	

\* $p < 0,05$

En la Tabla 24 se observa que, de 609 hogares que tenían antihistamínicos disponibles al momento en que el niño presentó síntomas de IRA, el 45,6 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 54,4% buscó atención. Por otro lado, 13 285 hogares que no tenían antihistamínicos, el 70,4 % presentó falta de búsqueda de atención médica y el 29,6 % buscó atención.

De manera general, considerando a los hogares con o sin antihistamínicos, el 69 % de los niños presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % buscó atención. La diferencia observada entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ), lo que indica que la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA varía de manera importante según la disponibilidad de antihistamínicos en el hogar.

**Tabla 24.** Asociación entre el indicador “presencia de medicamentos en el hogar” (Antihistamínicos) y la falta de búsqueda de atención médica para IRA

Indicador		Falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA		Total (n)	p-valor
		Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)		
Cuando enfermó ¿Tenía antihistamínicos en casa?	Sí tenía	331 (54,4%)	278 (45,6%)	609	0,000
	No tenía	3930 (29,6%)	9355 (70,4%)	13285	

\*p<0,05

En la Tabla 25 se observa que, entre los 947 hogares con antibióticos disponibles al momento en que el niño presentó síntomas de IRA, el 48,6 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 51,4 % buscó atención. Por otro lado, entre los 12 947 hogares que no disponían de antibióticos, el 70,9 % presentó falta de búsqueda de atención médica y el 29,1 % buscó atención médica.

De manera general, considerando a los hogares con y sin antibióticos, el 69 % de los niños presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % buscó atención. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ), lo que indica que la falta de búsqueda de atención médica varía de manera importante según la disponibilidad de antibióticos en el hogar.

**Tabla 25.** Asociación entre el indicador “presencia de medicamentos en casa” (Antibióticos) y la falta de búsqueda de atención médica para IRA

Indicador		Falta de búsqueda de atención médica para síntomas IRA		Total (n)	p-valor
		Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)		
Cuando enfermó ¿Tenía antibióticos en casa?	Sí tenía	487 (51,4%)	460 (48,6%)	947	0,000
	No tenía	3774 (29,1%)	9173 (70,9%)	12947	

\*p<0,05

En la Tabla 26 se observa que, entre los 1 715 hogares que disponían de analgésicos o antiinflamatorios cuando el niño presentó síntomas de IRA, el 50,3 % presentó falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 49,7% buscó atención. Por otro lado, entre 12 179 hogares que no contaban con estos medicamentos, el 72,0 % presentó falta de búsqueda de atención médica y el 28,0 % buscó atención médica.

De manera general, considerando a los hogares con o sin analgésicos o antiinflamatorios, el 69% de los niños presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % buscó atención. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa ( $p = 0,000$ ), lo que indica que la falta de búsqueda de atención médica varía de manera importante según la disponibilidad de analgésicos o antiinflamatorios en el hogar.

**Tabla 26.** Asociación entre el indicador “Analgésicos/antiinflamatorios en casa” y la falta de búsqueda de atención médica para IRA

Indicador	Falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA		Total (n)	p-valor	
	Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)			
Cuando enfermó ¿Tenía analgésicos/antiinflamatorios en casa?	Sí tenía	852 (49,7%)	863 (50,3%)	1715	0,000
	No tenía	3409 (28,0%)	8770 (72,0%)		

\* $p < 0,05$

En la Tabla 27 se observa que, entre los 4 213 hogares que si contaban con algún medicamento disponible cuando el niño presentó síntomas de IRA, el 37,5 % presento falta de búsqueda de atención médica, mientras que el 62,5% buscó atención. Por otro lado, 9 681 hogares que no tenían ningún medicamento en casa, el 83,2 % presentó falta de búsqueda de atención médica y el 16,8 % buscó atención médica.

De manera general, considerando a los hogares con o sin medicamentos disponibles, el 69 % de los niños presentó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA, mientras que el 31 % de los niños buscó atención. La diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa ( $p= 0,000$ ), lo que indica que la falta de búsqueda de atención médica varía de manera importante según la disponibilidad de medicamentos en el hogar.

**Tabla 27.** Asociación entre el indicador “Medicamentos en casa” y la falta de búsqueda de atención médica para IRA

Indicador	Falta de búsqueda de atención médica para síntomas IRA		Total (n)	p-valor	
	Sí buscó atención médica n(%)	No buscó atención médica n(%)			
Cuando enfermó ¿No tenía ningún medicamento en casa?	Sí tenía	2635 (62,5%)	1578 (37,5%)	4213	0,000
	No tenía	1626 (16,8%)	8055 (83,2%)	9681	

\* $p<0,05$

#### 4.1.3. Análisis multivariable de los resultados

En esta investigación, la variable registrada en la ENDES 2023 corresponde a la búsqueda de atención médica, codificada como 1= si buscó y 0 = no buscó, lo cual fue utilizado para la estimación del modelo de regresión logística. En aras del desarrollo de la presente investigación, se ha considerado aquellos tipificados como 0 (no buscó atención), toda vez que la variable dependiente de esta investigación es la falta de búsqueda de atención médica. Las Odds Ratio se interpretaron en función del comportamiento de no buscar atención, manteniendo la coherencia con los objetivos planteados.

En la tabla 28 se presentaron los resultados del análisis multivariado mediante regresión logística. Este modelo permite identificar los factores que conservaron una asociación independiente con el desenlace después de controlar los efectos del bivariado y ajustar los indicadores de manera conjunta.

En el modelo final, solo tres indicadores conservaron significancia estadística: etnicidad achacani, el nivel educativo superior del cuidador y la presencia de medicamentos en el hogar, siendo este último el conjunto de mayor peso. En contraste, el índice de riqueza, la afiliación al SIS y la región de residencia no mostraron asociaciones independientes tras el ajuste.

### **Dimensión demográfica**

**Etnicidad del cuidador:** al comparar con los cuidadores quechuahablantes (categoría de referencia), se encontró que los cuidadores achacani mostraron asociación con la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA en menores de 5 años (OR= 0,344; IC95%: 0,125–0,95; p=0,04). Los demás grupos étnicos no presentaron asociaciones significativas en el modelo ajustado, aunque algunos mostraron una ligera tendencia hacia un menor uso de servicios de salud, como los cuidadores aimaras, shawi, achuar y quienes hablaban otra lengua nativa distinta al quechua.

