



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

ACCESO, MERCADO Y CALIDAD DE SALUD EN PERÚ SEGÚN ESTRATO
SOCIOECONÓMICO Y GEOGRÁFICO, EN BASE A LA ENCUESTA NACIONAL
DE HOGARES (ENAH), 2014-2023

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Salud Pública

Autor

Medina Rubio, Jorge Enrique

Asesor

Tantaleán Da Fieno, José Alberto Javier

ORCID: 0000-0002-7143-4792

Jurado

Jauregui Francia, Filomeno Teodoro

Barreto Montalvo, Juan Francisco

Cordero Pinedo, Félix Mauro

Lima - Perú

2026

ACCESO, MERCADO Y CALIDAD DE SALUD EN PERÚ SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y GEOGRÁFICO, EN BASE A LA ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES (ENAHOG), 2014-2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

7 %	6 %	2 %	1 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	vdocuments.es Fuente de Internet	1 %
2	www.coursehero.com Fuente de Internet	1 %
3	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
4	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
7	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
8	dspace.uniandes.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
9	1library.co Fuente de Internet	<1 %
10	www.gacetasanitaria.org Fuente de Internet	<1 %
11	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	<1 %



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**ACCESO, MERCADO Y CALIDAD DE SALUD EN PERÚ SEGÚN ESTRATO
SOCIOECONÓMICO Y GEOGRÁFICO, EN BASE A LA ENCUESTA NACIONAL
DE HOGARES (ENAH), 2014-2023**

Línea de Investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Grado Académico de

Doctor en Salud Pública

Autor

Medina Rubio, Jorge Enrique

Asesor

Tantaleán Da Fieno, José Alberto Javier

ORCID: 0000-0002-7143-4792

Jurado

Jauregui Francia, Filomeno Teodoro

Barreto Montalvo, Juan Francisco

Cordero Pinedo, Félix Mauro

Lima – Perú

2026

ÍNDICE

Resumen.....	v
Abstract.....	vi
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Descripción del problema.....	4
1.3. Formulación del problema	
Problema general.....	4
Problemas específicos	4
1.4. Antecedentes	4
1.5. Justificación de la investigación.....	16
1.6. Limitaciones de la investigación	17
1.7. Objetivos de la investigación	
Objetivo general.....	18
Objetivos específicos.....	18
1.8. Hipótesis.....	19
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Marco conceptual	20
III. MÉTODO	34
3.1. Tipo de investigación	34
3.2. Población y muestra	34
3.3. Operacionalización de variables.....	35
3.4. Instrumentos	37
3.5. Procedimientos	38
3.6. Análisis de datos	39
3.7. Consideraciones éticas	39
IV. RESULTADOS.....	40
4.1 Acceso	44
4.2 Mercado.....	48
4.3 Calidad.....	51
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
5.1 Acceso y mercado.....	55
5.2 Calidad	58
VI. CONCLUSIONES	63
VII. RECOMENDACIONES	64
VIII. REFERENCIAS	65
IX. ANEXOS	70
A. Matriz de consistencia	70
B. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG)	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra (Viviendas)	34
Tabla 2. Características generales de la muestra según año	40
Tabla 3. Características socioeconómicas según año	42
Tabla 4. Acceso a los servicios de salud	44
Tabla 5. Inaccessibilidad al seguro EsSalud o privado según características: Análisis multiva- riado	48
Tabla 6. Mercado de los servicios de salud	49
Tabla 7. Riesgo de no cobertura de servicios de salud en la población asegurada	51
Tabla 8. Calidad de los servicios de salud	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores determinantes del uso de los servicios médicos	23
Figura 2. Contexto social de la salud y la enfermedad	27
Figura 3. Nuevo contexto social de la salud y la enfermedad	28
Figura 4. Beneficios y riesgos en la calidad.....	30
Figura 5. Factores que influyen en la calidad.....	32
Figura 6. Consulta por encuesta	38
Figura 7. Ingresos por actividad dependiente (USD) según estrato social	43
Figura 8. Habitantes no asegurados (%) según estrato social	45
Figura 9. Habitantes no asegurados (%) según dominio geográfico	46
Figura 10. Gasto (USD) en consulta/medicinas según estrato social	50
Figura 11. Tiempo de espera previo a consulta según estrato social	52
Figura 12. Tiempo de espera previo a consulta según región	53

RESUMEN

Objetivos: Comparar el acceso, mercado y calidad de salud en Perú entre los años 2014, 2018 y 2023, según estrato económico y geográfico. Los objetivos secundarios fueron determinar el acceso, el mercado y la calidad de la salud según estrato social, económico y geográfico.

Método: Las muestras fueron de 31,690 (2014), 39,820 (2018), y 36,726 viviendas (2023). Se aplicó una regresión logística para determinar si el nivel de pobreza, el estrato social y la zona (rural y urbana) se asocian al acceso, mercado y calidad de la salud. **Resultados:** En el periodo 2014-2023, la población de asegurados aumentó del 67.7% al 87.8%, mejorando el acceso a la salud; ser pobre (OR=10; IC95%=7.2-13.7), residir en la Sierra (OR=1.4; IC95%=1.2-1.7) o Selva (OR=2.6; IC95%=2-3.4), o en zonas rurales (OR=9.3; IC95%=6-14.4) conlleva menor acceso a la salud. El mercado de salud disminuyó sus coberturas en consulta de 16.1% a 13.4%, en medicinas de 11.1% a 9.9%; los habitantes pobres (OR=3.7; IC95%=3.2-4.4), de la Sierra (OR=1.55; IC95%=1.4-1.7), Selva (OR=1.64; IC95%=1.5-1.8) o zonas rurales (OR=4.9; IC95%=4.2-5.7) tienen poca cobertura en consultas y medicinas. La calidad del servicio de salud disminuyó, la solución de problemas bajó de 15.1% a 10.7%, y el maltrato subió de 14.9% a 18.7% de casos. **Conclusiones:** Del 2014 al 2023 el número de asegurados aumentó, sin embargo, también aumentó los casos de maltrato; mientras que la solución de problemas disminuyó; tanto la pobreza como residir en zonas rurales o del interior del país conlleva menor acceso, menor mercado, y calidad de la salud más baja.

Palabras clave: accesibilidad a los servicios de salud, necesidades y demandas de servicios de salud, calidad de la atención de salud.

ABSTRACT

Objectives: To compare access, market and quality of health in Peru between the years 2014, 2018 and 2023, by economic and geographic stratum. The secondary objectives were to determine access, market and quality of health by social, economic and geographic stratum.

Method: The samples were 31,690 (2014), 39,820 (2018), and 36,726 homes (2023). A logistic regression was applied to determine if the level of poverty, social stratum and area (rural and urban) are associated with access, market and quality of health. **Results:** In the period 2014-2023, the insured population increased from 67.7% to 87.8%, improving access to health; being poor (OR = 10; 95% CI = 7.2-13.7), living in the Sierra (OR = 1.4; 95% CI = 1.2-1.7) or Selva (OR = 2.6; 95% CI = 2-3.4), or in rural areas (OR = 9.3; 95% CI = 6-14.4) leads to less access to health. The health market decreased its consultation coverage from 16.1% to 13.4%, in medicines from 11.1% to 9.9%; Poor inhabitants (OR=3.7; 95%CI=3.2-4.4), from the Sierra (OR=1.55; 95%CI=1.4-1.7), the Jungle (OR=1.64; 95%CI=1.5-1.8) or rural areas (OR=4.9; 95%CI=4.2-5.7) have little coverage for consultations and medicines. The quality of health services decreased, problem solving dropped from 15.1% to 10.7%, and abuse rose from 14.9% to 18.7% of cases. **Conclusions:** From 2014 to 2023, the number of insured people increased, however, cases of abuse also increased; while problem solving decreased; both poverty and living in rural areas or in the interior of the country entail less access, a smaller market, and lower quality of health.

Keywords: Accessibility to health services, health services needs and demand, quality of health.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Este proyecto tiene como propósito comparar las características del estado de la salud en el Perú en tres periodos: 2014, 2018 y 2023, considerando la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) a nivel nacional.

Durante las últimas 6 décadas se han logrado mejoras en la salud, a nivel mundial, más que en cualquier otro período de la historia, que se traduce en un incremento de la esperanza de vida al nacer (EVN), reducción de la mortalidad en la niñez, aumento de la tasa de alfabetización, y matrícula escolar en adultos; sin embargo, estos logros tienen un panorama diferente y son relativos, como lo observado en el último decenio, en el que en ciertos países africanos la EVN disminuyó entre 2 y 5 años; estos datos nos dan a entender que el lugar geográfico y el nivel socioeconómico influyen en estas variables demográficas. Las desigualdades sistemáticas para acceder a los recursos de salud socavan el principio básico de equidad, de justicia comunitaria, y contribuyen a perpetuar las desventajas sociales, laborales y la pobreza (Bancalari, 2023).

Latinoamérica en la década de los 90 presentaba altas tasas de enfermedades neonatales, maternas y transmisibles, pero este panorama ha girado de rumbo siendo en esencia los males cardiovasculares, los diversos cánceres, los trastornos mentales y diabetes, los que actualmente predominan. Las regiones donde hay más pobreza son las más afectadas, pues tienen una escasa probabilidad de acceder a los recursos sanitarios, como a la atención materna, presentando mayores tasas de mortalidad infantil y retraso en el crecimiento.

A pesar de los cambios epidemiológicos en estos países latinos, el impacto o las consecuencias de las diferencias en el acceso a la atención en salud son más acentuadas en la primera infancia y en la adolescencia, debido a que en el embarazo y hasta los 2 años y medio

de vida del niño su cerebro es extremadamente sensible a la influencia del medioambiente, esto es, en ese periodo se forman más de un millón de conexiones neuronales cada segundo, lo cual repercute en la salud integral del infante, es decir, en su desarrollo y bienestar futuro, y entre los peligros de su entorno están en primer lugar las condiciones socioeconómicas, el medio ambiente, la pobreza, desnutrición, inseguridad, exclusión, y el no tener acceso a los recursos sanitarios, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2023).

El problema de las poblaciones infantiles, entre 0 y 5 años, es muy grave porque el aumento de la alimentación deficiente les produce retraso en su crecimiento, y como tienen poco acceso a los recursos sanitarios esta situación se complica y empeora; según los estudios, en el 2018, 1 de cada 5 niños latinoamericanos tenía retraso del crecimiento, con riesgo de padecer de infecciones, de disminuir sus habilidades cognitivas y morir. Además, 4 de cada 10 niños no mayores de 5 años, presentaban deficiencias de vitaminas y minerales, socavando más su desarrollo según UNICEF (2019); en otro estudio se muestra que gran parte de estos niños con desnutrición presentaron, en el transcurso de sus vidas, problemas neurológicos, entre ellos un coeficiente intelectual y rendimiento escolar bajos, además de problemas de conducta (Galler et al., 2021)

El Perú, luego del ajuste macroeconómico que se inició en 1990, ha presentado una estabilidad económica relativa, que permitió controlar la inflación y aumentar el gasto público en general, duplicándose en el periodo 1993-1996, y para el periodo 2008-2018 el gasto en salud per cápita aumentó de 53 hasta 64 dólares, es decir, un incremento del 17%, lo cual permitió construir centros educativos y puestos de salud, a lo largo del territorio peruano, y en consecuencia se pudo aumentar la esperanza de vida, mejorar la cobertura en salud, disminuir la mortalidad y otros indicadores epidemiológicos según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2019).

El acceso a la salud no ha sido equitativo al considerar la región de procedencia, y aún existen diferencias según nivel de instrucción, género, grupo etario, ingreso, y tipo de seguro

médico. No sólo es necesario conocer la evolución del acceso a estos servicios sino también su mercado y la calidad de atención, por lo que surgen las siguientes interrogantes: dada una enfermedad, la calidad de la atención es diferente ¿entre varones y mujeres? ¿entre niños, adolescentes y adultos? ¿entre los que tienen educación con respecto a los que no la tienen? ¿influye el hecho de tener agua potable, desagüe, ingresos adecuados, de las personas para atenderse en una institución de salud?

1.2. Descripción del problema

En el transcurso de los últimos años la situación económica del Perú ha tenido cambios importantes. El presupuesto en salud tanto a nivel estatal como privado ha sido influenciado por diversos factores, por ejemplo, la descentralización, las vías de comunicación, la información y el empoderamiento de la población, que han producido cambios en la salud que es necesario precisar, cuantificar e interpretar, y de esta forma comprender cómo sucedieron estos cambios, qué factores fueron significativos, y cuál ha sido la evolución de la salud; por otro lado, se aprecian las variaciones del presupuesto y gasto público, pero no se perciben mejoras en la atención y calidad del recurso sanitario en algunos estratos sociales y regiones, es decir, no se aprecia una equidad en la disposición de los recursos sanitarios según determinados grupos sociales, económicos y geográficos, pues se espera que el gasto en salud y educación implique un cambio positivo en el factor humano, infraestructura dura y blanda, y organización. Los determinantes sociales en salud (DSS) son la natalidad, desarrollo, trabajo, y otros, incluyendo el sistema de salud, el cual es responsable directo de la equidad en los recursos sanitarios. Esto implica que, para disminuir las desigualdades sociales, se requiere mejorar tanto los servicios de salud prioritarios como las condiciones de vida de la población a través de la mejora de la economía laboral, ingresos, empleo, vivienda, y medioambiente (Villar, 2023).

Por lo manifestado, se propone como pregunta de investigación, lo siguiente: ¿cómo ha sido el acceso, mercado y calidad de la salud según el estrato sociogeográfico, social y económico en el Perú durante los quinquenios pre y post pandemia COVID-19?

1.3. Formulación del problema

Problema general

¿Cómo influye el estrato social, económico y geográfico en el acceso, mercado y calidad de la salud del Perú entre los años 2014, 2018 y 2023?

Problemas específicos

¿Cuáles son las características del acceso a la salud, en relación con el estrato social, económico y geográfico, durante los años 2014, 2018 y 2023?

¿Cuáles son las características del mercado de la salud, en relación con el estrato social, económico y geográfico, durante los años 2014, 2018 y 2023?

¿Cuáles son las características de la calidad del recurso sanitario, en relación con el estrato social, económico y geográfico, durante los años 2014, 2018 y 2023?

1.4. Antecedentes

Evaluar objetivamente el estado de salud de un país implica investigar y analizar sus niveles socioeconómicos y de desarrollo, es decir, sus variables demográficas; de la literatura se ha encontrado que en estos últimos años estos avances han sido considerables alrededor del mundo, sin embargo, estas mejoras no sucedieron de forma equitativa entre los habitantes, que dependieron de varios factores; a continuación, se presentan algunos estudios realizados a nivel mundial y nacional.

Ortiz-Ruiz (2020) realizó un trabajo cualitativo donde analizó cómo las desigualdades socioeconómicas afectan al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus II (DB2). La metodología se basó en entrevistas a pacientes con diagnóstico confirmado de DB2 desde hace más de 1 año, considerando factores sociales, económicos y culturales. Fue realizado en la ciudad colombiana de Cali, seleccionando casos de distintos centros de salud, siendo los factores el nivel social, sexo y origen racial o étnico. Como resultado se pudo identificar 3 ejes articulados mutuamente, los cuales se asocian a condiciones de desigualdad con relación a su enfermedad, tratamiento y manejo de la DB2 a lo largo de sus vidas. El primer eje incluye la atención y derecho a los recursos sanitarios, la solución de sus requerimientos para su enfermedad, su cuidado y los resultados que obtiene; el segundo eje se relaciona con aspectos sociales, económicos y culturales del propio paciente, tales como su posición social; y el tercer eje es el contexto, esto es, la situación cultural y socioeconómica del ámbito comunitario donde reside. La conclusión fue que para entender las desigualdades en salud es preciso determinar el entorno social y no sólo las características personales, pues no es suficiente analizar si se tiene acceso o no a los recursos de salud, sino que es necesario considerar el mercado y la calidad de la atención, es decir, se debe identificar la zona geográfica, y la relación con la educación y el trabajo.

Benites-Zapata et al. (2017) publicaron un estudio con el propósito de estimar la tasa de no utilización de las prestaciones en salud (NUPS) y de los factores asociados a esa tasa, en Perú. Se aplicó la encuesta de hogares ENAHO del 2015, etiquetando a un poblador como NUPS si no acudió a los recursos de salud, a pesar de haber presentado algún tipo de enfermedad o síntoma, recaídas por enfermedad crónica, o haber sufrido un accidente, en el último mes previo a la encuesta. La muestra fue de 35 mil participantes, y se halló que 54 de cada 100 participantes fueron NUPS, siendo más frecuente en la costa, seguido de la sierra y de la selva en comparación con Lima Metropolitana. En participantes no afiliados a un seguro

médico o con uno estatal (SIS) la prevalencia de NUPS fue mayor respecto a los sujetos afiliados al seguro social. En conclusión, más del 50% de la población eran casos NUPS, y que esta condición estuvo asociada a la región geográfica, y a no tener seguro de salud o tener uno estatal (SIS). Se sugiere que las políticas públicas estén mejor informadas sobre la no utilización de las prestaciones para así mejorar esta situación.

