

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA**



**“FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO EFECTIVO AL SEGURO
SOCIAL DE SALUD ESSALUD EN EL PERÚ, 2022”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE ECONOMISTA

AUTORES

**SAIRA SOIC ASENCIOS AYALA
JACQUELINE ISABEL MORALES PORRAS
EDUARDO DAVID POW SANG PAIMA**

ASESOR:

Mg. Sc. JUAN FRANCISCO BAZÁN BACA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: ECONOMÍA GENERAL

**Callao, 2023
PERÚ**

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD

Facultad de Ciencias Económicas

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Escuela de Economía

TÍTULO

Factores determinantes del acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022

AUTORES/ CÓDIGO ORCID/ DNI

Saira Soic Asencios Ayala/0009-0004-9862-1071/74587057

Jacqueline Isabel Morales Porras/0009-0000-6187-5896/72299187

Eduardo David Pow Sang Paima/0009-0003-1834-7141/72354977

ASESOR/ CÓDIGO ORCID/ DNI

Juan Francisco Bazán Baca/0000-0002-6623-2440/09174074

LUGAR DE EJECUCIÓN

Perú

UNIDAD DE ANÁLISIS

Asegurado al seguro social de salud EsSalud - Perú en el año 2022.

TIPO/ENFOQUE/DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Explicativa/Cuantitativo/Diseño no experimental de corte transversal

TEMA OCDE

5.02.01 – Economía

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

- Presidente: Dr. Moncada Salcedo Luis Enrique
- Secretario: Dr. Castillo Palomino Javier Eduardo
- Vocal: Mg. Pomalaya Verastegui Ricardo Luis
- Suplente: Jave Chavez Pedro Alberto

ASESOR: Mg. Sc. JUAN FRANCISCO BAZÁN BACA

N° de Libro: 01

N° de Folio: 291

N° de Acta: 35-23

Fecha de aprobación: 11 de Noviembre 2023

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS CON CICLO DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE ECONOMÍA

LIBRO 1 FOLIO No. 291 ACTA N° 35/23 DE SUSTENTACIÓN DE TESIS CON CICLO DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE ECONOMÍA

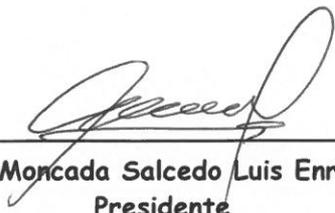
A los 11 días del mes de noviembre del año 2023 siendo las 16:05 horas se reunió el **JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS** en la Facultad Ciencias Económicas de la Universidad Nacional del Callao, para la obtención del título profesional de Economista, designado por resolución N° 341-2023-CF/FCE, conformado por los siguientes docentes ordinarios de la Universidad Nacional del Callao:

Dr. Moncada Salcedo Luis Enrique	: Presidente
Dr. Castillo Palomino Javier Eduardo	: Secretario
Mg. Pomalaya Verastegui Ricardo Luis	: Vocal
Mg. Jave Chávez Pedro Alberto	: Suplente

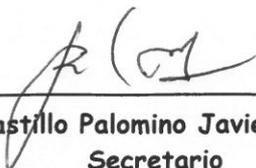
Se dio inicio al acto de sustentación de la tesis de los Bachilleres, **ASENCIOS AYALA SAIRA SOIC, MORALES PORRAS JACQUELINE ISABEL y POW SANG PAIMA EDUARDO DAVID**, quienes habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título Profesional de ECONOMIA, sustentan la tesis titulada "**FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO EFECTIVO AL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD EN EL PERÚ, 2022**", cumpliendo con la sustentación en acto público, de manera presencial;

Con el quórum reglamentario de ley, se dio inicio a la sustentación de conformidad con lo establecido por el Reglamento de Grados y Títulos vigente. Luego de la exposición, y la absolución de las preguntas formuladas por el Jurado y efectuadas las deliberaciones pertinentes, acordó: Dar por APROBADO con la escala de calificación cualitativa BUENO y calificación cuantitativa QUINCE (15) la presente tesis, conforme a lo dispuesto en el Art. 24 del Reglamento de Grados y Títulos de la UNAC, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 150-2023-CU del 15 de junio del 2023.

Se dio por cerrada la Sesión a las 16:50 horas del día 11 de noviembre del 2023.



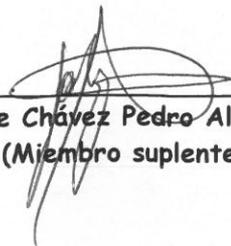
Dr. Moncada Salcedo Luis Enrique
Presidente



Dr. Castillo Palomino Javier Eduardo
Secretario



Mg. Pomalaya Verastegui Ricardo Luis
Vocal



Mg. Jave Chávez Pedro Alberto
(Miembro suplente)

Bellavista, 04 de diciembre del 2023

SEÑOR

Dr. CARO ANCHAY AUGUSTO
Decano de la Facultad de Ciencias
Económicas Universidad Nacional del Callao

De mi mayor consideración

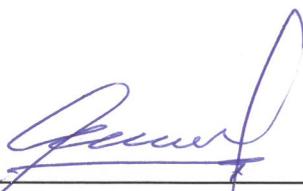
Es grato dirigirnos a Usted a fin saludarlo e informarle lo siguiente:

Los miembros el Jurado hemos revisado el Informe que contiene la absolución de las observaciones que dimanaron del acto de sustentación de la tesis "**FACTORES DETERMINANTES DEL ACCESO EFECTIVO AL SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD EN EL PERÚ, 2022**", de los Señores. **ASENCIOS AYALA SAIRA SOIC, MORALES PORRAS JACQUELINE ISABEL y POW SANG PAIMA EDUARDO DAVID**. Dicho acto se realizó el 11 de noviembre del 2023.

Luego de la revisión del referido documento, los miembros del Jurado: Dr. Castillo Palomino Javier Eduardo, Mg. Pomalaya Verastegui Ricardo Luis, y el suscrito, hemos dado la conformidad respectiva. Por lo tanto, acordamos darle paso para que continúe el proceso administrativo que corresponda.

Sin otro particular, quedamos de Usted,

Atentamente



Dr. Mencada Salcedo Luis Enrique
Presidente

Document Information

Analyzed document	Archivo 1 1A, Asencios Saira, Morales Jacqueline y Pow Sang Eduardo-TITULO-2023.docx (D175913026)
Submitted	2023-10-13 15:39:00
Submitted by	
Submitter email	fce.investigacion@unac.edu.pe
Similarity	7%
Analysis address	unidaddeinvestigacion.fce.unac@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	Universidad Nacional del Callao / USA1 TESIS - CHATA - SANCHEZ.pdf Document USA1 TESIS - CHATA - SANCHEZ.pdf (D153166882) Submitted by: iinvesfca@unac.pe Receiver: iinvesfca.unac@analysis.orkund.com	 4
SA	Universidad Nacional del Callao / Archivo 1. 1A Lujan Jesus, Arias Angela, Titulo. 2023.docx Document Archivo 1. 1A Lujan Jesus, Arias Angela, Titulo. 2023.docx (D169821471) Submitted by: mepingo@unac.edu.pe Receiver: mepingo.unac@analysis.orkund.com	 2
SA	Universidad Nacional del Callao / Archivo 1. 1A. Manuel Enrique Pingo Zapata . Informe final de investigación. 2023. doc.doc Document Archivo 1. 1A. Manuel Enrique Pingo Zapata . Informe final de investigación. 2023. doc.doc (D172519210) Submitted by: mepingo@unac.edu.pe Receiver: mepingo.unac@analysis.orkund.com	 2
SA	Universidad Nacional del Callao / Archivo 1 1A, Luyo Z, Naveda P, Castro E-Título-2022.doc..docx Document Archivo 1 1A, Luyo Z, Naveda P, Castro E-Título-2022.doc..docx (D152907508) Submitted by: mepingo@unac.edu.pe Receiver: mepingo.unac@analysis.orkund.com	 1
SA	Universidad Nacional del Callao / PRIMERA REVISION- YRAULA- YAURI.docx Document PRIMERA REVISION- YRAULA- YAURI.docx (D151692620) Submitted by: secretaria.academica@unac.edu.pe Receiver: fcs.posgrado.unac@analysis.orkund.com	 1
SA	Universidad Nacional del Callao / 1A, MUÑOZ ROSALES, Alessandra Aslhey__IF TESIS.pdf Document 1A, MUÑOZ ROSALES, Alessandra Aslhey__IF TESIS.pdf (D173989489) Submitted by: fiarn.investigacion@unac.edu.pe Receiver: unidad.de.investigacion.fiarn.unac@analysis.orkund.com	 1
W	URL: https://www.inei.gob.pe/media/encuestas/documentos/enaho/2022/Ficha_tecnica2022.pdf Fetched: 2022-12-13 15:03:03	 1

DEDICATORIA

A nuestros padres por sus sacrificios y apoyo constante que han sido clave en nuestro desarrollo profesional.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres y familiares por estar siempre en los días buenos y en los no tan buenos, y por inculcarnos el ejemplo de esfuerzo y superación.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
ÍNDICE DE CONTENIDO	6
ÍNDICE DE TABLAS	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 Descripción de la realidad problemática	15
1.2 Formulación de problema	16
1.2.1 Problema general	16
1.2.2 Problemas específicos	16
1.3 Objetivos	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 Justificación	18
1.5 Delimitantes de la investigación	18
1.5.1 Delimitante teórica	18
1.5.2 Delimitante temporal	19
1.5.3 Delimitante espacial	19
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1 Antecedentes del estudio	20
A. Antecedentes internacionales	20
B. Antecedentes nacionales	23
2.2 Bases teóricas	25
2.2.1 Factores Determinantes	25
A. Definición	25
B. Dimensiones	26

C. Indicadores	26
2.2.2 Acceso efectivo al seguro social de salud	27
2.3 Marco conceptual	29
2.4 Definición de términos básicos	37
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	41
3.1 Hipótesis general e hipótesis específicas	41
3.1.1 Hipótesis general	41
3.1.2 Hipótesis específicas	41
3.2 Definición de variables	41
3.3 Operacionalización de variables	42
IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO	44
4.1 Diseño metodológico	44
4.2 Método de Investigación	45
4.3 Población y muestra	45
4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado	46
4.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de información	46
4.5.1 Técnicas de recolección de la información	46
4.5.2 Instrumentos de recolección de la información	46
4.6 Análisis y procesamiento de datos	46
4.7 Aspectos éticos en investigación	53
V. RESULTADOS	54
5.1 Resultados descriptivos	54
5.2 Resultados inferenciales	61
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	68
6.1 Contrastación y demostración de las hipótesis con los resultados	68
6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares	71
VII. CONCLUSIONES	74
VIII. RECOMENDACIONES	75
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	81

-	Anexo 1. Matriz de Consistencia	81
-	Anexo 2. Información de base de datos	82

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 3.1 Operacionalización de variables	43
Tabla 5.1 Estadísticos descriptivos y características generales de los indicadores	54
Tabla 5.1.1 Razones por las que los asegurados no accedieron a su seguro en EsSalud en el año 2022	58
Tabla 5.1.2.1 Nivel de ingresos por tipo de acceso	58
Tabla 5.2 Efectos marginales del modelo logit	61
Tabla 5.3 Matriz de confusión del modelo logit	66

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 5.1.1 Acceso según lugar de atención	56
Figura 5.1.2 Distribución de asegurados según tipo de afección sanitaria	56

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en el acceso efectivo al seguro social de salud (EsSalud) en el Perú en el año 2022. La investigación realizada es explicativa, de diseño no experimental y de corte transversal.

Para la obtención de datos se revisó los registros que proporciona el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a través de la encuesta Condiciones de vida y pobreza de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) del cual se tomó una muestra de 12,298 personas aseguradas a nivel nacional en el sistema de salud EsSalud en el año 2022.

Con la base de datos obtenida se realizó el tratamiento y procesamiento de información mediante los programas de Microsoft Excel y STATA 17 a través del cual se obtuvo el modelo econométrico logit que nos permitió conocer cuáles son los determinantes del acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú en el año 2022.

La principal conclusión a la que se ha arribado es que existe una relación significativa entre el acceso efectivo al servicio de salud y las atribuciones socioeconómicas, geográficas, organizacionales y laborales con las que cuentan las personas aseguradas.

Palabras clave: Acceso efectivo a los servicios de salud, EsSalud, economía de la salud, factores determinantes.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the factors that influence effective access to social health insurance (EsSalud) in Peru in the year 2022. The research is an explanatory, non-experimental, cross-sectional design.

To obtain data, we reviewed the records provided by the National Institute of Statistics and Informatics (INEI) through the Living Conditions and Poverty Survey of the National Household Survey (Enaho) from which a sample of 12,298 people insured nationally in the EsSalud health system in the year 2022 was taken.