**Región de residencia:** no se encontraron asociaciones independientes entre la región y la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA en menores de 5 años; tanto la sierra (OR=0,857) como la selva (OR=1,055) no mostraron significancia estadística, indicando que la región no constituye un determinante independiente en el modelo ajustado.

### **Dimensión educativa**

**Nivel educativo del cuidador:** en comparación con los cuidadores con educación secundaria (categoría de referencia), aquellos con educación superior presentaron asociación con la falta búsqueda de atención médica para síntomas de IRA en menores de 5 años (OR=0,703; IC95%: 0,582–0,849; p<0,001).

**Disponibilidad de medicamentos en casa:** en comparación con los hogares que no contaban con medicamentos (categoría de referencia), la presencia de antihistamínicos (OR=4,399;  $p<0,001$ ), antibióticos (OR=5,717;  $p<0,001$ ) y analgésicos o antiinflamatorios (OR=7,998;  $p<0,001$ ) mostró asociación significativa. Este efecto fue aún más marcado en los hogares que disponían de varios medicamentos (OR=27,439;  $p<0,001$ ), constituyéndose en un factor protector frente a la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de IRA.

### **Dimensión socioeconómica**

**Índice de riqueza:** tras el ajuste, ninguna categoría mostró diferencias significativas frente al grupo más pobre (categoría de referencia); por ello, los niveles ricos (OR = 0,892;  $p=0,210$ ) y más rico (OR=0,969;  $p=0,736$ ) no evidenciaron asociación independiente con la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de IRA. De igual forma, la afiliación al SIS no presentó significancia estadística al compararse con los no afiliados (OR=1,025;  $P=0,601$ ), lo que indica que el aseguramiento tampoco se mantuvo como predictor en el modelo ajustado.

**Tabla 28.** Análisis multivariado de los factores asociados a la falta de búsqueda de atención médica para síntomas de infección respiratoria (IRA) en menores de 5 años, según ENDES 2023

Factores asociados		B	Error estándar	OR (Exp B)	IC95%		p-valor
					LI	LS	
Sexo del niño	Hombre			1 (Referencia)			
	Mujer	-0.026	0.046	0.974	0.890	1.066	0.574
Edad del niño (meses)	Mediana (RIC)	-0.002	0.003	0.998	0.992	1.003	0.451
Lugar de residencia	Urbano			1 (Referencia)			
	Rural	-0.051	0.070	0.951	0.829	1.090	0.470
Etnicidad del cuidador	Quechua			1 (Referencia)			
	Aimara	-0.16	0.091	0.852	0.712	1.02	0.08
	Achacani	-1.067	0.518	0.344	0.125	0.95	0.04
	Awajún	0.366	0.332	1.442	0.752	2.763	0.27
	Shipibo	0.029	0.257	1.03	0.623	1.703	0.909
	Shawi	0.242	0.576	1.273	0.412	3.936	0.675
	Achuar	-1.57	1.148	0.208	0.022	1.975	0.172
	Otra lengua nativa	-1.858	1.133	0.156	0.017	1.438	0.101
Nivel educativo más alto	Castellano	-0.288	0.581	0.75	0.24	2.342	0.62
	Secundario			1 (Referencia)			
Región	Superior	-0,353	0,096	0,703	0,582	0,849	0,000
	Costa			1 (Referencia)			
	Sierra	-0,291	0,179	0,857	0,596	1,232	0,132
	Selva	-0,077	0,179	1,055	0,743	1,499	0,311
Índice de riqueza	Más pobre			1 (Referencia)			
	Pobre	0.028	0.103	1.028	0.84	1.258	0.787
	Medio	-0.063	0.089	0.939	0.788	1.117	0.476
	Rico	-0.115	0.091	0.892	0.745	1.067	0.21
Afiliación al SIS	Más rico	-0.032	0.095	0.969	0.804	1.166	0.736
	No afiliado			1 (Referencia)			
Percibe la lejanía al centro de salud como un gran problema	Afiliado	0.025	0.047	1.025	0.934	1.125	0.601
	No es un gran problema			1 (Referencia)			
Cuando enfermó ¿Tenía antihistamínicos en casa?	Sí es un gran problema	-0.026	0.046	0.974	0.89	1.066	0.574
	Sí tenía	1.481	0.103	4.399	3.594	5.385	0.000
Cuando enfermó ¿Tenía antibióticos en casa?	No tenía			1 (Referencia)			
	Sí tenía	1.743	0.086	5.717	4.827	6.772	0.000
Cuando enfermó ¿Tenía analgésicos/antiinflamatorios en casa?	No tenía			1 (Referencia)			
	Sí tenía	2.079	0.074	7.998	6.917	9.247	0.000
Cuando enfermó ¿No tenía ningún medicamento en casa?	No tenía			1 (Referencia)			
	Sí tenía	3.312	0.064	27.439	24.205	31.105	0.000
	No tenía			1 (Referencia)			

### **Prueba de hipótesis**

Se emplearon la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y U de Mann-Whitney para análisis bivariado, así como regresión logística binaria para el análisis multivariado, para evaluar la asociación entre los factores de acceso a los servicios de salud y la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de cinco años. La prueba de Kolmogórov–Smirnov (K–S), se aplicó únicamente en los indicadores numéricas continuas (Edad del niño, Edad de la madre) para evaluar su distribución. Esta prueba no es aplicable en indicadores categóricas o nominales (como sexo, región, nivel educativo, etc.), porque estas no tienen una distribución en el sentido estadístico de forma (asimétrica, curtosis, normalidad). En el caso de los indicadores categóricas, lo que se analiza es la distribución de frecuencias (proporciones). Por lo tanto, sólo se sacó normalidad del indicador “Edad del niño” y “Edad de la madre”

### **Hipótesis general**

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre los factores de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación directa y significativa entre los factores de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$ .

**Estadístico de prueba:** Regresión logística binaria (prueba de Wald para coeficientes en el modelo ajustado).

**Lectura del error** (regla p vs  $\alpha$ ):

El modelo ajustado mostró indicadores con valores  $p \leq 0,05$  en las dimensiones demográficas (etnicidad achacani) y educativa (nivel educativo superior y presencia de medicamentos en el hogar).

