

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE ECONOMÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ECONOMÍA

CARRERA PROFESIONAL DE ECONOMÍA



**ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y SUS FACTORES
CONDICIONANTES EN EL DEPARTAMENTO DE HUÁNUCO,
2019.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ECONOMISTA

TESISTA : Bach. Malpartida Oblitas Delly Yeniffer Anaiss.
Bach. Agama Ponciano, Irene Mishell.
Bach. Rios Villanueva, Seny.

ASESOR : Econ. Timoteo Zambrano Toledo

HUÁNUCO – PERÚ

2021

Dedicatoria

“A Dios por darme la vida, a mi familia por ser mi apoyo y depositar cada día su confianza en mí, y en especial a mi madre, gracias por renunciar a muchas cosas para ver a sus hijos salir adelante acompañándolos cada segundo en la larga y agotadora carrera hacia el éxito; gracias por enseñarme lo que es la valentía, el coraje y ser un ejemplo para mí, gracias por cada consejo y por estar conmigo en las luchas durante mi vida”

Malpartida Oblitas Delly Yeniffer Anaiss

“Dedico esta tesis a mis padres que me apoyaron todo el tiempo, cuando parecía que me iba a rendir; a mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, aún sin importar que muchas veces no prestaba atención en clase, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí; a todos que me apoyaron para escribir y concluir esta tesis.”

Agama Ponciano, Irene Mishell

“Dedico esta tesis a Dios por darme la vida y por permitirme disfrutar de muchos logros, y a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto que emprendí; así mismo porque me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos y forjarme como la persona que soy, finalmente por la comprensión y el apoyo incondicional para culminar esta tesis.”

Rios Villanueva, Seny

Agradecimiento

Con este trabajo de Investigación agradecemos principalmente a Dios, por ser el quien nos dio las fuerzas para poder cumplir con uno de nuestros objetivos y metas en nuestra carrera profesional.

A la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, por la formación académica brindada y a los docentes que nos brindaron sus saberes, conocimientos y experiencias en el transcurso de nuestra formación profesional, de una manera especial a nuestro asesor el economista Timoteo Zambrano Toledo quien nos ha guiado con paciencia, y rectitud.

Resumen

La desigualdad que existe en el sector salud principalmente para poder acceder a un centro de salud es debido a algunos factores condicionantes esto hace que las personas en la mayoría se encuentren desfavorecidas frente a una enfermedad, por ello, la presente investigación planteó como objetivo general, analizar en qué medida el acceso a los servicios de salud se relaciona con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco, 2019. La investigación por su finalidad es de tipo aplicada; toma el diseño no experimental de corte transversal en su forma correlacional, ya que no se manipuló ninguna de las variables para obtener su relación y los datos fueron recogidos en un periodo de un año. La muestra estuvo conformada por 1332 viviendas particulares, se consideró esta muestra por ser representada en la ficha técnica de la ENAHO en el año 2019, según la INEI (2019). Se aplicó una corrida econométrica para el contraste de las hipótesis. Los resultados indican que las variables incluidas en el modelo logit: Igec, Colr, Sgss, Gres, sexo y edad son significativos, dada a la comparación de estadístico de prueba LR statistic (Modelo logit) con el chi-cuadrado X^2_6 es $120.83 > 12.59$ manifestando el rechazo la H_0 de no significancia global. Es decir, el acceso a los servicios de salud posee una relación positiva significativa con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco año 2019.

Finalmente se presenta conclusiones y recomendaciones como propuesta de estudio.

Palabras Claves: Ingresos económicos, condición laboral, seguro social de salud, grado de estudio, edad y sexo.

Abstract

The inequality that exists in the health sector mainly to be able to access a health center is due to some conditioning factors, this makes most people disadvantaged in the face of a disease, therefore, the present investigation raised as a general objective, analyze to what extent access to health services is related to its conditioning factors in the department of Huánuco, 2019. The research for its purpose is applied; takes the non-experimental cross-sectional design in its correlational form, since none of the variables were manipulated to obtain their relationship and the data were collected in a period of one year. The sample consisted of 1,332 private homes, this sample was considered to be represented in the ENAHO technical file in 2019, according to the INEI (2019). An econometric run was applied to test the hypotheses. The results indicate that the variables included in the logit model: Igec, Colr, Sgss, Gres, sex and age are significant, given the comparison of the LR statistic test statistic (Logit model) with the chi-square X_6^2 is $120.83 > 12.59$ stating the rejection of the H0 of no global significance. In other words, access to health services has a significant positive relationship with its conditioning factors in the department of Huánuco in 2019.

Finally, conclusions and recommendations are presented as a study proposal.

Keywords: Economic income, employment status, social health insurance, educational level, age and sex.

ÍNDICE

Dedicatoria	2
Agradecimiento.....	3
Resumen	4
Abstract	5
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	10
1.1. Fundamentación del problema de investigación.....	10
1.2. Formulación del problema de investigación general y específicos ...	13
1.2.1. <i>Problema General</i>	13
1.2.2. <i>Problemas Específicos</i>	14
1.3. Formulación del objetivo general y específicos	14
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	14
1.3.2. <i>Objetivos Específicos</i>	14
1.4. Justificación	15
1.5. Limitaciones.....	15
1.6. Formulación de hipótesis generales y específicas	15
1.6.1. <i>Hipótesis General</i>	15
1.6.2. <i>Hipótesis Específicas</i>	16
1.7. Variables.....	16
1.7.1. <i>Variable Independiente</i>	16
1.7.2. <i>Variable dependiente</i>	17
1.8. Definición teórica y operacionalización de variables.	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes.....	20
2.2. Bases teóricas	24
2.2.1. <i>Teorías</i>	24
2.3. Bases conceptuales	28
2.3.1. <i>Conceptos referidos al acceso a los servicios de salud</i>	28
2.3.2. <i>Conceptos referidos a las Dimensiones de los factores condicionantes</i>	37
2.4. Bases epistemológicas.....	42
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	47
3.1. ámbito.....	47
3.2. Población.....	47
3.3. Muestra.....	47
3.3.1. <i>Datos</i>	48
3.4. Nivel y tipo de estudio	48
3.4.1. <i>Nivel de estudio</i>	48

3.4.2.	<i>Tipo de estudio</i>	49
3.5.	Diseño de investigación.....	49
3.5.1.1.	Especificación del modelo econométrico.	49
3.6.	Métodos, técnicas e instrumentos	52
3.6.1.	<i>Métodos</i>	52
3.6.2.	<i>Técnicas</i>	52
3.6.3.	El instrumento.	53
3.7.	Procesamiento de datos	53
3.8.	Plan de tabulación y análisis de datos estadísticos.....	54
3.8.1.	<i>Para la presentación de datos</i>	54
3.8.2.	<i>Para el análisis de datos</i>	54
	CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	55
4.1.	Análisis descriptivo de los resultados según, ENAHO 2019.....	55
4.2.	Resultados de la estimación del modelo econométrico para contrastar la hipótesis.	65
4.3.	Discusión	73
	CONCLUSIONES	75
	RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS	77
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
	ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, titulada “Acceso a los servicios de salud y sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco, 2019” busca analizar en qué medida el acceso a los servicios de salud se relaciona con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco, teniendo en cuenta que, la existencia de desigualdad en salud es por causa de diversos factores, entre lo que se encuentran los ingresos económicos, la situación laboral, nivel educativo, si poseen seguro de salud, entre otros, es así que son los más pobres los afectados al momento de acceder a servicios de salud.

La importancia de estudiar este tema es debido a los últimos acontecimientos en el mundo por causa del covid 19, lo cual, trajo a la luz la gran desigualdad que existe en el sector salud en nuestro país y nos ha demostrado la cruda realidad que ante una emergencia sanitaria la población se vio afectada al momento de acceder a un servicio de salud la gran mayoría por los mismos factores condicionantes que mencionamos líneas arriba. Por ello esta investigación planteó la siguiente hipótesis “El acceso a los servicios de salud posee una relación positiva significativa con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco 2019” para demostrar esta hipótesis se trabajó con los datos obtenidos de la información disponible de la ENAHO plasmada por el INEI para lo cual se desarrolló un modelo logit tomando en cuenta variables económicas y sociales, se aplicó una corrida econométrica para el contraste de las hipótesis. Demostrando que las variables incluidas en el modelo logit: Igec, Colr, Sgss, Gres, Sexo y Edad son relevantes, dada al análisis estadístico de prueba LR statistic (Modelo logit) con el chi-cuadrado X_6^2 connotando en $120.83 > 12.59$ manifestando el rechazo la H_0 de no significancia global. Es

decir, el acceso a los servicios de salud posee una relación positiva significativa con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco año 2019.

Por la cual esta investigación está enmarcada los siguientes capítulos:

En el capítulo I, se describe el problema de investigación, conformada por; la fundamentación del problema de investigación, donde se describe y detalla la problemática sobre el acceso a los servicios de salud, así como sus factores condicionantes. Asimismo, se presenta al problema, objetivos e hipótesis, tanto generales como específicas. También se describe la justificación, las limitaciones, las variables con su respectiva definición teórica y operacionalización.

En el capítulo II, se describe el marco teórico, conformada por; los antecedentes, tanto nacionales como locales; las bases teóricas, las bases conceptuales y las bases epistemológicas.

En el capítulo III, se describe la metodología, donde se detalla el ámbito de estudio, la población, la muestra, el nivel y tipo de estudio; así como el diseño de investigación, los métodos, técnicas e instrumentos de estudio, la validación y confiabilidad del instrumento. También se detalla el procedimiento, la tabulación, el análisis de datos y las consideraciones éticas.

Finalmente, en el capítulo IV, se describe los resultados y discusión, conformados por; el análisis inferencial y contrastación de hipótesis y la discusión. Posteriormente, se presenta a las conclusiones, recomendaciones o sugerencias, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema de investigación

Tener buena salud es importante ya que permite a la persona ser productiva generando ingresos y posibilitando el crecimiento económico en su localidad, distrito, departamento y país; de esta manera, una buena salud de la población, es un componente primordial para la reducción de la pobreza, ya que una persona saludable es capaz de alcanzar y desarrollar al máximo sus capacidades pudiendo contribuir de gran manera a la sociedad. Esto depende de muchos factores: como el desarrollo económico, avances tecnológicos en medicina, tipos de asistencia sanitaria, entre otros

El acceso a los servicios de salud implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019). Por tanto, el acceso a los servicios de salud es uno de los retos más importantes que tienen los sistemas de salud de los países de mediano y bajo ingreso.

En la actualidad, el mundo está atravesando por una crisis de salud pública a causa del COVID19, y aún no se posee una vacuna eficaz para lograr inmunidad en las personas, por lo que para no contagiar y ser contagiado muchos estados demandaron a sus ciudadanos pasar confinamiento en sus casas, pero muchas veces esta acción fue tardía ya que el contagio era irreversible y el virus ya estaba en muchas personas que al sentirse muy mal acudieron un centro de salud, este hecho, trajo a luz la gran desigualdad en salud que existe por causa principal de condicionantes

sociales, entre lo que se encuentran los ingresos económicos, la situación laboral, nivel educativo, si poseen seguro de salud, entre otros, estos son factores condicionantes en gran parte por la desigualdad que existe entre países y dentro de ellos mismos.

El Perú no es ajeno a esto, según Bardalez (2002), menciona que en la década del setenta estaba presente la exclusión de servicios de salud en extensos sectores de la población, esto como consecuencia de la marginación ciudadana, ya que recién a finales de esta década se instituye la universalidad de los derechos ciudadanos en la constitución política del país. También, el autor señala que en la década de los noventa los centros de salud poseyeron a más profesionales; sin embargo, la cobertura de atención había crecido lentamente, con limitaciones en los ámbitos rurales a pesar de la importante expansión de infraestructura producida.

El Perú cuenta con un sistema de atención sanitaria descentralizado, administrado por cinco entidades: el Ministerio de Salud (MINSA), que ofrece servicios de salud para el 60% de la población; EsSalud, que cubre el 30% de la población; y las Fuerzas Armadas (FFAA), la Policía Nacional (PNP), y el sector privado, que proporcionan servicios sanitarios al 10% restante. El resultado es un sistema que contiene numerosos proveedores de servicios y seguros, que cuentan con una coordinación deficiente y a menudo desempeñan funciones que se superponen.

El alto costo económico que involucra el hecho de acceder al servicio de salud, es considerado como la primordial fuente creadora de inequidades, en lo general son los más pobres los que no cuentan con un seguro de salud y en que la mayoría de veces son ellos los que deben cubrir los gastos con recursos propios ante alguna necesidad de salud. A esto Madueño y

Sanabria (2003), dicen que “el problema de la salud de la población pobre es complejo, pues son los que tienen mayor riesgo de enfermar y, contrariamente, son los que tienen menor probabilidad de acceder a servicios de salud”.

En ese contexto, podemos ver que el acceso de servicio de salud está asociada a una decisión secuencial por parte de la persona: en primera instancia, se decide si se busca o no los servicios de salud, y en otra, se opta por seleccionar a un tipo de proveedor, permitiéndonos determinar quiénes son los que acuden a los centros de salud y quienes enfrentan barreras de acceso.

En este mismo orden de ideas, el departamento de Huánuco según el IPE Instituto Peruano de Economía, (2020) en el Rankin por regiones, se encuentra en el puesto treceavo en salud, mostrando que el departamento posee un nivel medio, Según resolución ejecutiva regional N° 746-2011GRH/PR, la dirección regional de salud está organizado en 11 redes provinciales y 77 Micro redes distritales, distribuidos en 300 establecimientos de salud, el 81.6% (245) son Puestos de Salud, el 17.6% (53) son Centros de Salud y solo se cuenta con 2 (0.6%) Hospitales. Pudiendo notar que existe con mayor frecuencia Puestos de Salud, seguido de los Centros de Salud.

DIRESA Huánuco (2018), plasma que las primeras causas de muerte en la población general fueron: “Infecciones respiratorias agudas 8.5%, tumor maligno de estómago (5.9%), enfermedades isquémicas del corazón (5.2%), enfermedades del sistema urinario (4.7%), tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon (3.8%)”.

Se puede evidenciar el incremento de las enfermedades no transmisibles. Asimismo, hoy en día, los centros de salud se encuentran

colapsados por una demanda exhaustiva a causa del Covid19, lamentablemente el departamento posee 2.8 veces más pobladores viviendo en pobreza extrema que el promedio nacional, esto hace que las personas en su mayoría muchas veces se encuentren desfavorecidos frente a una enfermedad.

A esto, la presente investigación estudiará el acceso a los servicios de salud y sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco diferenciándose de aquellos trabajos similares en el hecho mismo de la aplicación teórica sobre el estudio de la salud económica por medio de la utilización de vectores autorregresivos para la determinación de la relación causal entre las variables de estudio, pudiendo de esta manera encontrar las causas o motivos del por qué muchos huanuqueños no poseen un adecuado acceso a los servicios de salud, y con los resultados se podrá buscar nuevos mecanismos que ayuden y que faciliten el logro de la mejora social y personal.

En suma, tenemos un gran problema con relación al estado de salud de la población, es por esa razón que proponemos investigar el acceso a los servicios de salud y sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco, llegando a formular las siguientes interrogantes:

1.2. Formulación del problema de investigación general y específicos

1.2.1. Problema General

¿En qué medida el acceso a los servicios de salud se relaciona con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco, 2019?

1.2.2. Problemas Específicos

- a. ¿En qué medida se relaciona el acceso a los servicios de salud con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco, 2019?
- b. ¿En qué medida se relaciona el acceso a los servicios de salud con el nivel educativo en el departamento de Huánuco, 2019?
- c. ¿En qué medida se relaciona el acceso a los servicios de salud con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco, 2019?

1.3. Formulación del objetivo general y específicos

1.3.1. Objetivo General

Analizar en qué medida el acceso a los servicios de salud se relaciona con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco, 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a. Analizar en qué medida se relaciona el acceso a los servicios de salud con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco, 2019.
- b. Conocer en qué medida se relaciona el acceso a los servicios de salud con el nivel educativo en el departamento de Huánuco, 2019.
- c. Analizar en qué medida el acceso a los servicios de salud se relaciona con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco, 2019.

1.4. Justificación

En el contexto actual, la población del departamento de Huánuco sufre el ataque del COVID 19 y debido a ello se evidencia que existe la desigualdad en el tema de la salud, esto es muy lamentable ya que este problema conlleva muchas veces a la muerte en especial de los más vulnerables, es por ello que el aporte de la presente investigación fue que nos permitió conocer cuáles son esos factores que condicionan a que muchas personas no tengan un adecuado acceso a los servicios de salud y será muy útil ya que con los resultados se podrá buscar nuevos mecanismos que ayuden y que faciliten el acceso, logrando de este modo la mejora social y personal, donde los principales beneficiarios será toda la población huanuqueña.

1.5. Limitaciones

La limitación que se presentó para el desarrollo de la tesis, es la siguiente:

- La investigación se desarrolló utilizando los datos de la encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza realizado en el departamento de Huánuco en el año 2019 y no a nivel nacional ya que las codificaciones de las conglomeraciones en la base de datos son muy amplias para codificarlos y podrían dar lugar a la generación de sesgo en la información.

1.6. Formulación de hipótesis generales y específicas

1.6.1. Hipótesis General

- **H₁:** El acceso a los servicios de salud posee una relación positiva significativa con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco 2019.

- **H₀**: El acceso a los servicios de salud no posee una relación positiva significativa con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco 2019.

1.6.2. Hipótesis Específicas

- **H₁**: El acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco, 2019.
- **H₀**: El acceso a los servicios de salud no se relaciona significativamente con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco, 2019.
- **H₂**: El acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el nivel educativo en el departamento de Huánuco, 2019.
- **H₀**: El acceso a los servicios de salud no se relaciona significativamente con el nivel educativo en el departamento de Huánuco, 2019.
- **H₃**: El acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco 2019.
- **H₀**: El acceso a los servicios de salud no se relaciona significativamente con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco 2019.