Castañeda y Díaz (2020) llevaron a cabo un trabajo sobre el fundamento teórico que se relaciona a las desigualdades sociales y de género que pudieran converger y agudizar los problemas de salud de la población; específicamente, su propósito consistió en realizar una síntesis del conocimiento sobre estas desigualdades y conocer cómo influye el género para acceder a los recursos sanitarios de la población. Metodología: el tipo de estudio fue una revisión de la literatura, con publicaciones científicas en las bases de Medline y SciELO a través del análisis de contenido formal, lo que permitió alcanzar las ideas planteadas, hallando que los factores asociados a la desigualdad son la posición social, la edad, el territorio (que incluye el nivel económico, político, social y ambiental), la diferencia del color de piel o etnia, el estatus de inmigrante, la discapacidad (por una condición o necesidad humana especial), y el género; estos factores son una estructura interdependiente, que condicionan el desarrollo social e individual, y que es necesario investigar el origen y el efecto de la desigualdad sobre la salud, por lo tanto, se concluyó que fue posible sistematizar las bases teóricas, y planear los modelos que describen y predicen la desigualdad y la inequidad, es decir, la triada enfermedad-atención-salud se presenta en diversas combinaciones, que dependen del contexto social de los grupos humanos y del género.

Penny (2023) presentó un reporte sobre las inequidades en salud, según determinantes del 56° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que denomina a éstos como “las circunstancias en que los seres humanos nacen, crecen, laboran y envejecen, incluyendo a los sistemas que afectan al entorno de la vida diaria”. El reporte plantea solucionar

la mala distribución de los recursos, tanto global, nacional como local; hallando que los factores explicativos sociales de la sanidad están divididos en cuatro grupos: biológicos, económicos, socioculturales, y ecológicos, que se relacionan con la nutrición, medio ambiente y genética, específicamente, vivienda, medios de transporte, racismo, educación, oportunidad laboral, contaminación del aire y del agua, etc. La conclusión fue que se deben cumplir las recomendaciones del Comité, entre ellas, la equidad desde el nacimiento, un lugar de residencia saludable, un empleo justo y decente, un aseguramiento social y de salud, equidad de género, y equidad en salud en las políticas gubernamentales.

Tullo et al. (2020) describieron las desigualdades sociales y de salud, considerando indicadores maternos y del infante, según los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) 3.1 y 3.2, en los departamentos de Paraguay para el año 2017. Metodología: fue un diseño descriptivo ecológico, donde se calcularon las brechas en salud. Se halló que en el 50% de los departamentos los riesgos o razón de mortalidad materna (RMM) fueron mayores que la mediana del país; la cantidad de partos atendidos por profesionales calificados fue entre el 82% y 99% llegando al 100% en algunos departamentos; además, en 13 de 18 departamentos la mortalidad en niños de hasta 5 años (TMM5), fue mayor que la media del país, en un rango de 4 a 49 defunciones por mil nacimientos exitosos, entre otros resultados, esto es, existen brechas, desigualdades sanitarias y sociales que aumentan las tasas de RMM, TMM5 y otros indicadores entre los departamentos. No hubo desigualdades entre los departamentos en la frecuencia de partos atendidos por profesionales calificados. En conclusión, se debe tener voluntad para disminuir la desigualdad sanitaria y social, en particular con la mortalidad materna e infantil entre los departamentos, y establecer metas cuantificables para reducir las desigualdades en estos indicadores, y llevar a cabo la obligación de “no dejar a nadie atrás” según los ODS, de esta forma se mejorará el bienestar físico de la mujer y del niño.

Enríquez et al. (2020) realizaron un estudio para describir la desigualdad social y cómo afecta a la salud, según los indicadores del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS3), entre las regiones y departamentos de Bolivia. En la metodología se determinaron las brechas absolutas y relativas, para estudiar el grado de desigualdad social. Resultado: los parámetros del ODS3 que mostraron mejoras fueron: tasa de 4 controles prenatales, y de partos atendidos por un equipo médico cualificado; con el tiempo, estas brechas en tales indicadores se redujeron significativamente, sin embargo, la prevalencia del embarazo en adolescentes y su relación con las desigualdades sociales se mantuvo constante, sin cambios significativos. El uso de métodos anticonceptivos mostró una leve disminución en su prevalencia y similar con la mortalidad materna tanto a nivel nacional como departamental. Conclusiones: los indicadores sanitarios ocultan diferencias entre los departamentos y entre las subpoblaciones de Bolivia. Los resultados son evidencia de la mejoría de la desigualdad social en algunos indicadores propuestos por ODS3, pero en otros es necesario fortalecer las estrategias para disminuir tanto la desigualdad social como en salud.

Rivera-Lozada et al. (2020) publicaron una investigación de enfoque mixto, transversal analítica, llevada a cabo desde enero hasta septiembre del 2018, para valorar los problemas para acceder a los recursos sanitarios y tratamiento, en 120 pacientes con tuberculosis (TB), en el Perú. Se aplicó el método de grupos focales, con 30 pacientes por grupo, con los cuales se pudo obtener los determinantes del acceso a la salud. Como resultado, se detectó que los obstáculos críticos de este acceso se relacionaron con el contacto, la aceptabilidad y disponibilidad, además la adherencia al esquema o tratamiento se asoció con indicadores como: miedo, bochorno o turbación de atenderse, desconfianza frente al equipo sanitario, percepción de que la atención será de baja calidad e indolencia hacia el paciente, efectos secundarios del medicamento por la cantidad y tamaño de las píldoras. La conclusión fue que existen trabas de contexto, y rechazo al sistema sanitario, lo que impide su acceso en pacientes con TB, y no

tomarlos en cuenta podrían afectar la adherencia al tratamiento de TB. Es necesario dar prioridad a una atención donde el paciente sea el centro, considerando los problemas que acarrearán estos servicios sanitarios donde la demanda actual sobrepasa a los recursos tanto humanos como físicos.

Villaorduña (2020), en su investigación cuantitativa y descriptiva, analizó los deberes, derechos, y cómo acceden a los recursos sanitarios los pacientes ambulatorios del Hospital Sergio E. Bernal. La muestra fue de 381 usuarios, seleccionados de forma aleatoria. De los resultados se halló que el 62% percibieron la poca voluntad del Gobierno para cumplir con la promoción de la igualdad en la distribución de los recursos sanitarios. El 71% de los participantes percibieron las limitaciones y las desigualdades de los recursos ofrecidos, además, la percepción del usuario externo frente a estos roles estatales de promoción para acceder a los recursos sanitarios estuvo por debajo del promedio. En conclusión, con respecto a la enfermedad, tratamiento, pronóstico, y procedimientos, se tuvo valoraciones promedio; y fue favorable en relación con la gestión informativa farmacéutica, la discriminación y la elección del médico.

Rufino (2023), en su trabajo analizó la admisión a los recursos médicos de calidad, debido a que existen varios obstáculos que limitan este derecho. El acceso debe ser equitativo e implica no solamente ser atendido, sino que la atención debe ser de calidad, asequible, en especial en grupos vulnerables. Este trabajo se realizó en Perú durante el año 2022, con datos de la encuesta de hogares ENAHO a nivel país. Los resultados mostraron desigualdad en la admisión a los servicios médicos ($p < 0.05$) entre los distintos estratos poblacionales, siendo el género, la formación educativa, el nivel económico y la región de residencia, los factores que influenciaron al acceso de atención en salud. Las mujeres están en desventaja, con menor probabilidad de acceso a estos servicios, igualmente las personas que residen en zonas rurales respecto a las de zonas urbanas. Las personas con grados de instrucción más bajos, o que no

poseen un seguro médico, fueron las que mayores barreras tuvieron para acceder a una atención médica. Paralelamente, se observó diferencias significativas entre las personas más pobres (quintiles 1 y 2) frente a las que tenían mayores ingresos (quintiles 4 y 5), pues las primeras experimentaron mayores dificultades para acceder a un servicio médico. Se concluyó que hay evidencia de una interacción entre pobreza, zona de residencia, grado de educación y género con las barreras para acceder a los servicios médicos en la población del Perú.

Sanz y Oliva (2021), en su estudio cualitativo analizaron las inequidades en la atención médica, la desigualdad entre las zonas rurales y urbanas para acceder a los servicios médicos, pues las zonas campestres presentan desventajas como la dispersión y el tamaño poblacional, o ciertos desequilibrios demográficos como el envejecimiento, o desventajas socioeconómicas que establecen barreras para la admisión a estos servicios. El trabajo se realizó en los valles de Navarra, España, entre el 2012 y el 2016. Se analizaron 7 dimensiones para el acceso a los servicios médicos: geografía, asequibilidad, disponibilidad, puntualidad, acomodación, aceptabilidad y conocimiento. La muestra estuvo constituida por 21 expertos sanitarios, relacionados con el cuidado y el desarrollo local. Resultados: la geografía ejerce un peso importante para acceder a los servicios médicos, es decir, el recorrido entre el centro de salud y el hogar; también la disponibilidad o alternativas de transporte hacia los servicios de salud, e igualmente, el entorno sociológico envejecido. La conclusión fue que las políticas públicas en salud deben ser inclusivas, que consideren las particularidades de cada población rural y de sus territorios, que el envejecimiento genera problemas para acceder y condiciona la demanda de los recursos sanitarios. Las zonas rurales y remotas dependen de su automovilidad privada como principal recurso y estrategia para acceder a los servicios médicos.

Febres y Mercado (2020) desarrollaron una investigación transversal, descriptiva, y de observación, con el propósito de analizar la calidad del servicio médico, en consulta ambulatoria de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, ciudad

ubicada en los andes peruanos, en el año 2016. Metodología: se tomó una muestra de 292 usuarios; la calidad del servicio se valoró según la satisfacción del usuario a través de la escala SERVQUAL. Entre los resultados se halló que 6 de cada 10 usuarios eran mujeres, predominando en general la edad de 36 a 45 años, un tercio de los usuarios tenían educación secundaria completa, y más de la mitad eran continuadores (63%). La satisfacción global fue de 60%, pero en las dimensiones de empatía y seguridad el 80% y 87% de usuarios estuvieron satisfechos, respectivamente. El menor nivel de satisfacción se alcanzó en la dimensión, aspectos tangibles con 57% de usuarios insatisfechos, y en la capacidad de respuesta de los recursos médicos con 56% de insatisfacción. Conclusiones: el sistema actual de salud no presenta estrategias para mejorar los servicios de atención cuya meta es brindar un servicio de calidad y oportuno a los usuarios.

Luna et al. (2021) realizaron un estudio cuantitativo-exploratorio con el propósito de identificar los factores de la calidad de los servicios sanitarios, públicos y privados, en el Área Metropolitana de Monterrey (AMM). Metodología: el diseño del estudio fue de percepción ciudadana el cual permite la representatividad a nivel nacional y municipal, y estratificado por género; se utilizó el análisis factorial y la regresión Tobit para identificar los factores significativos al percibir la calidad del recurso sanitario. Resultados: se halló diferencias significativas entre los afiliados al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) frente a los afiliados particulares y afiliados al Seguro Popular (SP), pues para los del IMSS los determinantes de una mala calidad del servicio sanitario fueron las características de las instalaciones, los horarios de atención, y lo más resaltante el poco acceso a las medicinas, mientras que para los afiliados al seguro privado o SP sólo se remarcó la atención del personal administrativo. En conclusión, los afiliados perciben diferentes criterios al evaluar las opciones de los servicios sanitarios, esto es, la forma en que acceden a estos servicios, presentándose

discrepancias en la calidad que dependen del mercado de salud, particularmente, de las instituciones que ofrecen un seguro de salud.

Vílchez y Heredia (2023) hicieron una revisión bibliográfica sobre el mercado y la promoción del seguro sanitario, y ver cómo los gobiernos plantean la atención universal en salud que garantice a sus ciudadanos una igualdad en el trato. Metodología: se seleccionaron publicaciones científicas en los motores de datos Science Direct, Scopus, Google Scholar, y Scielo, incluyendo sólo artículos publicados entre el 2019 y 2023 en español o inglés. El resultado fue que el Marketing o mercado social es importante para solucionar problemas y retos en salud comunitaria, y que la estrategia del mercadeo ha sido y es utilizada durante varios años para transformar el comportamiento del usuario. La conclusión fue que el mercadeo social es promotor de la salud, ayuda a prevenir enfermedades y a mejorar la calidad de la salud, y tiene un enfoque sobre grupos específicos, analiza los requerimientos sociales, y determina las variables externas asociadas que generan un cambio favorable. El mercadeo involucra a la población y a los organismos de varios sectores, por medio de grupos de distintas disciplinas, y tiene un efecto positivo en el desarrollo de planes sanitarios, e influye en el comportamiento de los beneficiarios.

ComexPerú (2022) encargó un trabajo para examinar el estado actual del mercado sanitario peruano; los problemas que presenta el mercado de salud en el Perú se agruparon y resumieron en cuatro procesos, el primero de ellos es la Rectoría, y los problemas detectados fueron que se tienen una autoridad débil, que se concentra en labores operativas, es decir, que se limita a las regulaciones, supervisiones, monitoreo y evaluaciones; y en segundo lugar se detectó que la información estratégica era inadecuada o incompleta siendo un impedimento para tomar una decisión. En el segundo proceso, la Prestación, se identificó retrasos en el Sistema de Información Modular (RIS) o una inadecuada implementación, lo cual afecta para acceder a los servicios sanitarios, sobre todo en usuarios pobres y vulnerables; además, la

capacidad resolutive es débil en los establecimientos de salud del Estado. En el tercer proceso, Financiamiento, las reglas de asignación y la rendición de cuentas son muy variadas, no están sistematizadas, y existe una fuerte desconexión entre la demanda del aseguramiento por la población y la asignación de los recursos financieros. Por último, el Abastecimiento; en este proceso se detectó que los usuarios no tienen acceso adecuado a las tecnologías sanitarias, y que no existe seguimiento de los recursos a través del proceso; otro de los problemas en este recurso es que hay pocos operadores logísticos de soporte y asesoría a las entidades prestadoras en el sector público. En Conclusión, se ha identificado que los problemas del mercado de la salud peruano giran en torno a 4 procesos: rectoría, prestación, financiamiento, y abastecimiento, los cuales tienen solución siempre que las políticas en salud sean las adecuadas.

Cortéz (2023) analizó el mercado del sistema de salud público peruano, con el objetivo de deslindar por qué este sistema arrastra por décadas las carencias en sus procesos de rectoría, de financiamiento y de vigilancia epidemiológica, las cuales tienen un efecto negativo sobre la calidad tanto en la atención como en los resultados sanitarios, y una prueba visible de ello fueron los más de 250 mil fallecidos, durante la pandemia del COVID-19, donde la mayoría dejó de existir por no acceder a los servicios médicos; así como, los 7 millones de infectados, de los cuales muchos de ellos no tuvieron un acceso adecuado a los recursos de salud, por ejemplo, la falta de oxígeno medicinal y cama disponible, entre otros aspectos. En otros países, sus sistemas de salud funcionaron contra el virus y otras amenazas, y están en constante preocupación por mejorar la salud de sus ciudadanos, sus sistemas tienen procesos bien definidos, y los cumplen, en cambio, en nuestro país los procesos del Ministerio de Salud son la Rectoría y la Vigilancia epidemiológica, pero durante la pandemia no los cumplieron. Al analizar la ENAHO, la población de ingresos bajos (quintil 1 y 2) el pago que hace por atención en salud en un consultorio o centro privado, en porcentaje de sus ingresos, es mayor al pago que hace una persona de ingresos altos (quintil 4 o 5), y esto se debe a una equivocada

percepción o falta de información de la población pobre, que está dispuesta a pagar, porque la tratan mejor, hace menos cola, menos tiempo de espera, etc., y esto lo perciben como un buen servicio. Lo anterior se comprueba con los datos de la ENAHO, el gasto de bolsillo de la población del quintil 4 o 5 es en promedio un 3.1% de sus ingresos, pero en la población menos favorecida, quintil 1 o 2, su gasto de bolsillo es del 15% al 20% de sus ingresos, lo que resalta sin lugar a duda un asunto de equidad para el acceso y financiamiento de la salud.

Pedraza (2020) investigó acerca del financiamiento de las redes integradas de servicios sanitarios (RISS) en países latinoamericanos, donde uno de los problemas comunes es la falta de recursos públicos para la salud, y así poder ampliar el acceso equitativo a los servicios médicos. Las RISS son un modelo que ha tenido eficacia, y son estos modelos los que necesitan mayor financiamiento, pues su base es la atención primaria en salud. Al revisar la literatura se ha encontrado que los gobiernos no le han prestado la atención necesaria a estas RISS, debido a que se han centrado en agentes o establecimientos aislados; estas redes han sido una necesidad prioritaria en las naciones latinas y del Caribe, porque ofrecen servicios e intervenciones de salud en coordinación con la población a su cargo, y son responsables de la salud y de la economía para alcanzar resultados satisfactorios en la salud. Por otro lado, las RISS promueven la integración de la atención sanitaria, y se enfocan tanto hacia el ciclo vital de los sujetos como al pivote y coordinación de los recursos prestados. La conclusión es que desarrollar una RISS requiere no solo financiamiento sino también planificación, y gestión sanitaria, abordar aspectos técnicos, y que deben participar en la revolución del sistema sanitario cuyo objetivo es la salud universal.

1.5. Justificación de la investigación

Justificación Metodológica. - Se ha utilizado datos que están registrados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, de las encuestas nacionales de hogares (ENAHO), las cuales tienen acceso irrestricto, cuya solidez metodológica está reconocida, además los

tamaños de muestra son cantidades suficientes de participantes que permitirán realizar análisis estadísticos con resultados confiables.

Justificación teórica. - Un objetivo esencial de la política de salud es el acceso de la población a los servicios médicos, con un mercado de salud, con menos enfermos, sean crónicos o no, menos accidentados, y que la atención brindada sea de calidad. El conocimiento de cómo evolucionan estos indicadores aportará a la base de conocimientos a nivel local y regional, lo que podrá servir de referencia en estudios de otros países y en la comprensión global del problema.