**Toma de decisión:**

Dado que se identificaron asociaciones significativas ( $p \leq 0,05$ ), se rechaza hipótesis nula ( $H_0$ ) y se acepta la hipótesis alternativa ( $H_1$ ).

**Conclusión:**

Se confirma la hipótesis general, estableciendo que los factores de acceso a servicios de salud se relacionan con la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años.

**Primera hipótesis específica**

**$H_0$ :** No existe relación entre la dimensión demográfica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**$H_1$ :** Existe relación entre la dimensión demográfica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$ .

**Tabla 29.** Prueba de normalidad

<b>Pruebas de normalidad</b>			
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	Gl	Sig.
Edad del niño	0,525	13894	0,000

Edad de la madre	0,333	13894	0,000
------------------	-------	-------	-------

---

*a. Corrección de significación de Lilliefors*

La prueba de Kolmogórov–Smirnov (K–S) se emplea para verificar la normalidad en indicadores/variables numéricas continuas, por lo que no se aplica en indicadores/variables categóricas. En esta investigación solo se evaluó la normalidad de los indicadores “Edad del niño “y Edad de la madre” obteniéndose para ambas un valor  $p=0,000(<0,05)$  por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula de normalidad.

**Estadístico de prueba:**

Regresión logística binaria (prueba de Wald coeficiente para etnicidad)

- Etnicidad achacani:  $OR=0,344$ ;  $p=0,04$ .

**Lectura de error (regla  $p$  vs  $\alpha$ ):**

$$p = 0,04 \leq 0,05.$$

**Toma de decisión:**

Se rechaza  $H_0$  (solo indicador achacani), dentro de la dimensión demográfica, la etnicidad achacani mostró asociación significativa.

**Segunda hipótesis específica**

**$H_0$ :** No existe relación entre la dimensión socioeconómica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**$H_1$ :** Existe relación entre la dimensión socioeconómica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$ .

**Estadístico de prueba:**

Regresión logística binaria (coeficiente para afiliación al SIS e índice de riqueza); SIS: OR = 1,025;  $p = 0,601$ . Índice de riqueza: todas las categorías  $p > 0,05$ .

**Lectura de error (regla  $p$  vs  $\alpha$ ):**

Todos los valores  $> 0,05$ .

**Toma de decisión:**

Se acepta  $H_0$ , la dimensión socioeconómica (índice de riqueza y afiliación al SIS) no mostró asociación significativa en el modelo ajustado.

**Tercera hipótesis específica**

**$H_0$ :** No existe relación entre la dimensión educativa de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**$H_1$ :** Existe relación entre la dimensión educativa de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.

**Nivel de significancia:**  $\alpha = 0,05$ .

**Estadístico de prueba:**

Regresión logística binaria (prueba de Wald), coeficiente para nivel educativo del cuidador y presencia de medicamentos en el hogar.

- Nivel educativo superior: OR = 0,703;  $p < 0,001$ .
- Antihistamínicos: OR = 4,399;  $p < 0,001$ .
- Antibióticos: OR = 5,717;  $p < 0,001$ .

- Jarabes: OR = 5,034;  $p < 0,001$ .
- Analgésicos/antiinflamatorios: OR = 7,998;  $p < 0,001$ .
- Varios medicamentos: OR = 27,439;  $p < 0,001$ .

**Lectura de error (regla  $p$  vs  $\alpha$ ):** todos  $p$  citado  $< 0,001 \leq 0,05$  por lo que se rechaza  $H_0$ .

**Toma de decisión:**

Se rechaza  $H_0$ , debido a que la dimensión educativa presentó significancia estadística en el modelo ajustado

#### **4.2.Discusión de resultados**

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre los factores de acceso a servicios de salud y la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de cinco años en el Perú, a partir de la ENDES 2023. Si bien en los análisis bivariados evidenciaron asociaciones significativas en diversos indicadores de las dimensiones demográfica, socioeconómica y educativa. No obstante, al aplicar el modelo multivariado de regresión logística, se precisó cuáles de estos factores mantenían un efecto independiente sobre el desenlace. Los hallazgos permitieron confirmar la hipótesis general, evidenciando que solo la etnicidad achacani, el nivel educativo superior del cuidador, y la presencia de medicamentos en el hogar conservaron significancia estadística, mientras que los indicadores de la dimensión socioeconómica no se mantuvieron significativos en el modelo ajustado.

En la dimensión educativa, el nivel educativo superior del cuidador se asoció con la falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA (OR = 0,703). Este resultado contrasta con lo reportado por Honores del Portal (2024), quien encontró que el nivel

educativo superior de la madre se asoció con una reducción del 26,8% en la falta de búsqueda de atención médica (21). De manera similar, Pancorbo Santillán (2024) describió que la educación universitaria actuó como un factor protector, mostrando una reducción del 55% en la falta de atención ante episodios febriles en menores de dos años (22).Shibre et al.(2021) evidenciaron desigualdades educativas en el manejo de infecciones respiratorias, señalando que los niños de familias con mayor nivel educativo tuvieron aproximadamente el doble de probabilidad de ser llevados a un centro de salud frente a aquellos cuidadores con menor escolaridad (26). Asimismo, en un estudio multinacional, Ketema et al. (2024) encontraron que los cuidadores con educación primaria o superior tuvieron una probabilidad 20% mayor de buscar atención médica para niños con síntomas de IRA, confirmando un efecto protector significativo (44).

Esta diferencia podría explicarse por un mayor manejo domiciliario entre cuidadores con mayor escolaridad, asociado a un mayor acceso a información y medicamentos, lo que podría reducir la decisión de acudir a un establecimiento de salud ante síntomas de IRA.

En cuanto al indicador “presencia de medicamentos en el hogar” de la dimensión educativa, los estudios previos coinciden en que la presencia de medicamentos en el hogar suele favorecer la automedicación y reducir el uso de servicios de salud. Cruz et al. (2022) encontraron que los niños cuyos cuidadores disponían de antibióticos en casa tenían hasta seis veces más probabilidad de ser automedicados (45). De igual forma, Albayrak et al. (2021) documentaron que el 15,7% de los cuidadores administraba antibióticos ante cualquier episodio febril (46). Por su parte, Qu W et al. (2023) señalaron que el almacenamiento de antibióticos incrementaba significativamente la automedicación (OR: 1,475); además, el

23,3% de los padres reconoció haber automedicado a sus hijos con antibióticos en el último año, y la compra sin receta seguía siendo una práctica habitual (47).