1.7. Variables

1.7.1. Variable Independiente

- a) *Factores Condicionantes*

Es el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos, académico, aspecto etario y sexo que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Por tanto, tienen relación con el acceso a los servicios de salud

1.7.2. Variable dependiente

a) *Acceso a los servicios de salud.*

Uso que realmente hacen las personas de los servicios de salud, es decir si tienen acceso o no acceso a los servicios de salud.

1.8. Definición teórica y operacionalización de variables.

Variables	Dimensiones	Definición operacional	Tipo de variable	Indicadores	ITEMS	Medición
VARIABLE DEPENDIENTE:						
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	Acceso a instituciones de salud públicas o privadas	Uso que realmente hacen las personas de los servicios de salud, es decir si tienen acceso o no acceso a los servicios de salud.	Cualitativa/dummy	<p><i>Número de atenciones en:</i></p> <p>-MINSA -ESSALUD -Particulares -Otros</p>	<p>Donde acudió para atenderse:</p> <p>1: Puesto de salud MINSA. 2: Centro de Salud MINSA. 3: Centro o puesto de salud CLAS. 4: Posta, policlínico ESSALUD. 5: Hospital MINSA. 6: Hospital del seguro ESSALUD. 7: Hospital de las FF.AA/Policial. 8: Consultorio médico particular. 9: Clínica particular. 10: Farmacia o botica. 11: Su domicilio. 12: Otro lugar. 13: No buscó atención.</p> <p>ENAH0 - Códigos: P4031 - 40313</p>	<p>Nominal</p> <p>0: No acceso (10-11-12- 13)</p> <p>1: Acceso (1-2-3-4-5-6- 7-8-9)</p>
VARIABLE INDEPENDIENTE						
FACTORES CONDICIONANTES	Nivel socioeconómico	Es una medida que combina la posición económica, la preparación laboral y la disposición de cobertura de salud de una persona o un colectivo de individuos.	Cuantitativa	Ingresos económicos	<p>¿cuánto fue su ingreso total en el mes anterior?</p> <p>1: de 0 a S/. 1000 2: de S/.1001 a S/.2000 3: de S/.3001 a S/.4000 3: de S/.4001 a más</p> <p>ENAH0 - Código: P524A1</p>	Ordinal s/.
			Cualitativa /dummy	Condición laboral	<p>La condición laboral en la que actualmente Ud. se encuentra es:</p> <p>1: Ocupado 2: Desocupado abierto 3: Desocupado Oculto 4: PEA</p> <p>ENAH0 - Código: OCU500</p>	Nominal: 0: Desempleado 1: Empleado

		Cualitativa /dummy	Seguro Social de salud.	<p>el sistema de prestación de seguro de salud al cual Ud. está afiliado actualmente es:</p> <p>1: ESSALUD 2: Seguro privado de Salud 3: Entidad Prestadora de Salud 4: Seguro de FF. AA/Policiales 5: Seguro Integral de Salud (SIS) 6: Seguro universitario 7: Seguro escolar privado 8: Otro sistema de salud</p> <p>ENAH0 - Código: P4191-P4198</p>	<p>Nominal</p> <p>0: No está afiliado.</p> <p>1: Está afiliado (SIS, Es Salud, Policial, etc.)</p>
Nivel educativo	Es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	Cualitativa /dummy	Grado de estudio	<p>¿cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó?</p> <p>1: Sin nivel 2: Inicial 3: Primaria incompleta 4: Primaria completa 5: Secundaria incompleta 6: Secundaria completa 7: Súper. no universitaria incompleta 8: Súper. no universitaria completa 9: Súper. universitaria incompleta 10: Súper. universitaria completa 11: Post-Grado universitario</p> <p>ENAH0 - Código: P301A</p>	<p>Ordinal</p> <p>Valores desde 1 al 11</p>
Aspecto etario y sexo	Edad y el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Cualitativa/dummy	Sexo	<p>Sexo:</p> <p>1: Hombre 2: Mujer</p> <p>ENAH0 - Código: P207</p>	<p>Nominal</p> <p>0: Mujer 1: Hombre</p>
		Cuantitativa	Edad.	<p>Años cumplidos</p> <p>ENAH0 - Código: P208A</p>	<p>Escalar</p>

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Para el desarrollo de la tesis se han revisado las siguientes investigaciones que se menciona a continuación:

Lupaca (2018), en su tesis para optar el grado de economista titulada *“Determinantes socioeconómicos de la demanda de salud en el Perú, 2016”*, sustentada en la Universidad Nacional Del Altiplano, cuyo objetivo fue analizar y evaluar las principales determinantes socioeconómicas de la demanda de salud en el Perú, empleó el tipo de investigación aplicada, utilizando un diseño no experimental, con un nivel correlacional, y con un enfoque cuantitativa, trabajó con una muestra de 38296 viviendas particulares, correspondiendo 24658 viviendas al área urbana y 13638 viviendas al área rural. Los datos fueron obtenidos a partir de la información disponible de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática y concluyó en lo siguiente: Las variables consideradas en el modelo sin incluir la constante, son estadísticamente significativas de manera conjunta e influyen en los cambios de la variable dependiente, el coeficiente de Pseudo $R^2=0.2586$ indica que aproximadamente el 25.86% de la variación de la variable dependiente puede ser explicado por la variación de las variables independientes del modelo. Según los efectos marginales la demanda de salud está determinado por la situación laboral, el sexo y la educación con probabilidades de 16.6%, -14% y 6.1% respectivamente.

Gil y Oblitas (2019), en su tesis de licenciatura titulada *“Factores característicos latentes de la demanda de servicios de salud en la región de Lambayeque 2015”*, sustentada en la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, cuyo objetivo general fue determinar los factores característicos latentes de la

demanda de los servicios de salud del MINSA y EsSalud en la región de Lambayeque 2015, empleó el tipo de investigación aplicada, utilizando un diseño descriptivo multivariante, con un nivel descriptivo, y con un enfoque cuantitativo, trabajó con una muestra de 422 usuarios de servicios de salud en MINSA y EsSalud. La técnica que utilizó para la recolección de datos fue la observación mediante un fichaje electrónico de datos consignados en la página web del INEI de los factores característicos latentes que afectan la demanda de servicios de salud. concluyó en lo siguiente: Los factores latentes Percepción de la Calidad de la atención de salud, Servicios médicos recibidos de salud, Tangibilidad de la atención de salud y otras características de los servicios de salud fueron percibidas por los usuarios de MINSA como más satisfactorias en la calidad de la atención respecto a los usuarios de EsSalud.

Rivera (2019), en su tesis para optar el grado de economista titulada *“Acceso a la prestación de los servicios de salud en la región Piura 2015”*, sustentada en la Universidad Nacional de Piura. Cuyo objetivo fue analizar los principales determinantes de acceso a la prestación de los servicios de salud en la región Piura 2015, y por consiguiente plantear alternativas de política de salud con el fin de mejorar las condiciones de acceso de las familias a estos servicios, empleó el tipo de investigación corte transversal, utilizando un diseño no experimental, con un nivel correlacional, y con un enfoque cualitativo-cuantitativo. Para la recolección de la información aplicó fuentes secundarias como el ENAHO (2015) y concluyó en lo siguiente: El estar afiliado a un seguro de salud, aumenta de probabilidad de acceder a los servicios de salud. De acuerdo a las personas de la región Piura que accedieron a los servicios de salud en el 2015, el 83.7% se encontraban afiliados a un seguro de salud; mientras que el 16.3% no lo estaba, es decir, se observa un mayor acceso a

los servicios de salud por parte de los que se encuentran afiliados a un régimen de seguro social de salud. Con respecto a los que no accedieron a los servicios de salud, el 68.3% contaba con un seguro de salud, mientras que el 31.7% no estaba afiliado.

Flores, Campo, Trochez, y Otros (2012), en su tesis de especialidad, titulada *“Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad Afrocolombiana de Quilcace Cauca, 2012”*, sustentada en la Universidad EAN-Universidad del Cauca, Colombia. El objetivo de su investigación fue describir las barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para los habitantes del corregimiento de Quilcacé comunidad afrocolombiana del municipio del Tambo Cauca, durante el I periodo 2012, empleó el tipo de investigación descriptiva transversal, utilizando un diseño de corte transversal, y con un enfoque cuantitativo, trabajó con una muestra de 241 habitantes de la población afrocolombiana residente en el corregimiento de Quilcacé municipio del Tambo cauca. Para la recolección de la información aplicó la técnica entrevista y cuestionario, el instrumento utilizado fue encuesta y concluyó en lo siguiente: La población afrocolombiana presente en el Corregimiento de Quilcacé, exhibe condiciones de vida muy precarias, expresado en términos de pobreza, inequidad, debilidad de su capital humano, a pesar de que el 100% de la población está afiliada a un régimen de salud, no es suficiente garantía para acceder a un servicio de salud con calidad.

Osorio (2008), en su tesis para optar el grado de economista titulada *“Determinantes de la demanda en salud en el departamento de Risaralda en el período 2001-2006”*, sustentada en la Universidad Católica popular de Risaralda, Colombia. El objetivo su investigación fue determinar el tamaño de

la población, el ingreso de las personas, capital humano, el género y la edad sobre la demanda en el servicio de salud, en el Departamento de Risaralda, empleó el tipo de investigación aplicada, utilizando un diseño cuasi experimental, con un nivel descriptivo y explicativo, y con un enfoque cuantitativo. Para la recolección de la información aplicó la técnica análisis documental y el instrumento utilizado fue ficha de observación documental y concluyó en lo siguiente: se demuestra que existe un efecto directo sobre el consumo de salud debido a las variaciones del ingreso nominal. Lo que permite concluir que a un mayor nivel de ingreso hay una mayor demanda de servicios de salud; y para este caso se evidencia que existe mayor correlación entre el consumo de salud con el régimen contributivo que con el régimen subsidiado en el Departamento. Dicho de otro modo, para la persona que desembolsa sus propios recursos, la atención en salud es lo que en economía se llama un “bien normal”. Esto quiere decir que a medida que sube el ingreso, aumenta también la demanda en el servicio de salud.

Trías (2004), en su tesis de maestría titulada *“Determinantes de la Utilización de los Servicios de Salud: El caso de los niños en la Argentina”*, sustentada en la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Cuyo objetivo fue investigar cuáles son los principales determinantes de la utilización de los servicios de salud y cómo han evolucionado en el tiempo, empleó el tipo de investigación aplicada, utilizando un diseño no experimental, con un nivel exploratorio, y con un enfoque cuantitativo, trabajó con una muestra de niños de los 12 años de edad y utilizó datos provenientes de la Encuesta de Desarrollo Social (1997) y de la Encuesta de Condiciones de Vida (2001) y concluyó en lo siguiente: Los resultados indican diferencias en los factores que actúan detrás de la decisión de llevar el niño al médico cuando está

enfermo respecto a llevarlo por cualquier otra razón. Se observa que el hijo mayor tiene más chances de acceder al médico que el resto de sus hermanos. Sin embargo, cuando se trata de una enfermedad su posición relativa dentro de la familia no le otorga una mayor ventaja. Un mayor nivel educativo de los padres incrementa la probabilidad de consultar, pero no es relevante cuando el niño enfermó. Controlando por el ingreso y la educación de los padres, los niños de hogares donde la madre es la jefa tienen más probabilidad de ir al médico.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teorías

El presente estudio se sustenta en las siguientes teorías que se describen a continuación.

2.2.1.1. Teoría de la Economía de salud. La economía y la salud son dos conceptos que se interrelacionan entre sí, debido a la importancia que adquiere la salud en el desarrollo de cada uno de las y los ciudadanos.

Según Mushkin (2010) menciona que:

La economía de salud es un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud, y su tarea consiste en estimar la eficiencia de organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización. Donde el campo de la microeconomía de la salud estudia el comportamiento económico de los productores y consumidores de los servicios de salud, es decir a los ofertantes y demandantes denominándose mercado de servicio de Salud.

Por lo tanto, en palabras de Gimeno, Rubio y Tamayo, (2006) indican:

La economía de la salud estudia las consecuencias de la escasez en la población, entendiendo al sistema de salud como la forma en la que se organizan las instituciones sanitarias, y como aseguran y supervisan los servicios de salud en el país. Asimismo, la economía de la salud estudia temas tales como: a la eficiencia distributiva de los recursos del sector, los costes de producción, la demanda y oferta de salud, el autoconsumo, la salud como bien público, entre otros.

Para Winslow-Myrdal argumentan que "el administrador de la salud constantemente ha asimilado la economía de la salud con cuestiones de dinero en el campo de la salud". Empero, la economía de la salud no gira esencialmente en el dinero, más bien, está interesada en el uso óptimo de recursos económicos escasos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud, teniendo en cuenta los usos alternativos de estos recursos.

Demostrando que los problemas básicos en economía de la salud son dos:

- La organización del mercado médico y el rendimiento neto de la inversión en la salud de las personas.
- Las preferencias del consumidor no son una guía adecuada para la asignación óptima de recursos para la salud.

Existen varias razones según Winslow-Myrdal para que esto sea así. Por una parte, menciona que un consumidor prefiere evitar la enfermedad que requiere el uso de recursos en su atención y, por otra parte,

sus conciudadanos se benefician de los servicios médicos que él compra, por ejemplo "inyecciones contra la gripa" durante una epidemia reciente (covid19). Las decisiones individuales desprecian los servicios de salud y crean sub producción de estos servicios, a menos que se cuente con la acción de agencias privadas y gubernamentales.

Así mismo encontramos la teoría de los determinantes de la salud como capas de influencias, la cual se describe a continuación.

2.2.1.2. Teoría de los determinantes de la salud como capas de influencias. Los autores Dahlgren y Whitehead aluden cómo las desigualdades sociales en salud es la consecución de las interacciones entre los diferentes niveles de las realidades causales, de lo particular a las comunidades a valor de las políticas nacionales de salud. Según ellos los individuos están dotados de factores de inseguridad como: la edad, el sexo y genéticos que, sin reparo, influyen en su potencial para la salud final, asimismo influyen en las conductas personales y estilos de vida. Las personas con una posición económica contraproducente tienden a revelar una mayor prevalencia de factores de conducta, como el tabaquismo y la mala alimentación. Además, se enfrentan a mayores barreras financieras al elegir un modo de vida saludable. Las influencias sociales influyen en los comportamientos personales ya sea de modo positiva o negativa. Indicadores de la organización de la comunidad registra un mínimo número de redes y sistemas de apoyo disponibles a las personas hacia el nivel social, agravada por las circunstancias prevalecientes en el área de alta marginación, que tienen un menor número de servicios sociales y servicios para la comunidad actividad y débiles medidas de seguridad. Del mismo modo hacen referencia a otros factores concernientes con el trabajo, los

suministros de alimentos y el acceso a las instalaciones y servicios esenciales. Consideran que las pobres situaciones de residencia, la exhibición a un trabajo más peligroso, circunstancias estresantes y los más pobres el acceso a los servicios crean riesgos diferenciales para las personas socialmente desfavorecidos. Las condiciones económicas, culturales y ambientales prevalentes en la sociedad en su conjunto, así como la situación económica del país y condiciones del mercado laboral, tienen una influencia en todos los aspectos antes mencionado.

El modelo de Dahlgren y Whitehead, adoptado por Acheson presenta los principales determinantes de la salud como capas de influencia. En su centro, se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan su salud y que son inmodificables; mientras que a su alrededor aparecen las capas que se refieren a determinantes posibles de cambiar, siendo los primeros los estilos de vida individuales, que, desde hace décadas, han sido el objeto de la promoción en salud. Luego se encuentra la capa en que los individuos son influenciados por su comunidad y las redes sociales o redes emocionales y familiares, las cuales pueden sostener la salud de los individuos o dificultar la adopción de conductas saludables cuando son ignoradas.

Los determinantes más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, se relacionan con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Conceptos referidos al acceso a los servicios de salud

2.3.1.1. Servicios de salud. “Los servicios de salud son uno de los sectores fundamentales de la sociedad y la economía, ya que son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria” (MINSA, Ministerio de Salud, 2020).

Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

Para el CICR (Comite Internacional de la Cruz Roja, 2020) los servicios de salud:

Son actividades específicas, como las campañas de vacunación, la educación para la salud, las consultas médicas, pero también pueden ser el agrupamiento de varias actividades, por ejemplo, los servicios de salud prenatales donde no sólo se recibirán consultas prenatales, sino que también se vacunará contra el tétanos, etc. Un servicio de salud tiene por finalidad la realización concreta de actividades, con la ayuda de recursos materiales, humana y logística.

Es importante tener en cuenta que los servicios de salud no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos. También abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

2.3.1.2. Derecho a los servicios de salud. El derecho a la salud es considerado uno de los derechos humanos fundamentales. La OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020) sostiene que:

Toda persona debe disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El derecho a la salud incluye tanto el cuidado de la salud como el goce de condiciones salubres, lo que implica que el individuo es inseparable del medio en el cual habita.

Por lo que la Organización Mundial de la Salud, (2020), y también alude que:

El término salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Asimismo, está establecido que todo ser humano, sin discriminación por etnia, ideología política, condición religiosa, condición económica o condición social, tiene el derecho fundamental de gozar el máximo de salud que se pueda lograr.

Por lo tanto, el derecho a la salud de cada individuo y/o población debe estar garantizado por el estado mediante el sistema público de salud; a su vez, el estado está prohibido de realizar cualquier acción que ponga en peligro la salud de la población. Sin embargo, es necesaria la participación constante del estado para asegurar su cumplimiento.

El estado actual de la salud en el mundo, analizada desde la perspectiva de los derechos humanos, permite reconocer las características interdependientes, integrales e indivisibles del derecho a la misma. Es decir, el derecho a la salud está relacionado directamente con los otros derechos humanos (Quijano, 2016).

Es necesario aclarar que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar saludables, sino como el derecho a gozar de todas las facilidades, bienes, servicios y condiciones brindadas por el Estado para llegar al más alto nivel posible de salubridad.