Justificación práctica. - A nivel nacional, regional o local, hay pocas investigaciones sobre acceso a los servicios médicos, sobre el mercado de salud y su calidad, más aún al comparar dos periodos, pre y post pandemia COVID-19. Este estudio permitirá aportar información que servirá de referencia para estudios en otros países ayudando a comprender de forma global el problema; servirá para modificar las estrategias de planificación en la solución de las necesidades sanitarias, y permitirá aplicar políticas de salud de forma puntual a favor de los grupos vulnerables, para poder afrontar contingencias sanitarias similares al COVID-19.

Justificación socioeconómica. – Los resultados pueden permitir al Estado conocer la realidad económica, problemática social; es decir, cómo se distribuye la riqueza en la sociedad, y también manifestar la probable necesidad de reajustes o modificaciones en el ámbito económico, cuyo manejo eficiente contribuirá a ahorrar dinero a largo plazo, a manera de directriz del efecto sobre la salud.

1.6. Limitaciones de la investigación

Una de las limitantes son las respuestas recolectadas en la encuesta, las cuales pueden ser inexactas, pues dependen de la memoria del participante, y de su deseo de colaboración.

Otra limitante es en relación con los medicamentos, pues la encuesta no hace una distinción del medicamento según el tipo de enfermedad o tipo de consulta del entrevistado, por lo que estimar el mercado de los medicamentos puede tener un sesgo, por ejemplo, un medicamento oftalmológico puede ser más difícil de adquirir que otro relacionado al sistema respiratorio.

Respecto a la obtención de la información relativa a las variables de interés no existen limitaciones para realizar la investigación porque los datos son de acceso público, obtenidos de encuestas nacionales de muestras representativas. Sin embargo, la variable “Ingresos” presenta mayor cantidad de datos omitidos (*missing value*) en las regiones de Sierra sur y de Selva, para el periodo de estudio, lo que puede generar un sesgo y un mayor error de precisión pues se tendrá menor tamaño de muestra.

1.7. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Comparar el acceso, mercado y calidad de salud en el Perú entre los años 2014, 2018 y 2023, según estrato social, económico y geográfico.

Objetivos específicos

- Determinar el acceso a los servicios de salud en relación con el tipo y pago del seguro, búsqueda de atención, para los años 2014, 2018 y 2023, según estrato social, económico y geográfico.
- Determinar el mercado de la salud en relación con la atención profesional, pago, y recepción de medicamento, para los años 2014, 2018 y 2023, según estrato social, económico y geográfico.

- Determinar la calidad de la salud en relación con el tiempo de espera, trato profesional y solución de problema, para los años 2014, 2018 y 2023, según estrato social, económico y geográfico.

1.8. Hipótesis

Hipótesis general

Las características socioeconómicas y geográficas (X) se relacionan con el acceso a los servicios médicos, con el mercado de salud y con la calidad de atención (Y).

Hipótesis específica 1

Las características socioeconómicas y geográficas (X1) están relacionadas con el acceso a los servicios médicos (Y1) **respecto** al tipo y pago del seguro, búsqueda de atención, para los años 2014, 2018 y 2023

Hipótesis específica 2

Las características socioeconómicas y geográficas (X2) se relacionan con el mercado de la salud (Y2) respecto a la atención profesional, pago, recepción de medicamento, para los años 2014, 2018 y 2023

Hipótesis específica 3

Las características socioeconómicas y geográficas (X3) se relacionan con la calidad de atención sanitaria (Y3), con respecto al tiempo de espera, trato profesional, y solución de problema, para los años 2014, 2018 y 2023

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco conceptual

La ley del Aseguramiento Universal de Salud, Nro. 29344 (2009), permite tomar conciencia de la realidad de la salud en una nación, así como de su evolución, se basa en estudios que pueden ser realizados de diversas maneras, por ejemplo, por medio de las tasas de morbilidad según los servicios sanitarios que tienen las instituciones del Perú, ya que estos son indicadores de diferentes enfermedades que adolece la población. Una de las desventajas de esta fuente de datos, es que en general está incompleta y sesgada, pues la información sobre morbilidad y mortalidad son solo de usuarios que pueden acceder y usufructuar los servicios médicos en cada establecimiento de salud; además, aparte de las omisiones están las deficiencias al momento de registrar los datos, o errores del sistema; aparte la codificación y almacenamiento de datos suelen diferir entre los diferentes prestadores de salud, haciendo difícil la comparación y agregación de la información.

Una segunda forma de conocer la situación de salud es a través del análisis de la mortalidad, pues la muerte es la etapa final de una sucesión de eventos biológicos que tienen efecto sobre un individuo o sobre la comunidad a la cual pertenece. Conocer el perfil de la mortalidad poblacional mostrará el mecanismo en que una comunidad se enferma, qué grupos son los de alto riesgo, qué tan prematuramente ocurre una enfermedad, así como, la oportunidad de poder ser evitadas o de frenar o paliar el inicio de un padecimiento, y de esta forma alcanzar una vida larga, productiva, y sobre todo saludable.

El registro de las defunciones aporta una ventaja, pues existen leyes que obligan a declarar y consignar la muerte previamente al entierro del difunto, es así como este procedimiento garantiza tanto la contabilidad del registro como su continuidad; esta metodología permite contrastar los diversos perfiles de la mortalidad, no sólo entre diferentes

poblaciones sino también lo que aconteció en una población dada a través del tiempo. Sin embargo, existe la desventaja de permitir lo que sucede con una enfermedad determinada o un daño grave, pero no permite conocer lo que acaece con otras patologías de la salud que pudiendo ser muy frecuentes no son letales.

Otra manera de acercarse al conocimiento de la situación sanitaria de una población es explorando sus características socioculturales, su crecimiento tanto demográfico como económico, esto es, qué condiciones de vida tiene, pues la situación sanitaria de las poblaciones es consecuencia de las condiciones de vida; por ejemplo, poblaciones con niveles altos en educación, con tenencia adecuada de servicios básicos (alumbrado eléctrico, agua potable, desagüe, etc.), ingresos económicos que cubran sus necesidades, acceder a los servicios médicos de calidad; todo ello repercutirá en un mejor estado de salud, de lo contrario la población que carece de todos estos derechos y beneficios tendrá un alto déficit en su salud.

El presente estudio analiza la evolución de la salud del Perú en base de esta tercera alternativa, la encuesta anual ENAHO del Perú para los años 2014, 2018, y 2023, según el INEI, tomando tres variables: el acceso a los servicios médicos que tiene la población; el mercado de salud, es decir la enfermedad o malestar, las enfermedades crónicas, la atención de un parto institucional; y la atención de calidad que deben brindar las instituciones de salud.

2.1.1 Acceso a los servicios de salud

El diccionario RAE de la lengua española, menciona que el vocablo “acceso” es un término del latín *accessus*; cuyo significado es acción de llegar o acercarse, también es entrada o paso, posibilidad de llegar a alguien o a algo. La palabra acceso tiene como sinónimos: llegada, acercamiento.

A. El concepto de acceso a los servicios de salud. Acceder a un servicio médico; es concretar en hechos el factor del derecho a la atención médica, lo cual se transforma en un estado fundamental para lograr un estado de salud de calidad. Este acceso está definido como un proceso a través del cual los usuarios buscan recibir una atención médica adecuada, esto es, de calidad, digna, y oportuna.

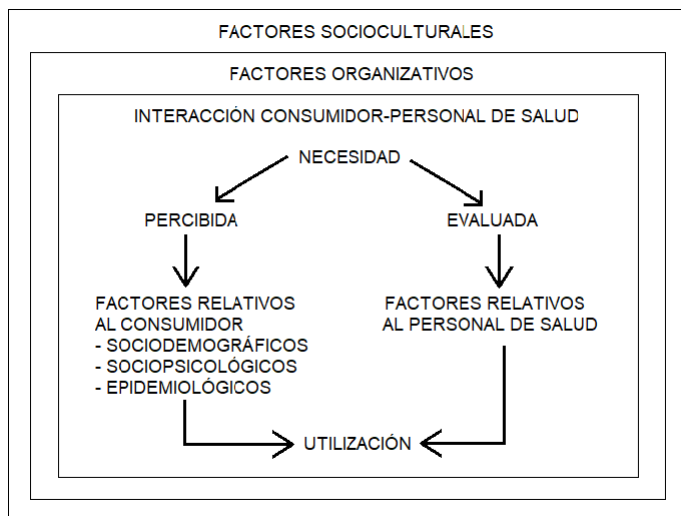
B. Accesibilidad al servicio de salud. Esta accesibilidad se entiende como la oportunidad para recibir una atención en salud que requiera ser solucionada, íntegra y oportunamente; no obstante, se necesita avanzar más en este contexto, por ejemplo, la lista de espera, el orden de llegada, y otras situaciones rutinarias y administrativas, para satisfacer de alguna manera la demanda con los recursos reales existentes en los establecimientos sanitarios.

C. Factores determinantes al utilizar servicios de salud. La ocurrencia de una dolencia se deriva en utilizar los servicios médicos, haciendo énfasis en las causas que la determinan, y de las tendencias actuales. Utilizar los recursos de salud es una interrelación de los usuarios con los profesionales, es decir, es un comportamiento complejo determinado por factores de diversa índole.

El diagrama basado en el esquema de atención médica y su entorno se muestra en la imagen (“Fuente: Donabedian, E.,1973”). Esta interrelación usuario-profesional de la salud no sucede en un entorno vacío, todo lo contrario, se da en el contexto de una organización rodeada y supeditada a factores índole social y cultural. En consecuencia, el uso de un servicio médico será influenciado por variables sociales, culturales y de organización, como también por las características del equipo profesional médico.

Figura 1

Factores determinantes del uso de los servicios médicos.



Nota. Donabedian, E. (1973).

D. Factores socioculturales. Entre los factores determinantes para el uso de los servicios médicos están la tecnología y los valores (Andersen, 2013), la primera ejerce su efecto sobre el estudio y análisis del servicio médico; por ejemplo, dependiendo de las circunstancias, pueden disminuir el nivel de la enfermedad o limitar el uso de la atención médica, como es la reducción significativa de la necesidad de un hospital especializado para tuberculosos, pues la tecnología de nivel alto ha reducido las tasas de ciertas enfermedades.

El perfil social también tiene un efecto en la utilización de los servicios médicos, esto es, se ha comprobado que el factor social en varios casos es de importancia vital. En países desarrollados como en Norteamérica, utilizar los hospitales y otros establecimientos como centros natales y de mortandad están prácticamente determinados por las reglas sociales; en contraste con los Países Bajos donde se benefician del desarrollo de tecnología avanzada, y que cerca del 70% de sus bebés han nacido en sus propios hogares; estos contrastes muestran las diversas formas del uso de los recursos en salud.

E. Factores de organización. En esta categoría de factores que afectan al uso del servicio médico, se incluye al tipo de estructura y a los procedimientos inherentes de cada

organización para el proceso de la atención, que están inmersos y afectando a dichos procesos, como es la interrelación entre paciente y profesional. De todos los factores que existen, los de mayor importancia se relacionan a la organización, y son los siguientes: disponibilidad de recursos humanos y materiales, accesibilidad geográfica, regional y social; el perfil estructural de una (organización formal, además, los procesos para brindar servicios, tal como se detalla a continuación:

Recursos disponibles. - Esta disposición de recursos se refiere a “la relación entre el volumen y el tipo de recursos existentes con los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de la población, en otras palabras, es la oferta de recursos” (Penchansky, 1981). La condición para que la disponibilidad de un recurso es que existe, o que sea factible su obtención sin tomar en cuenta lo fácil o complicado que resulte su uso.

Accesibilidad geográfica. - Los conceptos de acceder o accesibilidad, tienen varias acepciones, pues hay autores que proponen incluir en este concepto a determinados factores que difieren de otros, variando así la definición de este concepto, además, los pacientes y los recursos tienen sus propias características que marcan la forma de acceder a un servicio médico. Considerando la definición de Donabedian, la accesibilidad a los servicios y recursos se supedita al propio recurso, el cual facilita o impide su utilización por parte de los usuarios, por ello, tanto la accesibilidad temporal como la geográfica están relacionadas de forma estrecha.

Cuando existen factores espaciales se está refiriendo a una accesibilidad geográfica, factores facilitadores positivos o negativos que ponen barreras para el uso de los servicios, y es preciso conocer qué relación existe entre la ubicación de un recurso o servicio y la ubicación del potencial paciente, siendo frecuente medir esta relación en términos de distancia, tiempo de transporte, e incluso los costos que acarrea ese viaje.

Se percibe que el lugar geográfico o de residencia tiene una relación más importante con la ubicación del lugar visitado del recurso (Aday, 1974); según investigaciones se conoce que, aproximadamente un tercio de las consultas médicas no suceden en las clínicas aledañas al lugar geográfico, es decir, existen otros factores de mayor peso, por ejemplo, el prestigio del establecimiento o del recurso que influyen decididamente para elegir el lugar de atención.

El término de accesibilidad temporal tiene estrecha relación con la accesibilidad geográfica, pues esta última presenta limitaciones según las condiciones en que el recurso está disponible.

Accesibilidad social. – Este tipo de acceso a los recursos se caracteriza por no tener relación espacial ni temporal con los mismos, y que pueden ser útiles para facilitar los servicios médicos. Este tipo de acceso se puede desglosar en dos categorías: primero, la aceptabilidad, y segundo, la probabilidad o capacidad de pagarlos. La aceptabilidad está referida a factores psicológicos, socioculturales, mientras que la segunda categoría se refiere a factores económicos.

En forma puntual, es “la relación entre las actitudes de los usuarios respecto a las características y prácticas del personal de salud con las características del personal que efectivamente presta el servicio; así como, con las actitudes de los profesionales hacia los usuarios” (Penchansky, 1981). A la fecha hay escasas investigaciones relativas a la aceptabilidad de la atención médica, no obstante, a pesar de las carencias y dificultades, los usuarios son capaces de utilizar los servicios, siempre que existan y que estén disponibles, y esta capacidad se debe a variables como su sexo, raza, etnicidad e incluso religión.

2.1.2 El mercado de salud

El mercado sanitario es la relación de intercambio entre la oferta y demanda según las necesidades de atención médica poblacional, con el fin de satisfacerla en las mejores

condiciones, para lo cual debemos determinar que se entiende por salud. Etimológicamente el término “salud” deriva del latín *salus, -utis*; un concepto simple es la falta de enfermedad; otra denominación es el estado o situación en que un ser humano puede ejercer con normalidad todas sus funciones (INS, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.), al bienestar de una persona tanto de su estado físico como psicológico o social, se le denomina salud, pero no sólo eso, sino que debe implicar que el individuo tenga un funcionamiento orgánico normal, que pueda adaptarse a su medio ambiente de forma biológica, permitiéndose desarrollar sus quehaceres habituales (Ministerio de Salud [MINSA], 1996). Obviamente, esta descripción es una representación de un estado ideal, que sólo algunos cuantos afortunados individuos lo alcanzarían. Se necesita concebir que la salud es un proceso dinámico, variable, en el cual la respuesta, sano o enfermo, son dos caras de un mismo proceso de salud personal, y éste como objeto de investigación puede ser considerado tanto de forma individual como colectiva.

Las condiciones o factores que modifican el estado de salud o enfermedad pueden ser componentes de índole biológica o de índole interna, esto es, un componente genético, e incluso otros procedentes del ambiente físico donde reside el ser humano.

Conocer la condición de la salud, en este caso del Perú, así como su evolución, como segundo objetivo específico de esta investigación, va a ser medido por el Mercado de Salud, es decir, conocer como han evolucionado las enfermedades, el malestar, los accidentes, las enfermedades crónicas, los partos, etc. en base a los factores socioeconómicos que permitan analizar los cambios, de un periodo a otro. Empezaremos explicando un primer factor del mercado de salud, lo correspondiente a la enfermedad.

A. Enfermedad. El concepto “enfermedad” tiene origen en el latín *infirmitas, -atis*, que quiere decir modificación con o sin gravedad de la salud (RAE, 2001). Las afecciones o

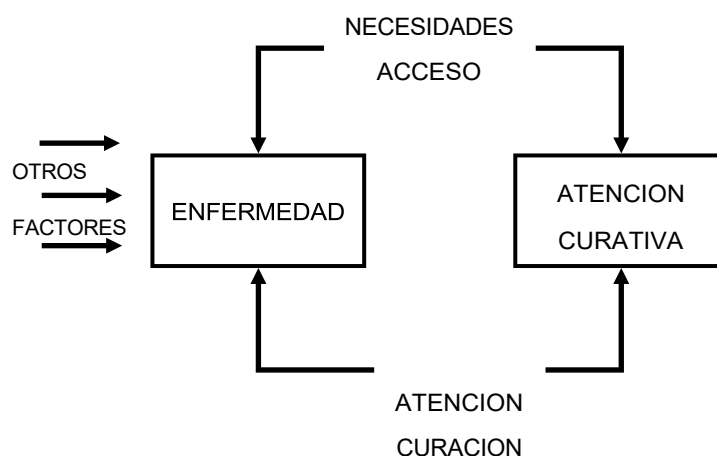
dolencias son la modificación o cambio anormal de la fisiología en alguna o diversas partes del cuerpo (Diccionario Braier, 1964).

La morbilidad no es un estado estable sino un proceso derivado de determinadas afecciones en un individuo, y que se caracteriza porque sufre cambios anormales de su situación de salud. Tanto el estado como el proceso de la enfermedad pueden estar provocados por varios factores, de naturaleza intrínseca o extrínseca, afectando al organismo.