En contraste con esta tendencia, la presente investigación encontró que la presencia de medicamentos en el hogar se asoció como un factor protector frente a la falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años, siendo este efecto más marcado en los hogares que contaban con varios medicamentos simultáneamente (OR=27,439;  $p<0,001$ ). Desde el enfoque conceptual del estudio, este patrón se interpreta como un factor protector frente a la falta de búsqueda de atención médica. Una posible explicación es que, en el contexto peruano, la presencia de medicamentos en el hogar podría emplearse como una medida inicial mientras se decide acudir a un establecimiento de salud, sin sustituir la atención profesional.

En la dimensión demográfica, se observó que el indicador de etnicidad del cuidador tuvo relación significativa con la falta de búsqueda de atención médica. Se concentró que los cuidadores achacani mostraron una mayor asociación con la falta de búsqueda de atención médica en comparación con los quechuablantes, lo que sugiere que la pertenencia a una minoría étnica podría constituir una barrera para la utilización de servicios de salud. De manera consistente, Rummana et al. (2025) encontraron que las minorías étnicas tenían un 81% menor probabilidad de búsqueda de atención médica frente a enfermedades infantiles (48). De forma complementaria, Adeoti y Cavallaro (2022), en una investigación realizada en Nigeria, identificaron que la relación con factores demográficos como la etnicidad es variable: en algunos contextos ciertos grupos étnicos muestran menor probabilidad de buscar atención, pero este patrón no es universal ni consistente (49). Ambos resultados refuerzan la hipótesis

de que la pertenencia a grupos étnicos minoritarios condiciona negativamente al acceso y uso oportuno de los servicios de salud, aunque en contextos y magnitudes distintas.

Con respecto a los indicadores demográficos como el sexo, la edad del niño, la residencia urbano-rural, la percepción de lejanía al centro de salud, la edad de la madre y la región de residencia no mostraron asociación significativa en el análisis multivariado. No obstante, en el análisis bivariado la región evidenció diferencias en las proporciones entre grupos (costa 32,7 %, selva 32,4 % y sierra 27,0 %), diferencias que no se mantuvieron luego del ajuste. Este hallazgo resalta la importancia del análisis multivariado, ya que permite controlar simultáneamente múltiples indicadores y distinguir cuáles mantienen un efecto independiente sobre la falta de búsqueda de atención médica, descartando asociaciones espurias. Resultados semejantes fueron reportados por Honores del Portal (2024), quien al analizar la ENDES 2021-2022 tampoco encontró asociación para el sexo del niño, residencia, ni el índice de riqueza (21). De igual manera, Rummana et al. (2025) en Bangladesh informaron ausencia de relación significativa para el sexo y residencia (48). De forma concordante, Adeoti y Cavallaro (2022), en Nigeria, tampoco hallaron asociación significativa para la edad y la residencia materna en sus modelos multivariados (49).

En la dimensión socioeconómica, aunque en el análisis bivariado en el nivel de riqueza y la afiliación al SIS mostraron un comportamiento compatible con un posible efecto protector frente a la falta de búsqueda de atención médica, estas asociaciones no se sostuvieron en el modelo multivariable. Tras el ajuste, tanto el nivel de riqueza como la afiliación al SIS perdieron significancia estadística. Este resultado coincide con lo reportado por Adeoti y Cavallaro (2022), en Nigeria, reportaron que, aunque la riqueza y la afiliación a

seguros mostraron asociación en análisis simples, estos factores tampoco se mantuvieron como determinantes independientes tras el ajuste por educación y acceso (49).

No obstante, estos hallazgos contrastan con otras investigaciones. Por ejemplo, Houghton et al.(2022) Identificaron que las barreras económicas se asociaban con una menor búsqueda de atención médica en la población infantil, lo que representó una reducción aproximada del 11 % en la probabilidad de acudir a un servicio de salud (18).Sin embargo, contrasta con lo descrito por Yacila (2022) describió que los niños de quintiles presentaron alrededor de un 22% más de probabilidad de acudir a un establecimiento de salud frente a episodios de infección respiratoria (25). Estas discrepancias podrían explicarse por las diferencias contextuales y temporales entre estudios.

En plano teórico, esta investigación reafirma la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud, al mostrar que factores educativos y culturales, como el nivel educativo del cuidador y la etnicidad del cuidador, influyen significativamente en la falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de infección respiratoria aguda. Ambos indicadores se mantuvieron como predictores independientes en el modelo ajustado, mientras que los indicadores de la dimensión socioeconómica no conservaron significancia estadística. En el plano práctico, los hallazgos sugieren que fortalecer la educación en salud dirigida a cuidadores y garantizar el acceso oportuno a medicamentos y servicios en zonas vulnerables son estrategias prioritarias para reducir la morbilidad y mortalidad por IRA (50). Entre las fortalezas de la investigación destaca el uso de la ENDES 2023, una encuesta nacional con metodología estandarizada, representativa y validada, lo que asegura la comparabilidad y confiabilidad de los resultados.

Sin embargo, la investigación también presenta limitaciones, se reconoce que el diseño transversal de la ENDES no permite establecer relaciones de causalidad y que la información depende del autorreporte de las cuidadoras, lo cual puede generar sesgos de memoria o de deseabilidad social. Se recomienda desarrollar estudios longitudinales y complementar el análisis con metodologías cualitativas, así como implementar intervenciones focalizadas en regiones con mayores brechas de acceso. En conjunto, los resultados de la presente investigación aportan evidencia clave para orientar políticas públicas, reforzando la importancia de considerar los factores educativos y culturales como componentes esenciales de la salud pública en el Perú.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

**Primera:** Se concluye que sí existe relación entre los factores de acceso a los servicios de salud y la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de cinco años en el Perú, según la ENDES 2023.

**Segunda:** Respecto a la dimensión demográfica, se concluye que solo el indicador “etnicidad del cuidador” se asoció significativamente con la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de cinco años en el Perú, mientras que los demás indicadores no mostraron asociación significativa.