2.3.1.3. Barreras al acceso. El concepto de acceso a la salud es de carácter complejo e incluye el número de individuos que necesitan atención en servicios de salud, el de aquellos que logran acceder al sistema de salud y el de aquellos que no lo logran. Esto a la vez, está determinado por barreras que se interponen entre los sujetos y los servicios sanitarios, barreras que, desde la óptica de la oferta, es indispensable eliminar.

Diferentes autores y estudios consideran que existe más de un aspecto que puede afectar y/o condicionar dicho acceso. Entre ellos encontramos:

Lazo, Alcalde, y Espinosa (2016) consideran cuatro tipos de barrera en el acceso a la salud:

- ❖ Barreras personales: Falta de conocimiento o incapacidad de los individuos para reconocer sus necesidades de servicios de salud.
- ❖ Barreras económicas: Costos extra en los servicios públicos de salud.
- ❖ Barreras organizacionales: Sobresaturación o utilización ineficiente de los recursos en salud.
- ❖ Barreras sociales y culturales: Trabas en el conocimiento de algunas poblaciones que, basándose en costumbres o prácticas culturales determinadas, ven limitado su acceso a los servicios sanitarios.

Por su parte, Arroyo (2020) reconoce también cuatro formas de barrera en el acceso a la salud:

- ❖ Barreras geográficas: Imposibilidad de acercarse a los servicios de salud debido a la geografía o a alguna valla dispuesta por el hombre.
- ❖ Barreras económicas: Escasez de dinero para transporte y compra de medicamentos.
- ❖ Barreras administrativas: Problemas organizacionales de los servicios (por ejemplo, turnos de atención inapropiados).
- ❖ Barreras culturales: Diferencias entre la cultura del individuo o población y la del personal que brinda los servicios de salud.

Dependiendo de la población, se pueden presentar diferentes tipos de barreras, lo que se debería buscar es disminuir estas barreras, para que la población pueda tener una mejor atención y mejorar la calidad de vida. Sobre la barrera cultural, entendido como el conjunto de posibles restricciones que el acceso a los servicios sanitarios pueda tener debido a las costumbres y prácticas de una determinada población respecto del cuidado de su salud.

En cuanto a la barrera geográfica, entendida como la cantidad de individuos de la población que demandan servicios de salud y pueden hacer uso de ellos dentro de un tiempo determinado y con ciertas condiciones de traslado; por ejemplo, haciendo una hora a pie o movilizándose a través de transportes locales. Por tanto, esta barrera está ligada a la localización y distribución de los centros de salud en un área geográfica determinada. Por lo que se refiere a la barrera económica, entendida como la probabilidad de

hacer uso de los servicios de salud respecto de la capacidad o incapacidad adquisitiva de una parte de la población frente a las tarifas y precios.

Al tener en cuenta estas barreras, queda evidenciada la necesidad del sistema de salud de revertir, disminuir y/o controlar la desigualdad en estos aspectos.

2.3.1.4. Acceso a servicios de salud en el Perú. Mediante la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, el estado peruano garantiza el acceso a la salud; donde se establece la protección de la salud, sin discriminación alguna, para toda la población y durante todas las etapas de la vida.

En el Perú es el Ministerio de Salud, es el responsable de guiar y promover la articulación del trabajo entre las instancias gubernamentales en diferentes niveles (nacional, regional y local) y las instituciones encargadas de la atención sanitaria a fin de permitir la implementación progresiva del aseguramiento universal en salud.

Lazo, Alcalde, y Espinosa (2016) indican que “el sistema de salud peruano está conformado por dos sectores: el privado y el público. El público se divide en dos: el contributivo directo y el contributivo indirecto o subsidiado. Por su parte, el sector privado también presenta dos tipos: el lucrativo y el no lucrativo”.

El sector público contributivo indirecto brinda servicios de salud a la población a través del Seguro Integral de Salud (SIS). De este modo, subsidia al sector de la población que se halla en situación de pobreza o pobreza extrema. Para ello, emplea los establecimientos del MINSA.

El sector público contributivo directo está conformando por dos subsistemas: el Seguro Social de Salud (EsSALUD) y las entidades

prestadoras de salud (EPS). EsSalud brinda servicios sanitarios a la población asalariada.

En cuanto al sector privado lucrativo, es allí donde se encuentran las EPS. Este sector incluye a todo tipo de empresa en salud con fines monetarios propios. En cambio, el sector privado no lucrativo está formado por asociaciones civiles no gubernamentales cuyos recursos financieros provienen, en su mayor parte, de cooperantes y donantes como los organismos no gubernamentales (ONG), la Cruz Roja Peruana, las compañías de bomberos voluntarios, entre otros.

Así, pues, los beneficiarios de EsSalud son trabajadores del sector formal, mientras que los del SIS proceden, en su mayoría, de zonas rurales y urbanas marginales. En este panorama, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú constituyen un caso aparte, pues cuentan con un subsistema de salud propio.

Para Alcalde, Lazo, y Nigenda, (2011) ese a la distribución descrita, “la mayoría de personas aseguradas prefiere acudir a los servicios de salud del sector privado lucrativo debido a la deficiente atención en los servicios públicos, en especial por los dilatados tiempos de espera”.

A ello hay que agregar que, si bien el SIS logra incrementar el acceso a la salud de la población con escasos recursos, en el Perú no se ha logrado evidenciar el impacto de los proyectos de intervención en salud. La razón para que esto ocurra es que las estrategias aplicadas están fragmentadas y no cuentan con un marco definido de orientación.

2.3.1.5. Marco legal del acceso a los servicios de salud en el Perú. El derecho al acceso a los servicios salud tiene una base legal que lo respalda, la cuales se menciona a continuación:

- ❖ Constitución política del Perú 1993: La constitución respalda el derecho a la salud por ser parte de los derechos económicos y sociales.
- ❖ Ley N° 26842, Ley general de salud: La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.
- ❖ Ley N°29344, Ley de Aseguramiento Universal: La ley avala y promueve el derecho pleno de la población a la asistencia en salud, además de normar el acceso a ella, así como su regulación, financiamiento, prestación y aseguramiento.
- ❖ Ley N° 26338, Ley General de Servicios de Saneamiento.

2.3.1.6. Demanda de los servicios de salud. La demanda por servicios de salud, según Madueño (2002), declara que:

Es la percepción de una necesidad de atención de salud para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya perjudicado la salud. Esta necesidad, según el autor, responde a factores físicos (demanda de salud por accidentes, embarazos, enfermedades) y/o factores ligados al ciclo de vida (inmunización en edad temprana y atención en personas avanzadas). Dada una percepción de necesidad, los individuos van a acceder al sistema de salud según su restricción presupuestaria, para asumir una tarifa de acceso y la disponibilidad de infraestructura y utilizarla según su grado de necesidad.

Cortez (1997), refiere además que:

según las preferencias del consumidor (demandante) acerca de los atributos del proveedor (oferente), un mayor ingreso de la persona podría desplazar la curva de demanda hacia la izquierda (si el servicio del proveedor es un bien inferior) o a la derecha (si el servicio del proveedor es un bien normal). Así mismo, sostiene que los economistas suelen, por tanto, describir la función de la demanda por servicios de salud, como una función de las características de los demandantes y de los atributos de los proveedores, tales como la calidad en el trato, el tiempo de espera, entre otros.

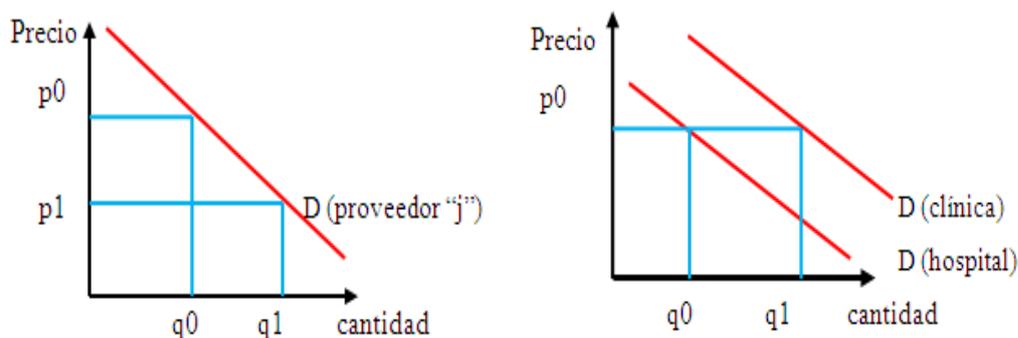


Ilustración 2: Curva de la demanda por los servicios de salud
Fuente: Cortez (1997).

2.3.1.7. Oferta de los servicios de salud. En lo que respecta a la oferta de servicios de salud, para Cortéz, (1997) está constituida por:

Los recursos humanos (personal de salud), recursos físicos (consultorios de atención, sala de partos, sala de operaciones, laboratorio, etc.), la infraestructura, equipamiento médico, etc., organizados adecuadamente para solucionar las necesidades de salud de la población. Asimismo, considera en la oferta de servicios de salud dos elementos:

Capacidad productiva: Es la capacidad de la oferta para satisfacer las necesidades de una población en términos:

- ❖ Cuantitativa: Capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir servicios en cantidad suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en una población.
 - ❖ Cualitativa: Capacidad de los recursos de un establecimiento para producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades de la población.
- a) Estructura: Constituida por recursos humanos físicos y tecnológicos que determinan la capacidad decisiva de la oferta en términos de:
- ❖ Tamaño: Referido a la cantidad de los recursos para producir servicios de salud en relación al volumen de necesidades de una población.
 - ❖ Nivel tecnológico: Relacionado al grado de especialización y tecnificación de los recursos necesarios para producir salud en función de la severidad de las necesidades de una población.

Según Tucker (2001), la oferta de servicios de salud está conformada por:

Los hospitales, los asilos, los médicos privados, las organizaciones de cuidado de salud, los laboratorios farmacéuticos, etc. Una disminución en la oferta de servicios de salud, desplaza la curva de oferta hacia la izquierda, el cual se traduce en un aumento en el costo del servicio de P0 a P1.

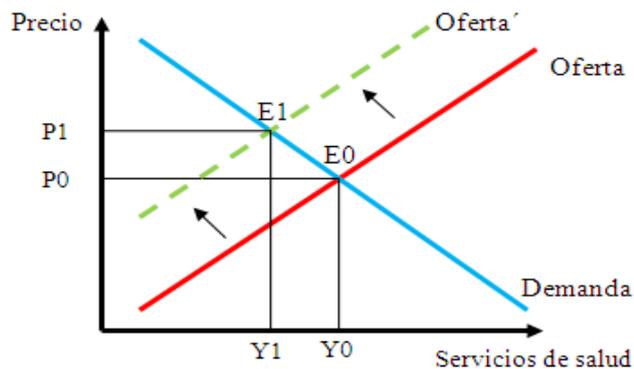


Ilustración 3: Curva de oferta de servicio de salud
Fuente: Tucker (2001).

2.3.2. Conceptos referidos a las Dimensiones de los factores condicionantes.

2.3.2.1. Nivel Socioeconómico

2.3.2.1.1. Ingresos económicos. En general, las personas que tienen mayores ingresos viven más tiempo y gozan de una mejor salud que las personas de bajos ingresos. Esta relación persiste, independientemente del sexo, la cultura o la raza, aunque las causas de la enfermedad y la muerte pueden variar. Así parece confirmarse que el ingreso económico y la posición social son los factores determinantes más importantes de la salud (Ministerio de Salud, 2002).

Bertranou, Casalí, Casanova y Otros (2013). Afirman que:

La variable ingreso presenta una relación negativa con la probabilidad de presentar un problema de salud y así serán pocas las posibilidades de acceder a los servicios de salud. Lo que se supone en este caso, es que las personas de mayores ingresos tienen la posibilidad de mantener hábitos de vida saludables, que reducen la probabilidad de enfermarse en el futuro respecto a las personas de bajos ingresos.

Asimismo, Arroyo (2020) define que:

El ingreso tiene efectos positivos sobre el acceso a los servicios de salud, es decir, mayores ingresos las personas tienen mayores posibilidades de acceder a estos servicios, y este afecto positivo, es válido para el caso de las familias con excedentes de recursos. En materia de prevención, curación y rehabilitación, las clases sociales con mayores ingresos tienen mayor capacidad económica e información para afrontar riesgos y responder eficazmente ante emergencias o secuelas de enfermedad. Y es este mismo sector de la población, es el que valora más la importancia de un tratamiento oportuno.

Por ello debemos tener en cuenta que el ingreso es el factor determinante de mayor importancia para la salud. Ello se debe, a que el estado de salud se mejora a medida que se incrementa el nivel de ingreso. Igualmente, las sociedades con razonable prosperidad y cuya riqueza está distribuida equitativamente tienen poblaciones más sanas, independientemente de lo que gasten en atención de salud. Ya que cuanto más equitativa es la distribución de la riqueza, los agentes contarán con más recursos para acceder a dichos servicios, lo que tiende a que la población esté más saludable.

2.3.2.1.2. Condición laboral. Según Tucker (2001) las personas que tienen más control sobre su trabajo o cuentan con un elevado cargo en su centro laboral, son las personas que tienden a gozar o a disfrutar de un buen estado de salud, medido mediante un mayor acceso a dichos

servicios, lo cual está influenciado por el elevado nivel de ingresos. Así mismo, las lesiones en el trabajo y las enfermedades ocupacionales, tienen consecuencias importantes para la salud de los trabajadores, lo que conlleva a que estas personas accedan más a los servicios de salud y así seguir con su vida laboral sin perjudicar su nivel de ingresos.

La Organización Mundial de la Salud (2020) mostró que “los niveles altos de desempleo y la inestabilidad económica causan problemas de salud mental significativos y efectos adversos sobre la salud física de las personas desempleadas, sus familias y comunidades”.

El desempleo, se asocia con un estado de salud deficiente, ello debido a que las personas desempleadas tienen más dificultades psicológicas, síntomas de depresión, limitación de actividades, problemas de salud, etc. Altos niveles de desempleo e inestabilidad económica en una sociedad, causan problemas de salud mental significativos, lo que repercute en menores ingresos económicos y menos acceso a los servicios de salud.

2.3.2.1.3. Seguro social de salud. Los seguros de salud representan una forma efectiva de enfrentar las intervenciones costosas, definidas como aquellas que un individuo o su familia pueden solventar solo vendiendo activos o contrayendo deuda. Estos eventos se producen de manera impredecible, ya que una enfermedad surge aleatoriamente, y son demasiado costosas respecto al presupuesto de una familia; por ejemplo, el tratamiento de accidentes graves o del cáncer (Alcalde, Lazo, y Nigenda, 2011).

Asimismo, Arroyo,(2020) define que:

El seguro de salud garantiza el acceso a los servicios de salud cuando estos son necesitados por la

población. Además, el seguro les permite estabilizar su consumo, amortiguando o anulando el efecto financiero de eventos de salud negativos (enfermedades graves). Una característica del seguro de salud, es que la reducción del precio de los servicios de salud puede incentivar un mayor uso de estos servicios, es decir, que los seguros alientan la demanda de servicios de salud.

Podemos indicar que los seguros de salud públicos mejoran el acceso de salud, pero al mismo tiempo mencionar que los beneficios no necesariamente se concentran en los grupos más pobres, sino que, son mejor aprovechados por los segmentos de ingresos medios quienes manejan mayor información, cuentan con un nivel educativo más alto, y además viven en zonas más urbanizadas donde los servicios son más accesibles. Mientras los seguros públicos pueden contribuir a reducir la barrera económica, este no toma en cuenta las barreras no económicas como pueden ser las barreras culturales y geográficas

2.3.2.2. Nivel educativo

2.3.2.2.1. Grado de estudio. Son las etapas de estudio que la persona ha cursado orientada a una formación general de la preparación para el ejercicio profesional. Teniendo en cuenta a Gimeno, Rubio, y Tamayo (2006) manifiestan que:

El grado de estudio influye en el acceso a los servicios de salud, es decir, que, a mayores grados de estudio, las personas valorarán a la salud como un bien o activo generador, estableciendo así una relación positiva.

Siendo así que, la educación contribuye a la salud en la medida que provee a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio en las circunstancias de su vida.

De acuerdo con diversos estudios efectuados en el Perú, el poco uso de los servicios de salud se encuentra, entre otros factores, relacionado de manera directa con el bajo nivel educativo. Ante esto Bertranou , Casalí, Casanova , y Otros , (2013), mencionan que también:

Se han estudiado los efectos indirectos, ya que la educación tiene un fuerte impacto en los niveles de ingreso y crecimiento económico, en el desarrollo social, en la alimentación y la nutrición, así como en las diferencias de género y posición social.

Por lo antes mencionado se podría decir que la población más informada o con mayor grado de estudio, es la que percibe más la enfermedad, mientras que la población que más riesgo tiene de enfermarse, es la población con menor grado de estudio.

Para Cortez (1997), el nivel educativo es “un determinante del acceso a la salud, en la medida en que permitiría un mejor cuidado de la propia salud (mejor cuidado de las condiciones higiénicas, mayor sensibilidad a síntomas de enfermedad, etc.)”.

2.3.2.3. Aspecto etario y sexo

2.3.2.3.1. Sexo. Con respecto al requerimiento de salud para Madueño (2002) menciona que “las necesidades de servicios de salud son diferentes para hombres y mujeres por las características biológicas

propias de cada sexo. Sostiene, además, que las mujeres presentan más altas tasas de morbilidad y discapacidad, y debido a su mayor longevidad tienen mayores riesgos de sufrir enfermedades crónicas”.

Gómez (2020) por su parte afirma que:

Un sistema de salud puede inducir una mayor utilización de servicios por parte de las mujeres gracias a la medicalización de procesos biológicos y al subsidio a servicios como anticonceptivos. Así mismo, sostiene que, al utilizar más los servicios preventivos, las mujeres estarán más capacitadas para detectar síntomas que requieran posterior utilización de servicios de salud.