Existe una relación básica entre salud y asistencia sanitaria. La primera se presenta en términos de las categorías y capacidades de la segunda. Tal relación puede expresarse con un modelo de retroalimentación, conocido como modelo “termostato-caldera” como se muestra en la imagen “Contexto social de la salud y la enfermedad”, exactamente análogo a un sistema de calefacción regido por un termostato. En este marco, la gente “se pone mala” o resulta “herida” por razones no específicas diversas, representadas por las flechas del lado izquierdo. La flecha de arriba va a reflejar la respuesta al sistema asistencial frente a la enfermedad: proveer asistencia. La flecha inferior refleja la presunción de que la provisión de asistencia reduce el nivel de enfermedad, mejorando por lo tanto la salud.

Figura 2

Contexto social de la salud y la enfermedad

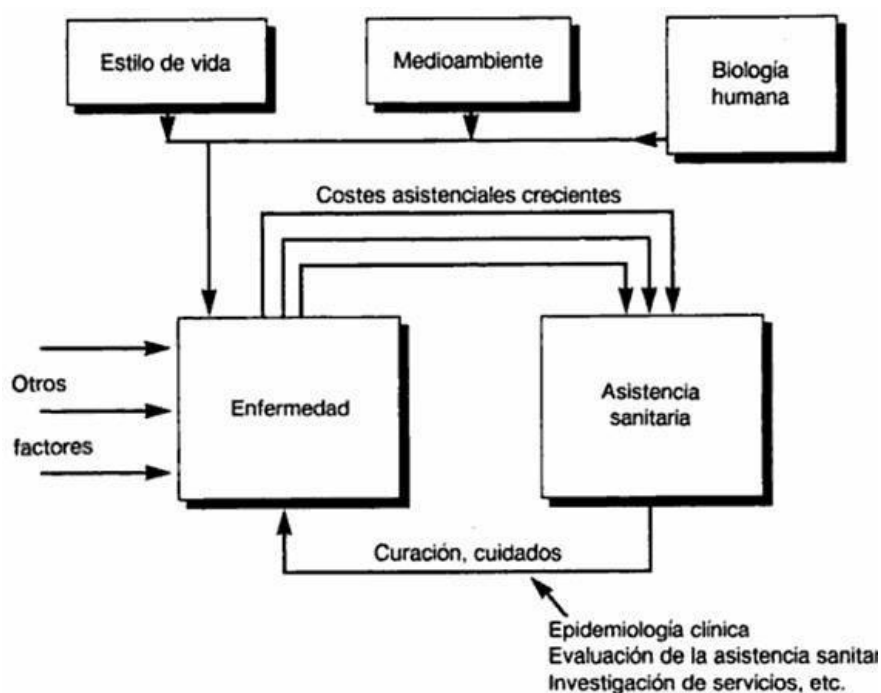


Nota. Evans, R., Morris, L. Marmor, T. (1994)

Adicional al modelo “termostato-caldera” presentaron otro modelo, como parte de sus marcos y procedimientos de brindar salud a los enfermos y de mejorar la salud de la población, donde se plantea categorizar los determinantes de la salud en base a “cuatro terrenos”. En la imagen “Nuevo contexto social de la salud y la enfermedad” se superpone este marco sobre el modelo “termostato-caldera” de asistencia sanitaria y salud citado anteriormente. Esta perspectiva propone categorizar los determinantes del estado de salud y enfermedad bajo los epígrafes: estilos de vida, medioambiente, biología humana y organización de los sistemas sanitarios.

Figura 3

Nuevo contexto social de la salud y la enfermedad



Nota. Evans, R., Morris, L. Marmor, T. (1994).

2.1.3 Calidad de atención

Según el diccionario RAE el concepto "calidad" es un término latino, *qualitas*, cuyo significado es "un conjunto de atributos propias o inherentes a un objeto, tangible o no, que permite discriminar a ese objeto o servicio como superior, igual, o peor que el resto de su misma

especie. La RAE también señala que, en términos absolutos, "buena calidad" es sinónimo a excelencia o superioridad.

En la actualidad, el concepto de "calidad" se ha denominado como "amplitud para el uso" o el "cumplimiento de los requisitos de los consumidores o clientes"; en este segundo sentido los requerimientos son las reales características de la calidad, es decir, el primer concepto abarca lo que producen satisfacción en el usuario o consumidor, pero en el segundo son los requisitos para la existencia de los anteriores. (Juran, 1962).

A. Calidad de un producto y de un servicio. Un producto tiene calidad siempre que presente "un nivel estimado de uniformidad y consistencia a bajo costo, acorde con las expectativas y necesidades de los clientes externos e internos". Un servicio tiene calidad porque ha alcanzado o sobrepasado los requerimientos del cliente, o porque simple y llanamente está de acuerdo con las exigencias acordadas entre proveedores y clientes.

B. Concepto de control de calidad. Este concepto abarca a las actividades y técnicas con carácter operativo cuyo destino es la satisfacción de los requerimientos relativos a la calidad. Va de la mano con un conjunto de garantías, como: acciones prediseñadas y orientadas a brindar una confianza de que el servicio o bien el producto va a satisfacer las condiciones de la calidad. El fin principal de esta inspección o vigilancia es atenuar los posibles daños que pudieran suceder debido a los cambios en el proceso, corrigiéndolos de forma inmediata, o mejor aun previniéndolos.

Además de esta técnica de inspección de la calidad, existe un novedoso planteamiento para gestionar una organización en un marco "turbulento y competitivo" y que es la gestión de calidad total (GCT), caracterizada por estar "orientada a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes internos (personal de la organización) y externos (usuarios finales), con participación activa y comprometida de todo el personal y bajo el liderazgo gerencial".

También existe un nuevo componente de la calidad, llamado "Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC)" el cual plantea que la mayoría de los problemas son debido a la gestión u organización, es decir, son errores producto del sistema y de procesos defectuosos, en mayor medida que los errores individuales. El GCT abarca a un PMC, por lo tanto, estimula al personal de todo nivel al trabajo en equipo, sacando provecho de las experiencias colectivas y de las destrezas que tengan para el análisis de los procesos y sistemas, utilizando la información y así poder detectar la naturaleza y/o magnitud del problema, para posteriormente diseñar y llevar a cabo acciones que mejorarán los servicios.

2.1.4 La calidad en la asistencia sanitaria

Para entender qué significa calidad en asistencia sanitaria, subyacen varios conceptos, los que se abordarán a continuación:

La atención de una enfermedad o malestar, de enfermedades crónicas, de un parto en una institución, como se había indicado anteriormente, dependerá de la naturaleza cualitativa que se ofrece a los pacientes que han accedido a dicho establecimiento.

La calidad de atención es un término complejo donde intervienen varios elementos formando un todo dinámico, generalmente es entendida como "el cumplimiento del conjunto de características o propiedades". De acuerdo con Zurita (1999), la calidad es la diferencia entre los beneficios que la persona o el paciente recibe, menos los riesgos a la que está expuesto, sumando los costos (ver imagen adjunta).

Figura 4

Beneficios y riesgos en la calidad

$$\boxed{\text{Beneficios}} - \boxed{\text{Riesgos + Costos}} = \text{Calidad}$$

Nota. Zurita, B.1997

En estos últimos años, se está prestando mayor atención por mejorar la calidad del servicio médico en general, de su medición, y en particular de su asistencia hospitalaria. Ésta,

por lo tanto, permite afirmar que se está tratando con un espacio multidisciplinario, que es alimentado por los aportes de la investigación y práctica médica, incluyendo a la ciencia social (Shortell, 1988).

En los servicios de atención sanitaria o médica, la calidad está formada por tres ejes principales (Donabedian, 2001):

Técnico-científico. - Cuando el servicio prestado logra alcanzar un equilibrio más que aceptable entre los beneficios y riesgos, entonces se puede decir que la calidad está presente, y los elementos que la constituyen son los estudios, investigaciones, y la experiencia de los tratamientos o de las intervenciones.

Interpersonal. - La calidad será buena si la relación interpersonal sucede dentro de un esquema de principios, valores, y de normas aceptables, preestablecidas socialmente, además, deben contribuir para que técnicamente el proceso logre su máximo cometido. Incluye características tales como mantener la dignidad del paciente, y estrechar una comunicación fluida.

Entorno. – Se relaciona con el medio ambiente, el marco físico del área donde se ofrece y presta la atención, esto es, la comodidad, seguridad, así como los hoteleros (alimentación, lavandería, etc.).

A. El control de calidad de la atención en salud. En la atención médica el control tiene diversas definiciones: es un proceso periódico, cíclico, donde intervienen actividades que, con frecuencia revisan los requerimientos bajo los que se realiza la asistencia médica, cuyo resultado es la mejoría y el bienestar del usuario.

También se define como una actividad de evaluación con dos objetivos: medición de la calidad, y realización de esfuerzos para la mejora de la atención sanitaria. Y otra acepción la define como un mecanismo que evalúa la calidad, analizando sus deficiencias palpables y

emprendiendo acciones para la mejora del funcionamiento del servicio médico, para luego retroalimentarse con nuevas evaluaciones de la calidad con el propósito de verificar si se ha logrado una mejora.

Actualmente, el enfoque multidisciplinario para evaluar y controlar la calidad se basa en estudiar la relación entre sus 3 componentes básicos: estructura, proceso y resultado (OPS, 2018). De acuerdo con el siguiente cuadro, se observa los contenidos de cada uno de ellos:

Figura 5

Factores que influyen en la calidad

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD		
ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Médico Edificio Consultorio Deseable pero no garantiza la calidad.	Interacción entre los pacientes y los servicios de salud	Satisfacción o nivel de salud Proveedores del servicio
Más importante es el proceso y los resultados		

Nota. OPS (2018)

Estructura. - Está formada por características estables, relativamente, por los proveedores de atención médica, por herramientas y recursos que poseen al alcance, y de los lugares físicos donde se labora. Además, se incluye a los recursos tanto humanos como financieros, la distribución de los profesionales, su cualificación, y de los establecimientos se considera el número, sus dimensiones, equipos propios, ubicación geográfica del hospital y de otros centros sanitarios, el origen de sus finanzas, su organización sea formal o informal al prestar los servicios, el proceso productivo, la gestión retributiva con los profesionales, y la organización del personal sanitario.

Proceso. - Es el conjunto de relaciones entre profesionales y usuarios, y partir de éstas se emiten juicios sobre la bondad, de la evaluación de la calidad, que se basan en el análisis de la información tanto retrospectiva (registros físicos o digitales), como prospectiva (observación directa o fuente primaria). También se considera lo que el paciente realiza para cuidarse a sí

mismo, es decir, su autocuidado: el "mérito o tiempo y trabajo que dedica el usuario para promover y mantener su propio estado de salud".

Resultado. - Es un cambio que se atribuye a la actualización sanitaria, y que tiene efecto en el estado de salud del usuario, tanto actual como futuro. Aquí se incluyen las mejoras tanto de las funciones sociales, como psicológicas, como las actitudes del usuario, su conocimiento en relación con la salud y el cambio en sus hábitos cotidianos. La OMS subraya que "este resultado es beneficioso cuando al usuario se le da un diagnóstico correcto y cuando las terapias lo llevan hacia un estado óptimo de salud" a su alcance, bajo el conocimiento actual de la investigación médica, sin dejar de lado los factores biológicos; esta perspectiva se logra con un costo reducido de recursos y con un riesgo mínimo de daño adicional; evaluar la calidad dejará muy satisfecho al usuario en relación al proceso de asistencia del sistema sanitario y a los resultados obtenidos.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Este trabajo será observacional retrospectivo, no experimental, pues no se manipulará las variables de estudio, se analizarán los factores que podrían influir en el acceso, mercado y calidad del servicio de salud pre y post pandemia COVID-19, tomando como base la encuesta anual en hogares peruanos (ENAHO). El nivel del estudio será explicativo.

El enfoque será analítico cuantitativo porque se aplicarán modelos estadísticos para lograr los objetivos propuestos, por medio de una serie de pasos en el análisis.

3.2. Población y muestra

La población serán todas las viviendas dentro del territorio peruano, y la muestra será un subconjunto de éstas, tomadas de forma aleatoria y representativa, considerando los años que se analizarán, y que son el 2014, 2018 y 2023; cada vivienda seleccionada, está compuesta por uno o más hogares, y cada hogar estará representado por uno o más habitantes, que serán las unidades finales de investigación, es decir, los datos provendrán de cada habitante, y que se obtendrán de las ENAHO para cada año de estudio, según distribución (**Tabla 1**).

Tabla 1

Distribución de la muestra (Viviendas)

Año	Población	Muestra	
	Habitantes	Viviendas	Habitantes
2014	31,477,801	31,690	87,871
2018	32,549,464	39,820	99,646
2023	34,285,331	36,726	86,654

El tipo de muestreo será probabilístico, por área, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento de estudio; el procedimiento para la selección de la

muestra fue identificar aleatoriamente los conglomerados para un área y región específica, y en cada conglomerado, aplicar una fórmula para determinar el número de viviendas que conformarán la muestra. La fórmula aplicada a cada conglomerado, según región y área (rural o urbana) fue la siguiente:

$$n = \frac{Z^2(1-p)DEFF}{r^2 p(1-tnr)PHV}$$

donde:

n = es el tamaño de muestra (para un área, departamento, y estrato determinado),

DEFF = es el efecto de diseño, igual a la varianza estimada entre la varianza obtenida,

r = error relativo máximo aceptable,

tnr = es la tasa de no respuesta,

PHV = número de personas por vivienda

p = proporción de interés, igual a 0.5 para maximizar la muestra

Z = 1.96 para un intervalo de confianza del 95%

3.3. Operacionalización de variables

Variables	Definición	Tipo/ naturaleza	Escala de medición	Categorías y/o valores	Indicador (código ENAH0)
Características socioeconómicas y geográficas					
Sexo	Característica morfológica la nacer	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Femenino, Masculino	207-ENAH0.02
Edad	Tiempo de vida del informante del hogar	Cuantitativa	Razón	Número de años	208-ENAH0.02
Ingresos	Rentas monetarias que percibe al mes	Cuantitativa	Razón	Número de nuevos soles	524-ENAH0.05
Nivel educativo	Grado de estudios alcanzado por el miembro	Cualitativa Politómica	Ordinal	Primario, Secundario, Técnicas, Superior	301-ENAH0.03
Área de residencia	Lugar geográfico según el número de viviendas por Km ²	Cualitativa Politómica	Nominal	Urbano, Rural, Lima Metropolitana	(dominio, estrato) ENAH0.01

Región	Lugar geográfico donde se ubica la vivienda	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Costa, Sierra, Selva	(dominio, estrato) ENAH0.01
Idioma	Lengua materna del miembro del hogar	Cualitativa Politómica	Nominal	Castellano, quechua, aimara, Otros	300A- ENAH0.03
Servicio de agua	Tipo de abastecimiento de agua potable que cuenta la vivienda	Cualitativa Politómica	Nominal	Red interna, Red externa: Otros	110- ENAH0.01
Servicio de desagüe	Tipo de desagüe y alcantarillado que cuenta la vivienda	Cualitativa Politómica	Nominal	Red interna, Red externa: Otros	111- ENAH0.01
V-inadecuada	Vivienda inadecuada	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí, No	100- ENAH0
V-hacinada	Vivienda hacinada	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí, No	100- ENAH0
V-sin-SH	Vivienda sin servicio higiénico	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí, No	100- ENAH0
Acceso a los servicios de salud					
Seguro	Tipo de seguro de salud del miembro del hogar	Cualitativa Politómica	Nominal	Privado, SIS, Seguro social, Seguro FF. PP, Sin seguro	419 ENAH0.04
Pago del seguro	Entidad o persona que asume los gastos del seguro de salud	Cualitativa Politómica	Nominal	EsSalud, Seguro privado, EPS, Seguro FF. PP, SIS	419B ENAH0.04
No asistencia	El miembro no acudió a un centro de salud estando enfermo.	Cualitativa Politómica	Nominal	Falta de dinero, Queda lejos, No fue necesario, Remedios caseros, otros	409 ENAH0.04
Mercado de la salud					
Enfermedad	Padecimiento, molestia o deterioro de la salud	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí, No	401, 402 ENAH0.04
Enfermedad crónica	Padecimiento de una enfermedad por más de 3 meses	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Sí, No	401- ENAH0.04
Se atendió en último parto	Dio a luz en establecimiento de salud el último hijo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí, No	414, 417 ENAH0.04
Pago de servicios	Modalidad de pago por un servicio de salud del miembro	Cualitativa Politómica	Nominal	SIS pagó todo, EsSalud pagó, Seguro privado pagó, Ud. pagó todo.	416 ENAH0.04

Pago de medicinas	Modalidad de pago por medicinas del miembro	Cualitativa Politómica	Nominal	SIS pagó, EsSalud pagó, Seguro privado pagó, Ud. pagó todo,	416 ENAHO.04
Monto por el servicio	Pago monetario por el servicio de salud recibido	Cuantitativa	Razón	Número de nuevos soles	416 ENAHO.04
Hospitalizado	Fue internado en un establecimiento el último año	Cualitativa Politómica	Nominal	Sí, No	414, 417 ENAHO.04
Obtención del medicamento	Es el acceso o adquisición del fármaco o medicina	Cualitativa Politómica	Nominal	Hospital (EsSalud, MINSA), farmacia, Bodega, Curandero, Otros)	414 ENAHO.04
Calidad de la atención en salud					
Persona que lo atendió	Personal de salud que atendió al miembro	Cualitativa Politómica	Nominal	Médico, Dentista, Obstetra, Enfermera, Sanitario, Promotor	404 ENAHO.04
Tiempo de espera	Tiempo hasta el momento de la atención o servicio.	Cuantitativa	Razón	Tiempo en horas y/o minutos	407h1 407h2 ENAHO.04
Trato del profesional	Forma en que el personal atiende al usuario	Cualitativa Politómica	Nominal	Tuvo maltrato, No lo tuvo.	409 ENAHO.04
Solución del problema	Estado final de la atención recibida, satisfactorio para el miembro	Cualitativa Politómica	Nominal	Sí, No	407F ENAHO.04

Variable dependiente:

Las variables de respuesta o dependientes serán el acceso a los servicios de salud, el mercado y la calidad de salud.