**Tercera:** Respecto a la dimensión socioeconómica, se concluye que ni el índice de riqueza ni la afiliación al SIS se asociaron con la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de cinco años en el Perú, por lo que no se mantuvieron como predictores independientes en el modelo ajustado.

**Cuarta:** Respecto a la dimensión educativa, se concluye que el nivel educativo superior del cuidador se asoció con la falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de infección respiratoria aguda. Asimismo, la presencia de medicamentos en el hogar constituyó el principal factor protector frente a la falta de búsqueda de atención médica por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de cinco años en el Perú.

## 5.2.Recomendaciones

Dado que existe una relación clara entre los factores de acceso y la falta de búsqueda de atención en menores de cinco años, se plantean las siguientes recomendaciones:

**Primera:** Fortalecer la cobertura de salud en el primer nivel de atención en zonas rurales y remotas, así como el fortalecimiento de las RIS y sus Equipos Multidisciplinarios de Salud que acerquen los servicios de salud a la población. Asimismo, priorizar campañas de sensibilización sobre la importancia de la detección temprana de IRA, integrando indicadores de accesibilidad (distancia, costos y horarios) en el monitoreo anual de la ENDES para evaluar avances respecto a la reducción de la falta de búsqueda de atención médica por IRA en menores de 5 años.

**Segunda:** Implementar estrategias de salud intercultural que promuevan la confianza en los servicios de salud por parte de poblaciones originarias, priorizando la atención a cuidadores de etnia achacani, en quienes se identificó falta de búsqueda de atención médica ante síntomas de IRA en menores de cinco años.

**Tercera:** Aunque el nivel de riqueza y la afiliación al SIS no fueron predictores independientes, se recomienda una evaluación integral de la efectividad del SIS en contextos de pobreza, como transporte subsidiado para consultas pediátricas. Se podría fomentar alianzas-privadas para subsidiar costos indirectos de atención (como traslados), con el objetivo de mitigar desigualdades socioeconómicas persistentes y mejorar la equidad en el acceso de los servicios.

**Cuarta:** Fortalecer las campañas educativas sobre el uso de medicamentos en el hogar y promover el reconocimiento temprano de signos de alarma de IRA, de modo que la

disponibilidad de fármacos se utilice como apoyo inicial sin remplazar la atención profesional. Asimismo, reforzar la orientación por parte de promotores de salud comunitarios para garantizar un uso responsable de los medicamentos en atención infantil, y contrarrestar la automedicación como barrera a la búsqueda formal de atención.

**Quinta:** Desde el ámbito académico, promover estudios longitudinales y cualitativos que permitan profundizar en los factores culturales, educativos y contextuales que influyen en la falta de búsqueda de atención médica. En particular, investigaciones cualitativas que exploren las percepciones, creencias y barreras subjetivas de los cuidadores, especialmente en aquellos casos donde los indicadores (sexo, edad del niño, afiliación al SIS, índice de riqueza, etc.) no mostraron asociación significativa.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Human rights and health [Internet]. Geneva: WHO; 1 December 2023 [cited 2025 Mar 15]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health>
2. Gebremedhin FA, Dawson A, Hayen A. Evaluations of effective coverage of maternal and child health services: A systematic review. Health Policy Plan [Internet]. 2022;37(7):895–914 [citado 2025 Mar 15]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapol/czac034>
3. World Health Organization; United Nations Children’s Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 2025 Abr 4]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>.
4. Mosegui GBG, Antoñanzas F, de Mello Vianna CM. Cost of lost productivity from acute respiratory infections in South America. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2023;47:e65 [citado 2025 feb 20]. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.65>
5. Ministerio de Salud (MINSA). Episodios de infecciones respiratorias agudas y muertes por neumonía en menores de 5 años disminuyen [Internet]. Lima: MINSA; 2022 [citado 2025 Mar 15]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1192975-episodios-de-infecciones-respiratorias-agudas-y-muertes-por-neumonia-en-menores-de-5-anos-disminuyen>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Neumonía en niños [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 nov 11 [citado 2025 feb 13]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/pneumonia>
7. INEI – Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2022 [Internet]. Lima: INEI; 2022 [citado 2025 Mar 15]. Disponible

en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233597-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2022>

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2023: Informe principal [Internet]. Lima: INEI; 2023 [citado 2025 Mar 15].

Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf)

9. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas. Una revisión rápida. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55873>

10. Chilot D, Shitu K, Gela YY, Getnet M, Mulat B, Diress M, et al. Factors associated with healthcare-seeking behavior for symptomatic acute respiratory infection among children in East Africa: a cross-sectional study. *BMC Pediatr.* 2022;22(1):662. doi:10.1186/s12887-022-03680-w.

11. Jain A, Kim R, Swaminathan S, Subramanian SV. Socioeconomic inequality in child health outcomes in India: analyzing trends between 1993 and 2021. *Int J Equity Health.* 2024;23(1):149. doi:10.1186/s12939-024-02218-z.

12. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú). Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias en nuestro país [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2023 [citado 2025 feb 13]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe>

13. Reinders S, Alva A, Huicho L, Blas MM. Indigenous communities' responses to the COVID-19 pandemic and consequences for maternal and neonatal health in remote Peruvian Amazon: a qualitative study based on routine programme supervision. *BMJ Open.* 2020;10(12):e044197. doi:10.1136/bmjopen-2020-044197.

14. Rodríguez IE. Desigualdades sociales en salud: línea de base para una recuperación transformadora con inclusión social y sostenibilidad ambiental en los países de la Región Andina [Internet]. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); 2022 [citado 2025 abr 2]. Disponible en:[https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/Desigualdades\\_Sociales\\_Salud.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/Desigualdades_Sociales_Salud.pdf)
15. Amez-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Publica Mex.* 2006;48(5):418-29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10648508.pdf>
16. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Hillsdale, NJ: Charles B. Slack Inc.; 1974. p. 328–335.
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Determinantes sociales de la salud [Internet]. Washington, D.C.: OPS; [s.f.] [citado 2025 feb 15]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
18. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, Del Riego A, Ventura E. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e94. doi:10.26633/RPSP.2022.94. PMID:35875315; PMCID:PMC9299390.
19. Yehuala TZ, Agimas MC, Derseh NM, Wubante SM, Fente BM, Yismaw GA, et al. Machine learning algorithms to predict healthcare-seeking behaviors of mothers for acute respiratory infections and their determinants among children under five in sub-Saharan Africa. *Front Public Health.* 2024;12:1362392. doi:10.3389/fpubh.2024.1362392.