Si bien las personas nacen con una determinada condición de salud, este se va deteriorando con el tiempo, a causa del proceso biológico y, que dicho proceso de deterioro se incrementa con el tiempo, hasta un punto tal que el individuo no es capaz de compensarla.

2.3.2.3.2. Edad: El mayor requerimiento en atención de la salud en líneas generales, se considera el grupo con mayor vulnerabilidad a enfermarse a los individuos que se encuentran en los extremos de la vida, es decir a los niños cuyas edades fluctúan entre 0 y 6 años o a los adultos con edades superiores a los 60 años (Ministerio de Salud, 2002).

2.4. Bases epistemológicas

Según Tello (2015) Son:

Los fundamentos epistemológicos aquello que constituyen la base sobre lo que se fundamentan las distintas escuelas de pensamiento económico, las cuales van a intentar establecer los orígenes, los

límites, las interrelaciones y el alcance de conceptos teóricos habitualmente utilizados, en el convencimiento de que esta tarea es fundamental a la hora de proceder a los análisis respectivos (p.60).

Por otra parte, Medina, (s.f) menciona que:

La epistemología se define como el análisis del conocimiento científico, que analiza los supuestos filosóficos de las ciencias, su objeto de estudio, los valores implicados en la creación del conocimiento, la estructura lógica de sus teorías, los métodos empleados en la investigación y en la explicación o interpretación de sus resultados y la confirmabilidad y refutabilidad de sus teorías.

(p.2)

Sobre lo referido párrafos arriba, podemos mencionar que la presente investigación se plasma en el campo de la economía de la salud.

Epistemológicamente podríamos iniciar con la economía, el cual se entiende como una disciplina científica, compuesta de conocimientos, metódicos y sistemáticos, principalmente cuantificados, que cumple con el requisito de verificabilidad, sobre una porción de la realidad y en función al enfoque considerado para ello. Sus dimensiones componentes son la dimensión teórica y la dimensión concreta o física, las que interactúan entre sí y con el medio, que contribuyen a perfeccionar las propuestas metodológicas, la Teoría existente, reconocer las leyes del mercado y satisfacer necesidades de información, o conocimiento comunicable, tanto a los investigadores como a la comunidad.

Por otro lado, Medina, (s.f), menciona que:

La salud representa una norma de vida superior en relación con la enfermedad, en ella encontramos el concepto de normatividad, entendida como la capacidad de instaurar nuevas normas en el

proceso que consiste en la propia vida, y no un estado de conformidad ante las normas establecidas. Tal normatividad es sólo una de las dimensiones de la salud, en este sentido la enfermedad corresponde a la producción de nuevas normas de ajuste entre el organismo y el medio. (p.19).

Para comprender los fundamentos epistemológicos de la economía de la salud debemos recordar que en las sociedades primitivas los peligros imperantes en el ambiente natural, hicieron que la salud fuese una necesidad y por tanto un valor donde la misma llevo al hombre primitivo a crear formas de comunicación y así establecer grupos para su defensa y supervivencia. En esta época la preservación de la salud significaba satisfacer las necesidades humanas básicas del colectivo; por medio de la caza, pesca, uso de cavernas para protegerse del frio, la lluvia y de los animales salvajes, utilizaban herramientas rudimentarias a base de piedras para la producción y defensa personal.

La Economía de la Salud es una disciplina que se ha desarrollado en los últimos años, como una especialidad científica dentro de una corriente iniciada con anterioridad en países desarrollados con una serie de actores conscientes de una finalidad funcional sobre un objeto de trabajo la producción de servicios de salud, enfoque predominantemente interdisciplinario que se fundamenta en las teorías, conceptos básicos y métodos provenientes de diferentes áreas del saber científico, para la toma de decisiones en el Sector Salud, que requiere de la información económica y una gran comprensión de su importancia para el desarrollo y

perfeccionamiento de los Sistemas de atención de Salud (Berzosa, C., Bustelo y J. de la Iglesia. 1996, P. 9, 10).

Es por ello que los autores citados en el párrafo anterior afirman que:

La Economía de la Salud es la integración de las teorías económicas, sociales, clínicas y epidemiológicas para el estudio de los mecanismos determinantes y condicionantes de la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud. La economía está considerada como ciencia porque es una forma comprensiva y explicativa del conocimiento que trata sobre aspectos de la realidad social, contiene conceptos, teorías, y leyes que se obtienen mediante el método de la razón, su objeto de estudio es social, se ocupa de la actividad humana de producción de bienes y servicios en el campo de la salud, así como las vías y métodos de aprovechamiento racional y eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros, es decir el efecto económico sobre la salud. (p.22)

Es conocido que en el ámbito de la Economía y salud el bienestar, considerado a través de las distintas escuelas económicas, principalmente la clásica y neoclásica, como un problema de pobreza, es decir, las dificultades de empleo e ingresos de una sociedad en un determinado estadio de acumulación de capital. Básicamente, el bienestar de una sociedad aumenta en relación a una mayor disponibilidad de recursos para la población y la forma en que estos se distribuyen, y asegura un estado de salud adecuado, de esta manera el crecimiento económico es el objetivo primario de la política económica, y por ende el problema central que debe

resolver la economía como ciencia. En los hechos, uno podría comprobar que el crecimiento económico, con o sin aumento de empleo, no conduce necesariamente a mejoras en el bienestar de los pobres. (Medina, (s.f, p.36).

Este hecho nos muestra que, el bienestar es el vinculado a las privaciones que sufre una persona, es decir, a la pobreza. La pobreza es una manifestación del bienestar. Pero la pobreza tiene muchas dimensiones y en cada una de esas dimensiones se revela un aspecto del bienestar. Cualquier manifestación de pobreza está arrojando información sobre el bienestar de la población.

Así surge una nueva sub disciplina de la economía llamada "economía de la salud" que se propone no sólo lograr la eficiencia del gasto, sino que también reconoce la importancia de lograr la equidad en el acceso a los bienes y servicios para el cuidado de la salud.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Ámbito

El presente estudio de investigación se realizó en el departamento de Huánuco, ubicado en la parte centro oriental del Perú, abarcando una superficie de 36 850 km², que representa el 2,9% del territorio nacional. Cuenta con dos regiones naturales, la sierra con 22 012 km² y la zona ceja de selva y selva, con 14 837 km².

La dirección regional de salud está organizada en 11 redes provinciales y 77 Micro redes distritales, distribuidos en 300 establecimientos de salud, el 81.6% (245) son Puestos de Salud, el 17.6% (53) son Centros de Salud y solo se cuenta con 2 (0.6%) Hospitales. (Ministerio de desarrollo e inclusión social, INEI, ENAHO, SIAF-MEF, ENDES 2011 - 2019).

3.2. Población

En esta ocasión para la investigación se utilizó fuentes secundarias, ya que se trabajó con los resultados de la encuesta realizada por la ENAHO, conformada por el conjunto de todas las viviendas particulares y sus ocupantes en el área urbana y rural del departamento de Huánuco (Microdatos. INEI, 2019.pg. 1,3); siendo la población de estudio de 263565 viviendas con ocupantes censadas.

3.3. Muestra

Para el tamaño anual de la muestra se tomó la cantidad dada para el departamento de Huánuco en la ficha técnica de encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y pobreza – 2019 (INEI). Obteniendo 1332 viviendas particulares. (p.05). Se considerará esta muestra por ser representada en la ficha técnica de la ENAHO en el año 2019, según la INEI (2019).

3.3.1. Datos

Los datos con los que se trabajó fueron obtenidos de la información disponible de la ENAHO plasmada por la INEI. Se desarrolló un modelo Logit, tomando en cuenta variables económicas y sociales tales como variables explicativas del acceso a los servicios de salud, la cual fue tratada como la variable dependiente.

En este contexto podemos definir a las variables que intervienen en el estudio:

Nivel socioeconómico:

- ❖ Ingresos económicos.
- ❖ Condicion laboral .
- ❖ Seguro social de salud.

Nivel educativo:

- ❖ Grado de estudio.

Aspecto etario y sexo:

- ❖ Edad.
- ❖ Sexo.

3.4. Nivel y tipo de estudio

3.4.1. Nivel de estudio

Existen cuatro niveles de investigación: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos. (Dankhe,1986, p.46).

Para la presente investigación por su profundidad es descriptiva-correlacional ya que se determinó el grado de asociación entre las variables de estudio.

3.4.2. Tipo de estudio

El presente estudio por su finalidad es de tipo “aplicada” puesto que “se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de aquellas se deriven. La investigación aplicada busca conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar; le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad circunstancial antes que el desarrollo de un conocimiento de valor universal”. (Sánchez y Meza, 2017, p.45).

3.5. Diseño de investigación

Por su naturaleza la investigación es no experimental de corte transversal en su forma correlacional.

Es no experimental puesto que no se manipula el factor causal para la determinación posterior de sus efectos.

Es de corte transversal ya que se utilizó datos comprendidas en el año 2019.

Es correlacional ya que se estimó el grado de asociación de las variables de estudio. Pudiendo diagramarse de la siguiente manera:

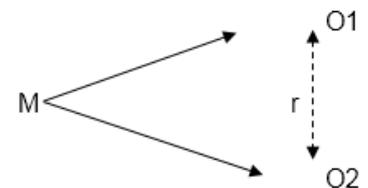
Donde:

M = Muestra

r = Relación entre O1 y O2

O1 = Observación de la variable independiente.

O2 = Observación de la variable dependiente.



3.5.1.1. Especificación del modelo econométrico.

En base al marco teórico y evidencia empírica tomados para elaborar la presente investigación se ha establecido en el modelo lo siguiente:

$$Y_i = f(X_i)$$

Donde la variable dependiente simboliza el acceso a los servicios de salud y como variables independiente los factores condicionantes.

De este modo se tiene:

$$Y_i: \begin{cases} 0 = \text{no accede} \\ 1 = \text{si accede} \end{cases}$$

- X_i :
- Nivel Socioeconómico.
 - Nivel Educativo.
 - Aspectos Etario y sexo.

De esta manera se establece el siguiente modelo:

$$Y_i = f(\text{SocEcon}, \text{Educ}, \text{Etaysex})$$

Donde:

- ❖ $Y_i =$ Acceso a los servicios de Salud.
- ❖ $\text{SocEcon} =$ Socio económico.
- ❖ $\text{Educ} =$ Educativo
- ❖ $\text{Etaysex} =$ Etario y sexo

Remplazamos los indicadores a X_i se establece el siguiente modelo

$$Y_i = f(\text{Igec}, \text{Colr}, \text{Sgss}, \text{Gres}, \text{Sexo}, \text{Edad})$$

$$(+) \quad (+) \quad (+) \quad (+) \quad (+/-) \quad (+)$$

Donde:

- ❖ $Y_i =$ Acceso a los servicios de Salud.
- ❖ $\text{Igec} =$ Ingresos económicos.

- ❖ *Colr= Condiciones laborales.*
- ❖ *Sgss= Seguro social de salud.*
- ❖ *Gres= Grado de estudio.*
- ❖ *Sexo= Femenino;Masculino.*
- ❖ *Edad= Tiempo transcurrido días, meses, años desde el nacimiento hasta el periodo actual.*

Especificando de esta manera el modelo logit utilizando el metodo de maxima verosimilitud para estimarlo:

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-z_i}}$$

$$Z_i = \alpha_0 + \alpha_1 \cdot lgec_{2019} + \alpha_2 \cdot Colr_{2019} + \alpha_3 \cdot Sgss_{2019} + \alpha_4 \cdot Gres_{2019} + \alpha_5 \cdot Sexo_{2019} + \alpha_6 \cdot Edad_{2019} + \mu_{2019}.$$

Reemplazando el valor de Z_i y linealizando el modelo logit se obtiene:

$$\begin{aligned} \text{Acceso} &= \ln\left(\frac{P_i}{1 - P_i}\right) \\ &= \alpha_0 + \alpha_1 \cdot lgec_{2019} + \alpha_2 \cdot Cotr_{2019} + \alpha_3 \cdot Sgss_{2019} + \alpha_4 \cdot Gres_{2019} + \alpha_5 \cdot Sexo_{2019} + \alpha_6 \cdot Edad_{2019} + \mu_{2019}. \end{aligned}$$

Se utilizó el programa Eviews 10 esperando que la estimación posea parámetros con los resultados siguientes:

- ❖ $\alpha_1 = \frac{\partial \text{Acceso}}{\partial lgec} > 0$ El ingreso económico posee un efecto positivo sobre el acceso a los servicios de salud, mostrando así que los hogares con mayores ingresos o capacidad económica están preparados para afrontar emergencias o consecuencias por alguna enfermedad.
- ❖ $\alpha_2 = \frac{\partial \text{Acceso}}{\partial Colr} > 0$ Las personas que poseen una situación ocupacional adecuada, mayormente son influenciadas por el nivel de ingreso que perciben por su trabajo y ello les hace en medio o alta medida acceder a servicios de salud ante un suceso.
- ❖ $\alpha_3 = \frac{\partial \text{Acceso}}{\partial Sgss} > 0$ El estar afiliado aumenta de probabilidad de acceder a los servicios de salud, porque los seguros disminuyen el precio de los servicios y permiten enfrentar intervenciones costosas.

Las personas con un grado de estudio conocen tal vez temas de enfermedades y son ellas las que valoran su salud y esto permite a que accedan a mayores servicios de salud.

$$\diamond \alpha_4 = \frac{\partial \text{Acceso}}{\partial \text{Gres}} > 0$$

$$\diamond \alpha_5 = \frac{\partial \text{Acceso}}{\partial \text{Sexo}} > 0$$

$$\diamond \alpha_6 = \frac{\partial \text{Acceso}}{\partial \text{Edad}} > 0$$

Tanto hombres, como mujeres acceden a los servicios de salud, pero las necesidades de salud son diferentes para ambos por las características biológicas propias de cada sexo.

A medida que aumenta la edad de la persona, su salud se va depreciando producto de la aparición de enfermedades, lo que hacen las personas es invertir en su cuidado, explicado por un mayor acceso a los servicios de salud.

3.6. Métodos, técnicas e instrumentos

3.6.1. Métodos.

El método que se aplicó en la presente investigación fue:

Método deductivo: “es una demostración o inferencia de una aseveración particular, singular (consecuencia), a partir de una o varias aseveraciones generales, universales (premisas) aplicando leyes de la lógica”. (Sánchez y Meza, 2017, p.58).

También dichos autores indican que:

el método deductivo se fundamenta en la aceptación de que en los objetos, procesos, teorías y fenómenos del mundo existe determinado ordenamiento que permite descubrir regularidades, tendencias y leyes, las cuales se adelantan en forma de hipótesis para extraer de ellas conclusiones particulares. (p.59)

Por lo que en la presente investigación se trabajó con la teoría de la economía de la salud, de manera general, sintetizándola en demostrar la relación del acceso a los servicios de salud con el nivel socioeconómico, el nivel educativo, aspecto etario y sexo, es decir, se pasó de la teoría en general a la inferencia y contraste de las variables de estudio.

3.6.2. Técnicas

Las técnicas empleadas fueron: Análisis documental y de datos.

Análisis documental y de datos: consistió en recopilar información de fuentes, para esta investigación lo siguiente:

- Fuentes secundarias

Se recopiló distintos datos a través de una búsqueda minuciosa de información, las cuales nos permitió explicar y contrastar la teoría planteada, por lo que se tomaron datos recopilados y procesados por la INEI aplicado en la encuesta nacional de hogares ENAHO (2019) actualizada.

La Información histórica que compone la base de datos de nuestro marco teórico, antecedentes y fundamentación del problema, fueron obtenidos directamente de diversas fuentes entre ellas tenemos: páginas, revistas, glosarios, enciclopedias, informes, Pdfs, etc.

3.6.3. El instrumento.

Se entiende que el instrumento de investigación es el medio donde se registra toda información recolectada durante la investigación.

Para la recolección de datos de las variables de estudio, se usó la ficha técnica de recolección de datos, en este caso fichas técnicas del ENAHO del año 2019 de los módulos 2, 3,4 y 5.

3.7. Procesamiento de datos

La investigación hizo uso de tablas, cuadros y gráficos estadísticos. Para la parte econométrica de la investigación, se trabajó con un modelo de Regresión Simple Lineal, el cual fue estimado a través del método de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO). Dicha estimación se realizó con ayuda del software econométrico EViews 10 y para contrastar las hipótesis el modelo de selección discreta fue (logit y probit) con comparación de la prueba “t- Student”.

3.8. Plan de tabulación y análisis de datos estadísticos

3.8.1. Para la presentación de datos

Se empleó cuadros y gráficas estadísticas como tablas, estadígrafos como R –Squared (R Cuadrado), Adjusted R-Squared (R Cuadrado Ajustado), Individual – Prueba “t- Student”, gráficos de dispersión e histograma, que permitió interpretar de manera sucinta los resultados obtenidos, se hizo uso del procesador de textos Microsoft Word 2016 para confeccionar el documento de investigación, a la misma vez también para procesar los textos extraídos de libros, revistas, artículos u otras investigaciones que esta investigación necesitó.

3.8.2. Para el análisis de datos

Se procedió al análisis de cada dato en el periodo de 2019 en el programa Eviews versión 10.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis descriptivo de los resultados según, ENAHO 2019

En este apartado se procedió a plasmar el desarrollo del análisis descriptivo de las variables de estudio, donde se tomó la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares-ENAHO en el año 2019 en el departamento de Huánuco.