Variables independientes:

Este grupo de variables son los factores socioeconómicos y geográficos.

3.4. Instrumentos

El instrumento a utilizar en la recolección de datos será la encuesta de hogares peruanos (ENAHO), para los años 2014, 2018 y 2023, según el INEI, donde capta información a

nivel de hogar; un hogar se compone de una o más personas, sean o no parientes, que residen en la misma vivienda, y que atienden en común sus necesidades vitales. Las unidades de muestreo serán las viviendas, y las unidades de análisis serán los habitantes, mayores de 18 años, dentro de una vivienda, a quienes se les entrevistará sobre temas referidos a educación, salud, actividad laboral y migración. El link para descargar la base de datos es el siguiente:

<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>

Al acceder al link, aparecen dos pestañas, a) seleccionamos la pestaña “Consulta por Encuesta”, b) luego en el casillero de ENCUESTA seleccionamos la opción “ENAHO Metodología ACTUALIZADA”, c) elegimos una encuesta “Condiciones de Vida y Pobreza - ENAHO”, d) seleccionamos el año “2023”, e) y el periodo “Anual – (Ene-Dic)”, y se descargan las bases de datos para los módulos 1 (Características de la Vivienda), y 4 (Salud) y otros necesarios. Este proceso se repite para los otros años.

Figura 6

Consulta por encuesta

Nro	Año	Período	Código Encuesta	Encuesta	Código Módulo	Módulo	Ficha	Descarga
1	2023	55	906	Condiciones de Vida y Pobreza - ENAHO	1	Características de la Vivienda y del Hogar		
2	2023	55	906	Condiciones de Vida y Pobreza - ENAHO	2	Características de los Miembros del Hogar		
3	2023	55	906	Condiciones de Vida y Pobreza - ENAHO	3	Educación		
4	2023	55	906	Condiciones de Vida y Pobreza - ENAHO	4	Salud		

3.5. Procedimientos

El primer paso fue descargar las bases de datos del INEI (Microdatos) tal como se explicó en la sección anterior, además se descargaron las Fichas de recolección y el Diccionario de variables utilizado en la encuesta, luego se procedió a seleccionar a aquellas variables de

interés según los objetivos. Las bases de datos de la encuesta ENAHO fueron depuradas y codificadas utilizando el software estadístico STATA versión 17.

Sólo se incluyeron ítems correspondientes al perfil de la vivienda y hogar que tienen código 100, de los miembros del hogar con código 200, educación con código 300, salud con código 400, y empleo e ingreso con código 500.

3.6. Análisis de datos

Se ejecutó el análisis con el *software* estadístico STATA versión 17. Primero se describió la muestra de estudio: las características de la vivienda y de los habitantes; luego se determinó la asociación entre las variables socioeconómicas, geográficas frente a las variables dependientes (acceso, mercado y calidad de la salud), aplicando los contrastes de Chi-cuadrado, y t-Student en cada año de estudio (2014, 2018 y 2023); segundo, en el análisis multivariado se aplicó una regresión binaria logística para determinar cómo los factores sociodemográficos y geográficos producen barreras para el acceso a la salud, y para un adecuado mercado y calidad de los servicios médicos. En los contrastes el nivel de significancia fue de 0.05.

3.7. Consideraciones éticas

Por ser un estudio retrospectivo, con datos secundarios, registrados en la encuesta ENAHO, de la plataforma de Datos Abiertos, no fue necesario el Consentimiento Informado, pues la información es de acceso público y libre de descargar tal como lo dispone el INEI y el Gobierno peruano, sin embargo, se respetó la privacidad y confidencialidad de los participantes, ya que ellos no podrán ser identificados, sino sólo sus datos de forma anónima.

IV. RESULTADOS

El número total de encuestados fue 87,871, 99,646, y 86,654 en los años 2014, 2018 y 2023 (Tabla 1), la edad promedio de los informantes encuestados fue de 40.9, 42.2, y 42.4 años para los periodos del 2014, 2018 y 2023, respectivamente; el porcentaje de varones fue entre 48% a 49% en cada año de la encuesta; la cuarta parte de encuestados tenían nivel educativo superior, el 42% secundaria, y sólo un 6% no tenía estudios, pero podían leer y escribir. En la muestra los idiomas más frecuentes fueron el castellano (77%), el quechua (18.4%), y el aimara (2.6%).

El abastecimiento de agua potable ha tenido una mejora, pues en el año 2014 el 77.6% tenía red pública dentro de su hogar, aumentando a 81.6% el 2018, pero para el 2023, luego de la pandemia COVID-19, aumentó a 82.6% (**Tabla 2**), es decir, apenas una mejora de 1%. El mismo fenómeno sucedió con la red de desagüe, pues la red pública interna subió del 2014 al 2018 de 56.5% a 60.6%, pero para el 2023 apenas subió un 2.2%. Este resultado refleja que la pandemia en un periodo de tiempo mayor, del 2018 al 2023, no ha tenido tanto efecto para la mejora de estos servicios, a pesar de ser significativo ($p<0.001$) en la mejora de las condiciones del agua y desagüe de la población en el 2023, en cambio, para el periodo 2014 a 2018 la mejora fue mayor y también significativa ($p<0.001$).

Tabla 2

Características generales de la muestra según año

	2014		2018		2023	
	N	%	N	%	N	%
Dominio						
Costa	23,926	27.2	29,389	29.5	27,366	31.6
Sierra	33,372	38.0	38,133	38.3	29,335	33.9
Selva	18,170	20.7	20,098	20.2	18,528	21.4
Lima Met.	12,403	14.1	12,026	12.1	11,425	13.2
Zona						
Urbana	60,485	68.8	68,106	68.3	63,096	72.8
Rural	27,386	31.2	31,540	31.7	23,558	27.2
Red de agua						

Pública interna	68,227	77.6	81,352	81.6	71,572	82.6
Pública externa	2,850	3.2	2,952	3.0	2,453	2.8
Otras	16,794	19.1	15,342	15.4	12,629	14.6
Red de desagüe						
Pública interna	49,637	56.5	60,359	60.6	54,459	62.8
Pública externa	2,481	2.8	2,481	2.5	2,209	2.5
Otras	35,753	40.7	36,806	36.9	29,986	34.6

El nivel de pobreza extrema disminuyó de 4.6% a 3% en el periodo 2014 a 2018, sin embargo, para el 2023 el nivel aumentó a 5.4% ($p < 0.001$), y similar para la pobreza no extrema que aumentó de 16% antes de la pandemia a 18.4% post pandemia (**Tabla 3**). Respecto a la pobreza extrema, el aumento 0.8% (de 4.6% el 2014 a 5.4% en el 2023) no refleja la cruda realidad de las condiciones económicas de muchas familias, pues en términos del número de familias y a nivel poblacional serían 191 mil 719 familias que pasaron a ser pobres extremos respecto a toda la población peruana, dato que ha sido estimado usando el factor de expansión proporcionado por el INEI.

Por otro lado, la mejora de las viviendas inadecuadas o hacinadas se detuvo en seco para el periodo 2018 a 2023, en contraste con los servicios higiénicos, pues las viviendas inadecuadas disminuyeron de 8.2% en el 2014 a 7.4% para el 2023, las hacinadas de 7.3% a 5.4%, y las que no tuvieron servicios higiénicos de 11% a 6.5%, esto es, las prevalencias de viviendas inadecuadas y hacinadas fueron muy similares para el periodo 2018-2023, a diferencia de las importantes disminuciones para el periodo 2014-2018. Sin embargo, no se afectó la tendencia a la disminución de viviendas sin servicios higiénicos. Estos tres indicadores miden la pobreza no monetaria, por ello hay una aparente contradicción con el indicador de pobreza monetaria donde ésta aumentó entre 1%-2%, lo que indica que la infraestructura de viviendas no se afectó significativamente post pandemia, o al menos no se afectó en la misma magnitud que la pobreza monetaria (Tabla 3).

En estrato social, el número de habitantes de los niveles D y Rural disminuyeron para el 2023, pero en el resto de los niveles aumentaron; el estrato social no depende del gasto monetario respecto a la canasta familiar, es decir, no considera la línea de pobreza monetaria, pues se basa en variables socioeconómicas como material de la vivienda, etc. Como ejemplo, post pandemia COVID-19, en el estrato social A el 1.7% de habitantes eran pobres, en el B el 4.7%, y va aumentando, llegando a 21.8% en el estrato E, y a 35.4% de pobres en el estrato rural, es decir, a menor estrato social mayor afectación por la pandemia, donde los más pobres o menos educados se afectaron más. A pesar de haberse mejorado el estrato social en los 3 periodos (las casas con niveles A, B y C aumentaron y los niveles D, E y rural disminuyeron), la pandemia nos encontró con más del 86% de la población en los niveles más bajos.

De las variables que definen el nivel de pobreza y socioeconómico, se seleccionaron el servicio de agua y desagüe, y el nivel de ingresos por trabajo dependiente. La primera ya se describió en la Tabla 3; y la segunda, fueron los ingresos por trabajo dependiente (en dólares) considerando el tipo de cambio, según el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), que fue de S/.2.962, S/.3.364, y S/.3.734, para diciembre del 2014, 2018 y 2023 respectivamente.

Tabla 3

Características socioeconómicas según año.

	2014		2018		2023	
	n	%	n	%	n	%
Nivel de pobreza monetaria						
Extrema	4,024	4.6	3,024	3.0	4,719	5.4
No extrema	15,310	17.4	15,944	16.0	15,958	18.4
No pobre	68,537	78.0	80,678	81.0	65,977	76.1
Estrato social						
A	1,315	1.5	1,629	1.6	2,030	2.3
B	2,608	3.0	3510.0	3.5	4,285	4.9
C	6,723	7.7	8025.0	8.1	9,455	10.9
D	21,349	24.3	23,348	23.4	18,338	21.2
E	24,083	27.4	26399.0	26.5	24,373	28.1
Rural	31,793	36.2	36735.0	36.9	28,173	32.5
Pobreza no monetaria*						
Vivienda inadecuada	7,161	8.2	7,263	7.3	6,378	7.4

Vivienda hacinada	6,376	7.3	5,526	5.5	4,647	5.4
Vivienda sin SH**	9,680	11.0	9,000	9.0	5,659	6.5

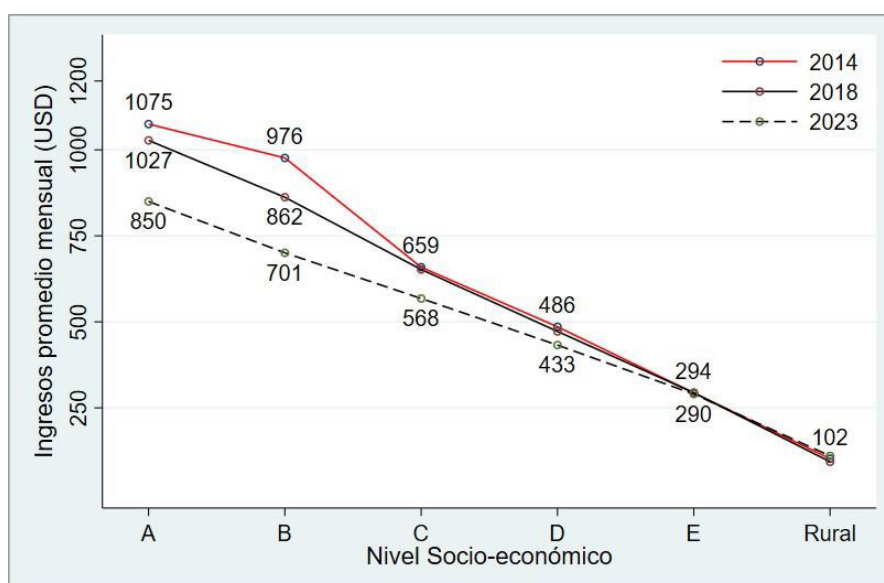
*No excluyentes, **Servicio higiénico

Post pandemia (Figura 7), el ingreso mensual promedio del miembro del hogar ha disminuido significativamente, pero no para los niveles socioeconómicos E y Rural que se han mantenido constantes, esto indica que como los ingresos en los niveles A hasta C disminuyeron mucho más que en el resto de niveles (225, 275 y 90 dólares, respectivamente) más familias de estos niveles se vieron afectadas económicamente, pudiendo disminuir su capacidad de atención, medicina, etc., a diferencia de los niveles E, y rural que ya tenían disminuida su capacidad económica para su atención sanitaria.

Además, entre los años 2014 y 2018, prácticamente cada nivel socioeconómico presenta el mismo promedio de ingresos en dólares por actividad dependiente; la desigualdad de estos ingresos, en particular entre los niveles A y E, con 850 USD y 102 USD respectivamente, para el año 2023, se refleja en el acceso a los servicios de salud.

Figura 7

Ingresos por actividad dependiente (USD) según estrato social



4.1 Acceso

Los tipos de seguro de salud registrados en la muestra fueron de EsSalud, Privados, EPS, FFAA-PP, SIS, y otros, pero más del 60% eran del SIS, y aproximadamente el 23% eran de EsSalud, en cada año de estudio. Sin embargo, post pandemia, el seguro SIS aumentó a 63% siendo de 49% el 2018, y los demás tipos de seguro se mantuvieron desde el 2014 al 2023.

En la (**Tabla 4**), los asegurados aumentaron de 67.7% el 2014 a 87.8% el 2023, es decir, un 20.1% más se aseguró entre el 2014 y 2023, en parte por el aumento de seguros SIS. Los aportantes al seguro, sin incluir el SIS, no han cambiado pues “uno mismo/familiar” sigue siendo el 50% en cada periodo, esto es, la mitad eran aportantes los miembros del hogar o familiares de otro hogar, y la otra mitad el aportante era la empresa donde laboraba el miembro, incluyendo al Seguro Social, y las FFAA-PNP.

En el 2023, del total de personas que presentaron síntomas de su enfermedad (tos, cefaleas, otros) el 73.6% no asistió a consulta por diversas razones, entre las más frecuentes fueron porque consideraron que no era grave, es decir, subestimaron su enfermedad; otros no acudieron porque utilizaban una receta antigua (23.8%) o se aplicaban remedios caseros, sin embargo, la lejanía al centro de salud fue impedimento en el 6.1% de miembros, es decir, las motivos más frecuentes para no acudir a consulta podrían deberse a razones de ahorro económico, como el hecho de utilizar una receta antigua, o aplicarse remedios caseros, o desconfianza (si tendrán cita, si habrá médico, etc.).

Tabla 4

Acceso a los servicios de salud.

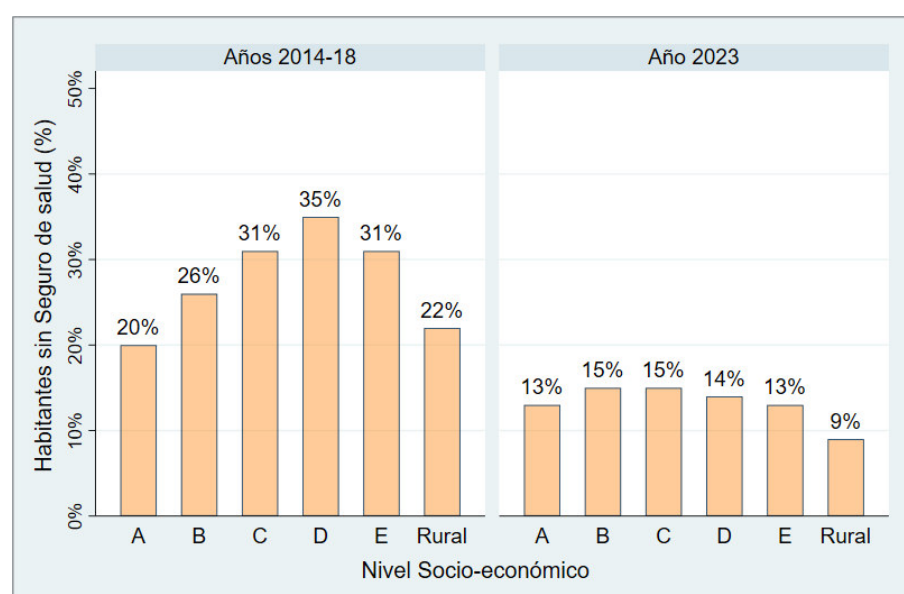
	2014		2018		2023	
	n	%	n	%	n	%
Tiene Seguro	59,452	67.7	74,627	74.9	76,086	87.8
Aportante (excepto al SIS)						
Uno mismo/Familiar	11,835	50.7	12,929	49.4	10,723	49.4
Centro-Laboral	11,528	49.3	13,267	50.6	11,000	50.6
No asistencia a consulta						

Estaba lejos	1,990	5.4	2,475	5.9	2,200	6.1
No era grave	14,911	40.7	18,598	44.0	16,868	47.1
Usa remedio casero	5,953	16.3	7,780	18.4	6,559	18.3
Usó receta antigua	7,484	20.4	8,624	20.4	8,521	23.8
Falta de tiempo	6,291	17.2	6,794	16.1	4,511	12.6

En cada estrato social (Figura 8), hubo una reducción significativa ($p<0.001$) en el número de no asegurados, por ejemplo, para el año 2023 en el estrato rural, la reducción fue de 22% a 9%, y los más beneficiados fueron los estratos C, D y E que redujeron sus porcentajes de no asegurados a menos de la mitad, especialmente el estrato D, de 35% a 14%, pero en ambos casos la reducción fue similar, a menos del 50%.

Figura 8

Habitantes no asegurados (%) según estrato social



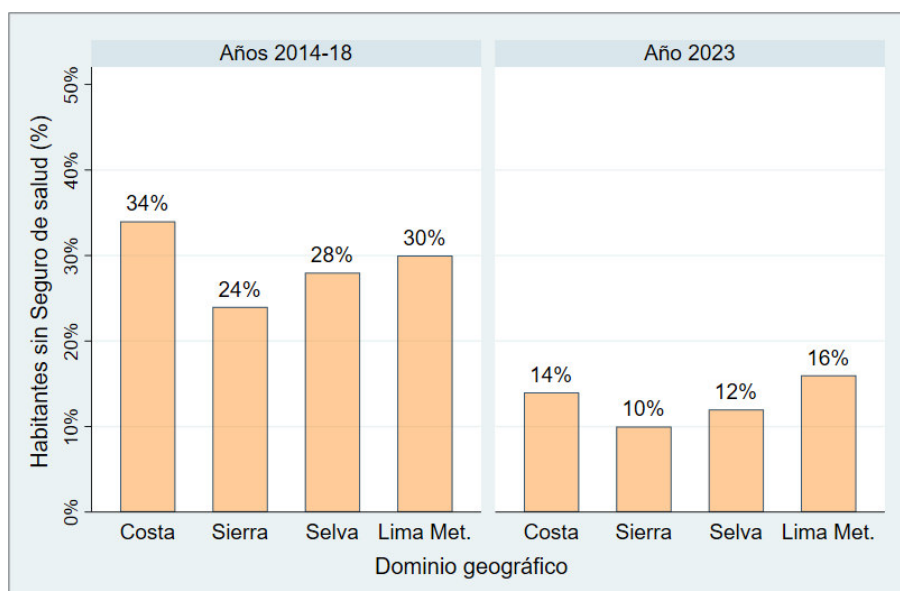
Al considerar los no asegurados según dominio geográfico, el patrón se mantiene entre periodos (Figura 9), pues la Sierra y Selva presentan menor número de no asegurados, pero en general en cada región el porcentaje de no asegurados disminuyó significativamente ($p<0.001$), en particular la Costa donde el descenso fue de 34% a 14% de no asegurados, es decir, antes de la pandemia había 34 habitantes sin seguro, y luego de la pandemia quedaban 14 sin seguro,

por cada 100 habitantes de la costa. En el 2023, según el panel derecho de la Figura 9, Lima Metropolitana tiene el más alto porcentaje de no asegurados (16%).

Para estimar en un modelo logístico cómo influye el nivel económico, el dominio, y la zona geográfica sobre el acceso a los servicios de salud (variable dependiente), de los 3 indicadores del acceso (afiliación, aportante, y no asistencia a la consulta), sólo se ha tomado la afiliación a algún tipo de seguro de salud, debido a que la variable “no asistencia” tenía muchas opciones de respuesta (estaba lejos, no era grave, usó remedio casero, usó receta antigua, o falta de tiempo) y no serviría como variable dependiente en un modelo logístico; en el caso del aportante, tiene la desventaja de que en la mitad de la muestra, éste fue el centro laboral y no el propio miembro, lo que haría confusa su interpretación y no permitiría determinar el riesgo de no acceder a un servicio de salud.

Figura 9

Habitantes no asegurados (%) según dominio geográfico



Para el periodo 2014 a 2018, el modelo de regresión binaria de la **(Tabla 5)** muestra que el nivel socioeconómico (NSE) de pobre es un factor de riesgo (OR=4.6; IC95%=4.4-4.8)

para no acceder a un seguro de EsSalud, esto es, una persona pobre tuvo casi 5 veces más riesgo de no acceder que una persona no pobre, sin embargo, para el año 2023 este riesgo disminuyó a 3.5 veces ($OR=3.5$; $IC95\%=3.3-3.7$). Si para un pobre es difícil acceder a un seguro de EsSalud, le será mucho más difícil que acceda a un seguro privado, pues el riesgo de no accederlo fue 10 veces mayor el 2023.

La zona rural también resultó un factor de riesgo para no acceder a un seguro de EsSalud, pues para el periodo 2014-2018 un habitante de las zonas rurales tuvo 4 veces ($OR=3.9$; $IC95\%=3.8-4.1$) mayor riesgo de no acceder con respecto a otro habitante de las zonas urbanas; además, respecto al seguro privado en el 2023 el riesgo de no acceder aumentó a 9 veces más ($OR=9.3$; $IC95\%=6.0-14.4$). Respecto al dominio geográfico, tomando como referencia la Costa (Tabla 5), los habitantes de las regiones de Sierra y Selva tienen mayor riesgo de no acceder a un seguro tanto de EsSalud como privado, pues todos sus OR son mayores de 1, y casi uniformes en ambos periodos de tiempo, a excepción de la Sierra para el 2014-18 cuyo riesgo no fue significativo ($p=0.307$). Para Lima Metropolitana, la situación es inversa, pues los habitantes de esta región tienen mayor acceso que los de las otras regiones incluyendo Costa, y esta aparente contradicción con los resultados de la Figura 9 se debe a que en la Tabla 5 sólo se está considerando 2 tipos de seguro, EsSalud y Privado.

Las viviendas inadecuadas, hacinadas o sin servicios higiénicos, fueron factores de riesgo para no acceder a un seguro, ni de EsSalud ni privado. Por ejemplo, para el 2023, una vivienda inadecuada tiene 2 veces ($OR=2.2$; $IC95\%=2.0-2.5$) más riesgo de no acceder al seguro EsSalud, y 4 veces ($OR=4.2$; $IC95\%=2.3-7.9$) más riesgo de no acceder a un seguro privado con respecto a las viviendas adecuadas (con materiales nobles, agua potable, etc.) (Tabla 5)

Tabla 5*Inaccesibilidad al seguro EsSalud o privado según características: Análisis multivariado*

	EsSalud				Privado/EPS			
	2014-2018		2023		2014-2018		2023	
	OR*	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
NSE Pobre	4.6	4.4-4.8	3.5	3.3-3.7	27.8	17.0-45.6	10.0	7.2-13.7
Dominio								
Sierra	1.4	1.4-1.4	1.5	1.4-1.6	1.1	0.95-1.2+	1.4	1.2-1.7
Selva	1.7	1.6-1.7	1.6	1.6-1.7	1.9	1.6-2.2	2.6	2.0-3.4
Lima Metrop.	0.8	0.78-0.83	0.7	0.7-0.8	0.2	0.2-0.2	0.2	0.2-0.2
Costa	1.0		1.0		1.0		1.0	
Zona rural	3.9	3.8-4.1	4.1	3.9-4.4	10.2	7.8-13.4	9.3	6.0-14.4
Vivienda inadecuada	2.5	2.3-2.7	2.2	2.0-2.5	6.7	4.1-11.0	4.2	2.3-7.9
Vivienda hacinada	1.8	1.7-2.0	1.5	1.3-1.6	3.8	2.6-5.7	4.4	2.1-9.4
Vivienda sin SH**	1.9	1.8-2.0	1.7	1.5-1.9	3.6	2.4-5.4	2.2	1.2-4.1

*odds ratio, IC=Intervalo de confianza; **Servicios Higiénicos, +No significativo

4.2 Mercado

Las hospitalizaciones y las atenciones del parto tuvieron poca frecuencia, disminuyendo en menos del 1% para el año 2023. Respecto a las enfermedades crónicas, es importante remarcar que para los años 2014, 2018 y 2023, sólo el 24%, 22.8% y 19.5% respectivamente fueron atendidos por el personal de salud, esto es, entre el 76% y 80.5% de personas con enfermedades crónicas no tuvo atención médica en un establecimiento de salud en el periodo de estudio; además el número de personas con enfermedades crónicas aumentó del 2018 al 2023, de 45.5% a 50.8% (**Tabla 6**), reflejando que existe una alta demanda de servicios médicos, por lo tanto, el mercado debe ofertar tales servicios y productos para solucionar los problemas de salud de la población.

También se observa (Tabla 6) que, en el periodo de estudio, el pago de las consultas médicas fue realizado por un familiar ya sea del propio hogar u otro hogar, en promedio entre el 54 y 57% de las veces, y donde el seguro cubría sólo del 13 al 16% de las consultas en el periodo de estudio. Respecto a las medicinas, la brecha es mayor, por ejemplo, para el 2023,

los aportantes eran el propio miembro del hogar o un familiar siendo el 75.9% de las veces el que adquirió un medicamento, frente a 9.9% en que el seguro cubrió tales gastos.

Estos resultados indican que el mercado no favorece al paciente, y se ve reflejado en el hecho de que la adquisición de medicinas se realiza en farmacias en el 90.7% de casos para el 2023, situación que ha estado aumentando progresivamente desde el 2014, y si a esto se le suma la ausencia de medicamentos genéricos los afectados será no sólo el paciente sino también el entorno familiar; y el problema se agrava cuando el afectado o su familiar adquiere el medicamento en bodegas (4.7%), en curanderos o en ambulantes (2%), es decir, al no poder pagarlos, los reemplaza por caseros con el riesgo de comprar productos ineficaces, adulterados, vencido y/o robados.

Tabla 6

Mercado de los servicios de salud

	2014		2018		2023	
	n	%	n	%	n	%
Atención por Enfer. Crónica	9,042	24.0	10,328	22.8	8,560	19.5
Personas con Enfer. Crónica	37,743	43.0	45,378	45.5	43,989	50.8
Se atendió parto últ. Año	1,137	1.3	1,068	1.1	785	0.9
Hospitalizado últ. Año	4,475	5.1	4,913	4.9	3,873	4.5
Aportó pago de Consulta*						
Un miembro del hogar	14,544	57.2	16,042	53.6	13,486	54.4
Donado por una Inst.	7,154	28.1	9,131	30.5	7,882	31.8
Cubierto por el seguro	4,089	16.1	4,615	15.4	3,326	13.4
Aportó pago de Medicinas*						
Un miembro del hogar	29,190	76.7	32,337	73.6	28,591	75.9
Donado por una Inst.	6,339	16.7	8,657	19.7	7,522	20.0
Cubierto por el seguro	4,229	11.1	4,802	10.9	3,746	9.9
Dónde obtuvo los medicamentos						
Hospital	1,504	5.4	1,100	3.6	413	1.5
Farmacia	23,282	83.7	26,551	87.0	24,393	90.7
Bodega	2,149	7.7	1,855	6.1	1,257	4.7
Curandero	624	2.2	725	2.4	535	2.0
Otros	253	0.9	292	1.0	288	1.1

*% no excluyentes, y es respecto a los que se atendieron

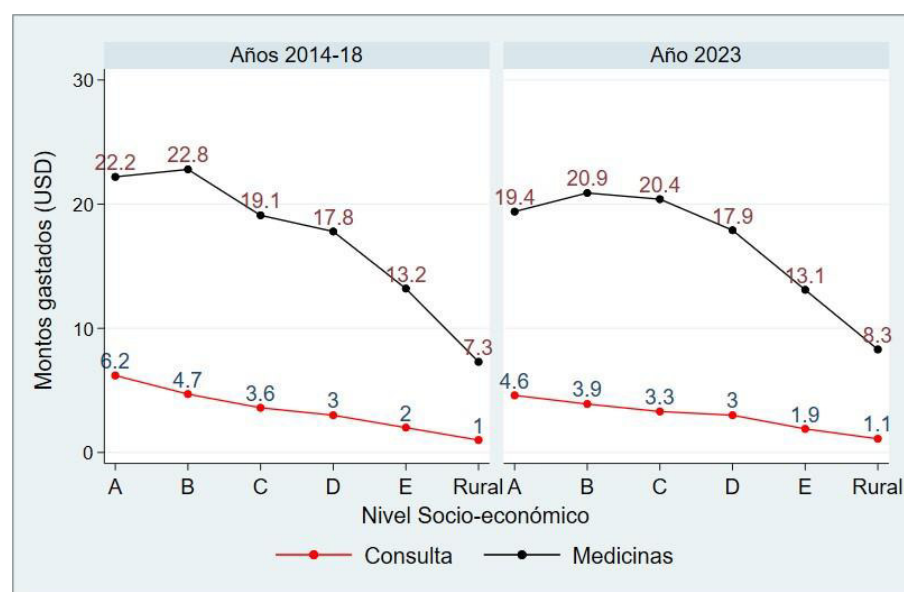
El gasto en medicinas y en consultas médicas es proporcional al estrato social, esto es, a mayor nivel social, mayor gasto en salud (Figura 10). Por ejemplo, en el estrato B el gasto

promedio para una consulta en el periodo 2014-18 fue de 4.7 USD, obviamente es el promedio respecto a los miembros del hogar, de los cuales algunos estarán sanos, pero el gasto en medicamentos fue de 22.8 USD para el mismo periodo, y para el año 2023 estos promedios de gasto disminuyeron apenas 1 dólar.

Con respecto al dominio geográfico, no ha habido cambios significativos entre los periodos del 2014 al 2023, siendo las regiones de la Costa y Lima Metropolitana las que mayor gasto presentaron, con promedio de 18.4 USD por medicamentos y 3.1 USD por consulta, frente a 10.5 USD para medicinas y 1.5 USD por consulta, ya sea para regiones de la Sierra o de la Selva, ambas presentaron promedios diferenciados sólo por centésimas.

Figura 10

Gasto (USD) en consulta/medicinas según estrato social



En la (Tabla 7), entre los asegurados, se observa que las personas en condición de pobreza tienen 4 veces más riesgo de que sus seguros no cubran los gastos en consulta y medicinas ($OR=3.9$; $IC95\%=3.3-4.6$) en relación con las personas no pobres para el año 2023; y similar cuando una persona reside en una zona rural, pues su riesgo de no cobertura en la

compra de un servicio o medicamento será de 5 veces (OR=5.07; IC95%=4.4-5.9) respecto a uno que reside en zonas urbanas. Y los habitantes que residen en regiones de la Sierra y Selva tendrán mayor riesgo de no cobertura respecto a los de la Costa o Lima Metropolitana pues entre estas dos últimas no hay diferencias significativas ($p=0.138$).

El tipo de vivienda también influyó en el mercado de la salud, pues para el año 2023 tener una vivienda inadecuada (OR=2.3; IC95%=1.8-3.0), hacinada (OR=1.3; IC95%=1.03-1.7) o sin servicios higiénicos (OR=1.4; IC95%=1.1-1.8) se asoció con mayor riesgo de no estar cubiertas las compras de medicamentos o de consulta, es decir, estos habitantes deben de asumir sus compras o el servicio de consulta, lo que posiblemente refleja que los de menor estrato tienen también casas menos apropiadas.

Tabla 7

Riesgo de no cobertura de servicios de salud en la población asegurada

	2014-2018		2023	
	OR*	IC95%	OR	IC95%
NSE Pobre	5.19	4.5-5.9	3.90	3.3-4.6
Dominio				
Sierra	1.65	1.6-1.8	1.58	1.4-1.7
Selva	1.70	1.6-1.8	1.66	1.5-1.9
Lima Met.	0.94	0.9-1	0.92	0.8-1
Costa	1.0		1.0	
Zona rural	4.85	4.4-5.3	5.07	4.4-5.9
Vivienda inadecuada	2.24	1.9-2.6	2.35	1.8-3
Vivienda hacinada	2.03	1.7-2.4	1.38	1.1-1.8
Vivienda sin SH**	2.09	1.8-2.4	1.44	1.1-1.8

*odds ratio, IC=intervalo de confianza, **Servicios Higiénicos, +No significativo

4.3 Calidad

No todos los miembros del hogar presentaron problemas de salud que requirieron o que acudieron para una solución por parte del personal de salud; por lo tanto, los porcentajes (**Tabla 8**), no son respecto al total de la muestra sino respecto al total de atendidos. Los datos indican que la solución al problema ha disminuido, pues en el 2014 fue del 15.1%, en el 2018 fue del

11.4%, y en el 2023 post pandemia fue de 10.7%, por lo que no solo es paupérrimo el % de los que encontraron solución, sino, más grave aún, está disminuyendo. Además, el maltrato del personal de salud presentó una tendencia creciente en el tiempo, aumentando de 14.9% en el 2014 a 18.7% en el 2023.

Tabla 8

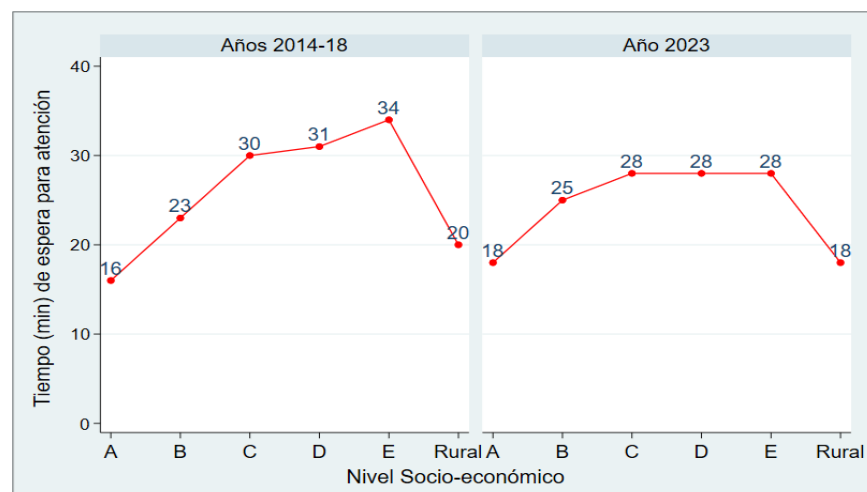
Calidad de los servicios de salud

	2014		2018		2023	
	n	%	n	%	n	%
Solucionó su problema de salud						
No	31,066	84.9	37,425	88.6	31,967	89.3
Sí	5,537	15.1	4,814	11.4	3,841	10.7
Maltrato del personal						
No	31,155	85.1	35,038	83.0	29,101	81.3
Sí	5,448	14.9	7,201	17.0	6,707	18.7
Personal que lo atendió						
Médico	13,217	79.0	14,919	78.7	11,271	79.8
Enfermero/a	2,471	14.8	3,684	19.4	2,870	20.3
Otros	1,340	8.0	1,144	6.0	1,135	8.0

Otro factor que tiene relación con el estrato social es el tiempo de espera previo a la consulta. Al respecto de la Figura 11 se observa que hay una correlación inversa entre ese tiempo y el nivel económico de la persona, pues a mayor nivel social menor tiempo de espera, con excepción del nivel rural. Luego de la pandemia COVID-19, los tiempos de espera para los estratos C, D y E fueron los mismos e iguales a 28 minutos en promedio, con una disminución clínicamente insignificante, de 2 a 6 minutos en los niveles C, D, y E.

Figura 11

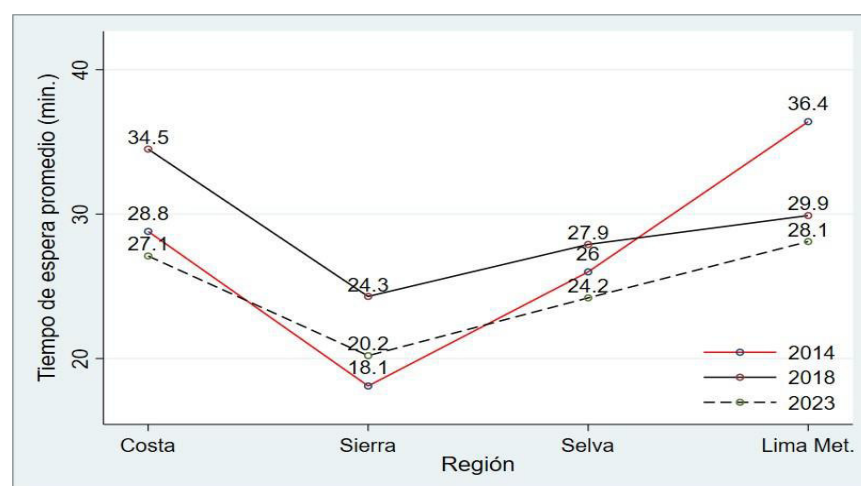
Tiempo de espera previo a consulta según estrato social



Y con respecto al dominio geográfico, en las regiones de Sierra se obtuvo el menor tiempo de espera, de 20 minutos en promedio para el 2023, y de casi media hora para el resto de regiones (Figura 12); y se observa que, del 2018 al 2023, todas las regiones redujeron sus tiempos de espera, con 7.4 minutos menos en promedio para la Costa, 4.1 minutos para la Sierra, 3.7 minutos para la Selva, y 1.8 minutos para Lima Metropolitana, esto indica que después de la pandemia, los tiempos de espera se redujeron más en la Costa y Sierra,

Figura 12

Tiempo de espera previo a consulta según región



Al aplicar el modelo de regresión binaria para el maltrato del personal de salud como una de las variables que miden la calidad del servicio de salud, se halló que la condición de pobre no tuvo un riesgo significativo de maltrato ($p=0.233$ para el 2014-2018, y $p=0.501$ para el 2023), esto quiere decir, que el maltrato lo sufren tanto pobres como no pobres. La zona tampoco fue significativa, es decir, tanto los habitantes de zonas rurales como urbanas tienen el mismo riesgo de sufrir maltrato, pero los de la Sierra ($OR=2$; $IC95\%=1.6-2.4$) y la Selva ($OR=1.5$; $IC95\%=1.2-1.9$) sí conllevan mayor riesgo de maltrato por parte del personal de salud para el 2023.

Cabe mencionar que el tipo de vivienda no fue un factor de riesgo de mala calidad de atención por el personal de salud, indicando que habitar en una vivienda inadecuada, hacinada o sin servicio higiénico no tiene asociación con la calidad del servicio médico o con el tiempo de espera o la solución de problemas, a diferencia del acceso a un seguro o de la cobertura en el mercado de las medicinas y consultorios.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se analizaron 3 periodos, el último de los cuales fue posterior a la pandemia, y se encontró que los servicios de agua potable y desagüe mejoraron progresivamente, con una notoria merma en la mejora del último periodo; el porcentaje de viviendas inadecuadas dejaron de disminuir a partir del 2018; la pobreza bajó el 2018, pero subió el 2023, además cerca de 192,000 familias para esa fecha estaban en situación de pobreza extrema, pues ésta se incrementó en el mismo periodo. Asimismo, se incrementó el número de familias de los estratos A hasta C y disminuyeron en los estratos D y rural. Paradójicamente aumentaron las familias del estrato más bajo (E) quizá debido a que varias familias del estrato económico rural subieron al nivel E.

Por otro lado, el porcentaje de asegurados se incrementó durante los 3 periodos, con 88% de asegurados en el 2023 de los cuales el 63% eran del SIS. El acceso, medido por afiliación, fue menor en pobres y en habitantes de zonas rurales (5 y 4 veces mayor riesgo de no estar afiliados); los de Sierra y Selva tuvieron un riesgo 50% mayor de no afiliación comparados con los de la Costa. En estos periodos, el acceso a un seguro de salud tuvo un aumento significativo en ciertos sectores, pues en otros tanto la pobreza monetaria como la no monetaria (viviendas hacinadas o sin servicios higiénicos) fueron impedimentos para acceder a un seguro de salud, y esta situación se produjo antes y después de la pandemia, pero este problema se agrava porque por diversas razones los usuarios, con o sin seguro, no asistían a un centro de salud para su atención, lo cual ha ido en aumento, sobre todo cuando los motivos eran “no era grave” o “se usó una receta antigua”.

El mercado de la salud en relación con las coberturas de consulta y de medicinas disminuyó levemente, tanto en estratos económicos altos como bajos, La calidad de la salud empeoró, debido a que disminuyó la solución a los problemas, y aumentó el maltrato al usuario

por parte del personal de salud, en particular en las regiones de Sierra o Selva, sin importar el nivel económico de la persona.

Se esperaba que post pandemia los determinantes sociales modificables, como el servicio de agua y desagüe, mejorasen, sin embargo, apenas hubo un incremento, por ejemplo, para el servicio de agua potable del 2014 al 2018 el 4% de las viviendas a nivel nacional instalaron redes internas, pero post pandemia sólo un 1% de viviendas instalaron tales redes (Tabla 2), esto significa que para el 2023 aún existen 17.4% de viviendas que utilizan pilones públicos, camiones cisternas o pozos artesanales para abastecerse de agua, y peor aún, 37.2% de la población no posee redes de desagüe, estando sujetos al uso de letrinas, pozos sépticos, o pozos ciegos, o simplemente el campo abierto, haciendo que estas poblaciones sean más vulnerables no sólo a las pandemias sino a muchas otras enfermedades, y que en la mayoría de los casos no tendrán acceso ni mercado para la solución de sus problemas. De hecho, al llegar el COVID-19 al Perú, 86% de las familias se encontraban en los estratos sociales más bajos o en el rural (Tabla 3, periodo 2018)

También es importante mencionar de los resultados, el movimiento migratorio de la población de la sierra hacia la costa, y de las zonas rurales hacia las urbanas, pues en el 2014 el 38% residía en regiones de la sierra disminuyendo a 33.9% en el 2023, y respecto a la población rural ésta disminuyó de 31.2% el 2014 a 27.2% el 2023 (Tabla 2); es un fenómeno que probablemente se debe a más oportunidades laborales y económicas, o de atención en salud en sus tres dimensiones: acceso, mercado y calidad.

5.1 Acceso y mercado

Según los resultados, en el periodo 2023 el 88% de la población estaba asegurada, pero no todos eran seguros gratuitos, porque la mitad de los asegurados (49.4%) eran los que aportaban o financiaban el seguro, y la otra mitad la aportaban los centros de trabajo u otras

instituciones (Tabla 4), además, por ejemplo, el Seguro Integral de Salud tiene un costo en medicamentos y otros servicios que no cubren en la práctica, muchas veces las medicinas y los artículos sanitarios que receta el médico no se encuentran en las farmacias del SIS, por lo que el asegurado tiene que adquirirlas en las farmacias privadas (90.7% de las veces) o incluso en las bodegas (4.7%) o de curanderos (2%) según se muestra en la Tabla 6.

De los resultados (Figura 9) se halló que Lima Metropolitana, postpandemia, presentó el más alto porcentaje de no asegurados (16%), y uno de los motivos podría ser que la capital cuenta con los distritos de mayor población y de bajos recursos, entre ellos están San Juan de Lurigancho con 9.9% de no asegurados, San Martín de Porres con 7.1%, Ate con 6.9%, y Comas con 5.4%. Otro posible motivo es que en Lima capital el proceso de afiliación no está simplificado como en otras regiones del país. Al respecto, la fundación *Poverty Action Lab*, menciona que agilizar el proceso de registro y eliminar las barreras administrativas aumentaría la afiliación a los seguros de salud (Abdul Latif, 2021). Otro de los posibles motivos, y que sería tema de una futura investigación, es por la migración del interior a la capital y por los propios problemas que la atañen.

En relación con el acceso al aseguramiento, en el estudio de Vélchez y Heredia (2023) se encontró que para el 2023 el porcentaje de peruanos afiliados a algún tipo de seguro era de 87%, datos que son muy similares a los encontrados en el presente trabajo, con 87.3% en ese año, garantizando de esta forma una mejor salud, además que servirá de cobertura financiera para la población vulnerable, de estratos sociales bajos, paliando de esta forma la pobreza, en particular la pobreza extrema. En este sentido, al haber hallado que los ingresos monetarios por actividad dependiente son muy bajos en los estratos C, D, E, y rural, oscilando de 433 a 102 dólares mensuales promedio, se hace necesario que exista un seguro específico o seguro rural que esté acorde no sólo con las condiciones económicas sino también con el contexto

geográfico, pues los resultados han mostrado que los habitantes de regiones de la Sierra, Selva y zonas rurales son los que tienen menor acceso al aseguramiento.

Al aplicar un modelo logístico binario, donde la variable de respuesta fue el acceso a un seguro de EsSalud, se halló que el riesgo de no acceder dependió no sólo de la condición de pobreza ($OR=3.5$; $IC95\%= 3.3-3.7$) sino también del contexto geográfico ($OR=4.1$; $IC95\%= 3.9-4.4$), y estos riesgos se duplican cuando se intenta acceder a un seguro privado. Al respecto, en el trabajo de Sanz (2021) se menciona que el acceso está relacionado a la dimensión territorial, al clima adverso, estaciones invernales, y hábitat disperso, lo cual concuerda con los hallazgos presentados, pues tanto el acceso como el mercado de la salud dependen no sólo de la condición de pobreza sino también de la ubicación geográfica, pues los habitantes de zonas rurales o del interior son las que menos posibilidad tienen de acceder a un seguro y a la oferta del mercado de salud. Este autor también menciona que en su estudio el 80% relacionaban al mercado en términos de disponibilidad, datos que no concuerdan con los obtenidos en el trabajo, pues se había hallado que el 6.1% estaba lejos del centro de salud, o que no tenían tiempo para accederlo (12.6%).

Luego de la pandemia COVID-19, se realizó un estudio (Rufino, 2022) tomando como fuente la encuesta nacional anual ENAHO del año 2022, donde hallaron los mismos indicadores y asociaciones que los obtenidos en el presente estudio, para el año 2023, por ejemplo, la pobreza se relaciona con el no acceso, pues los quintiles de pobreza del 1 al 4 son los que tienen mayor riesgo de no acceder o de experimentar dificultades en el acceso a los servicios de salud, y que son equivalentes a los estratos socioeconómicos C, D, y E; también hay coincidencia con el área de residencia, la cual, para el 2022, tiene incidencia en el acceso, pues son las áreas rurales las que presentan una probabilidad más alta de no acceder, y esto se observó para el 2023 aplicando un modelo de regresión binario según los resultados del presente estudio.

En el estudio de Buonsenso et al. (2024), se muestra que los determinantes sociales relacionados de la salud, a nivel Latinoamérica, afectan la solución de diferentes enfermedades, por ejemplo, una mayor distancia hasta el centro de salud, no poseer un vehículo motorizado para el traslado del paciente hacia el establecimiento u hospital, o habitar en una vivienda en mal estado; nuestro estudio corrobora este hallazgo (Tabla 7), pues en el año 2023 tanto la vivienda inadecuada (OR=2.35; IC95%=1.8-3.0) como hacinada (OR=1.38; IC95%=1.1-1.8) o sin servicios higiénicos (OR=1.44; IC95%=1.1-1.8), fueron factores de riesgo para no acceder a un seguro de salud o no tener acceso al mercado de salud en medicamentos y consulta. Aunque Buonsenso y colaboradores mencionan que la vivienda inadecuada conlleva un riesgo de 2 veces más para colocar un soporte respiratorio en adolescentes con el síndrome inflamatorio multisistémico, esto a fin de cuentas prueba el efecto negativo de los determinantes sociales sobre los resultados en eventos sanitarios.

A pesar del aumento de las enfermedades crónicas durante los 3 periodos de estudio, el porcentaje de atenciones en ellos ha ido decreciendo, del 24% al 19.5%; paralelamente, el 50-75% del pago en consulta y medicamentos fue realizado por un paciente o familiar. Además, en 90% de los casos las medicinas se adquirieron directamente en farmacias sin haber recibido receta médica

5.2 Calidad

La calidad de los servicios de salud fue medida a través de tres indicadores, uno era el maltrato por parte del profesional de salud, otro la no solución de los problemas de salud del usuario, y el tercero fue el tiempo prolongado de espera previo a la consulta estando el usuario dentro de las instalaciones del centro de salud u hospital. De los estudios revisados y realizados en Perú, se encontró que el 60.3% de usuarios percibieron una buena calidad de atención, en los consultorios externos del hospital D. Carrión de la ciudad de Huancayo (Febres-Ramos, 2023), pero en la ciudad de Chiclayo, en los servicios de emergencia, sólo el 35.8% de usuarios

percibieron una buena calidad de atención, datos que concuerdan parcialmente con las de este estudio, donde el 89.3% manifestó que le resolvieron su problema de salud, y que el 81.3% dijo que no se sintió maltratado por el profesional de salud, a pesar de que el maltrato aumentó un 3.8% y la solución de problemas disminuyó en un 4.4% de las atenciones para el 2023.

Un punto álgido, es que la calidad del servicio se cruza con el maltrato según género, y que varía según región de residencia o servicio, por ejemplo, el maltrato obstétrico, que es más frecuente en la sierra que en la costa, debido a que en la ciudad cuando la gestante llega en trabajo de parto, pasa al médico para su evaluación, y la deriva al obstetra, quien se encarga del monitoreo fetal y del proceso de dilatación, para finalmente derivarla a la sala de partos, en cambio, en las gestantes de la sierra, muchas veces llega al trabajo de parto y se encuentra que no hay obstetra ni médico, sólo la enfermera y/o el técnico, los cuales no tienen protocolos para actuar en esas situaciones desencadenando en algunos casos maltrato obstétrico hacia la gestante (Guerra, 2023).

Un indicador de peso en la calidad de atención es el tiempo de espera antes de la atención, donde en las regiones de sierra el tiempo fue menor, 20 minutos en promedio para el 2023, comparado a los 27, 24, y 28 minutos de espera para la Costa, Selva, y Lima Metropolitana respectivamente (Figura 12), datos que se corroboran con la encuesta ENAHO del 2020, donde se registró 42 minutos para la costa, 27 para la sierra, 32 para selva, y 57 para Lima Metropolitana (Bedoya, 2022), promedios que son superiores a los del 2023 debido a que durante la pandemia hubo mayor afluencia de pacientes para consulta, pero la relación se mantiene. Entre los motivos para tiempos de espera prolongados, según ENAHO del 2020, fueron tener una edad de 67 o más años, y/o residir en zonas que no sean de la sierra (Salinas, 2023), y esto podría deberse a que el 85% de establecimientos de salud son del Estado, y según el Centro de Desarrollo Educativo Integral citado por Pacheco (2018), la mayoría de estos establecimientos utilizan el modelo de colas (se atiende al paciente por orden de llegada),

dejando relegado el modelo de citas (con hora y fecha preestablecida), y como en las regiones de la Sierra hay menor población, en particular en zonas rurales, entonces, habrá menos pacientes, y por lo tanto menos cola, reduciendo los tiempos de espera.

De forma concisa y postpandemia, la calidad de los servicios de salud muestra un declive, pues sólo en el 10% de usuarios se solucionó sus problemas de salud, y que el maltrato ha ido en aumento, de forma que 1 de cada 5 pacientes son maltratados. A pesar de que la pobreza no se asoció a mayor riesgo de maltrato, los habitantes de Sierra/Selva tuvieron mayor riesgo de soportarlo.

Se debe señalar que en este estudio, no se ha considerado la calidad de la atención en función de otros indicadores del área hospitalaria, como los horarios, la atención del personal administrativo, las instalaciones, pues estas variables no se han considerado en la encuesta ENAHO, sino en función de lo que el usuario percibe, al respecto se conoce que hay diferencias entre los indicadores de calidad según el servicio de salud, no es lo mismo atender a un usuario de medicina general que a una del servicio obstétrico u oncológico (Luna, 2023), por ello es necesario tener en cuenta los distintos criterios de evaluación de la calidad del servicio de salud, para así comparar y concluir si hubo o no una mejora en la calidad.