20. Haile TG, Benova L, Mirkuzie AH, Asefa A. Effective coverage of curative child health services in Ethiopia: analysis of the Demographic and Health Survey and Service Provision Assessment survey. *BMJ Open*. 2024;14(2):e077856. doi:10.1136/bmjopen-2023-077856.
21. Honores del Portal DT. Factores sociodemográficos asociados a la falta de búsqueda de atención médica por síntomas respiratorios en niños menores de 5 años según ENDES 2021-2022 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma-URP; 2024 [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/7395>
22. Pancorbo Santillán KA. Factores asociados a enfermedades febriles con síntomas catarrales en niños menores de 2 años y su perfil de búsqueda de atención médica: ENDES 2022 [Tesis en Internet]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024 [citado 2025 Mar 15]. Disponible en:  
[https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8718/UNFV\\_FMHU\\_Pancorbo%20Santillan%20Karen%20Alexandra\\_Titulo%20profesional\\_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8718/UNFV_FMHU_Pancorbo%20Santillan%20Karen%20Alexandra_Titulo%20profesional_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
23. Varghese JS, Muhammad T. Prevalence, potential determinants, and treatment-seeking behavior of acute respiratory infection among children under age five in India: Findings from the National Family Health Survey, 2019–21. *BMC Pulm Med*. 2023;23(1):195. doi:10.1186/s12890-023-02487-4.
24. Yeheyis T, Lemma K, Nuramo A, Musema M, Dolmolo A, Aynalem A, et al. Level of modern health-seeking behavior for common childhood illnesses and its associated factors among mothers of under-five children in southern Ethiopia: a community-based study. *Heliyon*. 2023;9(9):e20121. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e20121.

25. Yacila Varillas CA, Guevara García SM. Asociación entre embarazo no deseado y búsqueda de atención por infección respiratoria aguda para hijos menores de 25 meses. Perú 2015–2019 [Internet]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2022 Oct 28 [citado 2025 Mar 15]. Disponible en:  
[https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667423/Yacila\\_VC.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/667423/Yacila_VC.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
26. Shibre G, Zegeye B, Idriss-Wheeler D, Yaya S. Trends of inequalities in care-seeking behavior for under-five children with suspected pneumonia in Ethiopia: evidence from Ethiopia demographic and health surveys (2005–2016). *BMC Public Health*. 2021;21(1):258. doi:10.1186/s12889-021-10232-x.
27. Marsh A, Hirve S, Lele P, Chavan U, Bhattacharjee T, Nair H, Juvekar S, Campbell H. Determinants and patterns of care-seeking for childhood illness in rural Pune District, India. *J Glob Health*. 2020;10(1):010601. doi:10.7189/jogh.10.010601.
28. Bakare AA, King C, Salako J, Bakare D, Uchendu OC, Burgess RA, et al. Pneumonia knowledge and care-seeking behavior for children under-five years in Jigawa, Northwest Nigeria: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023;11:1198225. doi:10.3389/fpubh.2023.1198225.
29. World Health Organization. Infection prevention and control in health care: overview [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Mar 15]. Available from:  
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control>
30. Mendoza-Briceño E, Bejarano MAG, Carhuancho-Mendoza I, Nolazco-Labajos F, Siu DS. Determinantes de la satisfacción laboral en un establecimiento de salud durante el estado de emergencia sanitaria, Perú [Internet]. *Apuntes Univ*. 2022;12(1):122–134 [citado 2025 Nov 27].

Disponible en: <https://apuntesuniversitarios.upeu.edu.pe/index.php/revapuntes/article/view/919>.  
doi:10.17162/au.v11i5.919.

31. Real Academia Española. Demografía [Internet]. Diccionario de la lengua española. 23.<sup>a</sup> ed. Madrid: RAE; 2023 [citado 2025 Feb 16]. Disponible en: <https://dle.rae.es/demografia>.

32. Balasundaram P, Avulakunta ID. Human Growth and Development. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2025 Nov 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567767/>

33. Coronel Carvajal C, Huerta Montaña Y, Ramos Téllez O. Factores de riesgo de la infección respiratoria aguda en menores de cinco años [Internet]. Rev Arch Med Camagüey. 2018 Abr [citado 2025 Nov 27];22(2):194–203. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552018000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000200009&lng=es).

34. Organización Mundial de la Salud (OMS). Género y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 2025 feb 19]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/gender>

35. Pinales Cedeño AP, Jiménez Mero AJ, Heras Garzón LC. Infecciones respiratorias agudas en niños: análisis de comorbilidades, patógenos y letalidad [Internet]. J Am Health. 2025;8(1):22 [citado 2025 Feb 17]. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/211>.

36. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2021 [Internet]. Lima: INEI; 2021 [cited 2025 Mar 15]. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1838/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/)

37. World Health Organization. Universal health coverage (UHC): overview [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Nov 29]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage>
38. World Health Organization. World report on social determinants of health equity [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Mar 15]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity>
39. UNESCO Institute for Statistics. International Standard Classification of Education (ISCED) [Internet]. Montreal: UNESCO Institute for Statistics; 2011 [cited 2025 Mar 14]. Available from: <https://uis.unesco.org/en/topic/international-standard-classification-education-isced>
40. Ortiz Laureano L. La equidad en las reformas de salud en América Latina y el Caribe, 1990-2020. Rev Adm Pública [Internet]. 2021;52:43–62. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/ap/article/view/21773/19259>
41. Peraza de Aparicio CX, Zurita Barrios NY. Una mirada a la atención primaria desde Alma-Ata hasta Astaná. Cultura de los Cuidados. 2022;26(62):151–162. doi:10.14198/cuid.2022.62.11.
42. Basile G, Hernández Reyes A. Refundación de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe: descolonizar las teorías y políticas [Internet]. Buenos Aires: CLACSO; 2021. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Gonzalo-Basile/publication/392903841\\_La\\_refundacion\\_de\\_los\\_sistemas\\_de\\_salud\\_en\\_Latinoamerica\\_y\\_el\\_Caribe/links/68577888cdf1a35eb1749a6f/La-refundacion-de-los-sistemas-de-salud-en-Latinoamerica-y-el-Caribe.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Gonzalo-Basile/publication/392903841_La_refundacion_de_los_sistemas_de_salud_en_Latinoamerica_y_el_Caribe/links/68577888cdf1a35eb1749a6f/La-refundacion-de-los-sistemas-de-salud-en-Latinoamerica-y-el-Caribe.pdf)