Tabla N° 1: Lugar de consulta para el problema de salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Puesto de salud MINSA	114	8.6%	8.6%	8.6%
	Centro de salud MINSA	158	11.9%	11.9%	20.4%
	Centro o puesto de salud CLAS	5	0.4%	0.4%	20.8%
	Posta, policlínico, ESSALUD	18	1.4%	1.4%	22.1%
	Hospital MINSA	44	3.3%	3.3%	25.5%
	Hospital del seguro (ESSALUD)	145	10.9%	10.9%	36.3%
	Hospital de las FF.AA, y Policía Nacional	4	0.3%	0.3%	36.6%
	Consultorio médico particular	97	7.3%	7.3%	43.9%
	Clínica particular	35	2.6%	2.6%	46.5%
	Farmacia o botica	321	24.1%	24.1%	70.6%
	Otro lugar	12	0.9%	0.9%	71.5%
	No buscó atención	379	28.5%	28.5%	100.0%
	Total	1332	100.0%	100.0%	

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

Análisis e Interpretación: Respecto al lugar de consulta para el problema de salud de la población Huanuqueña, se observa que en el año 2019, la mayoría no buscó atención alguna con porcentaje considerable de un 28.5%, lo que significa que 379 personas posiblemente se quedaron en sus casas a que se les pase la enfermedad; el 24.1% de personas acudieron a farmacias o boticas siendo un total de 321; el 11.9% acudieron a centro de salud MINSA, seguido

del ESSALUD con el 10.9%, en general se puede visualizar que la población en su gran mayoría no acude a un centro de salud.

4.1.1. Acceso a los servicios de salud

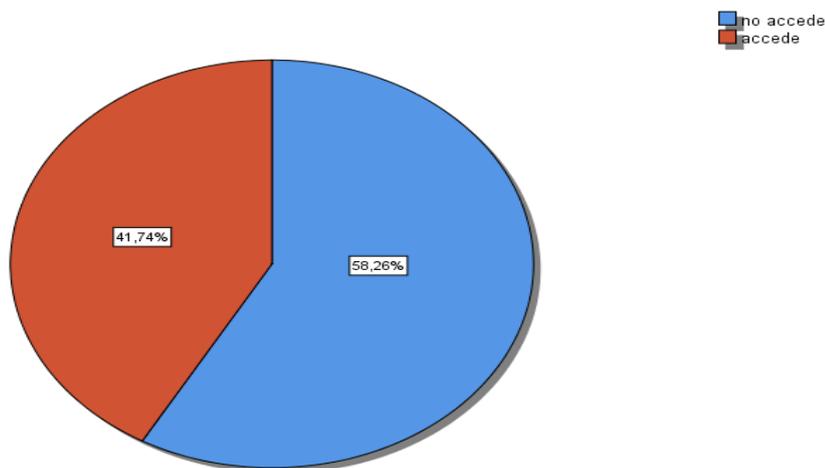


Ilustración N° 01: Acceso a los servicios de salud

Elaboración: Tesisistas.

Fuente: ENAHO (2019)

Análisis e Interpretación: Respecto al acceso a los servicios de salud, se observa que la mayoría de la población huanuqueña encuestada no accedió a los servicios de salud para tratarse de algún mal que reportó en el 2019, lo que significa que el [58.26% (779)] personas tal vez esperaron que el mal se les pase en sus casas. Se considera como no acceso a aquellas personas que, ante un problema de salud, consultaron en farmacias o boticas, en otro lugar que no sea un establecimiento de salud; Mientras que [41.7% (556)] personas si buscaron atención, tal y como se puede apreciar en la ilustración N° 01.

4.1.2. Factores Condicionantes

4.1.2.1. Nivel socioeconómico: Ingresos económicos

Tabla Nº 2: Ingresos Económicos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	de 0 a S/. 1000	517	38,8	38,8	38,8
	de S/.1001 a S/.2000	579	43,5	43,5	82,3
	de S/.2001 a S/.3000	158	11,9	11,9	94,1
	de S/.3001 a más	78	5,9	5,9	100,0
	Total	1332	100,0	100,0	

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

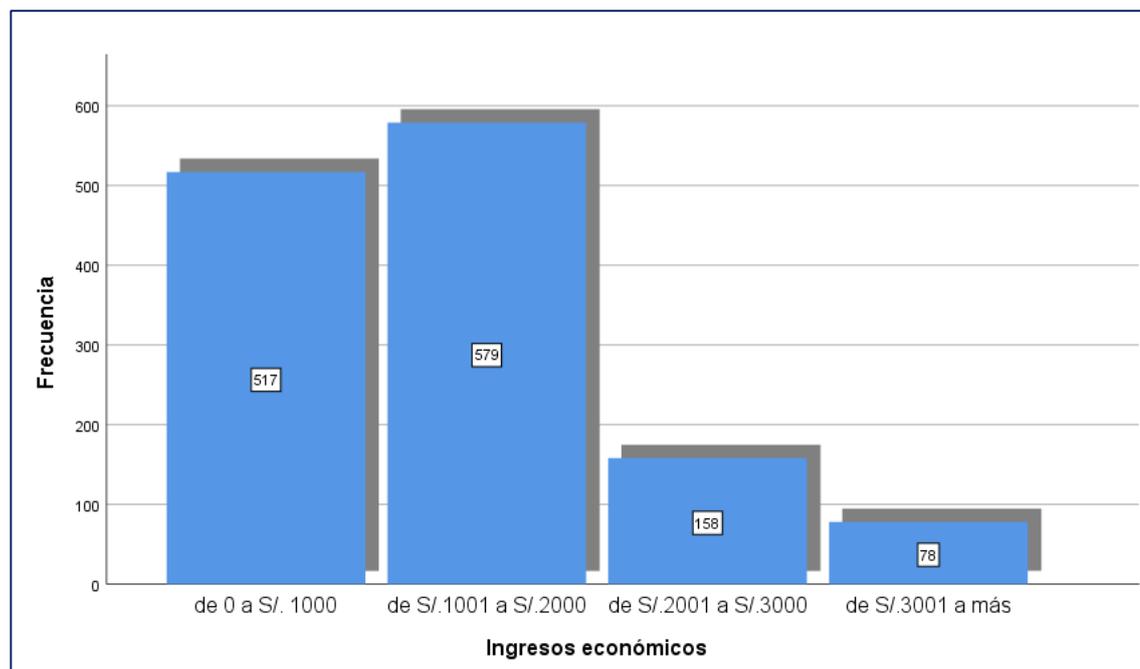


Ilustración N° 02: Ingresos económicos

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

Análisis e Interpretación: Respecto a los Ingresos económicos de la población huanuqueña encuestada, se observa que la mayoría de las familias poseen ingresos de S/. 1001 a S/. 2000 con [43.5% (579)]; seguido de 0 a S/.1000 con [38.8% (517)]; siendo una muestra considerable de familias que viven con estos

ingresos, y en una menor proporción están las familias que perciben de S/. 3001 a más con [5.9% (78)].

4.1.2.2. Nivel socioeconómico: Condición Laboral

Tabla N° 3: Condición Laboral.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	desempleado	648	48,6	48,6	48,6
	empleado	684	51,4	51,4	100,0
	Total	1332	100,0	100,0	

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

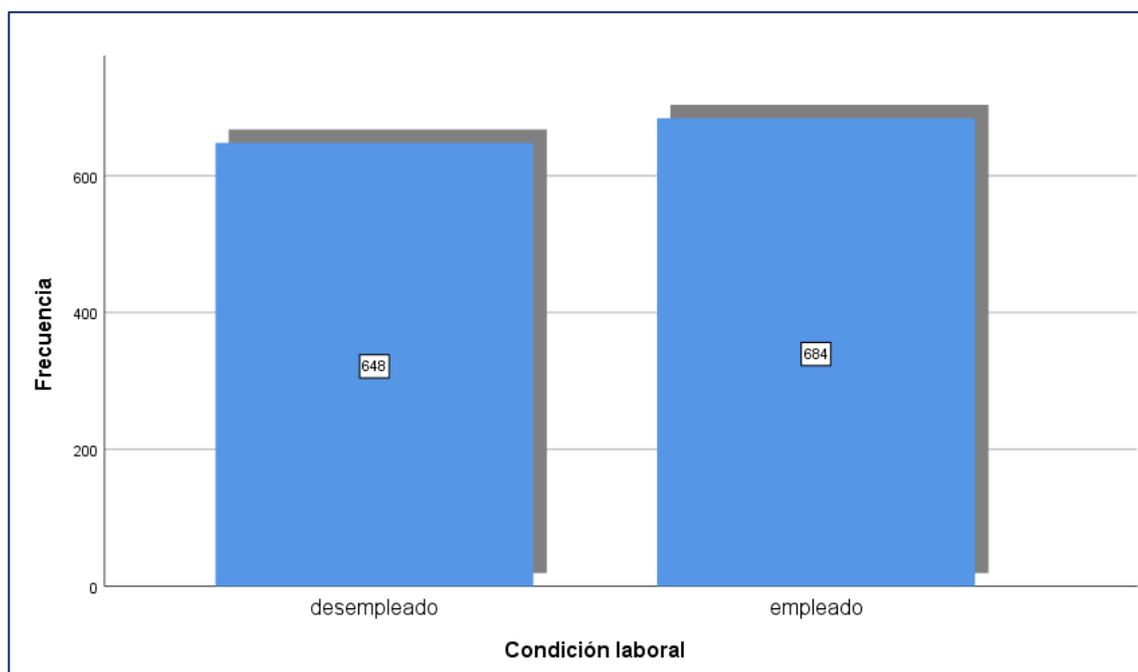


Ilustración N° 03: Condición Laboral

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

Análisis e Interpretación: Respecto a las condiciones laborales de la población Huanuqueña encuestada, se observa que las 648 personas están desempleadas en el año de estudio siendo esto el 48.6% y 684 están empleados con un 51.4%, se podría decir que ambas condiciones comparten similitudes en las cantidades.

4.1.2.3. Nivel socioeconómico: Seguro social

Tabla N° 4: Seguro social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ESSALUD	309	24.0%	24.0%	24.0%
	Seguro privado de Salud	133	10.3%	10.3%	34.3%
	Entidad Prestadora de Salud	245	19.0%	19.0%	53.3%
	Seguro de FF. AA/Policiales	23	1.8%	1.8%	55.1%
	Seguro Integral de Salud (SIS)	412	32.0%	32.0%	87.0%
	Seguro universitario	0	0.0%	0.0%	87.0%
	Seguro escolar privado	3	0.2%	0.2%	87.3%
	Otro sistema de salud	164	12.7%	12.7%	100.0%
	Total	1289	100.0%	100.0%	

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

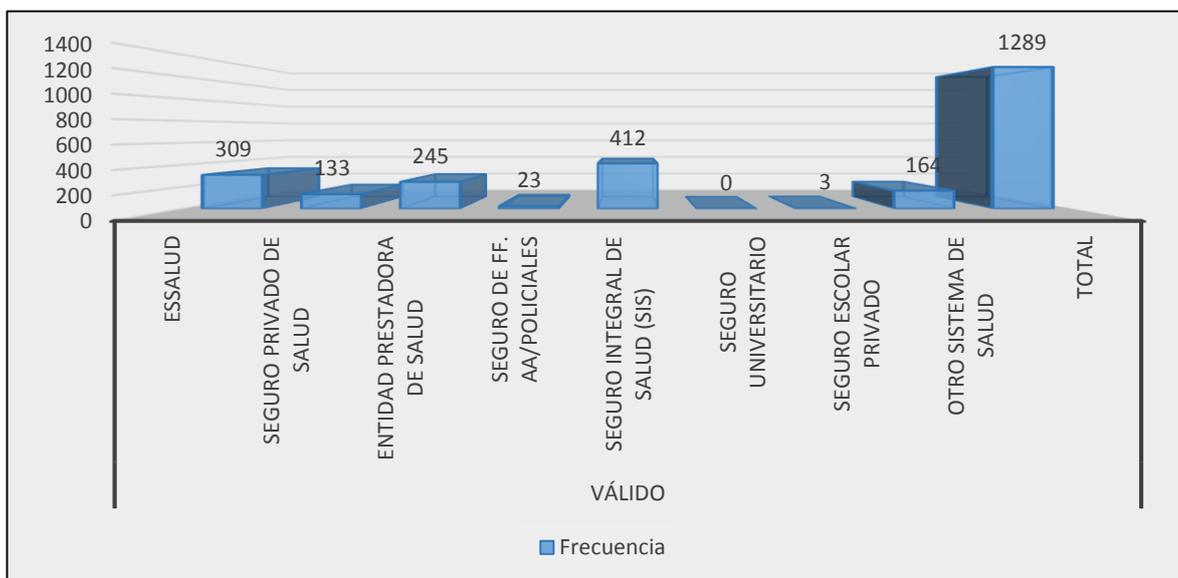


Ilustración N° 04: Seguro Social

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

Análisis e Interpretación: Respecto al seguro social de la población Huanuqueña encuesta, se observa que la mayoría está afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS) [32.0% (412)], seguido de [24.0% (309)] que cuenta con el seguro de ESSALUD. Asimismo, los que acceden a una Entidad Prestadora de Salud tienen un porcentaje considerable de [19.0% (245)] y en una menor proporción cuentan con Seguro escolar privado con solo [0.2% (3)].

Según el estudio la mayoría de la población huanuqueña cuenta con el seguro SIS, esto debido a la condición económica de la población, a sabiendas que Huánuco se encuentra como la segunda región en extrema pobreza., siendo el SIS un seguro que brinda el estado de manera subsidiado o semi subsidiado, por tanto la mayoría de la población opta por tener dicho seguro.

Tabla N° 5: Número de afiliados a algún seguro social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no afiliado	43	3,2	3,2	3,2
	afiliado	1289	96,8	96,8	100,0
	Total	1332	100,0	100,0	

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

Análisis e Interpretación: Con respecto al número de afiliados a algún seguro social de la población Huanuqueña encuestada, se observa que 1289 personas conforman el 96.8% posee un seguro de salud y el 3.2% no la posee.

4.1.2.4. Nivel educativo: Grado de estudio

Tabla N° 6: Grado de estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin nivel	38	2,9	2,9	2,9
	inicial	35	2,6	2,6	5,5
	Primaria incompleta	347	26,1	26,1	31,5
	Primaria completa	323	24,2	24,2	55,8
	Secundaria incompleta	157	11,8	11,8	67,6
	Secundaria completa	301	22,6	22,6	90,2
	Súper. universitaria completa	107	8,0	8,0	98,2
	Post-Grado universitario	24	1,8	1,8	100,0
	Total	1332	100,0	100,0	

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

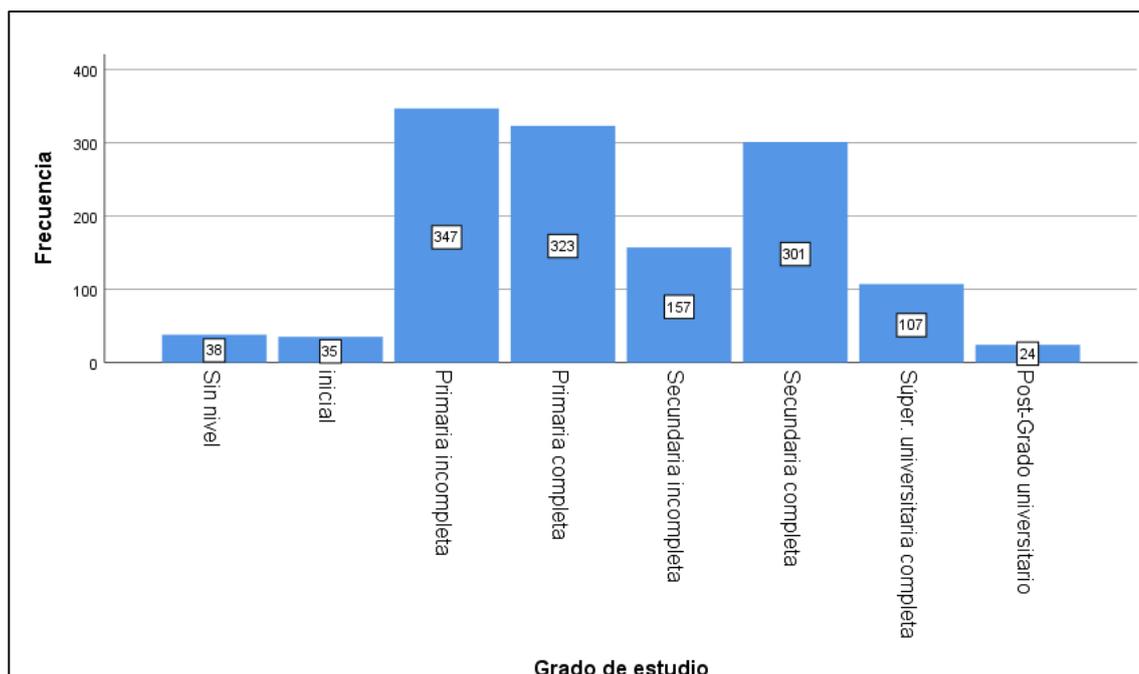


Ilustración N° 05: Grado de estudio

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

Análisis e Interpretación: Con respecto al Grado de estudio de la población Huanuqueña encuestada; se observa que la gran mayoría cuenta con primaria incompleta [26.1% (347)]; seguido de los que cuenta con primaria completa también con un porcentaje considerable de [24.2% (323)]; así mismo las personas que cuentan con secundaria completa con [22.6% (301)] y con una menor proporción las personas que cuentan con grado de estudio de inicial y post-Grado Universitario con [2.6% (35)] y [1.8% (24)] respectivamente.