With the database obtained, information was treated and processed using Microsoft Excel and STATA 17 programs to obtain the econometric logit model that allowed us to determine the determinants of effective access to EsSalud social health insurance in Peru in the year 2022.

The main conclusion we have reached is that there is a significant relationship between effective access to health services and the socioeconomic, geographic, organizational and occupational attributes of the insured.

Key words: Effective access to health services, EsSalud, health economics, determinants.

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado peruano. En ese contexto, en el año 2009, el Estado estableció la Ley de Marco Normativo de Aseguramiento Universal 29344 a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. Dicha Ley es aplicable a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que se encuentran vinculadas al proceso de aseguramiento universal en salud.

El seguro social de salud EsSalud, como entidad pública encargada de brindar seguridad social a sus pacientes, es una de las principales instituciones encargadas de garantizar el acceso a la atención médica a través de su red de hospitales en todo el territorio nacional. Sin embargo, el acceso efectivo a los servicios de salud sigue siendo un desafío para muchas personas que cuentan con dicho seguro. A pesar de los esfuerzos efectuados para mejorar el acceso a los servicios de salud, persisten barreras que impiden que la población pueda hacer uso adecuado y oportuno de este sistema. Por ello, el objetivo de la investigación es identificar los factores determinantes del acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú para el año 2022.

El enfoque de la investigación es cuantitativo, empleando un diseño no experimental de corte transversal con alcance correlacional y utilizando fuentes secundarias para la obtención de información. La población de estudio son todas las personas adscritas a EsSalud dentro del territorio nacional, dicha muestra es obtenida a través de la Enaho para el año 2022.

La estructura de la investigación comprende nueve capítulos, comenzando con el capítulo I correspondiente al planteamiento del problema y

abarca la descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos, justificación y delimitantes de la investigación. El capítulo II corresponde al marco teórico y abarca antecedentes, tanto nacionales como internacionales, bases teóricas, marco conceptual y definición de términos básicos. El capítulo III corresponde a las variables e hipótesis, así como su operacionalización. El capítulo IV corresponde a la metodología del proyecto y abarca el diseño metodológico, método de investigación, población y muestra, lugar de estudio y periodo desarrollado, técnicas de instrumentos de recolección de información, análisis y procesamiento de datos y aspectos éticos de la investigación. El capítulo V abarca los resultados descriptivos e inferenciales. El capítulo VI corresponde a la discusión de resultados. El capítulo VII y VIII corresponde a las conclusiones y recomendaciones de la investigación. Finalmente, en el capítulo IX se presenta las referencias bibliográficas utilizadas como fuentes de información. Toda la investigación se complementa con los anexos.

La culminación de esta introducción no estaría completa sin expresar nuestro más sincero agradecimiento a nuestro asesor y a todos los actores académicos que han desempeñado un papel fundamental en este desafiante proceso.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Una de las metas más importantes de los países en desarrollo es lograr la cobertura universal de salud. Sin embargo, a medida que se amplía la cantidad de afiliaciones y atenciones, es posible que los sistemas de salud sobrecargados bajen la calidad de sus servicios ofrecidos lo que termina reflejado en problemas de salud en la población. De acuerdo con Mate et al. (2013), las aseguradoras públicas responsables de financiar las ampliaciones de cobertura tienen el apalancamiento financiero para influir en la calidad de la atención y puede beneficiarse de la orientación para ejecutar una estrategia cohesiva de calidad.

En el contexto de la atención médica en el Perú, el acceso efectivo al seguro social de salud, específicamente al sistema EsSalud, sigue siendo un desafío significativo para muchos ciudadanos. A pesar de los esfuerzos realizados para mejorar el acceso a los servicios de salud, persisten barreras que impiden que la población pueda hacer uso adecuado y oportuno de este sistema. Esto se ve evidenciado en los reclamos presentados por los asegurados, por ejemplo. De acuerdo con datos de SUSALUD (2021), el 35.7 % de reclamos de los asegurados a las distintas Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) en el 2021, corresponden en primer lugar a EsSalud.

En los países en desarrollo como el Perú, los sistemas de salud son un reflejo de las inequidades sociales existentes en cuanto al acceso

y uso de los servicios de salud (Maceira, 2012). Efectivamente, en el Perú existe una brecha entre el derecho formal al seguro social de salud y su implementación práctica, lo que complica el acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente en EsSalud. En esa línea, 7 de cada 10 reclamos en el 2021 a este sistema, fueron sobre el acceso a los servicios de salud (SUSALUD, 2021). Por tal motivo, toma relevancia el análisis de aquellos factores que afectan dicho acceso efectivo, desde un enfoque en el asegurado; sus características y condiciones de acceso, así como la oferta actual del servicio de EsSalud en términos de eficiencia en atención, cobertura efectiva y programación de consultas. El entendimiento de estos factores determinantes permitirá proponer políticas y estrategias más efectivas, y avanzar hacia un sistema de seguro social más inclusivo y equitativo en beneficio de la población peruana.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los factores determinantes del acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuál es la influencia de los factores determinantes socioeconómicos en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022?
2. ¿Cuál es la influencia de los factores determinantes organizacionales en el acceso efectivo al seguro social de

salud EsSalud en el Perú, 2022?

3. ¿Cuál es la influencia de los factores determinantes geográficos en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022?
4. ¿Cuál es la influencia de los factores determinantes laborales en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivos General

Identificar los factores determinantes del acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Analizar la influencia de los factores determinantes socioeconómicos en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.
2. Analizar la influencia de los factores determinantes organizacionales en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.
3. Analizar la influencia de los factores determinantes geográficos en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.
4. Analizar la influencia de los factores determinantes laborales en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

1.4 Justificación

Es fundamental entender los factores que influyen en el acceso efectivo al seguro social EsSalud para poder mejorar su cobertura y garantizar el acceso efectivo a los diferentes servicios de salud.

La realización de esta investigación tendría implicaciones prácticas para la política pública en salud en el Perú. Si se logra entender los factores que influyen en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud, se pueden implementar políticas específicas más efectivas que permitan satisfacer la demanda de los servicios de salud y avanzar hacia la meta de una atención médica más inclusiva, eficiente y equitativa en beneficio de la población asegurada de EsSalud.

1.5 Delimitantes de la investigación

1.5.1 Delimitante teórica

Se hará uso de las teorías de investigación de Mushkin (1962) donde tuvo como objetivo de estudio a la economía de la salud, el uso óptimo de los recursos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud. También se consideró el enfoque de Fajardo quien hace referencia a los aspectos que determinan el acceso a los servicios de salud son debido a la falta de equidad motivada por factores económicos, geográficos, sociales, culturales, étnicos, laborales y de regulación. Por otro lado tenemos el enfoque de Levesque et al. (2015) quien hace referencia al acceso a un servicio de salud como la posibilidad de identificar necesidades sanitarias, de buscar servicios sanitarios,

de llegar a ellos, de obtenerlos o utilizarlos y de satisfacer realmente la necesidad de servicios. Finalmente, se consideró el modelo comportamental de Andersen (1995), el cual sistematiza de principio a fin, el comportamiento de un individuo respecto al uso de los servicios de salud.

1.5.2 Delimitante temporal

Para la investigación, el tiempo seleccionado para los datos fue el año 2022.

1.5.3 Delimitante espacial

Para la investigación, el espacio que se estudió fue el Perú en el año 2022.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A. Antecedente Internacionales

En el ámbito de la investigación internacional sobre el acceso a los servicios de salud, se han llevado a cabo numerosos estudios que buscan comprender los determinantes y las barreras que influyen en el acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente en países de la región como Colombia, México y Brasil. Asimismo, se ha llevado estudios en países de otras regiones con ingresos medios-bajos como Ghana, Tanzania y Vietnam. Si bien, existe una importante cantidad de estudios relacionados a la efectividad del uso de los seguros, no existe evidencia concluyente sobre los factores o determinantes, pues las distintas realidades culturales, económicas y geográficas en cada país, lleva a un nivel de heterogeneidad significativa.

Hernández (2014), en su tesis, se propuso aportar evidencia empírica sobre el desempeño de un seguro público de salud peruano (SIS), en términos de afiliación y acceso a servicios de salud públicos, en una investigación explicativa, de diseño no experimental y de corte transversal, utilizando la técnica documental y, como instrumento la ficha documental, siendo aplicado a datos de la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) para el 2013. El estudio destaca principalmente que la probabilidad de ser afiliado al SIS aumenta si la persona cuenta con DNI, tiene menor gasto per cápita en salud y es menor de edad.

Molina et al. (2018), en su artículo, se propuso analizar el acceso

a los servicios de salud con equidad para el caso de México desde un enfoque institucional reflejado en la esperanza de vida al nacer (p. 197), en una investigación explicativa, de diseño no experimental bajo un análisis de panel de datos con variables instrumentales, utilizando la técnica documental y, como instrumento la ficha documental, aplicado a datos sobre salud del Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO) y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Inegi) para el periodo 2001-2010, llegando a la conclusión que la inequidad de acceso a los servicios de salud, está determinada de manera negativa por el analfabetismo, la pobreza; mientras que la educación logra un impacto positivo en la esperanza de vida de las personas, aumentando su probabilidad de acceder a un servicio de salud (p. 203).

Bagnoli (2019), en su artículo, se propuso analizar si el esquema de Seguro Nacional de Salud de Ghana (NHIS por sus siglas en inglés) ha contribuido a mejorar el acceso a los servicios de salud en ese país. En una investigación explicativa de diseño no experimental y corte transversal, utilizando la técnica documental y como instrumento, la ficha documental aplicado a la Encuesta de Múltiples Indicadores por Conglomerados (EMIC) del 2011. Encuentra que, (en una traducción libre), si bien la existencia del NHIS ha contribuido a mejorar el acceso a los servicios de salud, especialmente de la población infante; el resultado es heterogéneo y varía según el nivel de ingresos de las familias y su región de residencia; es decir, los beneficios del NHIS se concentran más en hogares con ingresos bajos y en regiones donde la

calidad del servicio es alta (p. 8).

Guizado (2021), en su tesis, busca determinar qué factores influyen en el acceso a los servicios de salud para el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el 2018 (p. 7), en una investigación explicativa, de diseño no experimental y corte transversal, utilizando la técnica documental y, como instrumento la ficha documental aplicado a datos de la ENIGH, llegando a la conclusión que las variables que influyen en el acceso a los servicios de salud al IMSS son los ingresos, el nivel de educación y la edad.

Malvaez et al. (2023), en su artículo, se propuso analizar las barreras para el acceso a los servicios de salud en los distintos seguros sociales de salud en la localidad de Zinacantepec, México para el año 2018 (p. 7752), en una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva, de diseño experimental y corte transversal, utilizando la encuesta como técnica, y como instrumento un cuestionario con escalas tipo Likert de 43 ítems aplicado a una muestra de 664 individuos, llegando a la conclusión que el factor socioeconómico es una barrera importante que delimita el uso de los servicios de salud.

Kagaigai et al. (2023), en su artículo, se propuso investigar cómo las variables que determinan la afiliación al seguro social de salud de Tanzania difieren de las variables de deserción o abandono al uso del seguro social de salud, en una investigación explicativa de diseño experimental y de corte transversal, utilizando la técnica de encuesta, y como instrumento un cuestionario, aplicado una muestra de 722 hogares

en la región de Dodoma, Tanzania para el año 2019. El estudio encuentra que las decisiones de acceder o no acceder a los servicios de salud se relacionan significativamente con la presencia de enfermedades crónicas en las personas y su percepción sobre la calidad de los servicios proporcionados (p. 5).

B. Antecedentes Nacionales

En el ámbito de la investigación nacional sobre el acceso y determinantes del acceso a los servicios de salud en distintas regiones del país, se han llevado a cabo diversos estudios de corte exploratorios, en menor cantidad descriptivos y explicativos. Por consiguiente, la evidencia empírica es escasa. A continuación, se presentan algunos antecedentes de investigación que destacan por su relevancia y contribuciones.

Camargo y Furst (2014), en su artículo, se propuso estudiar el uso y la percepción de los seguros privados entre las personas con bajos ingresos (p. 2), en una investigación descriptiva, de diseño experimental y corte transversal, utilizando la técnica de encuesta, y utilizando como instrumento cuestionarios aplicados a nivel nacional. Entre los principales hallazgos, encontraron que existe una importante aversión al riesgo en las personas al momento de decidir una adquisición de un seguro. Por otro lado, el estudio encontró que existe asimetría de información de parte de las personas en relación a los marcos legales y tipos de seguro.

Ordoñez (2020), en su tesis, se propuso analizar los

determinantes de la probabilidad de demanda de seguros privados de salud en la

ciudad de Piura durante el año 2018 (p. 6), en un estudio explicativo, de diseño no experimental, utilizando la técnica documental, y como instrumento la ficha documental. Los resultados de la investigación revelan que los principales factores explicativos de la probabilidad de acceso a los seguros privados de salud son el nivel educativo del jefe del hogar, la calidad del servicio de salud y la edad.

Yucra (2020), en su tesis, se propuso identificar los factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud de la población en Puno, 2020 (p. 20), en una investigación explicativa, de diseño no experimental y corte transversal, empleando la técnica de la encuesta, y utilizando como instrumento un cuestionario aplicado en el distrito de Juliaca. El trabajo concluye que el sexo, la condición laboral, el idioma, el nivel educativo y los ingresos determinan el acceso a los servicios de salud en dicha localidad.

García (2021), en su tesis, se propuso examinar los factores que determinan una mejor calidad en el sector salud para el caso peruano (p. 3), en una investigación explicativa, de diseño no experimental y de corte panel con efectos aleatorios, utilizando la técnica documental, y como instrumento la ficha documental, aplicado a datos sobre salud del INEI para el periodo 2010-2016, llegando a la conclusión que una mayor cantidad de número de médicos por habitante puede ser más efectivo que la inversión en infraestructura en el sector salud (p. 8).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Factores determinantes

A. Definición

Los factores determinantes hacen referencia a aspectos principales que facilitan o son una barrera en el acceso a los servicios de salud.

Para Fajardo et al. (2015) estos aspectos que afectan el acceso a los servicios de salud son debido a la falta de equidad motivada por factores económicos como geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación (p. 182).

Para Levesque et al. (2015), (en una traducción libre), las dimensiones y determinantes generales que integran los factores de la oferta y la demanda permiten la operacionalización del acceso a la asistencia sanitaria a lo largo de la obtención de asistencia y del disfrute de los servicios (p. 8).

Según Gulliford et al. (2002), (en una traducción libre), la medida en que una población "obtiene acceso" también depende de las barreras financieras, organizativas y sociales o culturales que limitan la utilización de los servicios (p. 186).

En esta investigación, se define a los factores determinantes como aquellos factores que influyen en la decisión de los asegurados de EsSalud, en un contexto donde presenten una condición de salud inestable en las últimas 4 semanas, de hacer uso de algún servicio de salud de dicha entidad. En este

caso, una condición de salud inestable hace referencia a las siguientes afecciones que podría tener el asegurado:

Padecimiento de alguna enfermedad transitoria, recaída por alguna enfermedad crónica y accidentes que requieran atención médica.

B. Dimensiones

Fajardo et al. (2015) desagrega los factores determinantes en las siguientes dimensiones: Económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación.

Levesque et al (2015) sugiere cinco dimensiones: Accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, acomodación y asequibilidad.

Gulliford et al. (2002), desagrega los factores determinantes en las siguientes dimensiones: financieras, organizativas, sociales y culturales.

Para fines de este estudio, se consideraron las siguientes dimensiones: socioeconómicos, organizacionales, geográficos y laborales.

C. Indicadores

Para medir la dimensión socioeconómica se ha utilizado los siguientes indicadores: Total de ingresos, nivel educativo, condición de jefe de hogar, edad, estado civil, etnia y sexo.

Para medir la dimensión geográfica se ha hecho uso de los siguientes indicadores: región y zona geográfica.

Para medir la dimensión organizacional se usó los indicadores de: Tiempo de espera de programación de una cita, tiempo de traslado del domicilio al centro de salud y el tiempo de espera para ser atendido en el centro de salud asignado.

En la dimensión laboral se consideraron la condición de actividad, régimen laboral y el tipo de contrato laboral.

2.2.2 Acceso efectivo a los servicios de salud

Frenk (1985) delimita el concepto de acceso, diferenciándolo de accesibilidad, mediante la observación de la acción humana (p. 439). En este caso, al uso real que les dan las personas a los servicios de salud. Para esquematizar dicha observación, partiendo de que el individuo afectado necesita atención, Frenk (1985) plantea tres dominios del acceso al servicio de salud: (1) dominio amplio, el cual implica que el individuo desea atención, (2) dominio intermedio, en el cual el individuo busca atención y (3) el dominio estrecho en el cual el individuo inicia su atención (p. 440).

Gulliford et al. (2002), (en una traducción libre), sostienen que:

El acceso medido en términos de utilización depende de la asequibilidad, la accesibilidad física y la aceptabilidad de los servicios, y no sólo de la adecuación de la oferta. Los servicios disponibles deben ser pertinentes y eficaces para que la población "tenga acceso a resultados sanitarios

satisfactorios". La disponibilidad de servicios y las barreras de acceso deben considerarse en el contexto de las diferentes perspectivas, necesidades sanitarias y entornos materiales y culturales de los diversos grupos de la sociedad. La equidad en el acceso puede medirse en términos de disponibilidad, utilización o resultados de los servicios (p. 186).

Levesque et al. (2015) definen el acceso como la posibilidad de identificar necesidades sanitarias, de buscar servicios sanitarios, de llegar a ellos, de obtenerlos o utilizarlos y de satisfacer realmente la necesidad de servicios. Asimismo, (en una traducción libre) señalan que:

La conceptualización propuesta del acceso plantea algunos retos. Uno de ellos es que medir el acceso no es tarea fácil. Por supuesto, existen varios indicadores para medir si las personas reciben o no servicios en términos de necesidades percibidas, si conocen o no los servicios disponibles, cómo los utilizan y la distancia que tienen que recorrer, además de muchas medidas que describen las características reales de los servicios (p. 8).

Fajardo et al. (2015) definen al acceso efectivo como "la posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere" (p. 180). Asimismo, plantean que:

El acceso efectivo a los servicios de salud se esboza como

la operacionalización de la cobertura universal en salud: que un individuo que presente una condición de salud identificada como requerimiento o necesidad de atención esté en condiciones de acudir a un servicio de salud en el que reciba la atención a la condición que lo hizo acudir, con el mejor resultado posible.

Para darse este acceso efectivo, ante la necesidad percibida debe contarse con la posibilidad de acudir sin barreras (financieras o de acceso) a los servicios, y que los mismos tengan la capacidad resolutive y calidad requerida (p. 183).

En esta investigación consideramos el concepto de acceso efectivo como la capacidad (acceso) que tienen los asegurados de EsSalud para obtener atención médica y servicios de salud en algún centro de salud de EsSalud cuando presentan alguna condición de salud que requiera del uso de dichos servicios.

2.3 Marco conceptual

Se va a glosar 3 teorías sobre la relevancia de la salud. Se abordará la economía de la salud como un campo de la investigación que estudia el uso eficiente de los recursos en materia de atención y promoción de la salud, explorará cómo la salud influye en el crecimiento y desarrollo económico, y describirá el modelo comportamental sobre el uso de los servicios de salud. También se examinará la estructura del

sistema de salud en Perú y el papel del seguro social en el ámbito de la salud.

Economía de la Salud

Mushkin (1999), (en una traducción libre), define la economía de la salud como:

Un campo de investigación cuyo objetivo de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud. Su tarea consiste en evaluar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización (p. 102).

En esa línea se delimita el alcance que debería tener la economía de la salud en cuanto a la optimización de los recursos de salud, excluyendo a la alimentación, vivienda, recreación y ropa. De esta forma el estudio de la economía de la salud evita abarcar otras actividades económicas y se enfoca en los servicios de salud (Mushkin, 1999).

Mushkin (1999) señala también que la determinación de los recursos económicos difiere de la determinación de los recursos de la salud por cuatro razones. En primer lugar, porque las decisiones y preferencias de los agentes económicos se ven afectados por la presencia de alguna enfermedad. En esa línea, economistas clásicos como Malthus y Ricardo mediante el postulado de la Ley de Hierro de los Sueldos, señalaron que los salarios reales tienden hacia un nivel mínimo, el cual será destinado a cubrir las necesidades básicas (1798, como se citó en Mushkin, 1999). Posteriormente Sraffa tomaría como

base este postulado para agregar conceptos como el salario de subsistencia y el trabajo garantizado a fin de poner en debate la determinación de un salario apropiado que garantice un nivel de vida decente para todos (1952, como se citó en Henry, Correa y Marshall, 2016).

En segundo lugar, se presentan externalidades positivas cuando se adquiere un servicio médico, lo cual puede ser factible medir su impacto en la comunidad. Por ejemplo, cuando un individuo recibe la vacuna contra la covid-19 está contribuyendo a la reducción de la propagación del virus dentro de su comunidad. De esta manera explica que el valor de los servicios médicos para cada persona no solo está determinado por su propio uso, sino también por las decisiones que tomen los demás miembros de la comunidad. Por lo tanto, las decisiones de los consumidores por sí solas no son suficientes para lograr una asignación óptima de los recursos destinados a la salud, ya que otros factores también influyen en el proceso.

En tercer lugar, es que existen servicios de salud que no pueden tener un precio fijado dentro del mercado, por lo que la preferencia de la sociedad no se puede valorar de forma idónea en el mercado. Algunos servicios son por ejemplo la fluorización del agua y el control del mosquito. Además, el sistema de precios, en algunos casos no puede ser utilizado para establecer el valor de ciertos servicios individuales: a) Los medicamentos necesarios no son excluidos de la atención cuando se enferman, y b) La seguridad pública y la salud, algunas veces

requieren de provisión directa de servicios de la salud y la separación del individuo de la vida en comunidad.

Finalmente, se encuentra en la asignación de recursos en salud como resultado de una combinación de decisiones tomadas tanto por el mercado privado como por las decisiones administrativas. "Las decisiones administrativas" incluyen las decisiones tomadas por el gobierno, las agencias privadas sin fines de lucro y organizaciones profesionales (Mushkin, 1962).

La Salud y el crecimiento económico

La salud es un factor crucial en la economía de cualquier país, puesto que tiene un impacto directo en la productividad y el crecimiento económico. Es por ello que también es importante tener en cuenta las teorías de crecimiento económico. El modelo de Grossman (1972) menciona que la salud no entra directamente a la función de utilidad, se trata como un bien de capital, que se deprecia con el tiempo. Winslow ya había mencionado antes en un estudio sobre los costos de la enfermedad y el precio de la salud, publicado originalmente en 1951, que las políticas de salud ofrecían la oportunidad de reducir costos económicos, así como prevenir las enfermedades en los trabajadores, incrementando finalmente su productividad (Goldmann, 1952). Así los principales determinantes de la acumulación de capital salud y la demanda por servicios médicos son: la edad, el salario y el nivel de educación de los individuos (Gallego, 2001). De forma general, estas dos perspectivas de la relación entre economía y salud, se condensan

en la fórmula presentada por Barro (1996), en la que se incluye el concepto de “capital salud” como uno de los determinantes del crecimiento económico. El modelo se resume en la siguiente Coob Douglas:

$$Y_t = AK_t^\alpha S_t^\beta H_t^\gamma (L_t e^{xt})^{1-\alpha-\beta-\gamma} \quad (01)$$

donde K_t representa el capital físico, S_t la educación de los trabajadores, H_t la capital salud de los trabajadores y L_t la cantidad de horas laboradas. En general el aporte más importante de este modelo es mostrar cómo las mejoras de la salud pueden disminuir la depreciación del capital humano, mostrando un comportamiento decreciente (Gallego, 2001).

Importancia de la salud en el desarrollo económico

La salud es un componente fundamental del desarrollo económico, ya que una población saludable es esencial para el desarrollo económico sostenible y la prosperidad a largo plazo de una sociedad.

En ese sentido, Sen (2000) señala que “el mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo” (p. 20) Por tanto, es casi una necesidad para los hacedores de política, una asignación social de los recursos eficiente dirigido a cerrar las brechas de acceso a un servicio de salud de calidad en la población con menos ingresos.

Se puede considerar también a la salud como un medio para alcanzar el crecimiento y prosperidad de una nación. Al igual que

Winslow, Sen (2000) sostiene que la conservación del capital humano por medio de inversión en salud, genera un aumento de la productividad, dando lugar a un dinamismo positivo de la economía. Por el contrario, una economía que carezca de capital humano con buena salud, ocasiona pérdida de trabajadores como unidades económicas, bien por muerte prematura o reducción del tiempo y la capacidad de trabajo generando efectos negativos en el desarrollo económico.

No obstante, Sen (2000) también menciona que la política mal dirigida y el conservadurismo financiero puede debilitar esta relación directa entre la salud y el progreso económico (p. 20).

Asimismo, Andersen (1995), (en una traducción libre) luego de diversos estudios propone un modelo de comportamiento de los individuos y el proceso de uso de los servicios de salud como un proceso de orden causal (p. 2). En este modelo, propone que el individuo coexiste con un ambiente compuesto del sistema de salud y factores externos a este. Luego, existen características predisuestas como factores demográficos, estructurales y culturales, los cuales van a sugerir la proximidad de los individuos a acceder a un servicio de salud. A esto se suma la disponibilidad de los recursos como el nivel de ingresos y finalmente, la necesidad de acceder a un servicio.

Se observa que todas estas características conforman un sistema donde interviene la sociedad en su conjunto; por lo que el acceso efectivo o real, diferenciado de un acceso potencial inicial, resulta como la utilización de los servicios de salud de manera eficiente y satisfactoria.

Esto último sugiere una etapa de evaluación del uso de un sistema en particular (Aday y Andersen, 1974; Andersen, 1995).

Dicho modelo, siguiendo a Sinay (2002, como se cita en Rojas, 2014) se puede reflejar como la siguiente función:

$$AEF = f(PF, EV, NF, IL, PP)$$

Donde:

AEF es la variable endógena del modelo y representa el acceso efectivo.

PF representa los factores de predisposición (factores socio económicos o demográficos), *EV* representa los factores facilitadores (nivel educativo, tipo de aseguramiento) *NF* como los factores de necesidad (condición de salud), *IL* como las limitaciones del sistema (costos) y *PP* como los problemas de cobertura del lado del asegurador o proveedor de salud.

Estructura del sistema del Seguro Social de Salud (EsSalud)

La estructura del sistema de salud en el Perú, está a cargo del Ministerio de Salud (MINSA), quien es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural, como lo señala la Ley del Ministerio de Salud”.

(Congreso de la República del Perú, 2002, Ley 27657, Artículo 2). De

acuerdo con Lazo, Alcalde y Espinoza (2016), el sistema de salud en el Perú, se divide en 2 subsectores, el público y el privado, y estos se dividen en 3 regímenes de financiamiento: a) régimen contributivo indirecto; b) régimen contributivo directo; y c) régimen privado, donde el régimen contributivo indirecto es subsidiado por el gobierno, hogares y la cooperación internacional gubernamental, el régimen contributivo directo es financiado por la contribución directa y obligatoria de los empleadores, y el régimen privado que es financiado por los hogares a través del pago directo de honorarios profesionales.

Una de las entidades públicas encargadas de brindar servicios de salud a los trabajadores y sus familias en el Perú es el Seguro Social de Salud (EsSalud). Fue creado en 1936 por el gobierno del presidente Óscar R. Benavides, con el fin de brindar atención médica a los trabajadores de las empresas privadas y estatales.

Según el Decreto Legislativo No. 20036, publicado en el diario oficial El Peruano el 1 de marzo de 1936, se estableció la creación del Seguro Social Obligatorio para los trabajadores de las empresas industriales y comerciales. El objetivo principal de esta ley era garantizar el acceso a la atención médica y la protección social para los trabajadores y sus familias.

Desde su creación, EsSalud ha experimentado una serie de cambios significativos. En la década de 1960, por ejemplo, se extendió la cobertura de atención médica a los trabajadores agrícolas y mineros, y se crearon las clínicas de especialidades médicas. En la década de

1990, se creó el Sistema Integral de Salud (SIS) para brindar atención médica gratuita a los sectores más pobres de la población, y EsSalud se convirtió en una entidad autónoma.

Hoy en día, EsSalud es una de las principales instituciones de salud en Perú, que atiende a más de 12 millones de afiliados. Ofrece una amplia gama de servicios, como atención médica general, especializada, hospitalización, rehabilitación, entre otros. Además, tiene programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

2.4 Definición de términos básicos

Área

Conjunto de manzanas ubicadas contiguamente, por lo general delimitadas por avenidas, calles principales o accidentes físicos. Una zona está conformada en promedio por 50 a 60 manzanas. Un centro poblado urbano puede estar conformado por una o más zonas (Enaho, 2022, p. 29).

Condición contractual

Condición en la que los trabajadores operan bajo diversas modalidades: Contrato indefinido, nombrado, permanente, contrato a plazo fijo, contrato de periodo de prueba, convenios de formación laboral juvenil o prácticas profesional, contrato por locación de servicios o SNP, Régimen Especial de Contratación Administrativa (CAS), sin contrato y otros (Enaho, 2022 p. 305).

Condición de actividad

Determinación del volumen de la Población Económicamente

Activa (Ocupada y Desocupada), así como, la Población Inactiva.

Además, permite obtener las estructuras básicas del mercado laboral, como Tasas Brutas, Netas y Específicas de Actividad, de Ocupación, Desocupación e Inactividad (Enaho, 2022 p. 285).

Dominio

“Es la unidad geográfica, económica, histórica, cultural y administrativamente integrada, en que actualmente se divide el territorio nacional” (INEI, 2013, p. 269).

Edad

“La edad en años cumplidos se refiere al número de aniversarios del nacimiento transcurridos en la fecha de referencia, es decir, a la edad en el último cumpleaños” (Instituto Nacional de Estadística, 2009).

Estado Civil

Hace referencia al estado civil o conyugal en el que se encuentra una persona al momento de ser encuestada. De acuerdo al cuestionario elaborado por la Enaho (2022), existen 6 opciones de estado civil: Conviviente (unión de hecho), casado/a, viudo/a, divorciado/a, separado/a y soltero/a (p. 136).

Etnia

Prácticas culturales y perspectivas que distinguen a una determinada comunidad de personas. Los miembros de los grupos étnicos se ven a sí mismos como culturalmente diferentes de otros grupos sociales, y son percibidos por los demás de igual manera. Hay diversas características que pueden servir para distinguir a unos grupos

étnicos de otros, pero las más habituales son la lengua, la historia o la ascendencia (real o imaginada), la religión y las formas de vestirse o adornarse (Enaho, 2022 p. 345).

Ingreso total

“Se refiere a todos los ingresos monetarios recibidos por trabajos realizados para un empleador o patrono” (Enaho, 2022, p. 320). Dicho ingreso declarado por el individuo está medido en soles y con una frecuencia mensual.

Jefe de hogar

“Es la persona, a quien los demás miembros del hogar reconocen como tal y reside habitualmente en la vivienda” (Enaho, 2022, p. 129).

Nivel educativo. Son las etapas educativas del sistema, correspondiente a las diversas fases del desarrollo personal de los educandos. Los niveles educativos son cuatro: Inicial, Primaria, Secundaria y Superior” (INEI, 2013, p. 267).

Sexo

“Es la condición orgánica de los entrevistados, que permite identificarlos como hombre y mujer” (Enaho, 2022, p. 134).

Régimen laboral.

Se refiere al tipo de régimen laboral en el que el individuo trabaja, según el tipo de actividad definido por las condiciones y la relación laboral con su empleador.

Tiempo de espera.

“Está referido al espacio de tiempo que tuvo que esperar para

poder ser atendido el día de su consulta en el Establecimiento de Salud”
(Enaho, 2022, p. 270).

Tiempo de programación de cita

“Está referido al espacio de tiempo que el paciente tuvo que esperar para ser programado para una cita de atención, en el Establecimiento de Salud al cual acudió en la última consulta realizada”
(Enaho, 2022, p. 269).

Tiempo de traslado

“Está referido al tiempo que le tomó al paciente llegar al Establecimiento de Salud en el medio que usa generalmente” (Enaho, 2022, p. 270).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

Los factores determinantes influyen significativamente en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

3.1.2 Hipótesis Específicas

1. Los factores determinantes socioeconómicos influyen positivamente en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.
2. Los factores determinantes organizacionales influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.
3. Los factores determinantes geográficos influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.
4. Los factores determinantes laborales influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

3.2 Definición de variables

Acceso efectivo al seguro social de salud

Es la posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere (Fajardo et al., 2015).

Factores determinantes

Son aspectos que afectan el acceso a los servicios de salud,

motivada por factores económicos geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación (Fajardo et al., 2015).

3.3 Operacionalización de variables

Factores determinantes

Para operacionalizar esta variable se desagregó en las siguientes dimensiones: factor socioeconómico, organizacional, geográfico y factor laboral.

Para medir el factor socioeconómico se ha utilizado como indicadores: El total de ingresos, condición de jefe de hogar, sexo, edad, nivel educativo, estado civil y etnia.

Para medir el factor organizacional se ha utilizado como indicadores: Tiempo de espera de programación de una cita, tiempo de traslado del domicilio al centro de salud y tiempo de espera para ser atendido en el centro de salud.

Para medir el factor geográfico se ha utilizado como indicadores: región y zona geográfica.

Para medir el factor laboral se ha utilizado como indicadores: La condición de actividad, régimen laboral y tipo de contrato laboral.

Tabla 3.1.

Operacionalización de variables

Variables de estudio	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Unidad de medida	Método	Técnica
Factores determinantes	Son aspectos que afectan el acceso a los servicios de salud, motivada por factores económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación	La variable se desagregó en 4 dimensiones	Socioeconómicos	Total de ingresos	Logaritmo	Hipotético-deductivo	Documental
				Sexo	1: Mujer 0: Hombre	Hipotético-deductivo	Documental
				Condición de jefe de hogar	1: Jefe de hogar 0: No jefe de hogar	Hipotético-deductivo	Documental
				Edad	1: Mayor a 65 años 0: No mayor a 65 años	Hipotético-deductivo	Documental
				Nivel educativo	1: Tiene educación secundaria completa 0: No tiene educación secundaria completa	Hipotético-deductivo	Documental
				Estado civil	1: Si está casado 0: No está casado	Hipotético-deductivo	Documental
				Etnia	1: Es de etnia nativa indígena 0: No es etnia nativa indígena	Hipotético-deductivo	Documental
			Organizacional	Tiempo de espera de programación de una cita	Días	Hipotético-deductivo	Documental
				Tiempo de traslado del domicilio al centro de salud	Horas	Hipotético-deductivo	Documental
				Tiempo de espera para ser atendido en el centro de salud	Horas	Hipotético-deductivo	Documental
			Geográfico	Región	1: Reside en la selva 0: No reside en selva	Hipotético-deductivo	Documental
				Zona geográfica	1: Proviene de zona rural 0: Proviene de zona urbana	Hipotético-deductivo	Documental
			Laboral	Condición de actividad	1: Si es ocupado 0: Si no es ocupado	Hipotético-deductivo	Documental
				Régimen laboral	1: Es trabajador de entidad privada 0: No es trabajador de entidad privada	Hipotético-deductivo	Documental
Tipo de contrato laboral	1: Tiene contrato fijo 0: No tiene contrato fijo	Hipotético-deductivo		Documental			
Acceso efectivo al seguro social de salud	Es la posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere	Acceso efectivo al seguro social de salud		1: Si tuvo un acceso efectivo 0: No tuvo un acceso efectivo	Hipotético-deductivo	Documental	

IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

4.1 Diseño metodológico

4.1.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación adoptado es explicativa de corte transversal. Hernández y Mendoza (2018) señalan que la investigación de tipo explicativa no solo se concentra en la descripción de fenómenos, variables o conceptos, o su relación entre ellas. Su finalidad es proporcionar respuestas acerca de las causas de los eventos (p. 110). Asimismo, Hernández et al. (2014) definen a una investigación de corte transversal como aquella que recopila datos en un momento específico

En efecto, en la investigación se determina la relación de los factores determinantes y el acceso efectivo al seguro social de salud, EsSalud en el Perú, en el año 2022.

4.1.2 Diseño de investigación

La investigación sigue un enfoque cuantitativo y adopta un diseño de investigación no experimental. De acuerdo con Hernández et al. (2014), el enfoque cuantitativo sigue un proceso secuencial, es decir, sigue una serie de pasos en un orden específico lo cual implica delimitar el planteamiento del problema, construir un marco teórico, formular una hipótesis y aplicar métodos estadísticos para someter a dichas hipótesis a prueba, generando conclusiones que contribuirán a la generación de conocimiento.

Con respecto al diseño de investigación, Pimienta y De la Orden (2017) argumentan que una investigación es no experimental cuando el investigador no ejerce control alguno de las variables independientes, por ende, sólo observa o mide los fenómenos en su ambiente natural para su posterior análisis.

4.2 Método de investigación

El método de investigación utilizado es el hipotético - deductivo mediante el uso de la estadística y la econometría. Según Rodríguez y Pérez (2017), este método consiste en formular una hipótesis que posteriormente son contrastadas y se utiliza como base para nuevas deducciones. El método hipotético - deductivo es reconocido por su capacidad de contribuir a la construcción de nuevo conocimiento.

4.3 Población y muestra

La población de estudio corresponde a todos los asegurados a nivel nacional afiliados al seguro social de salud - EsSalud.

La muestra se obtuvo por medio de los registros que proporciona el INEI a través de la encuesta Condiciones de vida y pobreza de la Enaho la cual se delimitó a un total de 12,298 personas aseguradas a nivel nacional en el sistema de salud EsSalud en el año 2022, quienes al momento de ser encuestados sobre el estado de su salud mencionaron tener una condición de salud inestable en las 4 últimas semanas.

Según INEI (2022), la muestra es del tipo probabilística, de áreas, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento de estudio. El nivel de confianza de los resultados muestrales, es del 95%.

4.4 Lugar de estudio

El lugar de estudio abarcó todo el territorio peruano durante el año 2022, y la investigación fue desarrollada en las instalaciones de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional del Callao (UNAC).

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

4.5.1 Técnicas

Para la investigación se ha utilizado la técnica documental, puesto que se trabajó con la encuesta Condiciones de vida y pobreza de la Enaho, proporcionada por el INEI. Esta encuesta incluye módulos correspondientes a las características de los miembros del hogar, educación, salud y empleo e ingresos.

4.5.2 Instrumentos

El instrumento utilizado ha sido a ficha documental.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

- Planificación: Se definió el tema y el propósito de la investigación, se realizó el cronograma del proyecto y estableció los recursos pertinentes para llevar a cabo el análisis del estudio.
- Elaboración: Como primer punto, se identificó la variable independiente, es decir la variable factores determinantes, sus dimensiones e indicadores, y la variable dependiente, el acceso efectivo al seguro social de salud. A partir de los indicadores, se realizó la revisión del cuestionario de la Enaho para obtener data y procesar la

información a través de los programas Microsoft Excel y Stata 17. Para abordar el desequilibrio de clases conjuntas, durante el procesamiento de datos, se hizo uso de la técnica de undersampling, esto debido a que esta técnica de submuestreo permite la conservación de datos y permite reducir el sesgo ya que al reducir el tamaño de la clase mayoritaria a través del submuestreo puede mitigar el sesgo y permitir que el modelo se enfoque más en la clase minoritaria, lo cual nos lleva a una mejor precisión en la predicción.

En esta investigación se busca modelar los factores socioeconómicos, organizacionales, geográficos y laborales, mediante la estimación de la probabilidad de ocurrencia de un evento; en este caso dicho evento es el acceso efectivo al seguro social EsSalud en el Perú en el año 2022. En ese sentido, un modelo de regresión Logit, cuya función es logística, es el apropiado por el cual se ha hecho uso. El objetivo de este modelo es analizar la relación entre variables. (Gujarati y Porter, 2010).

Para realizar el modelado de nuestras variables, partiremos desde el modelo general hasta llegar al modelo de nuestro estudio.

De acuerdo con Gujarati y Porter (2010), en un modelo Logit, asumiendo una sola variable independiente, la probabilidad de que ocurra el suceso quedaría definida como:

$$P_i = \frac{1}{1+e^{-(B_1+B_2x)}} \quad (02)$$

O también:

$$P_i = \frac{1}{1+e^{-Z_i}} = \frac{e^Z}{1+e^Z} \quad (03)$$

Donde,

$$Z_i = (B_1 + B_2x)$$

A medida que Z_i se encuentra dentro de un rango $-\infty$ a $+\infty$, P_i ya se encuentra entre 0 a 1, sin embargo, aún no está linealmente relacionado con X_i ni con los B_i .

Luego, si la probabilidad de estar afiliado al Seguro Social de Salud EsSalud está dado por (2), entonces la probabilidad de que no ocurra el suceso es:

$$1 - P_i = \frac{1}{1+e^{Z_i}} \quad (04)$$

Lo cual se puede reescribir como:

$$\frac{P_i}{1-P_i} = \frac{1+e^{Z_i}}{1-e^{-Z_i}} = e^{Z_i} \quad (05)$$

Donde $\frac{P_i}{1-P_i}$ Es la razón de probabilidades (Odds Ratio) a favor de que ocurra el suceso, es decir la razón entre la probabilidad de que ocurra respecto de la probabilidad de que no ocurra.

Ahora, al tomar el logaritmo natural de (5), la ecuación queda:

$$L_i = \ln \left(\frac{P_i}{1-P_i} \right) = Z_i = B_1 + B_2 x \quad (06)$$

De esta manera L_i , el logaritmo de la razón de probabilidades o también llamado Logit, ya es lineal tanto en X_i como en los parámetros B_i . A medida que P_i va de 0 a 1, el L_i va de $-\infty$ a $+\infty$; y aunque L_i es lineal en

X_i , las probabilidades no lo son. Este tipo de modelos son no lineales y, por ende, no se les exige un tipo de distribución a las variables independientes. Asimismo, su análisis aísla el impacto específico que tiene cada variable independientemente sobre la variable que se pretende explicar (manteniendo todas las demás constantes) que, en el caso del presente estudio, la variable de análisis es el acceso efectivo al seguro social de salud.

En ese contexto, la probabilidad de acceso efectivo es expresado matricialmente como:

$$P = \frac{1}{1+e^{-(XB+U)}} \quad (07)$$

y

$$XB = X_1Q_1 + X_2Q_2 + X_3Q_3 + X_4Q_4 \quad (08)$$

Donde

- P es el vector de probabilidades de cada individuo de acceder efectivamente a su seguro social de salud ESSALUD.
- X_1, X_2, X_3, X_4 son vectores de dimensión $n \times p_1, n \times p_2, n \times p_3, n \times p_4$ respectivamente (con n individuos y p_1, p_2, p_3, p_4 variables en cada conjunto). Representan a cada tipo de factor socioeconómico, organizacional, geográfico y laboral, respectivamente.
- $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4$ son vectores de coeficientes de longitud p_1, p_2, p_3, p_4 respectivamente.
- U es el vector de los términos de error.

Determinantes socioeconómicos:

De la ecuación (08), desagregamos X_1B_1 el cual se puede expresar como una combinación lineal

$$XB_1 = X_1\beta_1 = \beta_{1,1}X_{1,1} + \beta_{1,2}X_{1,2} + \dots + \beta_{1,k}X_{1,k}$$

Donde $\beta_{11}, \beta_{12}, \dots, \beta_{1,k}$ son los coeficientes asociados a los k-ésimos indicadores de X_1 ; tal que $k = 24$.

Dichos indicadores son:

- $X_{1,1}$: *Edad*
- $X_{1,2}$: *Logingresos*
- $X_{1,3}$: *Quechua = 1*
- $X_{1,4}$: *Aimara = 1*
- $X_{1,5}$: *Nativo o indígena de la amazonia = 1*
- $X_{1,6}$: *Negro/moreno/zambo/mulato = 1*
- $x_{1,7}$: *Blanco = 1*
- $x_{1,8}$: *Otro = 1*
- $x_{1,9}$: *Sin nivel educativo = 1*
- $x_{1,10}$: *Primaria incompleta = 1*
- $x_{1,11}$: *Primaria completa = 1*
- $x_{1,12}$: *Secundaria incompleta = 1*
- $x_{1,13}$: *Superior no universitaria incompleta = 1*
- $x_{1,14}$: *Superior no universitaria completa = 1*
- $x_{1,15}$: *Superior universitaria incompleta = 1*
- $x_{1,16}$: *Superior universitaria completa = 1*
- $x_{1,17}$: *Conviviente = 1*
- $x_{1,18}$: *Viudo(a) = 1*

- $x_{1,19}$: *Divorciado(a)* = 1
- $x_{1,20}$: *Separado(a)* = 1
- $x_{1,21}$: *Soltero(a)* = 1
- $x_{1,22}$: *Jefe_hom* = 1
- $x_{1,23}$: *Hombre* = 1
- $x_{1,24}$: *Enfermo_cronico* = 1

Determinantes organizacionales:

De la ecuación (08), desagregamos X_2B_2 el cual se puede expresar como una combinación lineal

$$XB_2 = X_2\beta_2 = \beta_{2,1}X_{2,1} + \beta_{2,2}X_{2,2} + \dots + \beta_{2,3}X_{2,3}$$

Donde $\beta_{2,1}, \beta_{2,2}, \dots, \beta_{2,k}$ son los coeficientes asociados a los k-ésimos indicadores de X_2 ; tal que $k = 3$.

Dichos indicadores son:

- $X_{2,1}$: *Tiempo de traslado*
- $X_{2,2}$: *Tiempo de espera*
- $X_{2,3}$: *Tiempo de prog. cita*

Determinantes geográficos:

De la ecuación (08), desagregamos X_3B_3 el cual se puede expresar como una combinación lineal

$$XB_3 = X_3\beta_3 = \beta_{3,1}X_{3,1} + \beta_{3,2}X_{3,2} + \dots + \beta_{3,8}X_{3,8}$$

Donde $\beta_{3,1}, \beta_{3,2}, \dots, \beta_{3,k}$ son los coeficientes asociados a los k-ésimos indicadores de X_3 ; tal que $k = 8$.

Dichos indicadores son:

- $X_{3,1}$: *Costa norte* = 1

- $X_{3,2}$: *Costacentro* = 1
- $X_{3,3}$: *CostaSur* = 1
- $X_{3,4}$: *SierraNorte* = 1
- $X_{3,5}$: *SierraCentro* = 1
- $X_{3,6}$: *SierraSur* = 1
- $x_{3,7}$: *LimaMetropolitana* = 1
- $x_{3,8}$: *ZonaRural* = 1

Determinantes laborales:

De la ecuación (08), desagregamos X_4B_4 el cual se puede expresar como una combinación lineal

$$XB_4 = X_4\beta_4 = \beta_{4,1}X_{4,1} + \beta_{4,2}X_{4,2} + \dots + \beta_{4,10}X_{4,10}$$

Donde $\beta_{4,1}, \beta_{4,2}, \dots, \beta_{4,k}$ son los coeficientes asociados a los k-ésimos indicadores de X_4 ; tal que $k = 10$.

Dichos indicadores son:

- $X_{4,1}$: *Contrato indefinido* = 1
- $X_{4,2}$: *periodo de prueba* = 1
- $X_{4,3}$: *Contrato de formación juvenil* = 1
- $X_{4,4}$: *Contrato por locación de servicios* = 1
- $X_{4,5}$: *Régimen especial de Contratación administrativa (cas)* = 1
- $X_{4,6}$: *Sin contrato* = 1
- $x_{4,7}$: *Empleado publico* = 1
- $x_{4,8}$: *Obrero privado* = 1
- $x_{4,9}$: *Obrero publico* = 1
- $x_{4,10}$: *Trabajador del hogar* = 1

4.7 Aspectos éticos en investigación

La investigación se fundamenta en información proporcionada y validada por el INEI a través de la Enaho, la cual se rige por la ley del Sistema Estadístico Nacional que establece que la información proporcionada por las fuentes del Sistema tiene carácter secreto. No podrá ser revelada en forma individualizada, aunque mediante orden administrativa o judicial. Sólo podrán ser divulgados o publicados sus resultados estadísticos, en forma innominada. (Presidencia de la República del Perú, 1975, Ley 21372, Artículo 31).

Además, la investigación cumple con los criterios establecidos por el código de ética de la investigación de la Universidad Nacional del Callao (UNAC) que establece que los investigadores de la universidad tienen el deber de respetar los principios éticos de la investigación. Protegiendo los derechos de las personas participantes en sus investigaciones, así como de proteger la confidencialidad de los datos generados y utilizados para la investigación. (Universidad Nacional del Callao, 2019, Artículo 9).

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

A partir del procesamiento de datos de los módulos de salud, características e ingresos de la Enaho 22, en la tabla 5.1 se obtienen las principales características y estadísticos descriptivos para los indicadores y sus respectivas categorías referenciales para el análisis.

En cuanto a las categorías referenciales o categorías base, son aquellas categorías relevantes para el análisis que se omiten en la construcción de las categorías dicotómicas, además evita los problemas de colinealidad perfecta.

Tabla 5.1

Estadísticos descriptivos y características generales de los indicadores

Indicador / Categoría Referencial		Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Acceso efectivo servicio de salud		12,352	0.21	0.41	0	1
Tiempo de traslado al centro de atención (en horas)		3,339	2.67	80.73	0.0166	4320
Tiempo de espera para ser atendido (en horas)		3,339	0.85	1.24	0	20
Tiempo que tomó programar las citas (en días)		3,339	4.86	14.01	0	180
Ingresos		6,612	1987.60	1863.30	0	34310.5
Dominio	Costa Centro	12,352	0.16	0.37	0	1
	Lima Metropolitana	12,352	0.14	0.34	0	1
Área	Rural	12,352	0.12	0.33	0	1
Tipo de contrato laboral	Contrato a plazo fijo	5,228	0.43	0.49	0	1
Etnia	Quechua	10,040	0.20	0.40	0.000	1
	Mestizo	10,040	0.60	0.49	0	1
Categoría ocupacional	No ocupado	10,040	0.32	0.46	0	1
Educación	Secundaria completa	10,043	0.24	0.43	0	1
Estado civil	Casado (a)	10,354	0.37	0.48	0	1
	Soltero (a)	10,354	0.23	0.42	0	1
Jefe de hogar	Si es jefe de hogar	12,298	0.39	0.49	0	1
Sexo	Mujer	12,298	0.55	0.50	0	1
Enfermo crónico	Si es enfermo crónico	12,352	0.61	0.49	0	1

Nota: Los datos tienen como fuente la Enaho 2022.

Dichas categorías referenciales se consideraron en función a los antecedentes de la investigación, con el objetivo de poder discutir los resultados obtenidos. En el caso de los indicadores nuevos, se consideró aquellas categorías con mayor relevancia para la hipótesis del estudio o aquellas categorías de frecuencia.

En cuanto a la lectura de las categorías dicotómicas, la media se entiende como la proporción de la muestra cuyo valor del indicador es igual a 1.

Respecto a los indicadores no categóricos, se observó la presencia de valores atípicos, por lo que se realizó un tratamiento de datos utilizando transformaciones y métodos de truncamiento a fin de reducir la asimetría de los datos y tener un modelo más robusto.

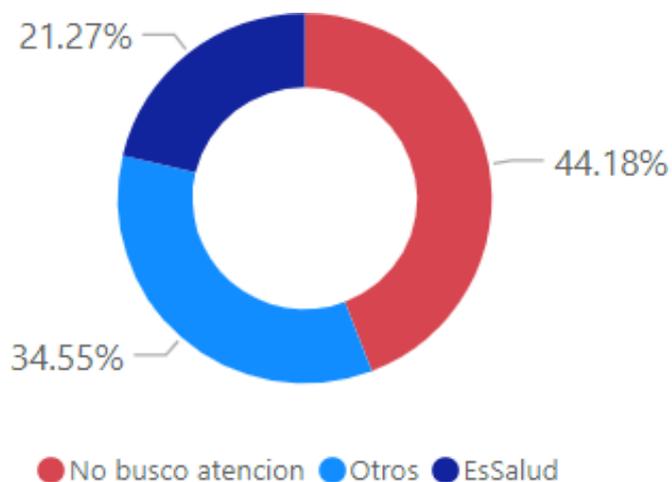
5.1.1 Acceso efectivo

De acuerdo con la tabla 5.1 la media del indicador de la variable Acceso es 0.21. Es decir, el 21% de la muestra accedió efectivamente a su seguro de salud durante el 2022.

Del 79% que no utilizó su seguro de EsSalud (ver figura 5.1.1), el 44.2% no buscó atención, mientras que el 34.6% busco atención en otra entidad prestadora. Dentro de este grupo, es importante notar que el 57% buscó atención en boticas o farmacias, seguido de una atención en clínicas o establecimientos particulares (27%).

Figura 5.1.1

Acceso según lugar de atención

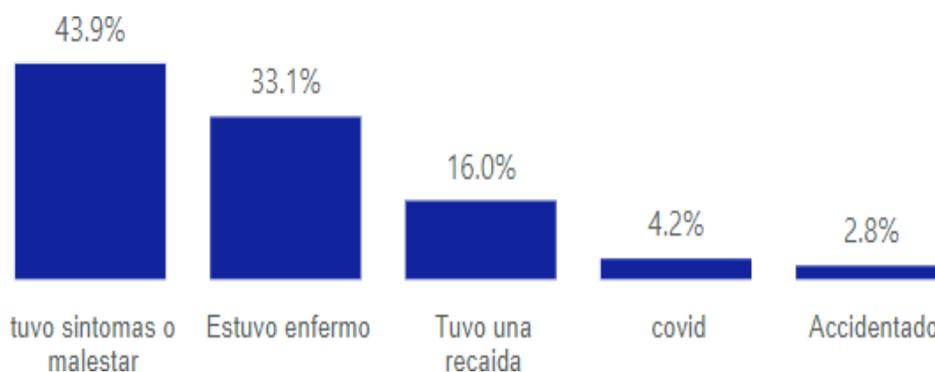


Nota: Los datos tienen como fuente la Enaho 2022

Esta búsqueda mayoritaria de atención primaria en boticas y farmacias responde al tipo de afección que tuvieron los asegurados. En la figura 5.1.2 se observa la distribución de la muestra según el tipo de afección sanitaria declarada.

Figura 5.1.2

Distribución de asegurados según tipo de afección sanitaria



Nota: Los datos tienen como fuente la Enaho 2022

Se observa que el 43.9% de los asegurados declararon tener solo síntomas o malestar; es decir una afección sanitaria leve.

Al realizar el cruce por grupos, se encontró que para el grupo que no buscó atención en ninguna entidad, el porcentaje que declaró tener una afección leve fue del 53%, mientras que para el grupo que buscó atención en otras entidades, el porcentaje baja a un 41.2%.

En cuanto al grupo que sí accedió a EsSalud, el porcentaje de asegurados con solo síntomas y enfermos es muy cercana; 34% y 30% respectivamente.

Al calcular el estadístico Chi-Cuadrado de Pearson entre estas dos variables, se obtuvo un p-valor de 0.000; es decir que existe evidencia para sugerir que la elección de donde buscar atención sanitaria no es independiente del tipo de afección.

En esa línea, si observamos en la tabla 5.1.1, las razones por las cuales los asegurados no utilizaron su seguro, observamos que 7 de cada 10 asegurados consideraron que no era necesario o se auto recetaron algún medicamento.

Por lo tanto, podemos concluir una asociación y una aparente correlación entre el nivel de afectación sanitaria y el lugar de atención; por tanto, el acceso efectivo. Es decir, cuanto menos grave es la afectación sanitaria, el asegurado tiene mayor preferencia por buscar atención primaria en boticas y farmacias; pues considera que no es necesario movilizarse a algún centro de salud, por lo que finalmente no utilizará su seguro de salud.

Tabla 5.1.1

Razones por las que los asegurados no accedieron a su seguro de salud en

EsSalud en el 2022

Razones por las que no acudieron	Frecuencia	Porcentaje (%)
No consideró que era necesario	2,850	35.82
Se auto recetó	2,389	30.03
Le faltó tiempo	771	9.69
Prefiere recetas caseras	738	9.28
Se demoran en atender	396	4.98
No confía en los médicos	123	1.55
Se encuentra lejos	91	1.14
Maltrato del personal médico	84	1.06
No tuvo dinero	55	0.69
Otros	449	5.64

Nota: Los datos tienen como fuente la Enaho 2022

5.1.2 Factores determinantes

A. Determinantes socioeconómicos

Ingresos. En la tabla 5.1 se observa los principales estadísticos del nivel de ingresos. El nivel de ingresos promedio entre los asegurados, asciende a 1987.6 soles. Al realizar el cruce por la variable dependiente, se presencia que el nivel de ingresos promedio es mayor para la muestra que no accedió a su seguro (ver tabla 5.1.2.1). Siendo mayor en aquel grupo que buscó atención en otro lugar (2,111 soles) respecto a aquellos que estrictamente no buscaron atención (1925 soles).

Tabla 5.1.2.1

Nivel de ingresos por tipo de acceso

Ingresos	Media	Desviación estándar
No accedió a su seguro	2,005.71	26
Sí accedió a su seguro	1,915.13	42.16

Nota: Los datos tienen como fuente la Enaho 2022

Se aplicó una transformación logarítmica a los ingresos,

debido a su alta dispersión y la presencia de valores atípicos. (ver tabla 5.1) De esa manera se obtiene una distribución más simétrica y menos dispersa.

Educación. En la tabla 5.1 se observa que la muestra de asegurados está conformada por un 24.6% de personas que culminaron la secundaria, seguido de un 20.3% que terminó la educación superior.

Se optó por considerar la categoría “Secundaria completa” como la categoría base o de referencia al momento de dicotomizar el indicador y sus categorías, debido a que es la categoría con mayor porcentaje entre los asegurados de ambos grupos.

Estado civil. En la tabla 5.1 se precisa que la muestra de asegurados está mayoritariamente concentrada en casado(a)s (37%) y solteros (23%). Para el análisis inferencial se consideró la categoría “casado(a)s” como referencia.

Jefe de hogar. De la tabla 5.1 se desprende que el 61% de la muestra no es jefe de hogar. Dicha categoría fue considerada como referencial para el análisis posterior.

Sexo. Se observa en la tabla 5.1 que el 55% de la muestra son mujeres. Dicha categoría servirá como base referencial para el análisis inferencial.

Enfermo crónico. Según la tabla 5.1, el 61% de la muestra se declaró como enfermo crónico.

Etnia. De acuerdo con la tabla 5.1 la muestra de asegurados que se identifica como mestizos corresponde a un 60%, seguido de un 20% de población quechua. Para el análisis, el grupo identificado como mestizos será la categoría referencial.

B. Determinantes organizacionales

Tiempo de traslado al centro de atención. De acuerdo con la tabla 5.1 los asegurados demoraban en promedio 2.6 horas en llegar a un establecimiento de EsSalud. Dada la naturaleza atípica de algunos valores, se utilizaron técnicas de truncamiento para delimitar la muestra y reducir la asimetría de los datos.

Tiempo de espera para ser atendido. Según la tabla 5.1 los asegurados demoran en promedio 50 minutos para ser atendidos en algún centro de atención. Dada la naturaleza atípica de algunos valores, se utilizaron técnicas de truncamiento para delimitar la muestra y reducir la asimetría de los datos.

Tiempo que tomó programar las citas. Siguiendo la tabla 5.1 se muestra que, en promedio, los asegurados esperaron 5 días para tener una programación de citas. Dada la naturaleza atípica de algunos valores, se utilizaron técnicas de truncamiento para delimitar la muestra y reducir la asimetría de los datos.

C. Determinantes geográficos

Rural. De la tabla 5.1 se desprende que 9 de cada 10 asegurados residen en zona urbana.

Dominio. Siguiendo la tabla 5.1 se observa que el 42% de

los asegurados son de la costa (con mayor proporción en la costa norte y centro), seguidos de un 24% de la sierra sur y centro. En menor proporción los asegurados de la selva (16%) y solo de lima metropolitana (14%).

D. Determinantes laborales

Tipo de contrato laboral. Según la tabla 5.1 la muestra de asegurados en su mayoría cuenta con un contrato a plazo fijo (43%) o un contrato indefinido (31%).

Categoría ocupacional. De acuerdo con la tabla 5.1 3 de cada 10 asegurados de la muestra se encuentra no ocupados. Por otro lado, 4 de cada 10 son empleados públicos o privados y 2 son independientes. Para el análisis se consideró la categoría de “no ocupados” como base.

5.2 Resultados Inferenciales

Tabla 5.2

Efectos Marginales del modelo logit

Indicadores	dy/dx	Std. Err.	z	P>z
<i>Determinantes socioeconómicos</i>				
Edad	0.001	0.000	4.130	0.000
Logingresos	-0.007	0.006	-1.06	0.288
Quechua	0.002	0.009	0.210	0.835
Aimara	0.005	0.018	0.280	0.778
Nativo o indígena de la amazonia	-0.076	0.036	-2.100	0.035
Negro/moreno/zambo/mulato	0.003	0.014	0.240	0.813
Blanco	0.022	0.017	1.310	0.190
Otro	0.031	0.014	2.290	0.022
Sin nivel educativo	-0.051	0.070	-0.730	0.465
Primaria incompleta	-0.011	0.029	-0.380	0.701

Indicadores	dy/dx	Std. Err.	z	P>z
Primaria completa	-0.047	0.020	-2.370	0.018
Secundaria incompleta	0.004	0.016	0.260	0.798
Superior no universitaria incompleta	0.013	0.016	0.830	0.407
Superior no universitaria completa	0.002	0.011	0.160	0.877
Superior universitaria incompleta	0.013	0.015	0.870	0.382
Superior universitaria completa	0.020	0.011	1.760	0.078
Conviviente	0.013	0.009	1.510	0.132
Viudo(a)	-0.038	0.020	-1.86	0.062
Divorciado(a)	0.022	0.024	0.900	0.366
Separado(a)	0.014	0.010	1.410	0.159
Soltero(a)	0.007	0.010	0.730	0.466
Jefe_hom	-0.010	0.007	-1.330	0.182
Sexo	-0.006	0.007	-0.790	0.432
Enfermo_cronico	0.022	0.007	3.170	0.002
<i>Determinantes organizacionales</i>				
Tiempo de traslado_truncate	-0.023	0.003	-7.390	0.000
Tiempo de espera_truncate	-0.003	0.003	-0.880	0.376
Tiempo prog. cita_truncate	-0.002	0.000	-8.880	0.000
<i>Determinantes geográficos</i>				
Costa norte	0.023	0.011	2.140	0.033
Costa centro	-0.018	0.012	-1.550	0.121
Costa sur	0.000	0.013	-0.010	0.990
Sierra norte	0.032	0.016	1.960	0.050
Sierra centro	-0.008	0.012	-0.660	0.510
Sierra sur	0.006	0.012	0.460	0.646
Lima metropolitana	-0.004	0.012	-0.350	0.726
Área (rural) (urbano = 0)	-0.036	0.009	-3.750	0.000
<i>Determinantes laborales</i>				
Contrato indefinido, nombrado, permanente	0.011	0.008	1.300	0.194
periodo de prueba	0.012	0.090	0.130	0.897
Contrato de formación juvenil	0.055	0.097	0.570	0.568
Contrato por locación de servicios	-0.010	0.026	-0.400	0.693

Indicadores	dy/dx	Std. Err.	z	P>z
Régimen especial de Contratación administrativa (cas)	0.015	0.012	1.280	0.202
Sin contrato	0.012	0.014	0.870	0.382
Empleado publico	-0.037	0.009	-4.030	0.000
Obrero privado	-0.002	0.009	-0.210	0.833
Obrero publico	-0.065	0.017	-3.830	0.000
Trabajador del hogar	-0.025	0.026	-0.940	0.348

Nota: Los datos tienen como fuente la Enaho 2022

A. Determinantes socioeconómicos

En la tabla 5.2. se observan los efectos marginales del modelo logit estimado. Variables como la edad, la etnia, la educación y estado civil resultaron ser estadísticamente significativas en al menos una de sus categorías. En ese sentido, se interpreta para la edad, que, ante un aumento de un año en la edad, la probabilidad de acceso efectivo aumenta en un 0.1%. Respecto a la etnia, la categoría base es “mestizo”. La categoría de nativo o indígena de la amazonia resultó ser estadísticamente significativo con un p valor < 0.005. Esto sugiere que los asegurados identificados con esta etnia u otros tienen un 7.6% menos de probabilidad de acceder efectivamente a su seguro que los asegurados identificados como mestizos. En cuanto al nivel educativo la categoría base es “secundaria completa”. La categoría de primaria completa resultó ser estadísticamente significativa con p valor de 0.018. Es decir, un asegurado con primaria completa como nivel máximo educativo logrado tiene menor probabilidad en un 4.7% de acceder efectivamente a su seguro que alguien con secundaria completa. Por otro lado, el estado civil del asegurado es estadísticamente significativo

al 10% en su categoría de viudo(a) (0.062). Siendo la categoría “casado” como la base, un asegurado(a) en condición de viudo(a) tiene una probabilidad menor en 3.8% de acceder efectivamente a su seguro social de salud que alguien en condición de casado. Finalmente, la condición de salud también resultó ser un determinante estadísticamente significativo. Es decir, un asegurado con condición de salud crónica tiene una probabilidad mayor en un 2% de acceder efectivamente a su seguro social de salud que alguien sin condición de salud crónica.

B. Determinantes organizacionales

Estos determinantes, al ser operacionalizado en variables que implican temporalidad son interpretados de manera diferente a las variables categóricas. Tanto el tiempo de traslado hacia una entidad de salud del seguro social, como el tiempo de programación de citas resultaron ser estadísticamente significativas con un p valor $< 0,05$. Esto sugiere que, para el primer caso, un aumento de una hora en el tiempo de traslado hacia una entidad de salud del seguro social reduce la probabilidad de acceso efectivo en un 2.3%. En esa línea, para el caso del tiempo de programación de citas, un aumento de un día de espera reduce la probabilidad de acceso efectivo en un 2%.

C. Determinantes geográficos

Según la tabla 5.2 las categorías costa y sierra norte tienen un efecto marginal positivo, esto en comparación con la categoría base, “selva”. Es decir que la probabilidad de tener un acceso efectivo al seguro social de salud- EsSalud es aproximadamente 2.3% más alta en

la costa norte que en la selva. Asimismo, la probabilidad de acceder al seguro social de salud – EsSalud en la sierra norte es mayor que en la selva en 3.2%.

Por otro lado, la categoría área rural tiene un efecto marginal negativo, esto en comparación con la categoría base, área urbana, es decir que la probabilidad de tener acceso efectivo al seguro social de salud – EsSalud es en promedio 3.6% menos en el área rural.

Finalmente, las categorías como costa centro, costa sur, sierra centro, sierra sur y Lima Metropolitana no son estadísticamente significativas al nivel de significancia del 0.05.

D. Determinantes laborales

En la tabla 5.2 se observa que la categoría empleado público y obrero público tienen un efecto marginal negativo en comparación con la categoría base, “no ocupado”. Es decir que la probabilidad de tener un acceso efectivo al seguro social de salud es menor en 3.7% para un asegurado empleado público. Asimismo, la probabilidad de acceder al seguro social de salud para un obrero público es menor en 6.5% que un “no ocupado”.

Por otro lado, las categorías de los empleados como contrato indefinido, nombrado, permanente, periodo de prueba, contrato de formación juvenil, contrato por locación de servicios, régimen especial de contratación administrativa, sin contrato, obrero privado y trabajador del hogar no son estadísticamente significativos al nivel de significancia del 0.05 ($p < 0.05$).

Tabla 5.3*Matriz de confusión del modelo logit*

Classified	True		Total
	D	~D	
+	899	242	1141
-	66	3584	3650
Total	965	3826	4791

Classified + if predicted $\Pr(D) \geq .5$		
True D defined as acceso_efectivo !=0		
Sensitivity	$\Pr(+ D)$	93.16%
Specificity	$\Pr(- \sim D)$	93.67%
Positive predictive value	$\Pr(D +)$	78.79%
Negative predictive value	$\Pr(\sim D -)$	98.19%
False + rate for true ~D	$\Pr(+ \sim D)$	6.33%
False – rate for true D	$\Pr(- D)$	6.84%
False + rate for classified +	$\Pr(\sim D +)$	21.21%
False – rate for classified -	$\Pr(D -)$	1.81%
Correctly classified		93.57%

En la Tabla 5.3 se observa la matriz de confusión del modelo logit estimado. Esta matriz indica que el modelo clasificó correctamente 899 casos como verdaderos positivos, lo que significa que acertó al predecir que los asegurados accedieron efectivamente al seguro de salud - EsSalud cuando sí lo hicieron. Además, el modelo clasificó 242 casos como falsos negativos, lo que significa que no logró predecir correctamente que los asegurados accedieron al seguro de salud - EsSalud cuando sí lo hicieron. Por otro lado, se registraron 66 falsos positivos, lo que significa que el modelo predijo incorrectamente que los asegurados accedieron al seguro de salud - EsSalud cuando no lo

hicieron. Finalmente, se identificaron 3584 verdaderos negativos, lo que significa que el modelo acertó al predecir que los asegurados no accedieron al seguro de salud de EsSalud cuando no lo hicieron.

La tabla 5.3 también indica una sensibilidad del 93.16%, lo que significa que el modelo identificó correctamente al 93.16% de los asegurados que accedieron efectivamente al seguro social de salud - EsSalud. Asimismo, se registra una especificidad del 93.67%, lo que indica que el modelo identificó correctamente al 93.67% de los asegurados que no accedieron al seguro social de salud - EsSalud. Finalmente, el modelo clasificó correctamente al 93.57% de todos los casos, lo que incluye tanto a las personas que accedieron efectivamente al seguro social de salud EsSalud como a las que no lo hicieron.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

A. Criterio para la aceptación o rechazo de la hipótesis nula (H_0)

De acuerdo con el carácter cuantitativo de los datos y el número de datos por variable e indicador, conviene aplicar y considerar las pruebas de significancia individual (t) y la prueba de significancia global (chi-cuadrado).

Si el p valor $>$ el nivel de significancia, entonces no se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se rechaza la hipótesis alternativa (H_1).

En todos los casos, el nivel de significancia será del 5%.

B. Hipótesis específica 1

Las hipótesis a testear son las siguientes:

H_0 : Los factores determinantes socioeconómicos influyen negativamente en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

H_1 : Los factores determinantes socioeconómicos influyen positivamente en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

La tabla 5.2 muestra los efectos marginales, los errores estándar el estadístico t de significancia individual y el p-valor para cada uno de los indicadores.

Respecto a los factores determinantes socioeconómicos, los indicadores que cumplen con los criterios establecidos para el rechazo de H_0 son la edad, la etnia (nativo o indígena), educación (primaria

completa) y condición de enfermedad crónica. Por tanto, los factores determinantes socioeconómicos influyen positivamente en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud.

C. Hipótesis específica 2

H₀: Los factores determinantes organizacionales influyen negativamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

H₁: Los factores determinantes organizacionales influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

La tabla 5.2 muestra los efectos marginales, los errores estándar el estadístico t de significancia individual y el p-valor para cada uno de los indicadores.

Respecto a los factores determinantes organizacionales, los indicadores que cumplen con los criterios establecidos para el rechazo de H₀ son el tiempo de traslado al centro de atención (ttraslado_truncate) y el tiempo de programación de citas (tprog_cita_truncate). Por tanto, los factores determinantes organizacionales influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud.

D. Hipótesis específica 3

H₀: Los factores determinantes geográficos influyen negativamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

H₁: Los factores determinantes geográficos influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

La tabla 5.2 muestra los efectos marginales, los errores estándar el

estadístico t de significancia individual y el p-valor para cada uno de los indicadores.

Respecto a los factores determinantes geográficos, los indicadores que cumplen con los criterios establecidos para el rechazo de H_0 son el área (rural) y dominio (costa norte). Por tanto, los factores determinantes geográficos influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud

E. Hipótesis específica 4

H_0 : Los factores determinantes laborales influyen negativamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

H_1 : Los factores determinantes laborales influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

La tabla 5.2 muestra los efectos marginales, los errores estándar el estadístico t de significancia individual y el p-valor para cada uno de los indicadores.

Respecto a los factores determinantes laborales, el único indicador que cumplen con los criterios establecidos para el rechazo de H_0 es la categoría ocupacional (si es empleado público). Los factores determinantes laborales influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud.

F. Hipótesis general

H_0 : Los factores determinantes no tienen influencia significativa en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

H_1 : Los factores determinantes influyen significativamente en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

La tabla 5.2 muestra los efectos marginales, los errores estándar el estadístico t de significancia individual y el p-valor para cada uno de los indicadores y variables.

Dado los resultados inferenciales para las cuatro hipótesis específicas anteriores y el resultado de la prueba de significancia global Chi-cuadrado (p-valor < 0.000) se rechaza la hipótesis nula propuesta. Por tanto, los factores determinantes influyen significativamente en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares

En cuanto a la influencia de los factores determinantes socioeconómicos o de predisposición (Rojas, 2014) en el acceso efectivo a los servicios de salud, es significativa en los indicadores de edad y educación conforme a Guizado (2021) quien en su trabajo refiere que entre más años tenga la persona, es más probable que padezca alguna enfermedad, por lo que la demanda por servicios de salud será mayor en estos grupos etarios. En efecto, estos resultados se evidencian mediante el análisis del efecto marginal positivo y la prueba t. Por otro lado, Hernández (2014) sugiere que los grupos etarios menores a 18 años también tienen una probabilidad alta de acceder los servicios de salud. Respecto a la educación, de igual forma Guizado (2021) y Molina et al. (2018) refieren que, a mayor grado de educación, la probabilidad de acceder a servicios médicos es mayor. En ese sentido los efectos marginales negativos, considerando que la categoría base es secundaria

completa, sugieren que la probabilidad de acceso efectivo al seguro social disminuye si el asegurado tuviera solo primaria completa; por tanto, aumentaría a medida que logre niveles más altos de educación. En cuanto al nivel de ingresos expresado en logaritmos, no es significativo al momento de explicar el acceso efectivo, a diferencia de Bagnoli (2019), Yucra (2020) o Guizado (2021). Respecto al indicador de enfermedad crónica, es significativo al momento de explicar el acceso efectivo, conforme a Kagaigai et al. (2023), quien sugiere que el padecimiento de una enfermedad crónica en el hogar aumenta la probabilidad de que los individuos busquen atención médica.