43. Rivera-Lozada O, Rivera-Lozada IC, Bonilla-Asalde CA. Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Rev Cubana Salud Publica*. 2020;46(4):e1990.
44. Ketema D, Dadi A, Hassen T, Kibret G, Kassa Z, Amsalu E, et al. Individual- and community-level predictors of healthcare-seeking behaviour for acute respiratory tract infections among children under five in 29 low- and middle-income countries: a multilevel analysis. *Public Health*. 2024;237:71–6. doi:10.1016/j.puhe.2024.08.028.
45. Cruz VM, Godoy M, Rojas F, Giraldo S, Rodríguez A. Automedicación con antibióticos en niños menores de cinco años en Colombia y factores asociados. *Biomédica*. 2022;42(1):94–103. doi:10.7705/biomedica.6107.
46. Albayrak B, Yaman Z, Gultekin B, Sahin S, Koseoglu H. Knowledge, attitudes and behaviours of caregivers regarding antibiotic use in children with upper respiratory tract infections in Turkey. *BMJ Open*. 2021;11:e046882. doi:10.1136/bmjopen-2020-046882.
47. Qu W, Shi W, Huang Z, Wang C, Pan J, Zeng Y, et al. Parental self-medication with antibiotics for children promotes antibiotic overuse in China: a nationwide cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023;11:1180337. doi:10.3389/fpubh.2023.1180337.
48. Rummana S, Hafez MA, Sen KK, et al. Determinants of inequalities in healthcare-seeking behavior for childhood illnesses in Bangladesh: a trend analysis. *BMC Public Health*. 2025;25:2506. doi:10.1186/s12889-025-22047-1.
49. Adeoti I, Cavallaro F. Determinants of care-seeking behaviour for fever, acute respiratory infection and diarrhoea among children under five in Nigeria. *PLoS One*. 2022;17(9):e0273901. doi:10.1371/journal.pone.0273901.

50. Pajuelo MJ, Anticona-Huaynate C, Correa M, Mayta-Malpartida H, Ramal Asayag C, Seminario JR, Paz-Soldan VA. Retrasos en la búsqueda y recepción de servicios de salud por neumonía en niños menores de cinco años en la Amazonía peruana: un estudio de métodos mixtos sobre las percepciones de los cuidadores. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):149. doi:10.1186/s12913-018-2942-y.

## ANEXOS

## ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la Investigación: Factores de acceso a servicios de salud que se relacionan con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la relación entre los factores de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023?</p> <p><b>Problemas específicos:</b> ¿Cuál es la relación entre la dimensión demográfica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Identificar la relación entre los factores de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> Identificar la relación entre la dimensión demográfica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> <b>H<sub>0</sub>:</b> No existe relación entre los factores de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023. <b>H<sub>1</sub>:</b> Existe relación directa y significativa entre los factores de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p> <p><b>Hipótesis específica:</b></p>	<p><b>V1:</b> Factores de acceso a servicios de salud <b>V2:</b> Falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda</p>	<p><b>Tipo de estudio:</b> Aplicada <b>Método y diseño:</b> Enfoque cuantitativo, hipotético deductivo, no experimental y de corte transversal <b>Población:</b> Niños menores de 5 años residentes en el Perú (ENDES 2023) <b>Muestra:</b> 13,894 niños menores de 5 años con síntomas de IRA (ENDES 2023)</p>

<p>respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión socioeconómica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión educativa de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023?</p>	<p>Identificar la relación entre la dimensión socioeconómica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p> <p>Identificar la relación entre la dimensión educativa de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p>	<p><b>H<sub>0</sub>:</b> No existe relación entre la dimensión demográfica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p> <p><b>H<sub>1</sub>:</b> Existe relación entre la dimensión demográfica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p> <p><b>H<sub>0</sub>:</b> No existe relación entre la dimensión socioeconómica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p> <p><b>H<sub>1</sub>:</b> Existe relación entre la dimensión socioeconómica de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención</p>		
---	--	---	--	--

		<p>médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p> <p><b>H<sub>0</sub>:</b> No existe relación entre la dimensión educativa de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p> <p><b>H<sub>1</sub>:</b> Existe relación entre la dimensión educativa de acceso a servicios de salud con la falta de búsqueda de atención médica en un proveedor de salud por síntomas de infección respiratoria aguda en menores de 5 años en el Perú según la ENDES 2023.</p>		
--	--	---	--	--

## ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

### Base de datos

Las bases de datos de la ENDES son de acceso público y se pueden consultar de forma gratuita en el portal del INEI

([https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/Consulta\\_por\\_Encuesta.asp](https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/Consulta_por_Encuesta.asp)).

La ENDES es validada por el INEI mediante pruebas piloto, ajustes en los cuestionarios, supervisión del trabajo de campo y verificación de la coherencia de los datos, garantizando su confiabilidad y representatividad.

20/11/25, 19:07 Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023 - Informes y publicaciones - Instituto Nacional de Estadística e Informática - Plataforma del Estado Peruano

i ¿No estuviste en casa cuando pasó el censista? Cénsate en Línea [VER MÁS \(https://www.censos2025.com.pe/\)](https://www.censos2025.com.pe/) X

[Inicio \(/\)](#) > [El Estado \(/estado\)](#) > [PCM \(/pcm\)](#) > [INEI \(/inei\)](#) > [Informes y publicaciones \(/institucion/inei/informes-publicaciones\)](#) > [Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023 \(\)](#)

i Esta página también está [disponible en inglés \(/en/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023\)](#).

### Instituto Nacional de Estadística e Informática (/inei)

# Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023

## Informe

23 de mayo de 2024

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES es una de las investigaciones estadísticas más importantes que ejecuta de manera continua el Instituto Nacional de Estadística e Informática. Sus principales resultados se presentan en el Documento "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 - Nacional y Departamental", que se pone a disposición de autoridades del gobierno, entidades públicas, centros de investigación, universidades y público en general.