4.1.2.5. Aspecto etario y sexo: Edad

Tabla N° 7: Grupo etario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 33 a 47	352	26,4	26,4	26,4
	De 48 a 63	527	39,6	39,6	66,0
	De 63 a 79	442	33,2	33,2	99,2
	De 80 a más	11	,8	,8	100,0
	Total	1332	100,0	100,0	

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

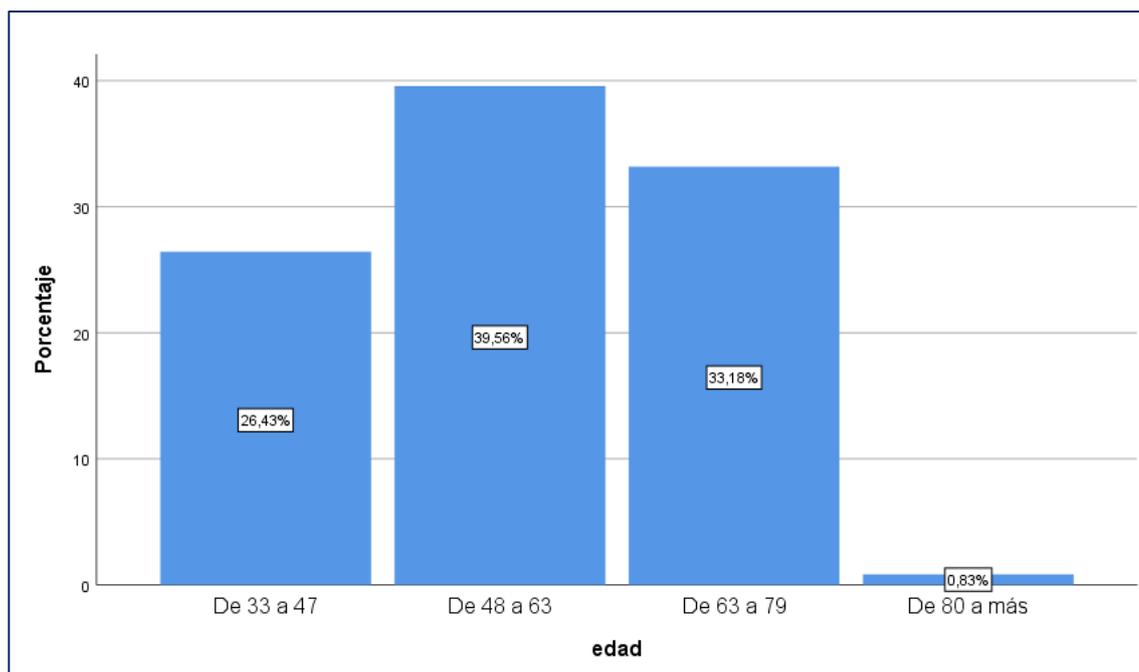


Ilustración N° 06: Edad agrupada

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

Análisis e Interpretación: Respecto a la edad de la población Huanuqueña encuestada, se observa que se distribuye en grupos etarios que van desde los 33 a 47 años siendo un 26.43%, el grupo etario con mayor agrupación de personas pertenecen a las edades de 48 a 63 con un 39.6%, seguidamente del grupo etario de 63 a 79 años con 33.18% y el grupo etario con mínima participación pertenece a mayores de 80 años con el 0.8%.

Tabla N° 8: Grupo etario y Seguro social

		Seguro Social		Total
		No está afiliado	Está afiliado	
edad (Agrupada)	De 33 a 47	13	339	352
	De 48 a 63	13	514	527
	De 63 a 79	11	431	442
	De 80 a más	6	5	11
Total		43	1289	1332

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

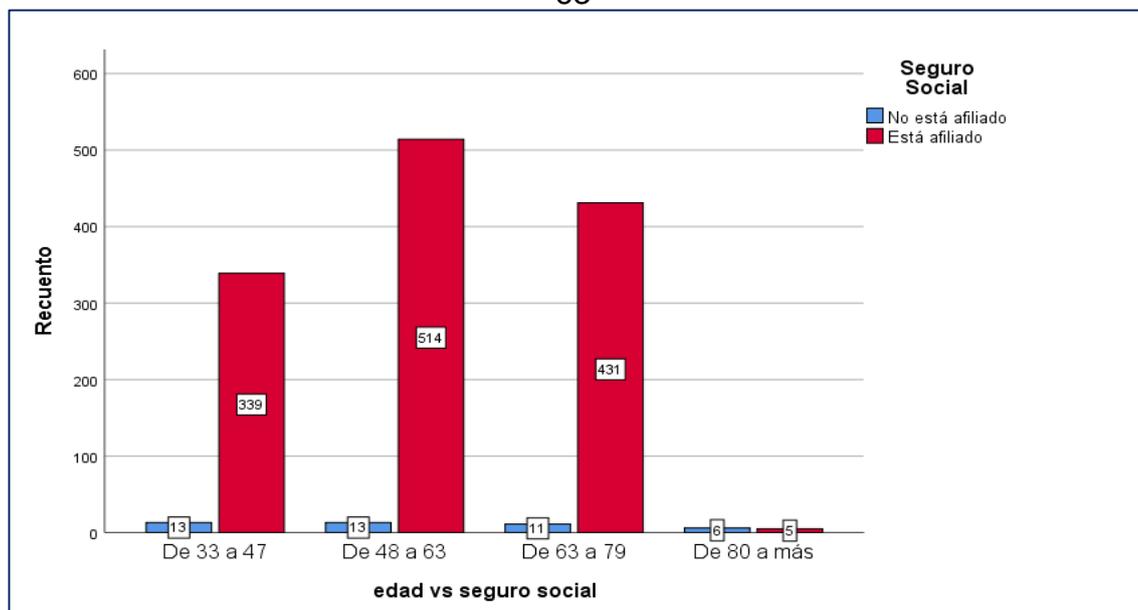


Ilustración N° 07: Edad vs Seguro social

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

Análisis e Interpretación: Respecto al Grupo etario y Seguro social de la población Huanuqueña encuestada, se observa que la mayoría de 48 a 63 años de edad, 544 personas están afiliadas y solo 13 no lo están; seguido de 63 a 79 años de edad 413 si están afiliados y 11 no lo están; y una menor proporción de 80 a más años de edad están afiliados solo 5 y 6 no lo están.

4.1.2.6. Aspecto etario y sexo: Sexo

Tabla N° 9: Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	584	44%	44%	44%
	Hombre	748	56%	56%	100%
	Total	1332	100%	100%	

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

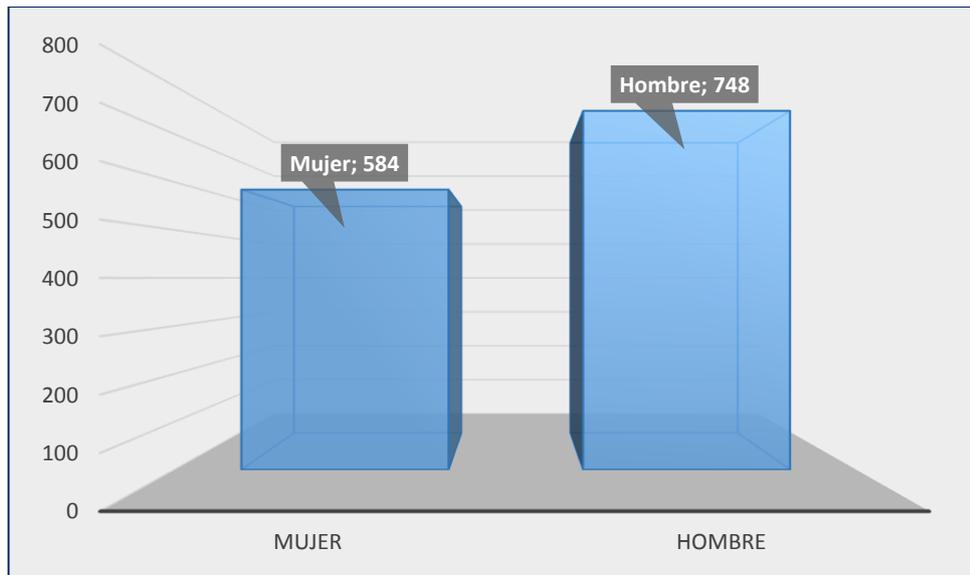


Ilustración N° 08: Sexo

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019)

Análisis e Interpretación: Respecto al sexo de la población Huanuqueña encuestada, se distribuye por 584 mujeres encuestadas y 748 hombres encuestados ambos con 44% y 56% respectivamente.

4.2. Resultados de la estimación del modelo econométrico para contrastar la hipótesis.

Tabla N° 10: Estimación del modelo logit

Dependent Variable: ACCESO				
Method: ML - Binary Logit (Newton-Raphson / Marquardt steps)				
Date: 12/22/20 Time: 11:41				
Sample: 1 1332				
Included observations: 1332				
Convergence achieved after 4 iterations				
Coefficient covariance computed using observed Hessian				
Variable	Coefficient	Std. Error	z-Statistic	Prob.
C	-0.680986	0.452722	-1.504205	0.0000
IGEC	0.000136	6.99E-05	1.946305	0.0416
COLR	0.475431	0.123962	3.835294	0.0001
SGSS	1.546970	0.369186	4.190223	0.0000
GRES	0.226955	0.026394	8.598731	0.0000
SEXO	-0.681098	0.147847	-4.606782	0.0000
EDAD	0.002646	0.005374	0.492353	0.0225
McFadden R-squared	0.066760	Mean dependent var	0.417417	
S.D. dependent var	0.493318	S.E. of regression	0.470714	
Akaike info criterion	1.278680	Sum squared resid	293.5827	
Schwarz criterion	1.305978	Log likelihood	-844.6010	
Hannan-Quinn criter.	1.288910	Deviance	1689.202	
Restr. deviance	1810.041	Restr. log likelihood	-905.0204	
LR statistic	120.8388	Avg. log likelihood	-0.634085	
Prob(LR statistic)	0.000000			

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019) datos procesados con el soporte de eviews10

Análisis e interpretación: Los resultados del modelo cumplen con la teoría económica, se puede apreciar en la tabla 10, que existe relación directa entre las variables independientes: ingresos a los servicios de salud, condiciones de trabajo, nivel educativo, edad y sexo, con el acceso a la prestación de los servicios de salud en el departamento de Huánuco 2019. Además, se puede observar que las probabilidades de cada variable independientes son menores a 0.005 siendo este el nivel de significancia por lo que se puede deducir que las variables son significativas.

4.2.1. Evaluación estadística: Contraste de Hipótesis

4.2.1.1. Significancia individual

- ❖ $N_{99}=2.575$ (Altamente significativo).
- ❖ $N_{95}=1.959$ (Significativo).
- ❖ $N_{90}=1.644$ (Significancia relativa).

Hipótesis Específica 1:

- **H₀**: El acceso a los servicios de salud no se relaciona significativamente con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco, 2019.
- **H₁**: El acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco, 2019.

Para determinar la hipótesis estadística, tenemos que analizar con las variables existentes y tener en cuenta la hipótesis nula e hipótesis alterna.

Ingresos económicos

- $H_0: \alpha_1 = 0$; el parámetro no estadísticamente significativo.
- $H_1: \alpha_1 \neq 0$; el parámetro es estadísticamente significativo.

$Z_{\alpha_1}=1.946305$ (Es significativo). Se rechaza la H_0 de no significancia individual. Asimismo, la probabilidad es menor al 5%. Por lo tanto, se concluye que la variable **lgec** es estadísticamente significativa.

Condiciones laboral

- $H_0: \alpha_2 = 0$; el parámetro no estadísticamente significativo.
- $H_1: \alpha_2 \neq 0$; el parámetro es estadísticamente significativo.

$Z_{\alpha_2}=3.835294$ (Es altamente significativo). Se rechaza la H_0 de no significancia individual. Asimismo, la probabilidad es menor al 5%. Por lo tanto, se concluye que la variable **colr** es estadísticamente significativa.

Seguro Social de salud

- $H_0: \alpha_3 = 0$; el parámetro no estadísticamente significativo.

- $H_1: \alpha_3 \neq 0$; el parámetro es estadísticamente significativo.

$Z_{\alpha_3} = 4.190223$ (Es altamente significativo). Se rechaza la H_0 de no significancia individual. Asimismo, la probabilidad es menor al 5%. Por lo tanto, se concluye que la variable **sgss** es estadísticamente significativa.

- **Interpretación y análisis:** se determinó que los indicadores que pertenecen a la dimensión Nivel socioeconómico son todos significantes por lo que se acepta la hipótesis alternativa que menciona que el acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco, 2019.

Hipótesis Específica 2:

- **H_0 :** El acceso a los servicios de salud no se relaciona significativamente con el nivel educativo en el departamento de Huánuco, 2019.
- **H_1 :** El acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el nivel educativo en el departamento de Huánuco, 2019.

Nivel de Estudio

- $H_0: \alpha_4 = 0$; el parámetro no estadísticamente significativo.
- $H_1: \alpha_4 \neq 0$; el parámetro es estadísticamente significativo.

$Z_{\alpha_4} = 8.598731$ (Es altamente significativo). Se rechaza la H_0 de no significancia individual. Asimismo, la probabilidad es menor al 5%. Por lo tanto, se concluye que la variable *Gres* es estadísticamente significativa.

- **Interpretación y análisis:** se determinó que el indicador grado de estudio perteneciente a la dimensión nivel educativo es significativo por lo que se acepta la hipótesis alternativa que menciona que el acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el nivel educativo en el departamento de Huánuco, 2019.

Hipótesis Específica 3:

- **H₀**: El acceso a los servicios de salud no se relaciona significativamente con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco 2019.
- **H₁**: El acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco 2019.

Sexo

- H₀: $\alpha_5 = 0$; el parámetro no estadísticamente significativo.
- H₁: $\alpha_5 \neq 0$; el parámetro es estadísticamente significativo.

$Z_{\alpha_5} = -4.606782$ (Es altamente significativo, pero inversamente proporcional).

Se rechaza la H₀ de no significancia individual. Asimismo, la probabilidad es menor al 5%. Por lo tanto, se concluye que la variable **Sexo** es estadísticamente significativa.

Edad

- H₀: $\alpha_6 = 0$; el parámetro no estadísticamente significativo.
- H₁: $\alpha_6 \neq 0$; el parámetro es estadísticamente significativo.

$Z_{\alpha_6} = 0.492353$ (Es significativo relativo). Se rechaza la H₀ de no significancia individual. Asimismo, la probabilidad es menor al 5%. Por lo tanto, se concluye que la variable **Edad** es estadísticamente significativa relativa.

- **Interpretación y análisis:** se determinó que los indicadores que pertenecen a la dimensión aspecto etario y sexo son significativos por lo que se acepta la hipótesis alternativa que menciona que el acceso a los servicios salud se relaciona significativamente relativo con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco 2019.

4.2.1.2. *Significancia General.*

Hipótesis General

- **H₀**: El acceso a los servicios de salud no posee una relación positiva significativa con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco 2019.
- **H₁**: El acceso a los servicios de salud posee una relación positiva significativa con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco 2019.

⇒ H₀: $\alpha_1 = \alpha_2 = \alpha_3 = \alpha_4 = \alpha_5 = \alpha_6 = 0$ (Los parámetros no son estadísticamente significativos).

⇒ H₁: $\alpha_1 \neq \alpha_2 \neq \alpha_3 \neq \alpha_4 \neq \alpha_5 \neq \alpha_6 \neq 0$ (Los parámetros son estadísticamente significativos).

Para determinar normalmente la significancia global, es la comparación de estadístico de prueba LR statistic (Modelo logit – tabla 7) con el chi-cuadrado X_6^2 :

LR statistic V.S chi-cuadrado

$$120.83 > 12.59$$

Por lo tanto, se rechaza la H₀ de no significancia global y se concluye que el modelo es significativo estadísticamente, mejor dicho, las variables incluidas en el modelo logit: *Igec*, *Colr*, *Sgss*, *Gres*, *Sexo* y *Edad* son relevantes para explicar el acceso a los servicios de salud en el departamento de Huánuco 2019, aceptando la hipótesis alterna.

4.2.1.3. Normalidad

⇒ $H_0: \alpha_1 = \alpha_2 = \alpha_3 = \alpha_4 = \alpha_5 = \alpha_6 = 0$ (Los residuos tienen una distribución normal).

⇒ $H_1: \alpha_1 \neq \alpha_2 \neq \alpha_3 \neq \alpha_4 \neq \alpha_5 \neq \alpha_6 \neq 0$ (Los residuos no tienen una distribución normal).

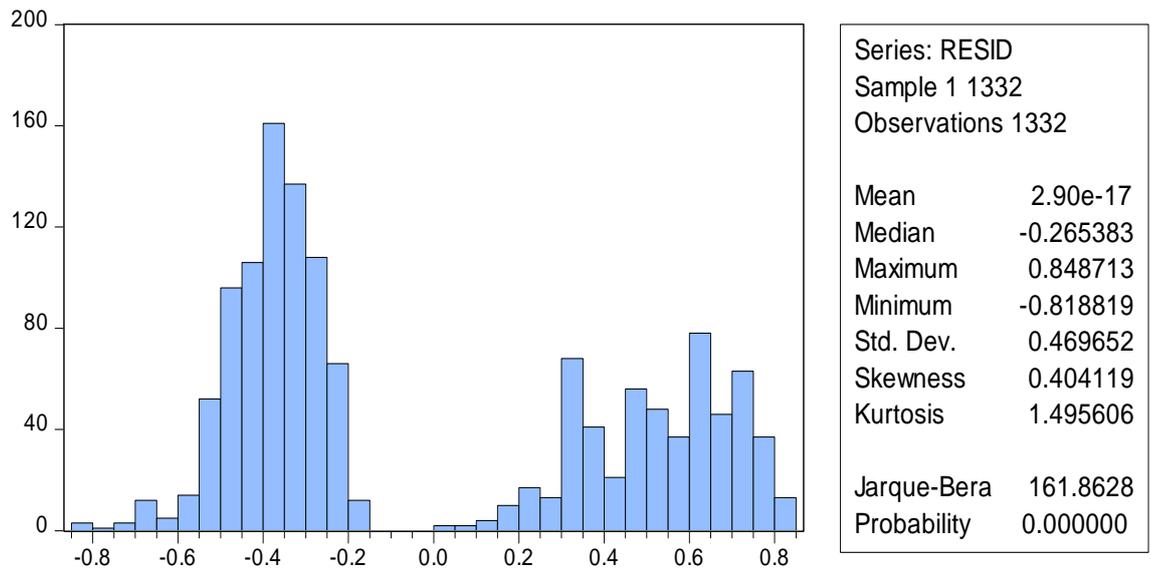


Ilustración N° 09: Histograma-Normality Test

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019) datos procesados con el soporte de eviews10

Análisis e interpretación: se puede observar que el valor de jarque-bera del modelo logit (161.8) $> X_6^2$ (12.59), y la probabilidad es menor al 5%, por lo que podemos concluir que los residuos del modelo no siguen una distribución normal. Esto se comprueba lo mencionado por gujarati y porter (2010), "los residuos en modelos de respuesta dicotómica no tienen una distribución normal".