En cuanto a la influencia de los factores determinantes organizacionales en el acceso efectivo a los servicios de salud, es significativo concordando con Bagnoli (2019) y Ordoñez (2020), quien en su trabajo señala que el acceso al sistema de salud mejora en cuanto la calidad del servicio o percepción de calidad también aumenta. En efecto, la prueba t y los efectos marginales para el caso del indicador de tiempo de programación de citas es negativo, lo que sugiere que una disminución de dicho tiempo, aumenta la probabilidad de que un asegurado acceda efectivamente a su seguro. Asimismo, los efectos marginales negativos en el indicador de tiempo de traslado, sugieren en línea con Levesque et al. (2015), que la accesibilidad es una barrera importante para el acceso a la salud. En efecto, los resultados sugieren que, a menor tiempo de traslado al centro de atención, la probabilidad de acceso aumentará.

En cuanto a la influencia de los factores determinantes geográficos en el acceso efectivo a los servicios de salud, es significativo conforme a Bagnoli (2019), quien sugiere que los beneficios del sistema de salud son heterogéneos en función a la región de residencia. En esa línea, los resultados sugieren que un asegurado de la costa norte y centro tiene mayor probabilidad de acceso efectivo que un asegurado de la selva. De acuerdo con Fajardo et al. (2015), quien señala que los aspectos étnicos, culturales y geográficos afectan el acceso a los servicios de salud, los resultados demuestran que un asegurado residente de una zona rural, tiene menor probabilidad de acceso que un asegurado residente de zona urbana. Asimismo, un asegurado perteneciente a alguna etnia nativa amazónica tiene una probabilidad menor de acceso que un asegurado de etnia mestiza.

En cuanto a la influencia de los factores determinantes organizacionales en el acceso efectivo a los servicios de salud, es significativo. Sin embargo, a diferencia de Yucra (2020), quien encuentra que la condición laboral es un determinante del acceso a los servicios de salud, los resultados demuestran que los empleados públicos tienen menos probabilidad de acceder al seguro social de salud.

VII. CONCLUSIONES

1. De acuerdo con los resultados de la investigación, ha quedado demostrado que existe una influencia significativa de los factores determinantes socioeconómicos en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.
2. De acuerdo con los resultados de la investigación, ha quedado demostrado que existe una influencia significativa de los factores determinantes organizacionales en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.
3. De acuerdo con los resultados de la investigación, ha quedado demostrado que existe una influencia significativa de los factores determinantes geográficos en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.
4. De acuerdo con los resultados de la investigación, ha quedado demostrado que existe una influencia significativa de los factores determinantes laborales en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

De acuerdo con los resultados de la investigación, ha quedado demostrado que existe una influencia significativa de los factores determinantes en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.

VIII. RECOMENDACIONES

Habiéndose establecido los factores determinantes del acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022; se realiza las siguientes recomendaciones:

1. Los tomadores de decisiones del seguro social de salud EsSalud en el marco de mejorar la protección social y financiera de sus asegurados, deben diseñar estrategias que garanticen una atención eficiente en los grupos etarios de mayor edad, especialmente en el grupo que padece de enfermedades crónicas y pertenecientes a etnias que residen en la amazonia.
2. Es menester que los tiempos de programación de cita se reduzcan y que el número de centros de atención aumente para garantizar una cobertura efectiva de los servicios. De esta manera, mejorar la percepción de calidad de los servicios de salud.
3. La distribución de centros de salud o el fortalecimiento de los centros ya existentes en las áreas rurales y regiones como la selva o la sierra sur, debe ser una prioridad. Asimismo, el personal médico debe contar con medios y plataformas digitales para atender consultas en estas zonas remotas.
4. Se debe plantear una alternativa de seguro social para los trabajadores que no cuentan con los beneficios sociales de una planilla, especialmente para los empleados u obreros en el sector público.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 1 - 10. <http://www.jstor.org/stable/2137284?origin=JSTOR-pdf>
- Bagnoli, L. (2019). Does health insurance improve health for all? Heterogeneous effects on children in Ghana. *World Development*, 124, 104636. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2019.104636>.
- Barro, R. (1996). *Determinants of Economic Growth: A Cross-Country Empirical Study*. The MIT Press, 1(1). DOI 10.3386/w5698
- Camargo, A., & Furst, L. (2014). Fomento del Acceso a los Seguros en el Perú: Cambios en el Entorno de los Seguros en Beneficio de la Población Poco y no Atendida. Disponible en: https://a2ii.org/sites/default/files/reports/fomento_del_acceso_a_los_seguros_en_el_peru.pdf
- Congreso de la República del Perú. (2002). *Ley del ministerio de salud*. Normas legales del Diario Oficial El Peruano.
- Congreso de la República del Perú. (2009). *Ley marco de aseguramiento universal en salud*. Normas legales del Diario Oficial El Peruano.
- Encuesta Nacional de Hogares (2022). Manual del encuestador. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1-467. https://proyectos.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2022-55/13_Manual_del_Encuestador.pdf
- Fajardo, G., Gutiérrez, J.P., & García, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública de México* 57(2), 180-1806. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2015/sal152j.pdf>
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud pública*

México, (534), 929-943.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-30134?lang=es>

Gallego, L. (2001). Aspectos teóricos de la salud como un determinante del crecimiento económico. *Lecturas de Economía* (54), 37-53.

García, O. M. (2021). *Factores determinantes para mejorar la calidad del sector salud en el Perú (2010-2016)*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima].

<https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13872/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Goldmann, F. (1952). The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 282(1), 160–161.

doi:10.1177/000271625228200169

Grossman, M. (1999). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *National Bureau of Economic Research*, 80(2), 223-255.

<https://doi.org/10.1086/259880>.

Guizado, S. (2021). *Factores que influyen en el acceso a servicios de salud, el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (2021)*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].

https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000807404.

Gujarati, D., & Porter, D. (2010). *Econometría*. (5). McGraw-HILL.

<https://fvela.files.wordpress.com/2012/10/econometria-damodar-n-gujarati-5ta-ed.pdf>

Gulliford M., Figueroa, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy* 7(3), 186-188.

<https://doi.org/10.1258/135581902760082517>

Henry, J., Correa, E., & Marshall, W. (2016). *Economía Política Clásica: el salario de subsistencia y preocupaciones sobre el empleo garantizado*.

Ola Financiera, 9(23), 33-64.

<https://doi.org/10.22201/fe.18701442e.2016.23.55309>

Hernández, A. (2014). *Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: El caso del seguro integral de salud*. [Tesis de maestría, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/131398>.

Hernández - Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill; Interamericana Editores, S. A. de C. V.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta ed.). McGraw-Hill; Interamericana Editores, S. A. de C. V.

Instituto Nacional de Estadística (2009). Concepto seleccionado: Edad. INE. Recuperado de <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4485&op=30100&p=1&n=20>.

Instituto Nacional de Estadística e informática (2019). Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 25. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Lib1734/cap01.pdf

Instituto Nacional de Estadística e informática (2013). Glosario de términos, 267-269. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Lib1383/anexo02.pdf

Kagaigai, A., & Grepperud, S. (2023). The role of risk preferences: voluntary health insurance in rural Tanzania. *Health Economics Review* 13, 20. <https://doi.org/10.1186/s13561-023-00432-z>

Lazo, O., Alcalde, J., & Espinosa, O. (2016). El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Colegio Médico del Perú.

- Levesque, J.F., Harris, M.F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health* 12(18), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Maceira, D. (2012). Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina. Disponible en: <http://www.danielmaceira.com.ar/wpcontent/uploads/2014/07/Maceira-Unicef-LAC.p>
- Mate, K. S.; Sifrim, Z. K.; Chalkidou, K.; Cluzeau, F.; Cutler, D.; Kimball, M.; Morente, T.; Smits, H.; Barker, P. (2013). *Improving health system quality in low- and middle-income countries that are expanding health coverage: a framework for insurance*. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(5), 497–504. doi:10.1093/intqhc/mzt053
- Malvaez López, A., Álvarez Orozco, M. E., Madin Juárez, B., Jaimes Cortés, D., Gómez Martínez, V., & Salgado Guadarrama, J. (2023). La economía como factor importante para la obtención de servicios de salud en población mexicana. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 7751-7760. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5002.
- Molina Salazar, R. E., Aguilar Bustamante, F., & Amozurrutia Jiménez, J. A. (2018). Acceso con equidad en los servicios de salud en México: un enfoque institucional. *Horizonte Sanitario*, 17(3), 197-207. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n3.2089>
- Mushkin, S. (1962). Health as an Investment. *Journal of Political Economy*, 70(2), 129–157. doi:10.1086/258730
- Mushkin, S. (1999). Hacia una definición de la economía de la salud. *Lecturas de Economía* (51), 91-109.
- Ordoñez, J.A. (2020). *Factores determinantes de la demanda de seguros de salud privados en la ciudad de Piura (2018)*. [Tesis de licenciatura,

- Universidad Nacional de Piura].
<https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/2273/ECO-ORD-RUI-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Pimienta, J., & De la Orden, A. (2017). Metodología de la investigación. Pearson.
- Presidencia de la República. (1975). Creación del Sistema Estadístico Nacional. Decreto de ley del Diario Oficial El Peruano.
- Rojas, G. (2014). Determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia: un análisis econométrico a partir de microdatos de la encuesta de calidad de vida para el 2012. [Tesis de licenciatura, Universidad De La Salle. <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia/724>].
- Sachs, J. (2001). Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Sen, A. (2000). La salud en el desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 2, 16-21.
- Superintendencia Nacional de Salud [SUSALUD] (2021). Anuario estadístico 2021.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3489901/Anuario%20Estadistico.pdf?v=1660169038>
- Universidad Nacional del Callao (2019). Código de Ética de Investigación, Vicerrectorado de Investigación.
- Wolf, A. C. (1967). La salud como factor del desarrollo económico. Oficina Sanitaria Panamericana
- Yucra, M. (2020). Factores que determinan la accesibilidad a los servicios de salud, Puno 2020. [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada San Carlos].
<http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC%20S.A.C./356#:~:text=Por%20%20C3%BAltimo%2C%20los%20factores%20determinantes,educativo%20y%20nivel%20de%20pobreza>.

ANEXOS

Anexo 1
Matriz de Consistencia

Objeto de estudio	Problemas de investigación	Objetivos de investigación	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Método	
Factores determinantes del acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú en el 2022	Problema general ¿Cuáles son los factores determinantes del acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022?	Objetivo general Identificar los factores determinantes del acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.	Hipótesis general Los factores determinantes influyen significativamente en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.	Acceso efectivo al seguro social de salud			Para el desarrollo de la investigación se utilizará el método hipotético deductivo. A partir del análisis estadístico descriptivo y estimaciones inferenciales utilizando el modelo logit se verifican las hipótesis planteadas y se prueban teorías económicas. Es correlacional, pues mide el grado de relación entre las variables	
	Problemas específicos ¿Cuál es la influencia de los factores determinantes socioeconómicos en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022? ¿Cuál es la influencia de los factores determinantes organizacionales en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022? ¿Cuál es la influencia de los factores determinantes geográficos en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022? ¿Cuál es la influencia de los factores determinantes laborales en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022?	Objetivos específicos Analizar la influencia de los factores determinantes socioeconómicos en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.	Hipótesis específicas Los factores determinantes socioeconómicos influyen positivamente en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.	Factores determinantes	1. Factores socioeconómicos	Total de ingresos		
		Analizar la influencia de los factores determinantes organizacionales en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.	Los factores determinantes organizacionales influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.		2. Factores organizacionales	Sexo		
		Analizar la influencia de los factores determinantes geográficos en el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.	Los factores determinantes geográficos influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.		3. Factores geográficos	Condición de jefe de hogar		
Analizar la influencia de los factores determinantes laborales y el acceso efectivo al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.	Los factores determinantes laborales influyen positivamente en el acceso al seguro social de salud EsSalud en el Perú, 2022.	4. Factores laborales	Edad					
						Nivel educativo		
						Estado civil		
						Etnia		
						Tiempo de espera de programación de una cita		
						Tiempo de traslado del domicilio al centro de salud		
						Tiempo de espera para ser atendido en el centro de salud		
						Región		
						Zona geográfica		
						Condición de actividad		
						Régimen laboral		
						Tipo de contrato laboral		

Anexo 2

Información de base de datos.

Enlace de la fuente de datos del INEI:	https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/
Encuesta revisada:	Encuesta “Condiciones de Vida y Pobreza” - Metodología actualizada 2022 anual
Módulos empleados:	<ul style="list-style-type: none">- Módulo 2: Características de los miembros del hogar- Módulo 3: Educación- Módulo 4: Salud- Módulo 5: Empleo e ingresos