Descargar documento completo  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf)  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1950/libro.pdf)

Descargar cuadros estadísticos

<https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>

### ANEXO N° 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al tratarse de un análisis secundario de la ENDES 2023, basado en datos anonimizados y de acceso público, el consentimiento informado no aplica.

REPÚBLICA DEL PERÚ  
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA  
**ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR**  
ENDES - 2023

CUESTIONARIO INDIVIDUAL - MUJERES DE 12 A 49 AÑOS

CONGLOMERADO				VIVIENDA				HOGAR			

#### CONSENTIMIENTO

Señora (Señorita), mi nombre es \_\_\_\_\_ y estoy trabajando para el Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las mujeres, las niñas y los niños menores de seis años, a nivel nacional y en cada uno de los departamentos del país, con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los programas de salud materno infantil, orientados a elevar las condiciones de salud de la población en el país.

Con tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud y la salud de sus hijas e hijos. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

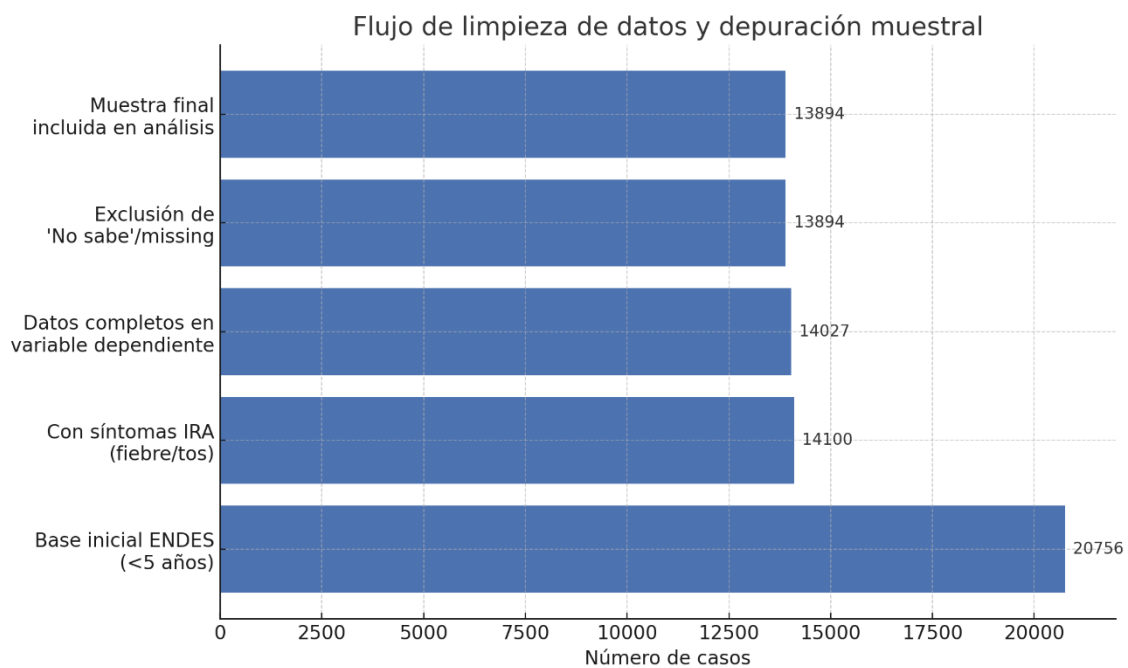
FECHA: \_\_\_\_\_

SI, ACEPTA: 1

SI, EN OTRO MOMENTO: 2

NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3

“consentimiento informado utilizado por la ENDES para la recolección de sus datos originales”

**ANEXO N° 4: FLUJO DE DEPURACIÓN SE MUESTRAL**

## ANEXO N° 6: APROBACIÓN DE COMITÉ DE ÉTICA



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

#### CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 15 de mayo de 2025

Investigador(a)  
Elizabeth Nuñez Quispe  
**Exp. N°:0692-2025**

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: "FACTORES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD QUE SE RELACIONAN CON LA FALTA DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA EN UN PROVEEDOR DE SALUD POR SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS EN EL PERÚ SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES) 2023" con **fecha 09/04/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Elizabeth Nuñez Quispe

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.
4. La constancia de aprobación por el **CIEIC** no garantiza la aceptación por parte de las instituciones donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta  
Presidenta  
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica  
Universidad Privada Norbert Wiener

Av. Arequipa 440 – Santa Beatriz  
Universidad Privada Norbert Wiener  
Teléfono: 706-5555 anexo 3290 Cel. 981-000-698  
Correo: [comite.etica@unwieneredu.pe](mailto:comite.etica@unwieneredu.pe)

## ANEXO N° 8: INFORME DE TURNITIN



Página 2 de 109 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::14912:540767172




### 18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

#### Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

#### Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

#### Marcas de integridad




##### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

### Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

### Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

<b>1</b>	Internet	upc.aws.openrepository.com	4%
<b>2</b>	Internet	repositorio.uwliener.edu.pe	3%
<b>3</b>	Internet	hdl.handle.net	3%
<b>4</b>	Internet	dspace.uib.es	<1%
<b>5</b>	Trabajos entregados	uwliener on 2025-07-19	<1%
<b>6</b>	Internet	repositorio.upch.edu.pe	<1%
<b>7</b>	Trabajos entregados	uwliener on 2024-05-21	<1%
<b>8</b>	Internet	pesquisa.teste.bvsalud.org	<1%
<b>9</b>	Internet	repositorio.urp.edu.pe	<1%




# 18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Fuentes principales

- 17% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	upc.aws.openrepository.com	4%
2	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
3	Internet	hdl.handle.net	3%
4	Internet	dspace.uib.es	<1%
5	Trabajos entregados	uwiener on 2025-07-19	<1%
6	Internet	repositorio.upch.edu.pe	<1%
7	Trabajos entregados	uwiener on 2024-05-21	<1%
8	Internet	pesquisa.teste.bvsalud.org	<1%
9	Internet	repositorio.urp.edu.pe	<1%
10	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
11	Internet	www.coursehero.com	<1%