4.2.1.4. Detección de la multicolinealidad

Para la detección de multicolinealidad se efectuó un análisis de correlación entre las variables del modelo estimado:

Tabla N° 11: Correlación de las Variables

	IGEC	COLR	SGSS	GRES	SEXO	EDAD
IGEC	1	0.048062131 17229117	0.011129368 66283303	0.038695677 76863381	0.052849810 47964056	0.040923457 17843319
COLR	0.048062131 17229117	1	0.043180146 33198974	0.328278335 1413074	0.047617741 19277693	0.005797807 919959074
SGSS	0.011129368 66283303	0.043180146 33198974	1	0.002195134 705418946	0.011645957 59222516	0.037586982 71474275
GRES	0.038695677 76863381	0.328278335 1413074	0.002195134 705418946	1	0.046774772 09273506	0.016724410 25821517
SEXO	- 0.052849810 47964056	- 0.047617741 19277693	- 0.011645957 59222516	- 0.046774772 09273506	1	- 0.073624635 9219701
EDAD	0.040923457 17843319	0.005797807 919959074	0.037586982 71474275	0.016724410 25821517	0.073624635 9219701	1

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019) datos procesados con el soporte de eviews10

Análisis e interpretación: se observa que existe débil correlación entre las variables mostrándonos que esta correlación no distorsiona los resultados obtenidos, entonces descartamos cualquier posible existencia de multicolinealidad entre las variables independiente y la variable dependiente.

4.2.1.5. Análisis de signos, significatividad individual y conjunta de los modelos

Tabla N°12: Análisis de signos de los parámetros

Parámetro	Signo Teórico	Signo estimado	Contrastación
IGEC	+	+	Correcto
COLR	+	+	Correcto
SGSS	+	+	Correcto
GRES	+	+	Correcto
SEXO	-/+	-	Correcto
EDAD	+	+	Correcto

Elaboración: Tesistas.

Fuente: ENAHO (2019) datos procesados con el soporte de eviews10

Análisis e interpretación: se observa que el análisis de los signos se desarrolla precisamente tal y como dice la teoría; y se establece que se cumple el criterio de significancia.

4.2.1.6. Identificación de la autocorrelación: método gráfico.

Date: 12/22/20 Time: 20:14

Sample: 1 1332

Included observations: 1332

Autocorrelation	Partial Correlation	AC	PAC	Q-Stat	Prob*	
		1	0.280	0.280	104.74	0.000
		2	0.210	0.143	163.78	0.000
		3	0.139	0.054	189.64	0.000
		4	0.268	0.214	285.46	0.000
		5	0.218	0.097	348.89	0.000
		6	0.283	0.170	455.85	0.000
		7	0.213	0.075	516.71	0.000
		8	0.224	0.079	584.26	0.000
		9	0.156	0.009	617.12	0.000
		10	0.249	0.112	700.74	0.000
		11	0.217	0.057	763.99	0.000
		12	0.221	0.046	829.98	0.000
		13	0.149	-0.008	859.81	0.000
		14	0.172	0.010	899.51	0.000
		15	0.205	0.069	956.43	0.000
		16	0.213	0.034	1017.5	0.000
		17	0.127	-0.048	1039.3	0.000
		18	0.168	0.028	1077.7	0.000
		19	0.200	0.070	1131.8	0.000
		20	0.183	0.011	1177.1	0.000
		21	0.149	-0.002	1207.2	0.000
		22	0.177	0.031	1249.8	0.000
		23	0.167	0.022	1287.5	0.000
		24	0.166	0.022	1324.9	0.000
		25	0.159	0.014	1359.3	0.000
		26	0.164	0.004	1396.0	0.000
		27	0.104	-0.050	1410.6	0.000
		28	0.082	-0.056	1419.8	0.000
		29	0.125	0.008	1440.9	0.000
		30	0.181	0.045	1485.6	0.000
		31	0.167	0.028	1523.4	0.000
		32	0.135	0.014	1548.5	0.000
		33	0.165	0.072	1585.5	0.000
		34	0.131	-0.008	1609.0	0.000
		35	0.120	-0.011	1628.8	0.000
		36	0.146	0.035	1658.1	0.000

Figura N° 10: método gráfico de autocorrelación

Elaboración: Tesistas

Fuente: Datos Eview10

Análisis e interpretación: se observa los correlogramas de la serie original de residuos para 36 retardos, observamos que no existe autocorrelación en el modelo.

4.3. Discusión

La presente investigación tiene como objetivo general analizar en qué medida el acceso a los servicios de salud se relaciona con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco, 2019 y de acuerdo al análisis estadístico de prueba LR statistic (Modelo logit) con el chi-cuadrado X_6^2 : $120.83 > 12.59$ se rechaza la H_0 de no significancia global y se concluye que el modelo es significativo estadísticamente, mejor dicho, las variables incluidas en el modelo logit: Igec, Colr, Sgss, Gres, Sexo y Edad son relevantes para explicar el acceso a los servicios de salud en el departamento de Huánuco 2019, pero se observa que la variable grado de estudio es la que más asociación significativa posee demostrando que las personas con un grado de estudio conocen tal vez temas de enfermedades y son ellas las que valoran su salud y esto permite a que accedan a mayores servicios de salud. Estos resultados son similares a Lupaca (2018), el cual indica que las variables consideradas en su modelo, son estadísticamente significativas de manera conjunta e influyen en los cambios de la variable dependiente, el coeficiente de Pseudo $R^2=0.2586$ teniendo un grado mayor la variable educación. Pero Trías (2004) difiere con estos resultados determinando que no todas las variables son significativas en el momento de acceder a algún servicio de salud, ya que los resultados indican diferencias en los factores que actúan detrás de la decisión de llevar el niño al médico cuando está enfermo respecto a llevarlo por cualquier otra razón. Observando que el hijo mayor tiene más chances de acceder al médico que el resto de sus hermanos. Sin embargo, cuando se trata de una enfermedad su posición relativa dentro de la familia no le otorga una mayor ventaja. Un mayor nivel educativo de los padres incrementa la probabilidad de consultar, pero no es relevante cuando el niño enfermó. Controlando por el ingreso y la educación de los padres, los niños de

hogares donde la madre es la jefa tienen más probabilidad de ir al médico. Caso similar indica Osorio (2008), postula que a un mayor nivel de ingreso hay una mayor demanda de servicios de salud; y para este caso se evidencia que existe mayor correlación entre el consumo de salud con el régimen contributivo que con el régimen subsidiado en el Departamento. Dicho de otro modo, para la persona que desembolsa sus propios recursos, la atención en salud es lo que en economía se llama un “bien normal”. Y Rivera (2019), menciona lo contrario a los resultados obtenidos en esta investigación, al declarar que el estar afiliado a un seguro de salud, aumenta de probabilidad de acceder a los servicios de salud mostrando que de acuerdo a las personas de la región Piura que accedieron a los servicios de salud en el 2015, el 83.7% se encontraban afiliados a un seguro de salud; mientras que el 16.3% no lo estaba, es decir, se observa un mayor acceso a los servicios de salud por parte de los que se encuentran afiliados a un régimen de seguro social de salud. Con respecto a los que no accedieron a los servicios de salud, el 68.3% contaba con un seguro de salud, mientras que el 31.7% no estaba afiliado.

CONCLUSIONES

1. Se logró demostrar que las variables incluidas en el modelo logit: *Igec*, *Colr*, *Sgss*, *Gres*, *Sexo* y *Edad* son relevantes, dada al análisis estadístico de prueba LR statistic (Modelo logit) con el chi-cuadrado X_6^2 connotando en $120.83 > 12.59$ manifestando el rechazo la H_0 de no significancia global. Es decir, los accesos a los servicios de salud poseen una relación positiva significativa con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco año 2019.
2. Se determinó que la variable ingreso económico, tiene una significancia $Z_{\alpha 1}=1.946305$, esto debido a que las personas con mayor ingreso tienen más posibilidades de poder acceder a un servicio de salud, lo cual, permitió rechazar la H_0 de no significancia individual. Asimismo, la probabilidad es menor al 5%. Por lo tanto, se concluye que la variable ingreso económico es estadísticamente significativa.
3. Así mismo las variables condición laboral y seguro social tienen una significancia $Z_{\alpha 2}=3.835294$ y $Z_{\alpha 3}=4.190223$, estos resultados nos indican que son relevantes al momento de acudir a un servicio de salud ya que en Huánuco la mayoría de las personas no cuentan con ningún tipo de seguro social de salud y de igual manera no cuentan con un trabajo estable. Esto permitió rechazar la H_0 de no significancia individual. Del mismo modo la probabilidad es menor al 5%. Por lo tanto, se concluye que las variables condición laboral y seguro social son estadísticamente significativas.
4. Se conoció que la variable, grado de estudio, es la más significativa con una $Z_{\alpha 4}=8.598731$, podemos destacar en el departamento de Huánuco las personas con un grado de estudio valoran su salud y esto permite a que accedan a mayores servicios de salud, debido tal vez a que conocen de

temas de enfermedades. Esto permitió rechazar la H_0 de no significancia individual. Asimismo, la probabilidad es menor al 5%. Por lo tanto, se concluye que la variable grado de estudio es estadísticamente muy significativa.

5. Se calculó que la variable sexo es inversamente proporcional al acceso a la salud, debido a que posee una $Z_{\alpha 5} = -4.606782$ nos muestra que tanto como hombres, como mujeres acceden a los servicios de salud, pero las necesidades de salud son diferentes para ambos por las características biológicas propias de cada sexo, con respecto a edad posee una $Z_{\alpha 6} = 0.492353$, esto nos muestra que a medida que aumenta la edad de la persona, su salud se va depreciando producto de la aparición de enfermedades, lo que hacen las personas es invertir en su cuidado.

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

1. Las autoridades de salud y autoridades políticas en el departamento de Huánuco deberían de analizar y tomar en cuenta los resultados y conclusiones de este trabajo de investigación para mejorar las condiciones de vida de la población, es necesario enfatizar no solo las inversiones en infraestructura hospitalaria, el equipamiento biomédico y los recursos humanos profesionales y no profesionales en el campo de la salud, sino también, la educación de la población respecto a cuidado de la salud individual y social.
2. Un gran grupo de la población huanuqueña que no accedió a los servicios de salud cuando estas presentaron algún problema de salud, tienen bajo los ingresos económicos y esto sucede porque el departamento de Huánuco es uno de los más pobres del Perú y muchas veces las personas vulnerables no tienen el dinero suficiente para poder pagar su recuperación en un centro de salud; y solo guardan reposo en sus casas a esperar que pase su mal. Un aporte importante por parte del gobierno regional es focalizar la atención en la población vulnerable entendiendo como tal a un grupo cuyas características sociales compartidas les hace tener una mayor probabilidad de estar expuestos a diferentes riesgos, de esta manera favorecer la participación de la población más vulnerable en la planificación, ejecución y evaluación de programas específicos de salud.
3. Una gran parte de la población Huanuqueña que no accedió a los servicios de salud cuando estas presentaron algún problema de salud, según los resultados obtenidos, tenían bajo nivel educativo este hecho se sucede debido a que muchas veces las personas no tiene la capacidad

de entender y reconocer la gravedad de estos problemas y solo recurren a la automedicación poniendo el riesgo su propia salud y la de la familia, por lo que se hace necesario brindar una mejor educación a toda la población en lo referente a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, para que cuando ocurra un evento de enfermedad, ésta acuda a los establecimientos de salud y reciban una atención de salud integral para su rápida y mejor recuperación y así seguir con sus actividades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcalde, J., Lazo, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. Salud Publica Mex, 243-254.
- Arroyo, J. (27 de Agosto de 2020). Obtenido de La Salud Hoy: Problemas y Soluciones: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/34443.pdf>
- Bardalez del Aguila, C. (2002). La salud en el Perú”, Proyecto observatorio de la salud. Lima: CIES.
- Berzosa, C., Bustelo y J. de la Iglesia. (1996). Economía del subdesarrollo y subdesarrollo de la Economía. Universidad Complutense de Madrid.
- Bertranou , F., Casalí, P., Casanova , L., & Cetrángolo , O. (2013). El sistema de salud en el Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima: Tarea Asociación Gráfica Educativa.
- Comite Internacional de la Cruz Roja. (27 de Agosto de 2020). CICR. Obtenido de Servicios de salud: https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/icrc_003_0887.pdf
- Cortéz, R. (1997). Análisis de la demanda por servicios de salud. Perú. Lima: Universidad del Pacífico.
- Dankhe. (08 de 30 de 1986). Manual metodologico para el investigador científico. Obtenido de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010e/816/CLASIFICACION%20DE%20DANKHE%201886.htm>
- Dirección Regional de salud Huánuco. (DIRESA Huánuco, 2018), obtenido de: <http://www.diresahuanuco.gob.pe/portal/transparencia.htm>
- ECONOMIPEDIA. (29 de Agosto de 2020). ECONOMIPEDIA. Obtenido de Definición de Servicio: <https://economipedia.com/definiciones/servicio.html>
- Flores, S., Campo, C., Trochez, M., & Peña, C. (2012). Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad Afrocolombiana de Quilcace Cauca, 2012 . Popayan-Colombia: Universidad EAN- Universidad del Cauca.
- Gil, D., & Oblitas, S. (2019). Factores característicos latentes de la demanda de servicios de salud en la región de Lambayeque 2015. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.
- Gimeno, J., Rubio, S., & Tamayo, P. (2006). Economía de la salud: Fundamentos. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

- Gómez, E. (28 de Agosto de 2020). Cielo. Obtenido de Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica". Revista Panamá Salud Pública, Panamá: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10718.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la Investigación. Mexico: McGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Instituto Peruano de Economía, (IPE, 2020), <https://www.ipe.org.pe/portal/regiones/>
- Lazo, O., Alcalde, J., & Espinosa, O. (2016). El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: REP: Editores médicos especializados.
- Ley N° 29344. (2009). Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima: El Peruano.
- Lupaca, D. (2018). Determinantes socioeconómicos de la demanda de salud en el Perú, 2016. Puno: Universidad Nacional Del Altiplano.
- Madueño Dávila, M., & Sanabria , C. (2003). Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y en el análisis de brechas 2003-2020. Lima: ethesda: Partners for Health Reform plus.
- Madueño, M. (2002). Perú: Estudio de demanda de servicios de salud. Lima: Abt Associates.
- Medina, D. (s.f). Epistemología de la investigación científica.
- Ministerio de Salud. (2002). Guia para el análisis de los factores condicionantes de la salud (Demográficos y Socioeconómicos). Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud. (27 de Agosto de 2020). MINSA. Obtenido de Servicios de Salud: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/45_DGSP8.pdf
- Mushkin, S. (2010). Hacia una definición de la economía de la salud. Lecturas De Economía, 89-109.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). Cobertura sanitaria universal. 24 de enero de 2019. OMS. Obtenido de: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (26 de Agosto de 2020). OMS. Obtenido de Derecho fundamental a la salud: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Organización Mundial de la Salud. (26 de Agosto de 2020). OMS. Obtenido de definición de Salud: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%ABLa%20salud%20es%20un%20estado,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.

Osorio, M. (2008). Determinantes de la demanda en salud en el departamento de Risaralda en el período 2001-2006. Pereira-Colombia: Universidad Católica popular de Risaralda.

Quijano, O. (2016). La salud: Derecho Constitucional de carácter programático y operativo. Derecho & Sociedad, 307-316.

Real Academia Española. (26 de Agosto de 2020). RAE. Obtenido de definición de acceder: <https://www.rae.es/dpd/acceder>

Rivera, C. (2019). Acceso a la prestación de los servicios de salud en la región Piura 2015. Piura: Universidad Nacional de Piura.

Sánchez Carlessi, H., & Reyes Meza, C. (2017). Metodología y Diseños en la investigación científica. Lima: Business Support Aneth.

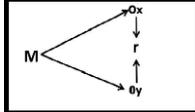
Tello, J. (2015). Los impuestos, el gasto público y deuda pública como factores del crecimiento económico del Perú 2001 – 2011. Universidad Nacional Hermilio Valdizan. Huanuco-Perú.

Trías, J. (2004). Determinantes de la Utilización de los Servicios de Salud: El caso de los niños en la Argentina. La Plata-Argentina: Universidad Nacional de La Plata .

Tucker, I. B. (2001). Fundamentos de economía. Carolina del Norte: UCN, departamento de economía.