Otra limitación de esta investigación es la falta de detalles de la información registrada por la encuesta ENAHO, por ejemplo, luego de preguntar “¿Padece de una enfermedad o malestar crónico?”, no se continua con indagar sobre esa enfermedad, pues la siguiente pregunta es si en el mes pasado presentó algún síntoma, accidente, síntomas de COVID-19 o recaída, donde estas opciones de respuesta no necesariamente se relacionan con la enfermedad crónica, por ello habría sido importante preguntar específicamente qué enfermedad crónica tuvo, para de esta manera conocer si el acceso, el mercado y la calidad de la salud dependen del tipo de enfermedad que presentó la persona; decir por ejemplo que en el 2023, el 50.8% de habitantes presentaron una enfermedad crónica (Tabla 6), y que de este porcentaje sólo el

19.5% (8,560 de 43,989 habitantes) fueron atendidos por el personal de salud es muy general, desconociendo qué porcentaje de personas con diabetes mellitus, enfermedades renales, etc., fueron atendidos en ese año.

En cada uno de los periodos de estudio, se han encontrados factores comunes que se asocian al acceso y al mercado de la salud, entre ellos la condición de pobreza, residir en las regiones de Sierra o Selva, y habitar en viviendas inadecuadas, hacinadas o sin servicios higiénicos, los cuales hacen que no se acceda ni se cubran las necesidades de salud de estas poblaciones; en cambio, la baja calidad de la atención en salud, respecto al maltrato y a la no solución de problemas, es más frecuente en regiones de Sierra y Selva, pero no dependen de la pobreza ni del tipo de vivienda de la población afectada. La calidad de la atención parece ser que depende más de las características del personal de salud que del usuario, y esto se basa en que desde el 2014 al 2023, el maltrato del personal aumentó en 3.8% de casos.

Finalmente, cabe mencionar que las encuestas nacionales en salud son útiles, pero presentan algunas deficiencias, entre ellas no se consideran las condiciones específicas de la enfermedad para el mercado de salud, se obvia sobre la distribución y venta de medicamentos genéricos, por ello es necesario hacer conocer los resultados de este estudio a los responsables de ENAHO, para que puedan incorporar los datos sugeridos que hasta el momento no están incluidos, y de esta forma dar una mejor perspectiva para mejorar el mercado de los servicios de salud. Y es urgente concientizar a los estudiantes de ciencias de la salud como al personal hospitalario sobre el trato hacia el paciente y sus familiares.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 Desde el 2014 al 2023, el acceso a la salud, según número de asegurados, aumentó un 20.1%; el mercado de la salud disminuyó un 2.9% para cobertura de consultas y un 1.1% para cobertura de medicinas; y la calidad de la salud empeoró, pues la solución de problemas disminuyó un 4.4% de casos, y el maltrato del personal aumentó en 3.8% de casos.
- 6.2 En cada año de estudio, los factores que se asociaron a no tener acceso al aseguramiento en salud fueron la condición de pobreza, residir en las regiones de Sierra, Selva, o zonas rurales, y habitar en una vivienda inadecuada, hacinada o sin servicios higiénicos.
- 6.3 En cada año de estudio, los factores que se asociaron al mercado de salud para no cubrir las consultas y las medicinas fueron la condición de pobreza, residir en las regiones de Sierra, Selva, o zonas rurales, y habitar en una vivienda inadecuada, hacinada o sin servicios higiénicos.
- 6.4 En cada año de estudio, los factores que se asociaron a una baja calidad del servicio de salud fueron residir en las regiones de Sierra o Selva, es decir, que el maltrato y la no solución de problemas no dependen de la pobreza ni de residir en zonas rurales o urbanas ni tampoco del tipo de vivienda.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 El acceso a un seguro de salud debe ser extendido a todos los peruanos, de cualquier condición económica o geográfica, en este sentido es un deber moral que el gobierno tome medidas mejorando las leyes, y que las universidades provean de evidencia para estas leyes se dicten en la dirección correcta. a fin de favorecer a toda la población.
- 7.2 La Encuesta Nacional de Hogares anual del INEI, es muy útil, pero no considera algunas condiciones específicas en el mercado de salud, no se indaga los medicamentos genéricos que pueden aliviar a gran parte de la población, tampoco sobre el costo de la consulta según segmento (general, pediátrica, obstétrica, etc.), por ello es necesario realizar otros estudios o ampliar/mejorar la encuesta, para no duplicar gastos y esfuerzos, y así perfilar mejor el mercado de los servicios de salud.
- 7.3 Se hace urgente realizar capacitaciones, tanto en las aulas universitarias como en los hospitales y centros de salud, para mejorar el trato hacia el paciente y a sus familiares, reorganizar al personal administrativo y de salud para reducir los tiempos de espera previos a la consulta, pues en varios casos el paciente esperó entre 3 a 5 horas antes que lo atiendan.

VIII. REFERENCIAS

- Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab (J-PAL). (2021). Strategies to increase health insurance enrollment. Policy Insights. <https://doi.org/10.31485/pi.3550.2021>
- Aday, L. A. & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208–220.
- Andersen, RM., Davidson PL., Baumeister, SE. (2013). Improving access to care. In: Kominski GF (ed) Changing the U.S. health care system: key issues in health services policy and management. (4th ed., pp 3–26). Wiley. <https://www.researchgate.net/profile/Ronald-Andersen/publication/237675193>
- Bancalari, A., Berlinski, S., Buitrago, G., García, MF., Mata, D., Vera-Hernández, M. (2023). Health Inequalities in Latin American and the Caribbean: Child, Adolescent, Reproductive, Metabolic Syndrome and Mental Health. <http://dx.doi.org/10.18235/0005208>
- Bedoya, E., Ortiz, E. y Mendoza, P. Motivo de consulta y tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19, 2020. *Acta méd. Peru.* 2022; 39(3), 254-62. <https://doi.org/10.35663/amp.2022.393.2423>
- Benites, V., Lozada, M., Urrunaga, D., Márquez, E., Moncada, E., Mezones, E. (2017). Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana. *Rev. peruana medicina experimental y salud pública*, 34(3), 478-84. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-902932>
- Braier, L. (1964). *Diccionario Enciclopédico de Medicina*. López Libreros Editores.
- Castañeda-Abascal, E., Diaz-Bernal, Z. (2020). Desigualdad social y género. *Rev Cubana Salud Pública* 46(4), 1-19. <https://www.scielo.org/article/rcsp/2020.v46n4/e1991/>

- Cortez, R. (2023). *La salud pública en el Perú y su reforma urgente*. Centro de Investigación Universidad del Pacífico. <https://ciup.up.edu.pe/analisis/especial-fiestas-patrias-2023-salu-publica-rafael-cortez/>
- Donabedian, E. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requiriments for Health Care*. Harvard University Press.
- Donabedian, A. (2001). Los Siete Pilares de la Calidad. *Rev. Calidad Asistencial* 16, 96-100
- Enríquez, M., Esquivel, A., Patón, M., Pooley, B., Alarcón, R., Hernández, R. (2020). Comportamiento y desigualdades sociales en indicadores priorizados del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 en Bolivia. *Rev Panam Salud Pública*, 44, e101. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.101>
- Evans, R., Morris, L. Marmor, T. (1994). *¿Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. Aldine de Gruyter.
- Febres, R., Mercado, M. (2020). Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 397-403. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3123>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2023). Implementación del enfoque de Cuidado para el Desarrollo Infantil en América Latina y el Caribe. <https://www.unicef.org/lac/media/41896/file/Implementacion-del-enfoque-de-cdi-en-lac.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2019). La malnutrición impide el adecuado crecimiento de 1 de cada 5 niños y niñas menores de 5 años en América Latina y el Caribe. <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/unicef-advierte-que-1-de-cada-5-ninos-y-ninas-menores-de-5-anos-no-esta-creciendo-bien>
- Galler, J., Bringas-Vega, M., Tang, Q., Rabinowitz, A., Musa, K., Chai, W. (2021). Neurodevelopmental effects of childhood malnutrition: A neuroimaging perspective. *NeuroImage*, 231, 117828. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.117828>

- Guerra Gómez, M. A. (2023). La violencia obstétrica en la ciudad de Trujillo, Perú. *Rev. Ley y Gobierno* 1(1). <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facderccpp/article/view/5302>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2019). Perú: Perfil de la Pobreza por dominios geográficos, 2008-2018. Capítulo II: Evolución del Gasto e Ingreso. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1699/cap02.pdf
- Instituto Nacional de Salud [INS] (2005). Efecto del nivel socioeconómico sobre algunos indicadores de salud y nutrición en la niñez, Perú 2003 - 2004. MINSA. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Instituto Nacional de Salud
- Juran, M. (1962). *Quality Control Handbook* (2.^a ed.), Mac Graw-Hill Book Company, Inc.
- Luna, E., Moreno, J. y Zurita, D. (2021). Evaluación de calidad en los servicios de salud: un análisis desde la percepción del usuario. *Horizonte sanitario*, 20(3), 329-342. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4183>
- Ministerio de Salud [MINSA] (1996). Censo de la Infraestructura Sanitaria y de Recursos Humanos. Oficina de Estadística e Informática.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2018). Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos. ISBN: 978-92-75-32005-1. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051>
- Ortíz-Ruíz, N. (2020). Análisis de desigualdades en salud. Una propuesta cualitativa. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 39(1): e339563. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e339563>
- Pacheco Aráoz E. El tiempo de espera en la atención en salud. Editora Perú, Diario El Peruano. Actualizado el 27/03/2018. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/65112-el-tiempo-de-espera-en-la-atencion-en-salud>
- Pedraza, C. (2020). Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. *Rev Panam Salud Pública* 44, e121. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.121>

- Penchansky, R., Thomas, J. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–40.
<https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Penny, E. (2023). Inequidad en salud: Determinantes sociales de la salud. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 36(3), e775.
<https://doi.org/10.36393/spmi.v36i3.775>
- Real Academia Española [RAE] (2001). Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima segunda edición. Artes Gráficas, S.A.
- Rivera-Lozada, O., Rivera-Lozada, I., Bonilla-Asalde, C. (2020). Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Rev Cub Salud Pública*, 46(4). <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1990>
- Rufino, E.D. (2023). Efecto de la pobreza en el acceso a los servicios de salud en época de pandemia: Un análisis de la ENAHO en Perú. [Tesis de Medicina, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/132109>
- Salinas R. (2023). Factores asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud ENAHO 2020. [Maestría en Gestión en Salud, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional Uwiener.
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstreams/5040cfla-4e9d-455b-a054-89d375b69077/download>
- Sanz-Tolosana, E., Oliva-Serrano, J. (2021). La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 44(2), 185-194. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0945>
- Shortell SM. (1988). The Evolution of Hospital Systems: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. *Medical Care Review*. 45(2), 177-214.
<https://doi:10.1177/107755878804500202>

Sociedad de Comercio Exterior del Perú [ComexPerú] (2022). Situación actual del mercado de salud peruano. Principales problemas.

<https://www.comexperu.org.pe/upload/articles/publicaciones/situacion-actual-del-mercado-de-salud-peruano-informe.pdf>

Tullo, E., Lerea, M., González, R., Galeano, J., Insfrán, M., Muñoz, M. (2020). Desigualdades sanitarias y sociales en la salud materna y del niño en Paraguay. *Rev Panam Salud Pública*, 44, e107. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.107>

Vilchez, M., Heredia, F. (2023). El mercadeo social y la promoción del aseguramiento en salud, *. Podium*, (44), 1-16. <https://doi.org/10.31095/podium.2023.44.1>

Villaorduña, Z. (2020). El acceso a los servicios de la salud dentro del proceso de reconocimiento de los derechos del usuario del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4603>

Villar-Montesinos, EV. (2023). La equidad en salud en el Perú a la luz de sus determinantes sociales (DSS): pasado, presente y futuro. *Acta Médica Peruana*, 40(4), 291-3. <https://doi.org/10.35663/amp.2023.404.2782>

Zurita, B. (1997). Calidad de la Atención de la Salud. Coordinadora de Análisis de Políticas de Salud en FUNSALUD. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 58 (1,2,3,4)

IX. ANEXOS

Anexo A. Matriz de Consistencia

Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo/diseño de estudio	Población, procesamiento de datos	Instrumento de recolección
¿Cómo influye el estrato social, económico y geográfico en el acceso, mercado y calidad de la salud del Perú entre los años 2014, 2018 y 2023?	General: Comparar el acceso, el mercado y la calidad de salud en el Perú entre los años 2014, 2018 y 2023, según estrato social, económico y geográfico. Específicos: -Determinar el acceso a la salud en relación con el tipo y pago del seguro, búsqueda de atención, para los años 2014, 2018 y 2023, según estrato social, económico y geográfico. Determinar el mercado de la salud en relación con la atención profesional, pago, y recepción de medicamento, para los años 2014, 2018 y 2023, según estrato social, económico y geográfico. Determinar la calidad de la salud en relación con el tiempo de espera, trato profesional y solución de problema, para los años 2014, 2018 y 2023, según estrato social, económico y geográfico.	General: Las características socioeconómicas y geográficas (X) se relacionan con el acceso a los servicios de salud, con el mercado de salud y con la calidad de atención de la salud (Y). Específica 1: Las características socioeconómicas y geográficas (X1) están relacionadas con el acceso a los servicios médicos (Y1) respecto al tipo y pago del seguro, búsqueda de atención, para los años 2014, 2018 y 2023 Específica 2: Las características socioeconómicas y geográficas (X2) se relacionan con el mercado de la salud (Y2) respecto a la atención profesional, pago, recepción de medicamento, para los años 2014, 2018 y 2023 Específica 3: Las características socioeconómicas y geográficas (X3) se relacionan con la calidad de atención sanitaria (Y3). Respecto al tiempo de espera, trato profesional, y solución de problema, para los años 2014, 2018 y 2023	Será de tipo Observacional retrospectivo, no experimental, de nivel explicativo, y enfoque analítico cuantitativo porque se aplicarán modelos estadísticos para alcanzar los objetivos planteados,	La población incluye a todas las viviendas del territorio nacional. La muestra será 31,690 viviendas (87,871 hab.), 39,820 viviendas (99,646 hab.), y 36,726 viviendas (86,654 hab.) para los años 2014, 2018 y 2023 respectivamente. Se aplicará una regresión logística para determinar los factores que se asocian al acceso, mercado y calidad de la salud.	Encuesta Nacional de Hogares- INEI. 2014, 2018 y 2023

Anexo B. Encuesta Nacional de Hogares (ENAH)

Ficha de Recolección de Datos

ID: _____ Año de Encuesta: 2014 ☐, 2018 ☐, 2023 ☐

1. Características socioeconómicas y geográficas

Sexo: Femenino ☐, Masculino ☐ Edad: ____años Ingreso: S/. _____ mensual

Nivel educativo: Sin instrucción ☐, Primario ☐, Secundario ☐, Técnica ☐, Superior ☐

Área de residencia: Urbano ☐, Rural ☐, Lima Metropolitana ☐

Región: Costa ☐, Sierra ☐, Selva ☐

Idioma: Castellano ☐, quechua ☐, aimara ☐, Otro ☐ _____

Servicio de agua dentro del Hogar: Sí ☐, No ☐

Servicio de agua Fuera del Hogar: Pílon ☐, Pozo/río ☐, Camión/tanque ☐

Servicio de desagüe (red en casa): Sí ☐, No ☐

Servicio de desagüe (red fuera de casa): Pozo séptico ☐, Pozo ciego ☐, Río/acequia ☐

Pobreza no monetaria (Necesidades básicas insatisfechas):

Vivienda inadecuada: Sí ☐, No ☐;

Vivienda hacinada: Sí ☐, No ☐

Vivienda sin servicios higiénicos: Sí ☐, No ☐

2. Acceso a los Servicios de Salud

Aseguramiento: Privado ☐, SIS ☐, Seguro social ☐, Seguro FF. PP ☐, Sin seguro ☐

Pago del seguro: Privado ☐, SIS ☐, Seguro social ☐, Seguro FF. PP ☐,

No asistencia a consulta:

Falta de dinero ☐, Queda lejos ☐, No fue necesario ☐, Remedios caseros ☐

3. Mercado de Salud

Enfermedad: Sí ☐, No ☐ Enfermedad crónica: Sí ☐, No ☐

En el último año, se atendió por motivo de parto: Sí ☐, No ☐,

Pago de servicios:

SIS pagó todo ☐, SIS pagó un % ☐, EsSalud pagó ☐, EsSalud pagó un % ☐,

Seguro privado pagó ☐, Ud. pagó todo ☐, Donado por MINSA

Pago de medicinas:

SIS pagó todo ☐, SIS pagó un % ☐, EsSalud pagó ☐, EsSalud pagó un % ☐,

Seguro privado pagó ☐, Ud. pagó todo ☐, Donado por MINSA

Monto por el servicio: S/. _____

Estuvo hospitalizado el último año: Sí ☐, No ☐,

Obtención del medicamento:

Hospital ☐, Farmacia ☐, Bodega ☐, Curandero ☐, Otros ☐ _____

4. Calidad de la Atención en Salud

Persona que lo atendió:

Médico ☐, Dentista ☐, Obstetra ☐, Enfermera ☐, Sanitario ☐, Promotor ☐

Tiempo de espera (para consulta): _____horas _____minutos

Recibió maltrato del profesional de salud: Sí ☐, No ☐,

Le dieron solución a su problema de salud: Sí ☐, No ☐