A N E X O S

Anexo 01: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	DEFINICIÓN OPERACIONAL	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			Medición	METODOLOGÍA	
				VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES			
<p>Problema General:</p> <p>¿En qué medida el acceso a los servicios de salud se relaciona con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco 2019?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>a). ¿En qué medida se relaciona el acceso a los servicios de salud con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco, 2019?</p> <p>b. ¿En qué medida se relaciona el acceso a los servicios de salud con el nivel educativo en el</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Analizar en qué medida el acceso a los servicios de salud se relaciona con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco, 2019.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>a) Analizar en qué medida se relaciona el acceso a los servicios de salud con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco 2019.</p> <p>b) Conocer en qué medida se relaciona el acceso a los servicios de salud con el nivel educativo en el departamento de Huánuco, 2019.</p> <p>c) Calcular en qué medida el acceso a los</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>H0: El acceso a los servicios de salud no posee una relación positiva significativa con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco 2019.</p> <p>H1: El acceso a los servicios de salud posee una relación positiva significativa con sus factores condicionantes en el departamento de Huánuco 2019.</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <p>H1: El acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco, 2019.</p> <p>H0: El acceso a los servicios de salud no se relaciona</p>	<p>Acceso a los servicios de salud. Uso que realmente hacen las personas de los servicios de salud, es decir si tienen acceso o no acceso a los servicios de salud.</p>	<p>Acceso a los servicios de salud.</p>	<p>Acceso a instituciones de salud públicas o privadas</p>	<p>Número de atenciones en:</p> <p>-MINSA - ESSALUD - Particulares -Otros</p>	<p>Donde acudió para atenderse:</p> <p>1: Puesto de salud MINSA. 2: Centro de Salud MINSA. 3: Centro o puesto de salud CLAS. 4: Posta, policlínico ESSALUD. 5: Hospital MINSA. 6: Hospital del seguro ESSALUD. 7: Hospital de las FF.AA/Policial. 8: Consultorio médico particular. 9: Clínica particular. 10: Farmacia o botica. 11: Su domicilio. 12: Otro lugar. 13: No buscó atención. ENAHO - Códigos: P4031 - 40313</p>	<p>Nominal</p> <p>Recodificado:</p> <p>0: No acceso (10-11-12-13)</p> <p>1: Acceso (1-2-3-4-5-6-7-8-9)</p>	<p>Tipo: Aplicada Diseño No experimental Nivel: Descriptivo-correlacional</p>  <p>Donde: M: Muestra de la Investigación Oy: Observación de la variable y. Ox: Observación de la variable x. r: relación entre las dos Variables.</p> <p>Población: 263565 viviendas con ocupantes censados. INEI 2019. Muestra: 1332 viviendas particulares con ocupantes censados, según microdatos INEI 2019.</p>
			<p>Factores condicionantes. Son aquellas circunstancias como pueden ser los ingresos económicos, condiciones de trabajo, nivel educativo, edad, sexo y seguro de</p>	<p>Factores condicionantes</p>	<p>Ingresos económicos</p>	<p>¿cuánto fue su ingreso total en el mes anterior?</p> <p>1: de 0 a S/. 1000 2: de S/.1001 a S/.2000 3: de S/.3001 a S/.4000 3: de S/.4001 a más</p> <p>ENAHO - Código: P524A1</p>	<p>Ordinal</p> <p>S/.</p>		

<p>departamento de Huánuco, 2019?</p> <p>c) ¿En qué medida se relaciona el acceso a los servicios de salud con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco, 2019?</p>	<p>servicios de salud se relaciona con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco, 2019.</p>	<p>significativamente con el nivel socioeconómico en el departamento de Huánuco, 2019.</p> <p>H2: El acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el nivel educativo en el departamento de Huánuco, 2019.</p> <p>H0: El acceso a los servicios de salud no se relaciona significativamente con el nivel educativo en el departamento de Huánuco 2019.</p> <p>H3: El acceso a los servicios de salud se relaciona significativamente con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco 2019.</p> <p>H0: El acceso a los servicios de salud no se relaciona significativamente con el aspecto etario y sexo en el departamento de Huánuco 2019.</p>	<p>salud, que tienen relación con el acceso a los servicios de salud.</p>			Condición laboral	<p>la condición laboral en la que actualmente Ud. se encuentra es:</p> <p>1: Ocupado 2: Desocupado abierto 3: Desocupado Oculto 4: No PEA</p> <p>ENAH0 - Código: OCU500</p>	Nominal:	
						Seguro Social de salud.	<p>el sistema de prestación de seguro de salud al cual Ud. está afiliado actualmente es:</p> <p>1: ESSALUD 2: Seguro privado de Salud 3: Entidad Prestadora de Salud 4: Seguro de FF.AA/Policiales 5: Seguro Integral de Salud (SIS) 6: Seguro universitario 7: Seguro escolar privado 8: Otro sistema de salud</p>	Nominal	
							<p>¿cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó?</p> <p>1: Sin nivel 2: Inicial 3: Primaria incompleta 4: Primaria completa 5: Secundaria incompleta 6: Secundaria completa 7: Súper. no universitaria incompleta</p>	Ordinal	
					Nivel socioeconómico			Recodificado: 0: Desempleado 1: Empleado	
					Nivel educativo	Grado de estudio		Recodificado: 0: No está afiliado. 1: Si está afiliado (SIS, Es Salud, Policial, etc.)	Valores desde 1 al 11

							8: Súper. no universitaria completa 9: Súper. universitaria incompleta 10: Súper. universitaria completa 11: Post-Grado universitario ENAHO - Código: P301A		
					Aspecto etario y sexo	Sexo	Sexo: 1: Hombre 2: Mujer ENAHO - Código: P207	Nominal	
						Edad.	Años cumplidos ENAHO - Código: P208A	Escalar	

Anexo 02: Estructura de la Encuesta Nacional De Hogares Sobre
Condiciones De Vida Y Pobreza - 2019

400. SALUD (Para todas las personas)									
Persona N°	Nombre:	Informante N°							
400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; text-align: center;">DÍA</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">MES</th> <th style="width: 33%; text-align: center;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO				401F. HACE 5 AÑOS,..... ¿VIVÍA EN ESTE DISTRITO? Sí..... 1 → PASE A 401G1 No..... 2 Aún no había nacido 3 → PASE A 401G1	
DÍA	MES	AÑO							
401C. ¿TIENE DNI? Sí..... 1 → PASE A 401F No..... 2 NO SABE 3 → PASE A 401F		401G. ¿EN QUÉ DISTRITO, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO VIVÍA HACE 5 AÑOS? Distrito: _____ Provincia _____ Departamento/País: _____ Si vivía en el extranjero, anote sólo el nombre del País.							
401D. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE DNI: (Acepte una o más alternativas) No tiene partida de nacimiento? 1 No lo considera importante? 2 No conoce los requisitos? 3 No sabe dónde acudir para tramitar su DNI? 4 No existen oficinas del RENIEC cerca de su domicilio? 5 No cuenta con los recursos económicos para tramitarlo? 6 Está en trámite por primera vez? 7 Por errores en la partida de nacimiento? 8 Otro 9 (Especifique)		401G1. CUANDO USTED NACIÓ, ¿VIVÍA SU MADRE EN ESTE DISTRITO? Sí 1 No 2 ↓ 401G2. ¿EN QUÉ DISTRITO Y PROVINCIA VIVÍA SU MADRE? Distrito: _____ Provincia _____ No Sabe 3							
401E. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE PARTIDA DE NACIMIENTO: (Acepte una o más alternativas) No tiene dinero para trámite? 1 Las oficinas de trámite se ubican lejos de su domicilio? 2 No conoce los requisitos? 3 No sabe dónde acudir para tramitarla? 4 La persona no nació en un establecimiento de Salud? 5 No reconocido por el padre? 6 Otro 7 (Especifique)		OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____ _____							

DISCAPACIDAD

A continuación le haré algunas preguntas para saber si Ud. presenta alguna limitación o dificultad PERMANENTE, que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.

401H. ¿TIENE UD. LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:

	SÍ	NO
1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2
2. Ver, aun usando anteojos?	1	2
3. Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro?	1	2
4. Oír, aun usando audífonos?	1	2
5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?	1	2
6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	1	2

SALUD

401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

Sí 1

No 2

OBSERVACIONES:

402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL... AL... ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Acepte una o más alternativas)

Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? 1

Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2

Recaída de enfermedad crónica? 3

Accidente? 4

No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente 5 →

PASE
A
413B

403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? (Acepte una o más alternativas)

Puesto de salud MINSA.....	1
Centro de salud MINSA.....	2
Centro o puesto de salud CLAS.....	3
Posta, policlínico ESSALUD.....	4
Hospital MINSA.....	5
Hospital del Seguro (ESSALUD).....	6
Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional.....	7
Consultorio médico particular.....	8
Clínica particular.....	9
Farmacia o botica.....	10
En su domicilio (del paciente).....	11
Otro.....	13
(Especifique)	
NO BUSCÓ ATENCIÓN.....	14

PASE
A
409

404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA? (Acepte una o más alternativas)

Médico.....	1
Dentista/odontólogo.....	2
Obstetriz.....	3
Enfermera(o).....	4
Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud).....	5
Promotor(a).....	6
Otro.....	7
(Especifique)	

RECUADRO A

ENCUESTADOR:

Si en la pregunta 403:

- Sólo está circulado el código 8 y/o 9, entonces pase a pregunta 413B.
- Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 7 continúe con la pregunta 407F.

Anexo 03 Sistema de Salud en Perú

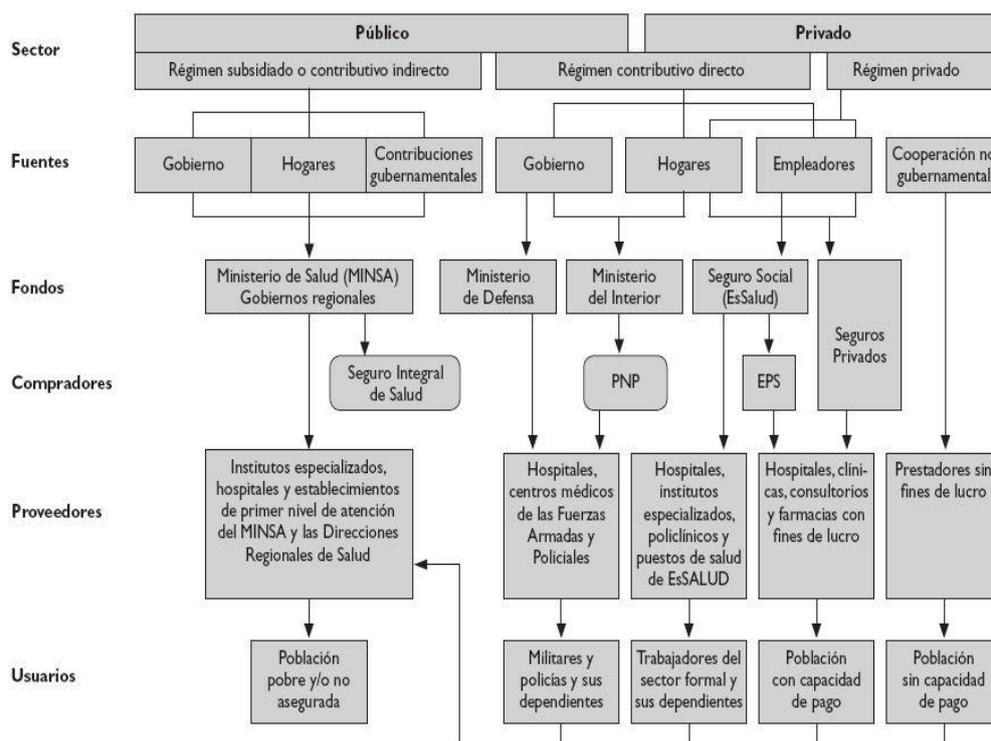


Ilustración 1: Estructura del sistema de salud en el Perú

Fuente: MINSA (2020)

.
.
.
.
.
.
.
.
.
1316	1	1416	1	0	10	0	46
1317	1	933	1	1	11	0	29
1318	1	290	1	1	10	0	58
1319	1	1857	1	1	10	0	32
1320	1	414	1	1	10	0	54
1321	1	2353	1	1	10	0	55
1322	1	2116	1	1	10	0	42
1323	1	1458	1	1	11	0	57
1324	1	786	1	1	10	0	50
1325	1	1251	1	1	10	0	51
1326	1	969	1	1	10	0	27
1327	1	932	1	1	11	0	37
1328	1	3003	1	1	10	0	30
1329	1	2382	1	1	10	0	44
1330	1	200	1	1	10	0	56
1331	1	162	1	1	11	0	51
1332	1	413	1	1	10	0	49



“AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD”

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN - HUÁNUCO



FACULTAD DE ECONOMÍA

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 099-2019-SUNEDU/CD

RESOLUCIÓN N° 221-2020-UNHEVAL-FE-D

Cayhuayna, 18 de setiembre de 2020

VISTO:

Los documentos que se acompañan en tres (03) folios;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26.AGO.2016, se resuelve proclamar y acreditar a partir del 02.SET.2016 hasta el 01.SET.2020, a los Decanos de las 14 facultades de la UNHEVAL, siendo el Dr. Víctor Pedro CUADROS OJEDA el Decano de la Facultad de Economía;

Que, en el Reglamento de Grados y Títulos en el Capítulo IV: **DE LA MODALIDAD DE TESIS**, en su Artículo 14° señala: “El alumno que va a obtener el título profesional por la modalidad de tesis debe presentar, en el último año de estudios de su carrera profesional, el Proyecto de Tesis, con el visto bueno del profesor de la asignatura de tesis o similar, solicitando al Decano de la Facultad el nombramiento de un Asesor de Tesis”;

Que, Resolución N° 050-2020-UNHEVAL-FE-D, de fecha 12.MAR.2020, se autoriza a las Egresados: **Delly Yeniffer Anaiss MALPARTIDA OBLITAS e Irene Mishell AGAMA PONCIANO**, de la Escuela Profesional de Economía, acogerse a la modalidad de tesis colectiva para su titulación, y se nombra al docente **Econ. Timoteo ZAMBRANO TOLEDO**, Asesor de Tesis Colectiva;

Que, con solicitud, de fecha 18.SET.2020, las Egresados: **Delly Yeniffer Anaiss MALPARTIDA OBLITAS e Irene Mishell AGAMA PONCIANO**, de la Escuela Profesional de Economía, solicitan la incorporación de la egresada en Economía **Seny RIOS VILLANUEVA** al grupo de tesis colectiva y ratificación de asesor de tesis colectiva, del docente **Econ. Timoteo ZAMBRANO TOLEDO**;

Estando a las atribuciones otorgadas al Decano por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la UNHEVAL;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** la incorporación de la Egresada **Seny RIOS VILLANUEVA** al grupo de tesis colectiva conformada por las Egresadas **Delly Yeniffer Anaiss MALPARTIDA OBLITAS e Irene Mishell AGAMA PONCIANO**, de la Escuela Profesional de Economía, para su titulación, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.
- 2° **RATIFICAR** el nombramiento del docente **Econ. Timoteo ZAMBRANO TOLEDO**, como Asesor de Tesis Colectiva de las Egresadas en Economía **Delly Yeniffer Anaiss MALPARTIDA OBLITAS, Irene Mishell AGAMA PONCIANO y Seny RIOS VILLANUEVA**, de la Escuela Profesional de Economía.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución al asesor y a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Víctor P. CUADROS OJEDA
DECANO

Distribución:
Asesor /Interesados (03) /Archivo
dov/Sec.



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN - HUÁNUCO
FACULTAD DE ECONOMÍA



LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 099-2019-SUNEDU/CD
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL PARA OTORGAMIENTO DEL
TÍTULO PROFESIONAL DE ECONOMISTA

En la ciudad de Huánuco a los...13... días del mes de...agosto... del 2021, siendo las...10.45 am..., se reunieron en la Plataforma de Videoconferencia de sustentación virtual: <https://unheval.webex.com/unheval/j.php?MTID=m8e364055cc188e4e74c52cb28c905be0>, los Miembros Integrantes del Jurado Examinador de la Tesis colectiva titulada: "ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y SUS FACTORES CONDICIONANTES EN EL DEPARTAMENTO DE HUANUCO, 2019", presentado por los bachilleres en Economía Delly Yeniffer Anaiss MALPARTIDA OBLITAS, Irene Mishell AGAMA PONCIANO y Seny RIOS VILLANUEVA, Aprobada con RESOLUCIÓN N° 336-2020-UNHEVAL-FE-D, procediendo a dar inicio el acto de sustentación virtual para obtener el TÍTULO PROFESIONAL DE ECONOMISTA, siendo los Miembros del Jurado los siguientes docentes:

Dr. Lizardo CAICEDO DÁVILA PRESIDENTE
Mg. Lourdes Lucila CÉSPEDES AGUIRRE SECRETARIO
Mg. Roque VALDIVIA JARA VOCAL
Dra. María Teresa CORCINO BARRUETA ACCESITARIO

Asesor de Tesis: Econ. Timoteo ZAMBRANO TOLEDO (Resolución N° 221-2020-UNHEVAL-FE-D)

Finalizada la sustentación virtual de la Tesis, el Jurado procedió a deliberar y verificar, habiendo obtenido el siguiente calificativo:

Apellidos y Nombres del Tesista	1er. Miembro	2do. Miembro	3er. Miembro	Promedio Final
MALPARTIDA OBLITAS Delly Yeniffer Anaiss	16	16	16	16
AGAMA PONCIANO Irene Mishell	16	16	16	16
RIOS VILLANUEVA Seny	16	16	16	16

Que de acuerdo al Art. 68° del Reglamento General de Grados y Títulos vigente, tiene el equivalente a Bueno.

OBSERVACIONES:

La Dra. María Teresa Corcino Barrueta, asumió la presidencia del jurado en vista del documento presentado por el Dr. Lizardo Caicedo D.

Se dio por concluido el acto de sustentación virtual a horas...12.20pm... en fe de lo cual firmamos.

Dra. María Teresa CORCINO BARRUETA
PRESIDENTE

Mg. Lourdes Lucila CÉSPEDES AGUIRRE
SECRETARIO

Mg. Roque VALDIVIA JARA
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	25/10/2019	1 de 2

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: MALPARTIDA OBLITAS, Delly Yeniffer Anaiss

DNI: 74371655 Correo electrónico: anaissmalo@gmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 992065796 Oficina _____

Apellidos y Nombres: AGAMA PONCIANO, Irene Mishell

DNI: 73503238 Correo electrónico: mishellagama.p@hotmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 916238341 Oficina _____

Apellidos y Nombres: BIOS VILLANUEVA, Seny

DNI: 72390739 Correo electrónico: senyrvuco2@outlook.es

Teléfonos: Casa _____ Celular 925262469 Oficina _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>ECONOMÍA</u>
E. P. :	<u>ECONOMÍA</u>

Título Profesional obtenido:

Economista

Título de la tesis:

« ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y SUS FACTORES CONDICIONANTES
EN EL DEPARTAMENTO DE HUANCOCO, 2019 »

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	25/10/2019	2 de 2

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
<input checked="" type="checkbox"/>	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
<input type="checkbox"/>	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
- () 2 años
- () 3 años
- () 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 25/08/2021

Firma del autor y/o autores:



