



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

**Determinantes sociales de la salud del no uso de servicios de salud formales
pediátricos y gineco-obstétricos en el Perú**

TESIS

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR(ES)

Millones Tenorio, Bruno Andrés (0000-0001-8682-3048)

Paredes Goicoechea, Valeria Stephany (0000-0002-4473-1230)

ASESOR(ES)

Herrera Pérez, Eder Guillermo (0000-0003-0325-4172)

Lima, 12 de febrero de 2022

DEDICATORIA

A nuestros padres: Paola Tenorio, Luis Paredes y Viviana Goicoechea, por habernos forjado como personas de bien, siempre atentos a nuestros sueños. Nuestros actuales logros se los debemos a ellos. Este proyecto no fue fácil, pero ellos estuvieron ahí motivándonos constantemente.

Resumen

Introducción: El no uso de los servicios formales de la salud es un punto prioritario para la sociedad, dado que pone en evidencia las debilidades de la capacidad de atención del sistema de salud e insta su mejora, más aún en la población gineco-obstétrica y pediátrica. No se conoce con exactitud la influencia de los determinantes sociales de la salud en esta conducta en las poblaciones estudiadas.

Objetivos: Evaluar la asociación y distribución del no uso de servicios formales de salud en la población gineco-obstétrica y pediátrica y los determinantes sociales de la salud.

Materiales y métodos: El presente estudio es un transversal analítico, a partir de los datos del estudio poblacional ENDES 2019. Las variables de resultado fue el NUSFS para atención prenatal y atención de parto en mujeres en edad fértil. Asimismo, se evaluó este comportamiento en la búsqueda de atención para menores de 5 años que presentaron diarrea y fiebre y/o tos en los 14 días. Las variables de exposición fueron los determinantes sociales de la salud, tanto estructurales como intermedios. Se reportaron razones de prevalencia crudas y ajustadas, se tomó en cuenta la estructura compleja de la muestra.

Resultados: Se encontró asociación del NUSFS para atención prenatal con estado civil conviviente (RPa=5.23 IC95%=1.34-20.39), estar afiliada al SIS (RPa=4.09 IC95%=1.08-15.41) y que perciba ingresos (RPa=3.33 IC95%=1.16-9.56). El NUSFS para atención de parto, se vieron asociados la edad de la madre comprendida entre los 35 a 49 años (RPa=0.62 IC95%=0.44-0.87), que la mujer se autorreconozca como “Mestiza” (RPa=0.53 IC95%=0.35-0.80), residir en zonas rurales (RPa=1.92 IC95%=1.48-2.48) y tener 4 o más niños nacidos (“4 hijos” RPa=1.53 IC95%=1.08-2.16). El NUSFS para diarrea en menores de 5 años se asocia la edad del jefe del hogar entre 30 y 39 años (RPa=0.71 IC95%=0.54-0.93), que la madre hable una lengua amazónica (RPa=1.97 IC95%=1.01-4.30) y que resida en la selva (RPa=1.55 IC95%=1.02-2.35). Por último, el NUSFS para la atención de fiebre/tos se asoció a la edad de la madre (“25 a 34 años” RPa=0.79 IC95%=0.68-0.93, “35 a 49 años” RPa=0.63 IC95%=0.51-0.77), pertenecer al quintil “Pobre” (RPa=1.27 IC95%= 1.07-1.50) y residir en una zona rural (RPa=0.73 IC95%=0.62-0.86).

Conclusiones: Existe asociación entre el no uso de los servicios formales de la salud en las poblaciones gineco-obstétricas y pediátricas y los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: *Determinantes sociales de la salud; atención prenatal; parto; cuidado del niño*

(fuente DeCS BIREME)

Abstract

Introduction: The non-use of formal health services (NUFHS) is a priority for society, since it highlights the weaknesses in the capacity of the health system and urges its improvement, even more so in the gynecological-obstetric and pediatric populations. The influence of the social determinants of health on this behavior in the populations studied is not exactly known.

Objectives: To evaluate the association and distribution of the non-use of formal health services in the gynecological-obstetric and pediatric population and the social determinants of health.

Materials and methods: This study is a cross-sectional analysis, based on data from the ENDES (NHS) 2019 population study. The outcome variables were the NUFHS for prenatal care and delivery in women of childbearing age. Likewise, this behavior was evaluated in seeking care for children under 5 years of age who had diarrhea and fever and/or cough within 14 days. The exposure variables were the social determinants of health, both structural and intermediate. Crude and adjusted prevalence ratios were reported, taking into account the complex structure of the sample.

Results: Association of the NUFHS was found for prenatal care with cohabiting marital status (aPR=5.23 CI95%=1.34-20.39), being affiliated with SIS (aPR=4.09 CI95%=1.08-15.41) and receiving income (aPR=3.33 CI95 % =1.16-9.56). The NUFHS for delivery care was associated with the age of the mother between 35 and 49 years (aPR=0.62 CI95%=0.44-0.87), that the woman is self-recognized as "Mestiza" (aPR=0.53 CI95%= 0.35 -0.80), resides in rural areas (aPR=1.92 CI95%=1.48-2.48) and has 4 or more children born ("4 children" aPR=1.53 CI95%=1.08-2.16). The NUFHS for diarrhea in children under 5 years of age is associated with the age of the head of the household between 30 and 39 years (aPR=0.71 CI95%=0.54-0.93), that the mother speaks an Amazonian language (aPR=1.97 CI95%=1.01- 4.30) and lives in the jungle (aPR=1.55 CI95%=1.02-2.35). Finally, the NUFHS for fever/cough care was associated with the mothers age ("25 to 34 years old" aPR=0.79 CI95%=0.68-0.93, "35 to 49 years" aPR=0.63 CI95%=0.51 -0.77), belonging to the "Poor" quintile (aPR=1.27 95% CI= 1.07-1.50) and residing in a rural area (aPR=0.73 95% CI=0.62-0.86).

Conclusions: There is an association between the non-use of formal health services in the gynecological-obstetric and pediatric populations and the social determinants of health.

Keywords: *Social Determinants of Healt; Prenatal Care; Delivery; Child Care (source: MeSH NLHM).*

ÍNDICE DE CONTENIDO

1 INTRODUCCIÓN	1
2 MATERIALES Y MÉTODOS	3
2.1 Diseño de estudio	3
2.2 Población de estudio	3
2.3 Definición de variables de interés	4
2.4 Definición de covariables	5
2.5 Recolección de datos	5
2.6 Análisis de datos	6
2.7 Aspectos éticos	6
3 RESULTADOS	6
4 DISCUSIÓN.....	9
5 LIMITACIONES Y FORTALEZAS	13
6 CONCLUSIONES	14
7 RECOMENDACIONES	15
8 BIBLIOGRAFIA.....	17

ÍNDICE DE FIGURAS

<u>FIGURA 1</u>	23
<u>FIGURA 2.</u>	24
<u>FIGURA 3.</u>	25
<u>FIGURA 4</u>	26

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1a	28
TABLA 1b	29
TABLA 1c	30
TABLA 2a	31
TABLA 2b	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 2c	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 2d	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 3a	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 3b	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 3c	¡Error! Marcador no definido.
TABLA 3d	¡Error! Marcador no definido.

1 INTRODUCCIÓN

La salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” que constituye una necesidad vital, ya que de esta depende la supervivencia del individuo en su entorno (1). El compromiso de los estados con la salud es recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos al reconocer que toda persona tiene derecho a la salud, incluyendo la asistencia médica (2). Posteriormente, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoce también que todo niño junto a su madre tiene derecho a crecer y desarrollarse en buena salud y recibir servicios médicos adecuados (3).

La utilización de servicios formales de salud se define como el uso de servicios de salud preventivos o curativos a nivel ambulatorio u hospitalaria a cargo de profesionales de la salud (4). Si bien ante la aparición de cualquier síntoma de enfermedad toda persona debería acudir a un establecimiento de salud formal (1), ello no siempre ocurre, trayendo como consecuencia posibles efectos adversos y complicaciones severas, resultado de no seguir el consejo de un personal entrenado, la automedicación, la utilización de técnicas y/o remedios alternativos (5). Por otro lado, existe el no uso de los servicios formales de salud (NUSFS), siendo la contraparte de lo mencionado con anterioridad, un punto prioritario para cualquier sociedad, ya que pone en evidencia las debilidades de la capacidad de atención del sistema salud a su población e insta su mejora. En la NUSFS se distingue dos tipos de comportamientos: la búsqueda de atención a través de servicios no formales o, simplemente, la no búsqueda de atención de salud a pesar de necesitarla (6). Los servicios de salud no formales engloban alternativas como la atención por un curandero tradicional (o partera), la automedicación, consejo de amigos y/o familiares.

Una manera de evidenciar la eficiencia de los servicios de salud, además de ver los motivos por el cuál uno acude a estos, es mediante la correcta atención materno-infantil, puesto que la salud de la mujer y el niño están íntimamente relacionadas y estas representan una proporción importante de la población atendida. En la mujer tiende a recaer la toma de decisión sobre el uso de insumos privados y públicos de salud a su alcance. Por consiguiente, si ella goza de buena salud, es probable que el niño también lo tenga y viceversa (7). Por ello es importante ver qué factores que involucran a los niños y a las MEF afectan el no uso de servicios formales pediátricos y gineco-obstétricos.

Los determinantes sociales de la salud son aquellas circunstancias en las que la persona se desarrolla y todo aquello que influye en sus condiciones de vida. Estos explican las inequidades en salud (condiciones innecesarias y evitables). El marco conceptual de la OMS los divide en

estructurales e intermedios (8). El primer grupo a nivel individual engloba aspectos como la situación socioeconómica, la clase social, el género, la etnia, educación, ocupación e ingresos. El segundo engloba circunstancias materiales, factores conductuales, psicosociales y el sistema de salud. Estos son importantes en países latinoamericanos como el Perú, puesto que explican las inequidades en salud (9). Es por ello que, para mejorar la situación se deben promover estrategias que aborden estos determinantes (8).

En el caso de las gestantes y la utilización de la atención prenatal, se reporta tanto la asociación como la no asociación con la edad de la madre (10,11). Asimismo, un 77.4% de los partos se realizó en una institución de salud, hallándose que, en referencia a una edad de 35-49 años, el tener 18 años o menos se comportó como un factor asociado (11). Contradictoriamente, otros estudios mostraron que el tener entre 20 y 24 años fue un factor protector al parto no institucional (12). La educación materna, se ha encontrado que la educación superior estuvo asociada al parto institucional, como también que esta no tuvo asociación alguna (13,14). En relación a los pacientes pediátricos, estudios muestran que la prevalencia de NUSFS varía de 10% a 91% (15,16). Dentro de los factores asociados se encuentra el sexo femenino del niño (17). También se han reportado resultados contradictorios, como ocurre con la edad, pues el NUSFS se ha reportado asociada tanto a una menor edad, como a una mayor edad (15,18). Asimismo, existe mayor uso de medicina tradicional en padres con mayor nivel educativo, mientras que otros mencionan que la educación no influye (17,19). A su vez, se ha encontrado asociación con mayores ingresos (17) y, en consonancia, un efecto protector de la pobreza. Sin embargo, también se ha reportado que el ser del nivel de mayor riqueza se asocia a una menor probabilidad de incurrir en este tipo de comportamiento (19).

En niños y mujeres en edad reproductiva el patrón de NUSFS es variable y los factores relacionados a la toma de decisiones muestran resultados incluso contradictorios. No se conocen con exactitud cómo influyen los determinantes sociales en el patrón de NUSFS de estas poblaciones. Adicionalmente, existen otros determinantes como etnia, idioma, violencia familiar, necesidad en salud y discapacidad cuya influencia no ha sido evaluada previamente a nivel nacional. El Ministerio de Salud, para el 2019, señala que una de las líneas de investigación importantes es la accesibilidad a los servicios, tanto la identificación de factores que dificultan o facilitan la obtención de salud (20,21). En consecuencia, el estudio pretende evaluar la asociación entre la no utilización de servicios formales de salud para la atención pediátrica y gineco-obstétrica y los determinantes sociales de la salud. Así como evaluar su distribución en las áreas de control prenatal, atención de parto, atención de diarrea y fiebre y/o tos.

2 MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio transversal analítico a partir de la base de datos de acceso público proveniente del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI): Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019, realizada de manera anual a nivel nacional con el fin de encontrar información actualizada sobre los indicadores sociales.

2.2 Población de estudio

La ENDES utiliza un muestreo bietápico, probabilístico, equilibrado, estratificado e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural (22).

El presente estudio contiene dos poblaciones siendo la primera, mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad según la definición de la OMS (23) y la segunda, niños menores de 5 años reportadas por las madres de los mismos.

Para la primera población, el criterio de inclusión para este, son las mujeres quienes hayan gestado y dado a luz en los últimos 5 años previos a la toma del cuestionario individual (n=21,139). Se retiraron aquellas respuestas que no pertenecieron al primer hijo. Se retiraron del análisis a 120 mujeres que gestaron y/o dieron a luz, pero no recibieron ningún tipo de servicio de salud, por lo que se utilizó una muestra final de 15 656 encuestas. (FIGURA 1)

La segunda población se dividió en dos subgrupos siendo el primero el reporte por parte de las madres acerca de niños menores de 5 años quienes hayan tenido diarrea. Los criterios de inclusión aplicados fueron aquellas mujeres en edad fértil que tienen hijos, registros del primer hijo menor de 5 años que hayan tenido diarrea en los últimos 14 días previos a la toma de la encuesta. Se excluyeron aquellas encuestas donde las madres no manifestaron buscar algún tipo de servicio de salud a pesar de que su hijo tuviera diarrea, lo que finalmente dio un total de 1025 encuestas usadas en el estudio (FIGURA 2). El segundo subgrupo fue el reporte por parte de las madres acerca de niños menores de 5 años quienes tenían fiebre y/o tos. Se aplicaron los mismos criterios de inclusión, pero enfocado a fiebre y/o tos, obteniéndose una muestra final de 4429 usados en el presente estudio (FIGURA 3).

Para el cálculo del poder estadístico se utilizó el programa OpenEpi versión 3, para todos se utilizó un intervalo de confianza del 95%. En la población de mujeres en edad fértil, para la primera variable resultado (NUSFS para atención prenatal) se consideraron 27 expuestos y 15629 no expuestos; cuyas prevalencias fueron 75.2% para NUSFS en zonas rurales y 24.8% en zonas urbanas respectivamente, utilizando de referencia a un estudio que evalúa la pobre utilización de

servicios prenatales (24), con lo que se calculó una potencia del 99.9%. Para la segunda variable, (NUSFS para atención de parto) se consideraron 729 expuestos y 14297 los no expuestos, asumiendo una prevalencia de 75.4% de NUSFS en zonas rurales y 34.9% en zonas urbanas, cuya referencia fue un estudio de nigeriano que evalúa el mismo resultado (25), con el cual salió una potencia del 100%.

En la segunda población, para la tercera variable resultado (NUSFS para diarrea) se consideraron 370 expuestos y 655 no expuestos, y como prevalencias a 24.98% y 75.16% respectivamente, referenciando a Sarker et al, quienes evaluaron el comportamiento de búsqueda de servicios ante diarrea en niños (26), con el cual se calculó una potencia de 100%. Para la última variable resultado (NUSFS para fiebre/tos) se utilizaron 1241 expuestos, 3188 no expuestos y como prevalencias 28.2% de NUSFS en mayores 2 años y 18.4% en menores de 2 años respectivamente, de Titaley et al, quienes evaluaron de manera similar el comportamiento de búsqueda de atención para síntomas respiratorios (27), obteniendo así una potencia de 100%.

2.3 Definición de variables de interés

Para cada población se obtuvieron dos variables resultado.

2.3.1 Mujeres en edad fértil

La primera variable resultado fue no utilización de servicios formales de salud para la atención prenatal (NUSFSAPN). Para la creación de la variable NUSFSAPN donde se evaluó el uso de servicio no formal de salud, cuando era una respuesta positiva a la atención prenatal por parte de un individuo que no sea profesional de la salud como promotor de salud, comadrona/partera y otros (pregunta 407 de la encuesta ENDES 2019 - p407).

La segunda variable resultado fue la no utilización de servicios formales de salud para la atención del parto (NUSFSAP). Para la creación de la variable NUSFSAP donde se evaluó el uso de servicio no formal de salud, cuando era una respuesta positiva a la atención del parto por parte de un individuo que no sea profesional de la salud como promotor de salud, comadrona/partera y otros (p426).

2.3.2 Niños menores de 5 años

La primera variable resultado fue la no utilización de servicios formales de salud para diarrea (NUSFSD). Para la creación de esta, se evaluó si el niño había tenido diarrea en las últimas dos semanas (p472). A aquellos participantes con una respuesta positiva, se les preguntó a quién y/o a dónde acudieron para tratar la enfermedad de su hijo (p474A). Se definió NUSFSD a aquellas madres que refirieron haber recibido consejos por parte de un promotor de salud, automedicación

y/o recomendación por parte de farmacia/botica, botiquín popular, curandero, amigo/pariente u otros.

La segunda variable resultado fue la no utilización de servicios formales de salud para fiebre y/o tos (NUSFSFT). Para la creación de esta, se evaluó si el niño había tenido fiebre y/o tos en las últimas dos semanas (p467 y p468). A aquellos participantes con una respuesta positiva, se les preguntó a quién y/o a dónde acudieron para tratar la enfermedad de su hijo (p469D). Se definió NUSFSFT a aquellas madres que refirieron haber recibido consejos por parte de un promotor de salud, automedicación y/o recomendación por parte de farmacia/botica, botiquín popular, curandero, amigo/pariente u otros.

2.4 Definición de covariables

Como variables de exposición se consideraron aquellas basadas en el enfoque de los determinantes sociales de la salud tanto estructurales como intermedios (8). En cuanto a los estructurales se consideraron la edad de la entrevistada, sexo del jefe del hogar, sexo del niño, edad del jefe del hogar, edad de la pareja de la entrevistada, alfabetización, nivel educativo de la entrevistada, nivel educativo de la pareja de la entrevistada, nivel educativo del jefe del hogar, quintil de riqueza, lengua materna de la entrevistada (las codificaciones se realizaron de acuerdo a los parámetros planteados por el documento nacional de lenguas originarias del Perú (28)) y etnia autorreconocida. En los determinantes intermedios se incluyó: estado civil de la entrevistada, región, tipo de lugar de residencia (urbano y rural), violencia de pareja íntima, violencia durante el embarazo, cobertura y/o tipo de seguro de salud, discapacidad de la mujer, discapacidad del niño menor de 5 años, ocupación de la entrevistada, ocupación del esposo/compañero, motivos por el cual la madre no acudió a un hospital MINSA para dar a luz, motivo por el cual no acudió a un centro de salud (CS) por la diarrea y motivo por el cual no acudió a CS por la fiebre y/o tos, total de niños nacidos y control prenatal durante el embarazo (<6 controles “Gestante no controlada” y ≥ 6 “Gestante controlada”) (29).

2.5 Recolección de datos

Los datos utilizados se exportaron del portal oficial del INEI (<http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>). Se utilizaron específicamente información de los módulos y bases detalladas en el **FIGURA 4**. Fueron importadas al formato compatible con el paquete estadístico STATA MP versión 16. Se exploró la calidad de la data en búsqueda de inconsistencias, las cuales no hubo y posterior a ello se realizó las fusiones correspondientes.

2.6 Análisis de datos

Luego de las fusiones de las bases de datos se procedió al procesamiento estadístico con el paquete estadístico STATA MP versión 16. Tomando en cuenta un nivel de confianza del 95%. Para todos los análisis se consideró la estructura compleja de la muestra por lo que ello fue declarado utilizando el comando svy. A nivel descriptivo, para variables categóricas se reportaron las frecuencias absolutas y relativas.

Para el componente analítico se utilizaron cuatro variables resultado para la atención no formal de salud: 1) atención prenatal en gestantes; 2) atención de parto; 3) diarrea en menores de 5 años; y 4) fiebre/tos en menores de 5 años. En el análisis bivariado se contrastó cada uno de los resultados con las co-variables categóricas usando la prueba de Chi² de Pearson.

Para el análisis multivariado se utilizó modelos lineares generalizados (GLM) con datos de encuesta, familia Poisson, función de enlace log. Realizamos modelos crudos y, considerando los resultados del estudio, el modelo ajustado. Para la selección de variables se consideró un modelo epidemiológico: aquellas que resultaron estadísticamente significativas en los análisis bivariados y otras importantes en la literatura. Reportando de esta manera razones de prevalencias crudas (RP) y ajustadas (RPa) junto con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

2.7 Aspectos éticos

El protocolo fue revisado y aprobado por el comité de ética de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (PI 166-20). Dada la naturaleza de los datos que son de acceso público no suponen mayor riesgo en la vulneración de la privacidad y confidencialidad de los participantes de la encuesta, puesto que la misma base no incluye información identificativa de cada uno de los participantes.

3 RESULTADOS

3.1 Resultados del no uso de servicios formales de salud en mujeres en edad fértil con respecto a atención prenatal y parto

Las mujeres en edad fértil que usaron un servicio no formal de salud tanto para el control prenatal y atención del parto fueron de 0.19% y 5.4%, respectivamente. En el caso del jefe del hogar, se observó que el grupo etario mayoritario fue de 30 a 39 años (34.72%) y a su vez predominaron los varones (76.12%). La mayoría, tanto las entrevistadas, su pareja y el jefe del hogar, tenían al menos nivel secundario. Los datos sobre quintil de riqueza refleja que el grupo más representativo fue “pobre”. De la muestra, el grupo predominante habla castellano y la mayoría se reconoce como mestizo (84.84% y 46.88%, respectivamente). La región predominante fue Lima

Metropolitana con 31.13% y un 76.28% reside en una zona urbana. En cuanto al seguro de salud, 54.86% pertenece al SIS, 20.24% a EsSalud y un 19.74% no contaba con seguro. Por otro lado, el principal motivo por el cual la mujer no acudió a un hospital MINSA para dar a luz fue que estaba afiliada a otro seguro, seguido de la desconfianza en el servicio. Casi el 70% tiene máximo dos hijos y el 91.74% se consideran gestantes controladas. (TABLA 1a)

En el análisis multivariado del grupo de mujeres que buscaron atención para su control pre natal solo las variables estado civil de la entrevistada y ocupación de la misma fueron significativas ($p < 0.05$). (TABLA 2a y 2b) Sin embargo, se incluyeron la edad, quintil de riqueza, región, tipo de lugar de residencia y tipo de seguro de salud en el modelo ajustado ya que son determinantes sociales de salud de importancia según la literatura. En el modelo ajustado, se pudo observar que el grupo de 35 a 49 años, tiene 81% menor probabilidad del no uso de servicio formal de salud para atención prenatal a comparación del grupo de 15-24 años de edad (RPa = 0.19 IC95% 0.04-0.85). En los determinantes intermedios, aquellas MEF que conviven con su pareja tuvieron 5.23 veces mayor probabilidad de no uso de servicio formal de salud comparado con las que no tienen pareja (IC95% 1.34-20.39). Y en caso de aquellas que percibieron ingresos tuvieron 3.33 veces mayor probabilidad comparado con los que no percibieron ingresos (IC95% 1.16-9.56). (TABLA 3a).

En el caso de mujeres que no buscaron atención formal para la atención de su parto (NUSFSAP), se añadieron al modelo aquellas variables que fueron significativas; por lo que se incluyó a la edad de la entrevistada ($p = 0.292$ en el bivariado). El grupo de 35-49 años disminuyó la probabilidad respecto al grupo de 15-24 años (RPa = 0.62, IC95%: 0.44-0.87). En el caso de quintil de riqueza, los grupos “medio” y “más rico” tuvieron la misma probabilidad del no uso de servicio de salud formal (RPa = 0.41, IC95%); sin embargo, el que disminuyó más la probabilidad fue el quintil “más pobre” (RPa = 0.35 IC95% 0.26-0.48). Las mujeres que se identificaban como “Quechuas” tuvieron un 47% menor probabilidad de no uso de servicio formal de salud comparado con aquellas identificadas como “Blancas” (RPa = 0.53 IC95%: 0.35-0.80). Residir en un lugar distinto a Lima Metropolitana, disminuye la posibilidad del NUSFS (“Resto Costa” RPa = 0.66 IC95% 0.46 – 0.96, “Sierra” RPa = 0.59 IC95% 0.40 - 0.87, “Selva” RPa = 0.65 IC95% 0.44 – 0.96). Ser de una zona rural tuvo 1.92 veces mayor probabilidad del NUSFS respecto a ser de zona urbana. También se vio en este grupo que a partir de que las mujeres tuvieran 4 niños nacidos eran una variable que incrementa la probabilidad de NUSFSAP (4 hijos, RPa = 1.53 IC95%: 1.08-2.16; 5 hijos, RPa = 2.01 IC95%: 1.31-3.08; 6 hijos o más, RPa = 2.53 IC95%: 1.72-3.71). (TABLA 3b).

3.2 Resultados del no uso de servicios formales de salud en niños con respecto a diarrea y fiebre y/o tos

En el grupo de 1025 MEF que respondieron sobre si su primer hijo tuvo diarrea en los últimos 14 días previos a la encuesta, se evidenció que 33.77% de estas recurrieron a un servicio no formal de salud para dicho problema. Se reportó que la mayoría de niños fueron varones (60.07%) y predominan los menores de 1 año (58.14%). El grupo de edad más prevalente de la madre fue de 25-34 años. La mayoría de los jefes del hogar eran varones y presentaban educación superior, mientras que la madre y su pareja presentaban secundaria completa. La mayoría cuenta con SIS (56.46%); sin embargo, el segundo grupo más prevalente no cuenta con algún seguro. Más del 95% tanto en madres e hijos no reportan discapacidad alguna. (**TABLA 1b**) En el caso del grupo de 4429 madres que respondieron sobre si su primer hijo tuvo fiebre y/o tos en los últimos 14 días previos a la encuesta (**TABLA 1c**) se observó un patrón similar en cuanto a las proporciones reportadas, a excepción de la cobertura/ tipo de seguro de salud, puesto que el segundo grupo pertenece a EsSalud (19,39%). En el análisis multivariado para el grupo de niños con diarrea, se incluyeron en el modelo ajustado los determinantes de edad de la madre, del jefe del hogar, el nivel educativo de la madre, de la pareja de la misma, del jefe del hogar, el quintil de riqueza, lengua materna, etnia auto reconocida de la madre, estado civil, región y tipo de lugar de residencia y tipo de seguro de salud. (**TABLA 2c y 2d**) Se observó que la edad del jefe del hogar entre los 30 - 39 años, reduce la posibilidad del no uso de servicio formal de salud a comparación del grupo de 15 - 29 años (RPa = 0.71 IC95% 0.54-0.93). Otro variable que aminora la posibilidad es que la madre se encuentre afiliada al SIS (RPa = 0.66 IC95% 0.51-0.86). Por otro lado, se observa que si la madre tiene lengua materna amazónica tiene mayor probabilidad de no usar un servicio formal de salud a comparación de hablar castellano (RPa = 1.97 IC95% 1.01-4.30). (**TABLA 3c**).

En cuanto al grupo de fiebre y tos para el modelo ajustado se incluyeron las mismas variables que en el grupo anterior, incluyendo la edad de los niños. (**TABLA 2d**). En este se observó que, a mayor edad a partir de los 2 años, la probabilidad para la no utilización de servicios formales de salud incrementa (“2 años” RPa = 1.36 IC95% 1.14-1.64, “3 años” RPa = 1.79 IC95% 1.51-2.11, “4 años” RPa = 1.9A IC95% 1.65-2.30). A su vez, se evidenció que tanto residir en las regiones resto costa, sierra y selva son factores que incrementan la probabilidad a comparación de residir en Lima metropolitana (“Resto Costa” RPa = 1.42 IC95% 1.12-1.81, “Sierra” RPa = 1.79 IC95% 1.39-2.29, “Selva” RPa = 1.81 IC95% 1.42-2.30). Por otro lado, dentro de los factores que reducen la posibilidad del NUSFS se evidencio que si la madre tiene 25 años de edad o más tiene menor probabilidad del no uso de servicios formales (“25-34 años” RPa = 0.79 IC95% 0.68-0.93, “35-49 años” RPa = 0.63 IC95% 0.51-0.77). Contrario a la región de residencia se observó que habitar en una zona rural mitiga la probabilidad a comparación de residir en una zona urbana (RPa = 0.73 IC95% 0.62-0.86). Finalmente se observó, que esté afiliado a EsSalud (RPa = 0.72 IC95% 0.58-

0.89) y a otros tipos de seguro (RPa = 0.30 IC95% 0.15-0.62) reducen la probabilidad del no uso de servicios formales de salud a comparación de no tener seguro de salud. (TABLA 3d)

4 DISCUSIÓN

Nuestro estudio muestra que los determinantes sociales influyen en el NUSFS por parte de las mujeres en edad fértil y los niños menores de 5 años.

4.1 NUSFS respecto a atención prenatal (NUSFSAPN)

Nosotros encontramos que, aquellas mujeres en edad fértil con NUSFS para la atención prenatal fue de 0.19% comparado con un estudio nacional del 2016, que señala que un 5% recibió control prenatal por alguien no calificado (30). Por otro lado, a nivel internacional se observa que, 38% no recibió atención prenatal por parte de profesionales de la salud capacitados (31). A partir de los 35 años de edad de la entrevistada, se presenta como posible factor protector comparado con grupos de menor edad. Esto coincide con estudios que mencionan que la atención prenatal aumenta a medida que avanza la edad (32,33). Tener SIS fue un factor asociado a la NUSFS, así como lo describe Benites-Zapata, et al. aunque su estudio señaló a la población general y agrega que, tener SIS y no tener seguro tienen mayor probabilidad del no uso comparado con los que tienen seguro EsSalud (34). Hecho que puede explicarse por la sobresaturación del servicio en los niveles de mayor complejidad de atención a donde suelen acudir y la falta de cobertura y/o capacidad de resolución de centros del primer nivel de atención (35). Por otro lado, el estado civil fue significativo respecto a este resultado ($p=0.012$), la mujer conviviente tiene 5.23 veces la probabilidad de NUSFS comparado con las mujeres solteras, aunque la literatura señala que las madres que cohabitaban se asoció con la asistencia a controles prenatales adecuados (36). Nuestro resultado podría justificarse en cuanto a que, cuando la mujer tiene pareja, la toma de decisiones es compartida y puede que su acompañante opte por no asistir a un servicio formal de salud, en cambio cuando está sin pareja, la toma de decisiones es unitaria, lo que incrementa la responsabilidad y el optar por lo mejor. Hallamos que las mujeres que reciben ingresos por su ocupación/trabajo fueron más propensas a la NUSFS, pero un estudio observó que los empleados (que generan ingresos) tienden a usar servicios formales (36). Variables como quintil de riqueza y tipo de lugar de residencia no fueron significativas en nuestro estudio. Se esperaría que a mayor quintil de riqueza se asocie a una menor recurrencia de NUSFS como se evidencia en el estudio de Guliani et al (37). En Ghana se encontró que el tipo de lugar de residencia es un factor importante para un control prenatal adecuado ($p=0.04$) (38).

4.2 NUSFS respecto a atención de parto (NUSFSAP)

En la segunda variable resultado del estudio, NUSFS para la atención de parto, se observó que 5.4% de las MEF incurrieron en estas prácticas. A partir de los 35 años se tiene una menor probabilidad del NUSFS para la atención del parto, comparado con aquellas mujeres menores de 24 años, similar a estudios donde señalan que a mayor edad (>34 años) mayor probabilidad de un parto calificado comparado con las madres más jóvenes (36). Explicado posiblemente por la comprensión de la importancia de una atención de parto por un personal calificado, sobre todo en las madres mayores y con menor paridad (39). Las que residen en una zona rural tienen mayor probabilidad de NUSFS para la atención del parto. Similar a resultados de estudios que señalan que residir en áreas urbanas tenían mayor probabilidad de dar a luz en hospitales comparado con las que vivían en áreas rurales (38,40). Posiblemente por las diferencias sociales que aún existen entre las áreas urbanas y rurales, como la lejanía a los centros de salud de mayor capacidad resolutive (41) o confort que encuentren las madres en su hogar, lo que insta a mejorar la llegada de servicios de salud de calidad a estas zonas. Encontramos que tener a partir de 4 niños nacidos fue un factor que incrementa la probabilidad de NUSFS, por lo tanto, mientras más hijos nacidos, más probabilidad de que la madre tenga menor cuidado respecto a su nuevo embarazo. Similar a lo encontrado en Benín y Angola, donde señalan que el tener mayor cantidad de hijos tuvo una reducción significativa en el parto en un centro de salud (32,42). Este comportamiento donde la madre no procure la atención de un personal calificado y los servicios que estos proveen, puede deberse a que tiene experiencia gracias a sus previas gestaciones y confía en sus propios cuidados (43). En nuestro estudio el grupo “pobre” tiene 65% menor probabilidad de NUSFS comparado con “el más pobre”, sin embargo, todos los grupos hasta “el más rico” fueron potenciales factores protectores. No se observa que a mayor quintil de riqueza menor probabilidad del NUSFS; sin embargo, aquellas mujeres que provienen del quintil “rico” tienen el doble de probabilidad de tener un parto institucional comparado con el quintil “pobre” (44). Esto podría justificarse por la proporción encontrada en el estudio, el quintil “pobre” tuvo un 25% de MEF que hayan gestado y/o dado a luz en los 5 años previos a la encuesta comparado con un 20.25%, 18.19% y 15.36% en los grupos “medio”, “rico” y el “el más rico”, respectivamente. Reconocerse como “Quechua” tiene 47% menor probabilidad del NUSFS respecto a atención del parto. No hay estudios nacionales que evidencian el NUSFS y la relación entre la etnia. Pero en Sudáfrica se vio de forma general que era más probable para una persona de raza blanca usar un servicio de salud comparado con los de raza “africana”. (45) Las mujeres que provienen de la sierra tienen la menor probabilidad de NUSFS comparado con los de Lima Metropolitana. Los demás grupos también son factores protectores. En un estudio del 2015, todos los grupos eran factores que aumentaban la probabilidad, pero en la población en general (34). En el modelo bivariado el sexo del jefe del hogar, el nivel educativo de la entrevistada y de su pareja salieron significativos, pero en el análisis multivariado estos resultados no se relacionan con la variable resultado. Yaya S. et al señala que, aquellas mujeres cuyas cabezas del hogar eran mujeres tenían más probabilidad de utilizar un

parto en centros de salud comparado con los hogares cuyos jefes del hogar eran hombres (42). Las madres que informaron haber obtenido educación superior tenían mayores probabilidades de dar a luz en un hospital y/o centro de salud en comparación con las que tenían menor educación que acudían a un establecimiento no sanitario (40). Las mujeres sin educación o con educación básica tenían más probabilidad de tener un parto domiciliario comparada con aquellas con un nivel superior educativo (46). A pesar de que el control pre-natal fue significativo en el modelo bivariado, en el análisis ajustado no lo fue. Sin embargo, la literatura menciona que aquella gestante que recibió mayor igual a 4 visitas tenía más probabilidad de tener una asistencia calificada de parto comparado con aquellas madres sin visitas (32).

Los resultados para mujeres en edad fértil muestran que aquellas mujeres mayores (35-49 años) tienen menor probabilidad de NUSFS; a pesar de que esto sea positivo y que el uso de servicios sea por parte de mujeres adultas, la desigualdad en cuanto a servicios de salud radica en los grupos más jóvenes, puesto que la mayoría de madres tiene entre 25 a 34 años de edad (46,32%). Es por ello, que las políticas públicas deben estar dirigidas a reforzar el plan nacional de acción por la infancia y adolescencia, donde se pueda tener establecimientos con servicios de salud diferenciados de atención integral de salud para adolescentes, y fomentar las charlas de planificación familiar, junto con el empleo correcto y universalizado de la norma de planificación familiar (47,48). Esto va de la mano con el resultado que, a mayor cantidad de hijos, mayor probabilidad de no usar un servicio de salud formal para la atención del parto. En el Perú, la tasa de fecundidad para el 2018 fue de 2,2 hijos por mujer (49), resultado que coincide con el estudio donde la mayoría tiene solo 2 hijos.

4.3 NUSFS respecto a diarrea (NUSFSD)

En cuanto a la tercera variable resultado del estudio, se observó que 33.07% recurren a NUSFS para diarrea. Sin embargo, frente a lo encontrado en otros estudios, se reporta la no utilización de servicios de salud de 63% para fiebre/tos y 64% para diarrea (38). A nivel internacional se ha observado que la atención no formal infantil es de 4.9% (39). La edad del jefe del hogar entre 30 a 39 años se presenta como un factor protector, variable la cual no se ha visto evaluada en otros estudios. La lengua amazónica aumenta la probabilidad de NUSFS para diarrea, esto difiere de lo encontrado por Volpicelli et al, quien no reporta asociación con la utilización de servicios de salud para madres que hablen otras lenguas distintas al español (50). Ante esto se esperó que, en relación con el idioma, el residir en la selva incrementase la probabilidad de NUSFS, el cual coincidió con nuestro resultado sobre la región. Esto se puede explicar, por el mismo territorio peruano, las poblaciones que habitan en regiones amazónicas sobre todo lejos de las zonas urbanas, no tienen contacto con el sistema de salud y a su vez la cultura en el cual este se desarrolla, por lo que la barrera del lenguaje se hace presente como una inequidad, dificultando el acceso a la atención en

salud (51). La madre asegurada por el SIS tiene menor probabilidad de NUSFS, contrario a lo estudiado en la población general por Benites-Zapata et al, quienes lo identificaron como un factor que incrementaba la posibilidad de esta conducta (34). Esto se podría explicar por el entendimiento de la necesidad de un tratamiento médico y el acceso gratuito a este. Se ha evidenciado en la literatura que, a mayor nivel educativo de la madre, se asocia a la búsqueda de tratamiento formal para la diarrea, lo que haría suponer que este se presente como un factor protector para el NUSFS de la misma; sin embargo, no hallamos asociación (52). El tipo de residencia no evidenció significancia en el análisis ajustado a pesar de que los estudios mencionan que el hecho de residir en zonas rurales está asociado a la búsqueda de atención (50). Fenómeno similar ocurre con el quintil de riqueza, el cual tampoco es significativo en nuestro análisis (53).

4.4 NUSFS respecto a fiebre y/o tos (NUSFSFT)

En cuanto a la cuarta variable resultado, se observó que 26.04% recurrieron a NUSFS para fiebre y/o tos. Nosotros observamos que a medida que incrementa la edad del niño, aumenta la probabilidad del NUSFS para fiebre/tos, contrario a otros estudios, que reportan que, a mayor edad hay mayor probabilidad de buscar atención médica para la tos (52,53). Podría explicarse por la posibilidad de que, a mayor edad del niño, la madre tendrá mayor experiencia y podrá reconocer con más facilidad los posibles signos de alarma o considerar que no es necesario acudir a una atención formal, pudiendo así recurrir en la automedicación. O es posible que tenga mayor cuidado cuando es menor, ante una percepción de fragilidad del mismo (54). Se observa que a medida que incrementa la edad de la madre, la probabilidad de incurrir a prácticas incorrectas en el cuidado de síntomas respiratorios disminuye. Sin embargo, no se ha encontrado información acerca de este determinante. Por otro lado, se evidenció que pertenecer al percentil “pobre” fue un factor asociado y el resto no, opuesto a lo encontrado donde todos los quintiles por encima del quintil “el más pobre” pretenden estar asociados con la búsqueda de atención formal para fiebre (52,53). Todas las regiones distintas a Lima Metropolitana se vieron asociadas a la NUSFS para fiebre/tos, posiblemente explicado por la centralización de la salud en el país, que retiene a la población de la utilización de servicios formales. Por otro lado, residir en un área rural es un posible factor protector, opuesto a lo reportado en la literatura, donde se ha visto que vivir en áreas rurales se asocia a los servicios no formales (55). Por último, se observó que estar asegurado por EsSalud y otros seguros de salud (FFAA, privados y otros), son factores protectores en contra del NUSFS, y no se encontró relación con estar asegurado por SIS, mostrando un patrón inverso al comportamiento visto en el caso de diarrea. En el estudio se reporta que el nivel educativo del esposo y/o compañero no salió significativo pero la literatura señala lo contrario. Un estudio de Etiopía señaló que el padre con educación secundaria tenía casi 2 veces más probabilidad de buscar un tratamiento médico para su hijo con fiebre que aquel sin educación (56).

Tras lo observado en este estudio donde, hablar una lengua amazónica y residir en la selva se asoció a NUSFS, es importante considerar investigaciones donde se tenga una aproximación cultural sobre los problemas de salud, ya que, comúnmente al emplearse medicina tradicional y por ende tomar actitudes reacias sobre el uso de medicina occidental, los resultados apuntan a que se opta por servicios no formales (57). Por lo tanto, es fundamental incidir en políticas públicas, como la “Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígena”(58) y la aplicación continua y efectiva del documento técnico “Dialogo intercultural en salud” (59), nuestros hallazgos ratifican la necesidad de intervenir en esta población, para ofrecer un servicio de calidad, sobre todo a los menores de 5 años.

Finalmente, es importante resaltar que, no hubo un determinante que fuera común para todas las variables resultados. Sin embargo, la edad de la entrevistada entre los 35-49 años fue significativo para NUSFSAPN, NUSFSAP, NUSFSFT, pero no para NUSFSD. Esto podría explicarse porque, si bien la salud de ambas poblaciones está íntimamente relacionada, los cuatro *outcomes* no tienen comportamientos iguales tras la búsqueda de atención ya que depende de la percepción de riesgo para cada condición; dado que la NUSFS para atención prenatal y la atención del parto pueden presentar distintos resultados adversos en caso de no realizarse por un profesional calificado. Este supuesto se cumple de igual manera en la NUSFSD Y NUSFSFT, dado que son patologías distintas, a pesar de pertenecer al mismo grupo etario. Por otro lado, si comparamos la toma de decisiones de la MEF y los niños, en las MEF la toma de decisión es su mayoría es propia debido a que la entrevistada es la principal ejecutora de decisiones con respecto a su bienestar y/o posible estado de enfermedad. Mientras que en los niños la toma de decisión suele ser compartida, no solamente con la pareja sino incluyendo a otros actores importantes como lo puede ser el jefe del hogar; como se evidenció en nuestro estudio en el que más del 50% de los jefes de hogar eran hombres.

5 LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Dentro de las limitaciones se evidencia que, al tratarse de un estudio transversal, al no poder evaluar temporalidad no es posible identificar causalidad, sino solo asociación. La toma de la encuesta se presenta como una limitación, puesto que la misma está diseñada para evaluar otros motivos diferentes a las variables estudiadas. Asimismo, es importante señalar que, en la población de mujer en edad fértil, se consideraron respuestas del primer hijo, dado que las variables del estudio son de índole familiar y del entorno, motivo por el cual se excluyeron a los hermanos/as, esta decisión determinó que la NUSFS para atención prenatal redujera considerablemente el número de observaciones, lo que inevitablemente pudo llegar a afectar los resultados presentados en el mismo. Sin embargo, es posible argumentar que los resultados acerca de la atención prenatal, que se busca tanto de manera pasiva como activa por parte de los distintos

prestadores de salud, ha sido lo suficientemente efectiva en captar a que las madres en al menos su primer embarazo se realicen controles prenatales. Otra limitación del estudio es que se evalúa solo un episodio de fiebre y/o tos, diarrea en los últimos 14 días previos a la toma de la encuesta, lo óptimo sería evaluar todos los episodios de ambas enfermedades a lo largo del año.

Dentro de las fortalezas del estudio es que al utilizar la ENDES, por la manera en que se estructura su muestreo es posible obtener resultados representativos de la población, junto con el correcto análisis de los mismos, lo que permite extrapolarse a la población general. Asimismo, este estudio ha utilizado el enfoque de los determinantes sociales de la salud que son permitidos evaluar por la encuesta, mediante el cual hemos podido incluir aspectos como la etnia y el lenguaje, que son fundamentales de analizar por la multiculturalidad de nuestro medio y estos pueden significar factores fundamentales que expliquen la no utilización de servicios de salud, que últimamente llevan a un aumento de morbimortalidad en las poblaciones analizadas.

El estudio aportó a la corrección de una falla identificada en investigaciones previas, donde realizan un análisis considerando grupos no comparables entre sí, el grupo de la atención formal vs el resto (atención no formal y no búsqueda de atención). El desarrollo de nuestro concepto de NUSFS no incluyó aquellos que no recibieron ningún tipo de atención, pudiéndonos enfocar en el análisis del uso de atención formal vs uso de atención no formal. También otro de los aportes fue que, al hallarse que no existe un factor único para todos los *outcomes*, se motiva a que se desarrollen estrategias diferenciadas por cada población para mejorar el uso de servicios formales. Finalmente, el estudio aporta a que se puedan replantear aquellas políticas públicas donde se enfocan en factores que no salieron significativos por aquellos que sí lo fueron en este estudio y así tener un impacto real.

6 CONCLUSIONES

Este estudio ha identificado una serie de determinantes sociales que se encuentran asociados a la no utilización de servicios formales de salud en mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años. Específicamente, en las mujeres en edad fértil tanto para atención prenatal como atención de parto, hallamos que la edad de la madre, sobre todo si es mayor de 35 años influye en la búsqueda de atención formal comparado con el grupo de 19-24 años. En el caso de los niños tanto en los que tuvieron diarrea y fiebre y/o tos, el residir en la región selva se asocia a una menor atención formal, en comparación a los de Lima Metropolitana.

De forma específica para la NUSFSAPN, los factores que influyeron, fueron que la madre fuese conviviente, el tener SIS y que percibía ingresos tras su ocupación. Por otro lado, para la NUSFSAP, el quintil de riqueza, autorreconocerse como quechua y vivir fuera de Lima

Metropolitana influyeron en contra de la no utilización de servicios formales, mientras que, residir en una zona rural y tener a partir de 4 hijos se asociaron a favor de este.

En el caso de los niños menores de 5 años, los factores que influían en la NUSFSD fueron aquellos niños cuya madre pertenecía a la región selva y que hablase alguna lengua amazónica, mientras que la edad del jefe del hogar entre 30-39 años y tener SIS fueron factores que iban en contra de este. Para la NUSFSFT, los factores que influyen fueron los niños mayores de 2 años, pertenecer al quintil “el más pobre” y pertenecer a una región que no sea de Lima Metropolitana, por el contrario, la edad de la madre a partir de los 25 años, residir en una zona rural y tener seguro EsSalud y otros tipos, fueron factores que en contra de la NUSFS para fiebre y/o tos.

7 RECOMENDACIONES

El Ministerio de Salud en el 2019, reconoció que una de las prioridades nacionales de investigación vigentes es la accesibilidad a los servicios, tanto la identificación de factores que dificultan o facilitan la obtención de salud. Por lo tanto, el hecho de investigar sobre determinantes que afectan al no uso de servicios de salud formal puede permitir las oportunidades de mejora en las intervenciones de salud pública. En el caso de las mujeres en edad fértil es necesario crear intervenciones sanitarias en las mujeres menores de 35 años para que también se presenten como un factor potencialmente protector ante el no uso de servicios formales para atención pre natal y atención del parto. En cuanto a la atención de parto, se ve aún necesaria la implementación de estrategias que incrementen la llegada y aceptación de los servicios de salud formales en las zonas rurales. Así como una mejora sustancial en la planificación familiar hacia las MEF, sobre todo si tienen un historial previo de numerosas gestaciones y/o partos, que probablemente residan en estas zonas. En lo que respecta a los niños es necesario establecer estrategias dirigidas a poblaciones que residen fuera de Lima Metropolitana sobre todo en la selva del país, para fomentar la búsqueda de atención profesional ante un problema de salud. Asimismo, buscar la manera que las poblaciones pobres, en el caso de fiebre y/o tos, vean el riesgo de no buscar ayuda adecuada para sus niños, puesto que no seguir una conducta adecuada puede llevar a complicaciones nefastas para estado del mismo.

En lo que respecta recomendaciones para investigación futura, existen ciertos determinantes que no fueron redundantes con la literatura para las distintas variables de resultado. En el caso de las mujeres en edad fértil y la atención prenatal se observan contradicciones como el estado civil de conviviente y que la madre perciba ingresos por su ocupación. En la atención del parto se contradicen el quintil de riqueza “Pobre”, autorreconocerse como “Quechua” (del cual no se tienen estudios que evalúen este aspecto) y residir fuera de Lima Metropolitana. Para los niños menores de 5 años con diarrea los determinantes discordantes a la literatura son la edad del jefe

del hogar (30 a 39 años), lengua amazónica y cobertura por el SIS. En la población menor de 5 años con fiebre/ tos los hallazgos discrepantes son la edad del niño, edad de la madre, pertenecer al quintil de riqueza “Pobre”, residir en una zona rural y fuera de Lima Metropolitana. Ante esto exhortamos a que se realicen más investigaciones para evaluar si estos son hallazgos aislados o se tratan de una particularidad del contexto peruano, al presentarse como una dinámica propia del país.

8 BIBLIOGRAFIA

1. Addys D, Díaz M, Rodríguez A, Roche RGG, Susana D, Acosta B, et al. Utilización de los servicios médicos en un área de salud [Internet]. Vol. 51, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2013 [cited 2020 Jul 24]. Available from: <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>
2. Organización de las Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas [Internet]. Naciones Unidas. 2018 [cited 2020 Jul 29]. p. Página web. Available from: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
3. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. 1991 [cited 2020 Aug 2]. Available from: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>
4. The World Bank. Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries. Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries. The World Bank; 2015.
5. Mendocilla-Risco M, Bellido-Marín M, Serrano-Mestanza K. Farmacovigilancia y alertas del uso de recursos y productos en la medicina tradicional, alternativa y complementaria en el Perú (1997-2016). Rev Peru Med Integr [Internet]. 2017 Oct 2 [cited 2020 Jul 25];2(2):110. Available from: <http://www.digemid.minsa.gob>.
6. James PB, Wardle J, Steel A, Adams J. Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: A systematic review. BMJ Glob Heal [Internet]. 2018 Nov 1 [cited 2020 Jul 24];3(5):895. Available from: <http://gh.bmj.com/>
7. Aguado L, Giron L, Osorio A, Tovar L, Ahumada J. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez juv [Internet]. 2007 [cited 2020 Jul 29];5(1):1–36. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v5n1/v5n1a08.pdf>
8. World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Soc Determ Heal Discuss Pap 2 (Policy Pract [Internet]. 1st ed. 2010 [cited 2020 Aug 1];1:79. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1
9. De Andrade LOM, Filho AP, Solar O, Rígoli F, De Salazar LM, Serrate PCF, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: Case studies from Latin American countries. Lancet [Internet]. 2015 Apr 4 [cited 2020 Aug 2];385(9975):1343–51. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361461494X>
10. Castillo Avila IY, Fortich Acuña LM, Padilla Yáñez J, Monroy Gascón MA, Morales Pérez Y, Ahumada Tejera AM. Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en

- 13 municipios de Bolívar, Colombia. *Rev Cuba Enfermer* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 2];33(1):1–12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100008
11. Dadi LS, Berhane M, Ahmed Y, Gudina EK, Berhanu T, Kim KH, et al. Maternal and newborn health services utilization in Jimma Zone, Southwest Ethiopia: A community based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 May 22 [cited 2020 Jul 25];19(1):178. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2335-2>
 12. Wodaynew T. Magnitude of Home Delivery and Associated Factors among Antenatal Care Booked Mothers in Delanta District, South Wollo Zone, North East Ethiopia: A Cross-Sectional Study, March 2018. *Int J Women's Heal Wellness*.
 13. Tebekaw Y, Mashalla YJ, Thupayagale-Tshweneagae G, Carlo G, Renzo D. Factors Influencing Women's Preferences for Places to Give Birth in Addis Ababa, Ethiopia. 2015 [cited 2020 Aug 2]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/439748>
 14. Nigatu AM, Gelaye KA. Factors associated with the preference of institutional delivery after antenatal care attendance in Northwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 Nov 7 [cited 2020 Aug 2];19(1):810. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4636-6>
 15. Mosavat SH, Heydari M, Hashempur MH, Dehghani SM. Use of complementary and alternative medicine among paediatric patients with hepatogastrointestinal diseases. *East Mediterr Heal J* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 29];24(10):1018–25. Available from: <https://doi.org/10.26719/2018.24.10.1018>
 16. Bishop FL, Prescott P, Chan YK, Saville J, Von Elm E, Lewith GT. Prevalence of complementary medicine use in pediatric cancer: A systematic review [Internet]. Vol. 125, *Pediatrics*. Pediatrics; 2010 [cited 2020 Jul 29]. p. 768–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20308209/>
 17. Groenewald CB, Beals-Erickson SE, Ralston-Wilson J, Rabbitts JA, Palermo TM. Complementary and Alternative Medicine Use by Children With Pain in the United States. *Acad Pediatr* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2020 Jul 29];17(7):785–93. Available from: </pmc/articles/PMC5598558/?report=abstract>
 18. Du Y, Wolf IK, Zhuang W, Bodemann S, Knöss W, Knopf H. Use of herbal medicinal products among children and adolescents in Germany. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2014 Jun 2 [cited 2020 Jul 29];14:218. Available from: </pmc/articles/PMC4091953/?report=abstract>
 19. Aregbeshola BS, Khan SM. Factors associated with non-utilization of maternal and child health services in Nigeria: results from the 2013 Nigeria demographic and health survey. *J Public Heal* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2020 Jul 29];27(3):357–65. Available from:

- <http://link.springer.com/10.1007/s10389-018-0950-4>
20. Amemiya I, Pastor A, Inicio E. PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA [Internet]. Lima; 2019 [cited 2020 Jul 29]. Available from: http://www.minsa.gob.pe/ensap/documentos/2019/prioridades_investigacion_salud_publica_perspectiva_ensap_2019.pdf
 21. Instituto Nacional de Salud. Prioridades de Investigación en Salud. 2019 [cited 2020 Jul 29]; Available from: <https://web.ins.gob.pe/es/investigacion-en-salud/prioridades-de-investigacion>
 22. INEI. Ficha Técnica - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima; 2019.
 23. World Health Organization. Reproductive Health Indicators Database. 2007 [cited 2020 Oct 31];(10 April 2008):69. Available from: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.22.pdf>
 24. Maduka O, Ogu R. Non-Utilization of antenatal care services among women of reproductive age in the Niger delta region of Nigeria: Findings from 2595 women. *Clin Obstet Gynecol Reprod Med*. 2018;4(3).
 25. Adedokun ST, Uthman OA. Women who have not utilized health Service for Delivery in Nigeria: Who are they and where do they live? *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 27];19(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2242-6>
 26. Sarker AR, Sultana M, Mahumud RA, Sheikh N, Van Der Meer R, Morton A. Prevalence and Health Care–Seeking Behavior for Childhood Diarrheal Disease in Bangladesh. *Glob Pediatr Heal* [Internet]. 2016 Mar 4 [cited 2020 Nov 28];3:2333794X1668090. Available from: [/pmc/articles/PMC5308522/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC5308522/?report=abstract)
 27. Titaley CR, Que BJ, de Lima FVI, Angkejaya OW, de Lima FVI, Maelissa MM, et al. Health Care–Seeking Behavior of Children With Acute Respiratory Infections Symptoms: Analysis of the 2012 and 2017 Indonesia Demographic and Health Surveys. *Asia-Pacific J Public Heal* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2020 Nov 28];32(6–7):310–9. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1010539520944716>
 28. Ministerio de Educación. Documento nacional de lenguas originarias del Perú. Ministerio de Educación. 2013.
 29. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna [Internet]. Lima; 2013 Dec [cited 2020 Oct 30]. Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
 30. Atienzo EE, Suárez-López L, Meneses-Palomino M, Campero L. Características de la atención prenatal en adolescentes del Perú, comparación con mujeres adultas. *Rev Med Hered*. 2016;27:131–8.

31. Mekonnen T, Dune T, Perz J, Ogbo FA. Trends and determinants of antenatal care service use in ethiopia between 2000 and 2016. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2020 Oct 30];16(5). Available from: [/pmc/articles/PMC6427722/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3427722/)
32. Vila E, Rosá Rio Id N, Carmo Gomes Id M, Brito M, Costa D. Determinants of maternal health care and birth outcome in the Dande Health and Demographic Surveillance System area, Angola. 2019 [cited 2020 Oct 30]; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221280>
33. Abosse Z, Woldie M, Ololo S. Factors Influencing Antenatal Care Service Utilization in Hadiya Zone. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2011 Sep 9 [cited 2020 Oct 30];20(2):75. Available from: [/pmc/articles/PMC3275839/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3275839/)
34. Benites-Zapata VA, Lozada-Urbano M, Urrunaga-Pastor D, Márquez-Bobadilla E, Moncada-Mapelli E, Mezones-Holguín E. Factores asociados a la no utilización de servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la encuesta nacional de hogares (ENAHO) 2015. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 30];34(3):478–84. Available from: <http://inei.inei.gob.pe/>
35. Mezones-Holguín E, Amaya E, Bellido-Boza L, Mougenot B, Murillo JP, Villegas-Ortega J, et al. Health insurance coverage: The peruvian case since the universal insurance act. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2020 Nov 28];36(2):196–206. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31460630/>
36. Nuamah GB, Agyei-Baffour P, Mensah KA, Boateng D, Quansah DY, Dobin D, et al. Access and utilization of maternal healthcare in a rural district in the forest belt of Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 Jan 7 [cited 2020 Oct 30];19(1):6. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2159-5>
37. Guliani H, Sepehri A, Serieux J. Determinants of prenatal care use: Evidence from 32 low-income countries across Asia, Sub-Saharan Africa and Latin America. *Health Policy Plan* [Internet]. 2014 Aug 1 [cited 2020 Oct 30];29(5):589–602. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article/29/5/589/610857>
38. Arthur E. Wealth and antenatal care use: Implications for maternal health care utilisation in Ghana. *Health Econ Rev* [Internet]. 2012 [cited 2020 Oct 30];2(1):1–8. Available from: [/pmc/articles/PMC3484029/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3484029/)
39. Khatri RB, Karkee R. Social determinants of health affecting utilisation of routine maternity services in Nepal: a narrative review of the evidence [Internet]. Vol. 26, *Reproductive Health Matters*. Taylor and Francis Ltd.; 2018 [cited 2020 Nov 28]. p. 32–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30403932/>
40. Azhar K, Dharmayanti I, Tjandrarini DH, Hidayangsih PS. The influence of pregnancy

- classes on the use of maternal health services in Indonesia. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Mar 20 [cited 2020 Oct 30];20(1):372. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08492-0>
41. Dankwah E, Zeng W, Feng C, Kirychuk S, Farag M. The social determinants of health facility delivery in Ghana. *Reprod Health* [Internet]. 2019 Jul 10 [cited 2020 Nov 27];16(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31291958/>
 42. Yaya S, Uthman OA, Amouzou A, Ekholuenetale M, Bishwajit G. Inequalities in maternal health care utilization in Benin: A population based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 May 31 [cited 2020 Oct 30];18(1). Available from: </pmc/articles/PMC5984297/?report=abstract>
 43. Zhang R, Li S, Li C, Zhao D, Guo L, Qu P, et al. Socioeconomic inequalities and determinants of maternal health services in Shaanxi Province, Western China. Liu G, editor. *PLoS One* [Internet]. 2018 Sep 5 [cited 2020 Nov 28];13(9):e0202129. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0202129>
 44. Tsawe M, Moto A, Netshivhera T, Ralesego L, Nyathi C, Susuman AS. Factors influencing the use of maternal healthcare services and childhood immunization in Swaziland. *Int J Equity Health* [Internet]. 2015 Mar 27 [cited 2020 Oct 30];14(1):32. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/14/1/32>
 45. Wabiri N, Chersich M, Zuma K, Blaauw D, Goudge J, Dwane N. Equity in Maternal Health in South Africa: Analysis of Health Service Access and Health Status in a National Household Survey. *PLoS One* [Internet]. 2013 Sep 6 [cited 2022 Feb 9];8(9):e73864. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0073864>
 46. Devkota B, Maskey J, Pandey AR, Karki D, Godwin P, Gartoulla P, et al. Determinants of home delivery in Nepal – A disaggregated analysis of marginalised and non-marginalised women from the 2016 Nepal Demographic and Health Survey. Budhathoki SS, editor. *PLoS One* [Internet]. 2020 Jan 30 [cited 2020 Oct 30];15(1):e0228440. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0228440>
 47. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. 2012 [cited 2022 Jan 1];1:1–130. Available from: <http://www.unicef.org/peru/spanish/PNAIA-2012-2021.pdf>
 48. MINSA. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar [Internet]. Lima; 2017 [cited 2020 Nov 28]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
 49. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2018 [Internet]. Lima; 2019. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html

50. Volpicelli K, Bутtenheim AM. Do Social Factors Predict Appropriate Treatment of Child Diarrheal Disease in Peru? *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2020 Oct 30];20(11):2299–308. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27449783/>
51. Al Shamsi H, Almutairi AG, Al Mashrafi S, Al Kalbani T. Implications of Language Barriers for Healthcare: A Systematic Review. *Oman Med J*. 2020;35(2):122.
52. Alene M, Yismaw L, Berelie Y, Kassie B. Health care utilization for common childhood illnesses in rural parts of Ethiopia: Evidence from the 2016 Ethiopian demographic and health survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Jan 14 [cited 2020 Oct 30];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30642301/>
53. Khanam M, Hasan E. Inequalities in health care utilization for common illnesses among under five children in Bangladesh. *BMC Pediatr* [Internet]. 2020 May 4 [cited 2020 Oct 30];20(1). Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3411176/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3411176/)
54. Abdulkadir MB, Abdulkadir ZA. A cross-sectional survey of parental care-seeking behavior for febrile illness among under-five children in Nigeria. *Alexandria J Med* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2020 Nov 27];53(1):85–91. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.ajme.2016.02.005>
55. Sultana M, Sarker AR, Sheikh N, Akram R, Ali N, Mahumud RA, et al. Prevalence, determinants and health care-seeking behavior of childhood acute respiratory tract infections in Bangladesh. *PLoS One* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2020 Oct 30];14(1). Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/328134/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/328134/)
56. Ayalneh AA, Fetene DM, Lee TJ. Inequalities in health care utilization for common childhood illnesses in Ethiopia: Evidence from the 2011 Ethiopian Demographic and Health Survey. *Int J Equity Health* [Internet]. 2017 Apr 21 [cited 2020 Oct 30];16(1):1–9. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12939-017-0561-7>
57. Araujo M, Moraga C, Chapman E, Barreto J, Llanes E. Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(5):371–81.
58. Centro Nacional de Salud Intercultural. Plan general de la estrategia sanitaria nacional salud de los pueblos indígenas 2010 - 2012 [Internet]. Lima; 2012 [cited 2020 Nov 28]. 0–30 p. Available from: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/863CDF27AC98E61805257BE800771D9A/\\$FILE/Plan_General.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/863CDF27AC98E61805257BE800771D9A/$FILE/Plan_General.pdf)
59. Dionisio D, Portocarrero J, Salaverry O. *Diálogo intercultural en salud*. 1st ed. 2014 Nov [cited 2020 Nov 28];1:41. Available from: www.bvs.ins.gob.pe

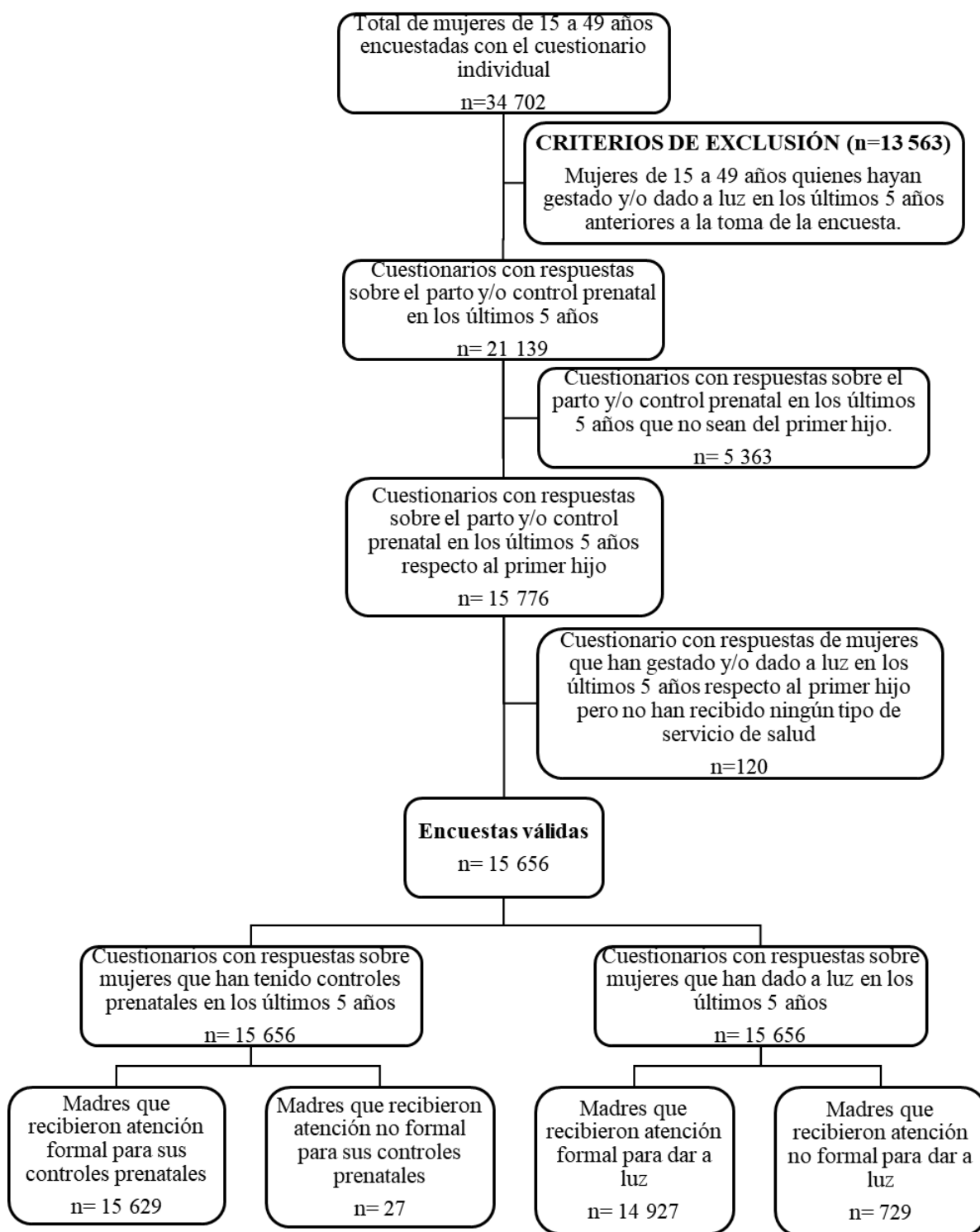


FIGURA 1. Flujograma de la selección de participantes, mujeres en edad fértil (15 a 49 años), incluidas en el análisis, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019.

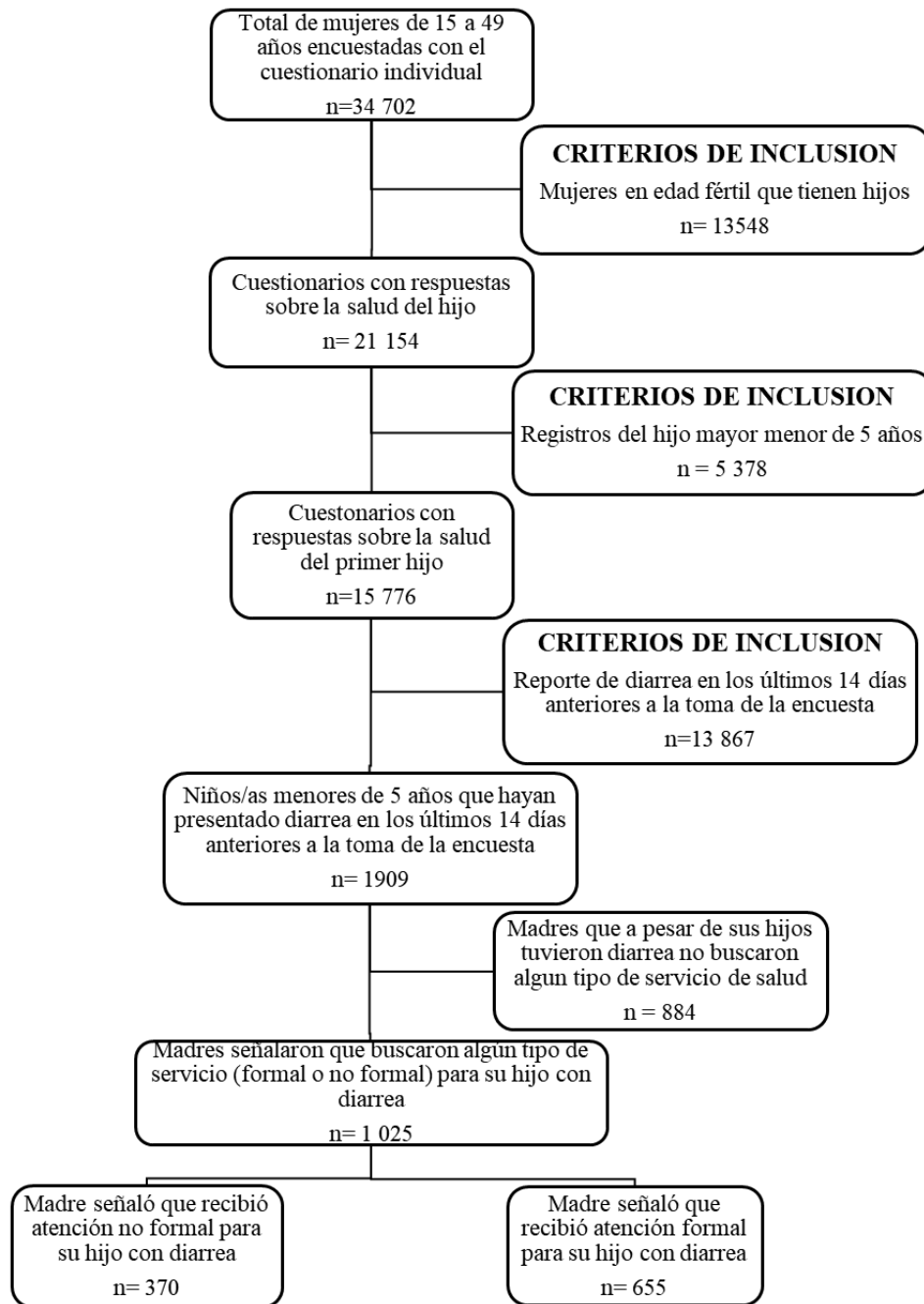


FIGURA 2. Flujograma de la selección de participantes menores de 5 años que han tenido diarrea en los últimos 14 días incluidos en el análisis, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019.

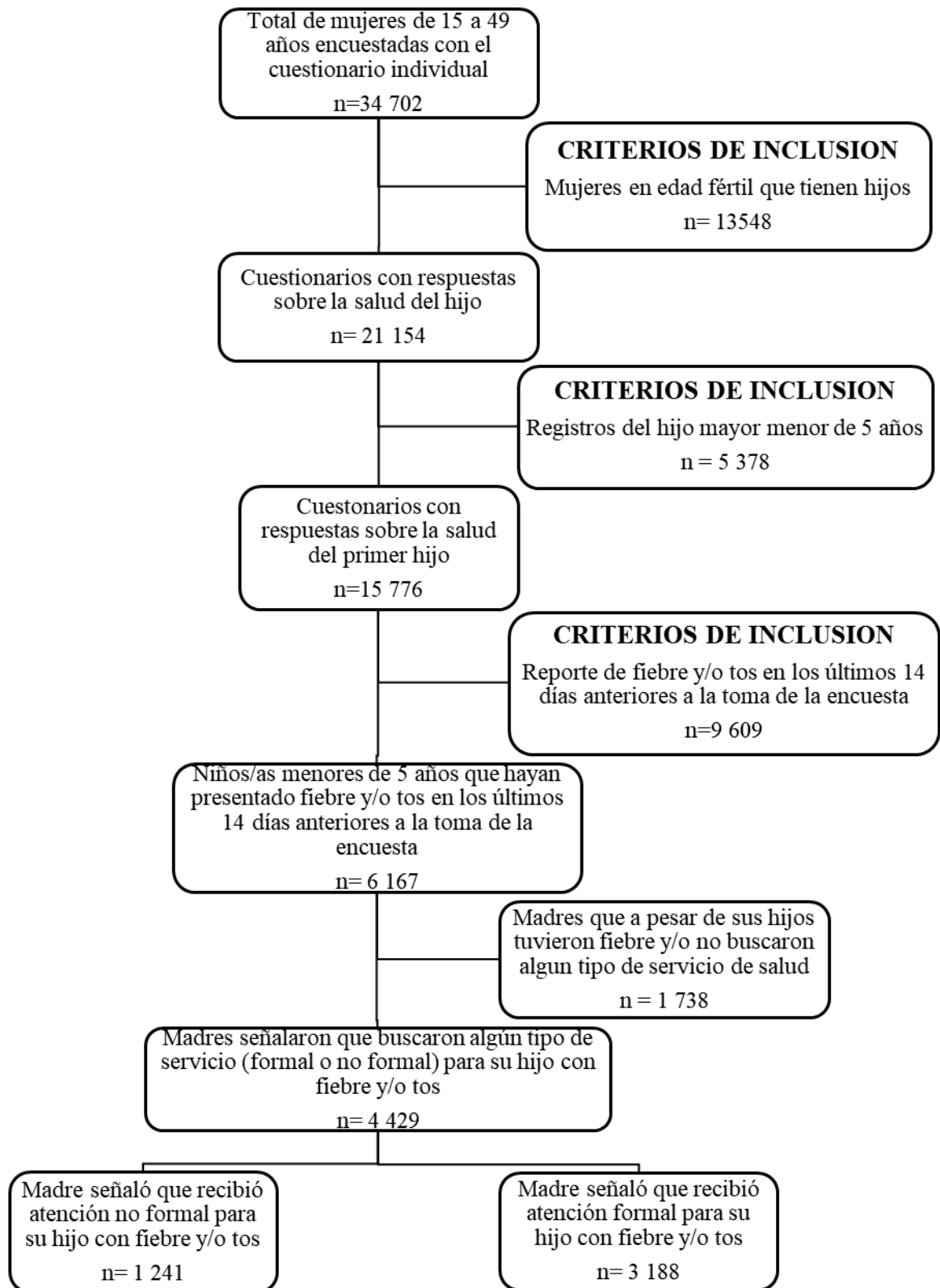


FIGURA 3. Flujograma de la selección de participantes menores de 5 años que han tenido fiebre y/o tos en los últimos 14 días incluidos en el análisis, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019.

FIGURA 4

BASES DE LA ENDES	VARIABLES UTILIZADAS
REC91 Cuestionario individual. Datos básicos de MEF (módulo 66)	SREGION S108N Nivel educativo aprobado S119 Idioma o lengua materna que aprendió hablar en su niñez S119D Por sus antepasados y costumbres, Ud. Se considera S704N Nivel educativo de la pareja
REC0111 Cuestionario individual. Datos básicos de MEF (módulo 66)	V012 Edad actual – entrevistada V025 Tipo de lugar de residencia V190 Índice de riqueza V151 Sexo del Jefe del Hogar V152 Edad del jefe del hogar V155 Alfabetización QD333 Dificultad de la entrevistada
RECH1 Cuestionario del hogar (módulo 64)	HV109 Nivel educativo del jefe del hogar
RE223132 Cuestionario individual. Historia de nacimiento- tabla de conocimiento de método (módulo 67)	V218 Número de niños vivos V201 Total de niños nacidos
REC21 Cuestionario individual. Historia de nacimiento- tabla de conocimiento de método (módulo 67)	B4 Sexo del niño QD333_1 Alguna dificultad o limitación permanente para ver, aun usando anteojos QD333_2 Alguna dificultad o limitación permanente para oír, aun usando audífonos QD333_3 Alguna dificultad o limitación permanente para hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro QD333_4 Alguna dificultad o limitación permanente para moverse o caminar para usar brazos y/o piernas QD333_5 Alguna dificultad o limitación permanente para entender o aprender (concentrarse y recordar) QD333_6 Alguna dificultad o limitación permanente para relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas QULT5 Es un nacimiento en últimos 5 años.
REC41 Cuestionario individual. Embarazo, parto, puerperio y lactancia (módulo 69)	M14 Visitas prenatales por embarazo M15 Lugar del parto M57 Atención prenatal
REC94 Cuestionario individual. Embarazo, parto, puerperio y lactancia (módulo 69)	S426B Razón por qué no acudió a un hospital, centro o puesto de salud del MINSA para dar a luz
REC42 Cuestionario individual. Inmunización y salud (módulo 70)	V481 Cobertura de seguro de salud V4811A-H,X TIPSEG Tipo de seguro de salud
REC43 Cuestionario individual. Inmunización y salud (módulo 70)	H11 En los últimos 14 días, ha tenido diarrea la niña(o) H12 A- Z Donde busco tratamiento para la diarrea H22 Ha tenido fiebre en las últimas dos semanas H31 Ha tenido tos en las últimas dos semanas H32 A-Z Donde busco tratamiento para tos/fiebre

REC95 Cuestionario individual. Inmunización y salud (módulo 70)	S470 Por qué no acudió a un centro de salud cuando estuvo enfermo con fiebre/tos S475 Por qué no acudió a un establecimiento de salud cuando estuvo enfermo con diarrea
RE516171 Cuestionario individual. Nupcialidad-fecundidad- cónyuge y mujer (módulo 71)	V501 Estado civil actual V705 Grupos de ocupación del esposo/compañero estandarizados V717 Grupos de ocupación estandarizados de la encuestada
REC84DV Cuestionario individual. Mortalidad materna y violencia familiar (módulo 73)	D104 Hubo violencia emocional D106 Experimentó cualquier violencia menos severa (D105 A, B, C o D) D107 Experimentó cualquier violencia severa (D105 E, F o G) D108 Experimentó cualquier violencia sexual (D105 H o I) D118Y Durante el embarazo fue maltratada físicamente por: nadie

TABLA 1a

Tabla 1a. Caracterización de una muestra de 15,656 Mujeres en Edad Fértil que hayan gestado y/o dado a luz en los 5 años previos a las ENDES 2019					
Variables principales		n	Proporción ponderada		
Uso de servicio formal de salud para atención prenatal		15,629	99,81		
No uso de servicio formal de salud para atención prenatal		27	0,19		
Uso de servicio formal para atención de parto		14,927	94,60		
No uso de servicio formal de salud para atención de parto		729	5,40		
Determinantes sociales de la salud					
Determinantes estructurales		n	Proporción ponderada	Determinantes intermedios	
Edad de la entrevistada				Estado civil de la entrevistada	
15-24 años	3681	22,48		Sin pareja	2751 17,34
25-34 años	7243	46,32		Conviviente	3469 23,25
35-49 años	4732	31,20		Casada	9436 59,41
Sexo del jefe del hogar				Región	
Hombre	11911	76,12		Lima Metropolitana	2031 31,13
Mujer	3745	23,88		Resto Costa	4800 26,21
Edad del jefe del hogar				Sierra	5144 26,74
15-29 años	3033	19,02		Selva	3681 15,92
30-39 años	5511	34,72		Tipo de lugar de residencia	
40-49 años	3495	22,37		Urbano	11444 76,28
50-59 años	1864	12,07		Rural	4212 23,72
60 a + años	1753	11,82		Violencia de pareja íntima	
Edad de la pareja de la entrevistada				No	12386 97,67
15-29 años	3821	29,58		Sí	327 2,33
30-39 años	5662	43,87		Violencia durante el embarazo	
40-49 años	2849	22,4		No	12224 91,88
50 a + años	573	4,16		Sí	1124 8,12
Alfabetización				Tipo de seguro de salud	
No puede leer	510	3,08		No tiene seguro	2759 19,74
Puede leer solo parte de una frase	308	1,67		SIS	9369 54,86
Puede leer la frase	14836	95,24		EsSalud	3072 20,24
No evaluable	2	0,01		FFAA/PNP	123 0,87
Nivel educativo de la entrevistada				Privados/Otros	333 4,31
Ninguno	193	1,19		Discapacidad de la entrevistada	
Primaria	2593	15,92		No	15593 99,53
Secundaria	7309	45,76		Sí	63 0,47
Superior	5561	37,13		Ocupación de la entrevistada	
Nivel educativo de la pareja de la entrevistada				No percibe ingresos	5530 35,95
Ninguno	121	0,7		Percibe Ingresos	10126 64,05
Primaria	1892	12,91		Ocupación de la pareja de la entrevistada	
Secundaria	7336	49,5		No percibe ingresos	1456 10,21
Superior	5390	36,89		Percibe Ingresos	13263 89,79
Nivel educativo del jefe del hogar				Motivo por el cual la madre no acudió a un hospital MINSA para dar a luz	
Ninguno	2564	15,79		Mala accesibilidad geográfica	138 3,37
Primaria completa	3285	20,32		Mala atención del personal de salud	259 5,66
Secundaria completa	5027	32,10		Falta de recursos materiales/humanos	90 2,05
Superior	4780	31,79		Motivos personales/familiares/culturales	246 4,54
Quintil de riqueza				Desconfianza en el servicio	862 18,71
El más pobre	3840	21,14		Afiliada a otro seguro	3101 56,71
Pobre	4356	25,06		Parto se adelantó	247 4,53
Medio	3267	20,25		Otros	160 4,44
Rico	2465	18,19		Total de niños nacidos	
Más rico	1728	15,36		1 hijo	5996 39,16
Lengua materna de la entrevistada				2 hijos	4590 29,69
Castellano	12557	84,84		3 hijos	2758 17,31
Lenguas andinas	2862	14,09		4 hijos	1256 7,64
Lenguas amazónicas	146	0,60		5 hijos	537 3,30
Otra lengua nativa u originaria	78	0,35		6 o más	519 2,90
Lenguas extranjeras	13	0,12		Control prenatal durante el embarazo	
Etnia autorreconocida				Gestante no controlada	1270 8,26
Blanco	938	7,22		Gestante controlada	14386 91,74
Mestizo	6729	46,88			
Quechua	4460	23,79			
Aimara	474	1,63			
Afroperuano	1639	11,53			
Nativo/Indígena de la amazonía	254	1,15			
Otros/No sabe	1162	7,79			

TABLA 1b

Tabla 1b. Caracterización de una muestra de 1025 niños que tuvieron diarrea en las últimas dos semanas previas a la toma de la encuesta ENDES 2019					
Variables principales			Proporción		
		n	Proporción Ponderada		
Uso de servicio formal de salud para atención de diarrea		655	66,23		
No uso de servicio formal de salud para atención de diarrea		370	33,77		
Determinantes sociales de la salud					
Determinantes estructurales	n	Proporción ponderada	Determinantes intermedios	n	Proporción ponderada
Sexo del niño			Estado civil de la madre		
Masculino	597	60,07	Sin pareja	204	20,66
Femenino	429	39,93	Conviviente	180	17,47
			Casada	641	61,86
Edad del niño			Región		
1 año	585	58,14	Lima Metropolitana	113	26,8
2 años	200	19,02	Resto Costa	272	25,74
3 años	154	14,84	Sierra	325	26,55
4 años	86	8,00	Selva	315	20,90
Edad de la entrevistada			Tipo de lugar de residencia		
15 - 24 años	316	29,39	Urbano	721	73,05
25 - 34 años	463	46,72	Rural	304	26,95
35 - 49 años	246	23,89			
Sexo del jefe del hogar			Violencia de pareja íntima		
Masculino	768	73,10	No	786	96,67
Femenino	257	26,90	Si	31	3,33
Edad del jefe del hogar			Violencia durante el embarazo		
15 - 29 años	245	24,17	No	785	91,45
30 - 39 años	343	34,42	Si	85	8,55
40- 49 años	187	16,89			
50 - 59 años	133	13,44	Tipo de seguro de salud		
60 años mas	117	11,08	No tiene seguro	193	21,08
Alfabetización			SIS	627	56,46
No puede leer	28	2,65	EsSalud	176	17,76
Puede leer solo parte	17	1,44	FF.AA/ PNP	15	1,55
Puede leer la frase	980	95,91	Privados	14	3,15
No evaluable	0	0,00	Discapacidad de la entrevistada		
Nivel educativo de la entrevistada			No	1018	99,04
Ninguno	12	0,99	Si	7	0,96
Primaria	154	14,09	Discapacidad del niño		
Secundaria	475	46,05	No	1020	99,87
Superior	384	38,88	Si	2	0,13
Nivel educativo de pareja de la entrevistada			Ocupación de la pareja de la entrevistada		
Ninguno	12	1,45	No percibe ingresos	76	8,55
Primaria	111	10,57	Percibe ingresos	867	91,45
Secundaria	489	52,73			
Superior	332	35,26	Ocupación de la entrevistada		
Nivel educativo del jefe del hogar			No percibe ingresos	380	38,37
Ninguno	172	16,16	Percibe ingresos	645	61,63
Primaria	236	22,15	Motivo por el cual no acudio a CS por la diarrea		
Secundaria	312	30,13	Mala accesibilidad geografica	27	8,59
Superior	305	31,56	Mala atención del personal de s	85	21,20
Quintil de riqueza			Motivos economicos/ familiares	11	3,60
El mas pobre	292	24,89	No hay medicamentos	82	25,70
Pobre	300	27,15	No considero los sintomas gravi	94	25,14
Medio	200	18,29	Ya sabe que darle	24	8,51
Medio	200	18,29	Otros	22	7,26
Rico	134	16,10			
El mas rico	99	13,56			
Lengua materna de la entrevistada					
Castellano	827	84,96			
Lenguas andinas	163	12,96			
Lenguas amazonicas	26	1,47			
Otra lengua nativa u originaria	9	0,61			
Lenguas extranjeras	0	0,00			
Etnia autorreconocida					
Blanco	66	7,74			
Mestizo	455	47,82			
Quechua	298	24,29			
Aimara	11	0,65			
Afroperuano	96	10,56			
Nativo de la amazonia	32	1,72			
Otros/No sabe	67	7,23			

TABLA 1c

Tabla 1c. Caracterización de una muestra de 4429 niños que tuvieron fiebre y/o tos en las últimas dos semanas previas a la toma de la encuesta ENDES 2019					
Variables principales		n	Proporción Ponderada		
Uso de servicio formal de salud para atención de fiebre y/o tos		3188	73,96		
No uso de servicio formal de salud para atención de fiebre y/o tos		1241	26,04		
Determinantes sociales de la salud					
Determinantes estructurales			Determinantes intermedios		
	n	Proporción Ponderada		n	Proporción Ponderada
Sexo del niño					
Masculino	2325	52,91	Estado civil de la encuestada		
Femenino	2104	47,09	Sin pareja	816	20,66
Edad del niño					
1 año	1806	39,90	Conviviente	898	17,47
2 años	869	19,13	Casada	2715	61,86
3 años	915	21,32	Región		
4 años	839	19,66	Lima Metropolitana	586	26,80
Edad de la entrevistada					
15 - 24 años	1122	24,74	Resto Costa	1322	25,74
25 - 34 años	2105	48,02	Sierra	1396	26,55
35 - 49 años	1202	27,24	Selva	1125	20,90
Sexo del jefe del hogar					
Masculino	3349	75,37	Tipo de lugar de residencia		
Femenino	1080	24,63	Urbano	3279	76,96
Edad del jefe del hogar					
15 - 29 años	904	20,53	Rural	1150	23,04
30 - 39 años	1549	33,64	Violencia íntima de pareja		
40 - 49 años	908	20,83	No	3481	97,58
50 - 59 años	535	12,67	Si	102	2,42
60 años más	533	12,33	Violencia durante el embarazo		
Alfabetización					
No puede leer	124	2,72	No	3436	91,11
Puede leer solo parte	73	1,45	Si	348	8,89
Puede leer la frase	4232	95,83	Tipo de seguro de salud		
No evaluable	0	0,00	No tiene seguro	749	18,74
Nivel educativo de la entrevistada					
Ninguno	40	1,02	SIS	2663	55,81
Primaria	651	13,72	EsSalud	874	19,39
Secundaria	2109	46,44	FF.AA/ PNP	31	0,84
Superior	1629	38,82	Privados	112	5,21
Nivel educativo de pareja de entrevistada					
Ninguno	34	0,76	Discapacidad de la madre		
Primaria	481	11,64	No	4407	99,53
Secundaria	2074	49,59	Si	22	0,47
Superior	1550	38,01	Discapacidad del niño		
Nivel educativo del jefe del hogar					
Ninguno	728	16,19	No	4396	99,35
Primaria	926	20,21	Si	26	0,65
Secundaria	1397	31,34	Ocupación de la pareja de la entrevistada		
Superior	1378	32,25	No percibe ingresos	427	10,82
Quintil de riqueza					
El más pobre	1.054	21,02	Percibe ingresos	3711	89,18
Pobre	1.256	25,08	Ocupación de la entrevistada		
Medio	933	19,65	No percibe ingresos	1565	36,16
Rico	683	18,62	Percibe ingresos	2864	63,84
El más rico	503	15,62	Motivo por el cual no acudio a CS por la diarrea		
Lengua materna de la entrevistada					
Castellano	3625	86,40	Mala accesibilidad geografica	67	6,17
Lenguas andinas	723	12,61	Mala atención del personal de sa	286	22,86
Lenguas amazonicas	52	0,54	Motivos economicos/ familiares	33	2,64
Otra lengua nativa u originaria	81	0,41	No hay medicamentos	326	29,99
Lenguas extranjeras	1	0,04	No considero los sintomas graves	279	22,44
Etnia autorreconocida					
Blanco	283	7,06	Ya sabe que darle	95	8,09
Mestizo	1984	48,18	Otros	83	7,80
Quechua	1219	23,30			
Aimara	94	1,27			
Afroperuano	480	12,23			
Nativo de la amazonia	87	1,20			
Otros/No sabe	282	6,76			

TABLA 2a

Tabla 2a. Comparación entre NUSFSAPN y determinantes sociales en una muestra de 15,656 Mujeres en Edad Fértil que hayan gestado y/o dado a luz en los 5 años previos a las ENDES 2019

Determinantes sociales de la salud	Uso de servicio formal de salud		No uso de servicio formal de salud		p-valor	Determinantes intermedios	Uso de servicio formal de salud		No uso de servicio formal de salud		p-valor
	n	Proporción ponderada	n	Proporción ponderada			n	Proporción ponderada	n	Proporción ponderada	
Edad de la entrevistada					0,14	Estado civil de la entrevistada					0,012
15-24 años	3673	22,47	8	24,91		Sin pareja	2746	17,35	5	10,77	
25-34 años	7228	46,29	15	62,36		Conviviente	3460	23,20	9	49,68	
35-49 años	4728	31,24	4	12,73		Casada	9423	59,45	13	39,55	
Sexo del jefe del hogar					0,678	Región					0,135
Hombre	11892	76,11	19	79,63		Lima Metropolitana	2029	31,15	2	17,6	
Mujer	3737	23,89	8	20,37		Resto Costa	4794	26,21	6	22,53	
Edad del jefe del hogar					0,096	Sierra	5129	26,70	15	50,89	
15-29 años	3026	19,01	7	26,44		Selva	3677	15,94	4	8,97	
30-39 años	5496	34,68	15	55,4		Tipo de lugar de residencia					0,654
40-49 años	3492	22,39	3	13,44		Urbano	11424	76,29	20	71,76	
50-59 años	1864	12,10	0	0,00		Rural	4205	23,71	7	28,24	
60 a + años	1751	11,83	2	4,72		Violencia de pareja íntima					0,55
Edad de la pareja de la entrevistada					0,096	No	12365	97,67	21	100,00	
15-29 años	3810	29,54	11	46,8		Sí	327	2,33	0	0,00	
30-39 años	5651	43,85	11	53,2		Violencia durante el embarazo					0,481
40-49 años	2849	22,44	0	0,00		No	12205	91,87	19	95,11	
50 a + años	573	4,16	0	0,00		Sí	1122	8,13	2	4,79	
Alfabetización					0,759	Tipo de seguro de salud					0,15
No puede leer	510	3,09	0	0,00		No tiene seguro	2755	19,76	4	6,62	
Puede leer solo parte de una frase	308	1,68	0	0,00		SIS	9352	54,83	17	70,8	
Puede leer la frase	14809	95,23	27	100,00		EsSalud	3068	20,26	4	9,62	
No evaluable	2	0,00	0	0,00		FFAA/PNP	122	0,86	1	3,24	
Nivel educativo de la entrevistada					0,473	Privados/Otros	332	4,30	1	9,73	
Ninguno	193	1,19	0	0,00		Discapacidad de la entrevistada					0,774
Primaria	2592	15,94	1	6,74		No	15566	99,62	27	100,00	
Secundaria	7,98	45,77	11	39,76		Sí	63	0,47	0	0,00	
Superior	5546	37,10	15	53,50		Ocupación de la entrevistada					0,023
Nivel educativo de la pareja de la entrevistada					0,873	No percibe ingresos	5526	35,99	4	14,82	
Ninguno	121	0,70	0	0,00		Percibe Ingresos	10103	64,01	23	85,18	
Primaria	1891	12,92	1	6,82		Ocupación de la pareja de la entrevistada					0,968
Secundaria	7322	49,50	14	52,84		No percibe ingresos	1455	10,21	1	9,84	
Superior	5379	36,89	11	40,34		Percibe Ingresos	13238	89,79	25	90,15	
Nivel educativo del jefe del hogar					0,977	Total de niños nacidos (*)					0,593
Ninguno	2561	15,79	3	15,81		1 hijo	5983	39,16	13	39,49	
Primaria completa	3281	20,33	4	17,31		2 hijos	4580	29,67	10	42,14	
Secundaria completa	5016	32,09	11	36,23		3 hijos	2755	17,31	3	16,71	
Superior	4771	31,79	9	30,64		4 hijos	1256	7,65	0	0,00	
Quintil de riqueza					0,647	5 hijos	537	3,30	0	0,00	
El más pobre	3832	21,23	8	28,77		6 o más	518	2,90	1	1,66	
Pobre	4352	25,08	4	14,72		Control prenatal durante el embarazo					0,1991
Medio	3261	20,25	6	22,30		Gestante no controlada	1270	8,28	0	0,00	
Rico	2463	18,21	2	11,27		Gestante controlada	14359	91,72	27	100,00	
Más rico	1721	15,34	7	22,95		Lengua materna de la entrevistada					0,672
Lengua materna de la entrevistada					0,672	Castellano	12533	84,82	24	94,53	
Castellano	12533	84,82	24	94,53		Lenguas andinas	2860	14,11	2	3,81	
Lenguas andinas	2860	14,11	2	3,81		Lenguas amazónicas	145	0,60	1	1,66	
Lenguas amazónicas	145	0,60	1	1,66		Otra lengua nativa u originaria	78	0,35	0	0,00	
Otra lengua nativa u originaria	78	0,35	0	0,00		Lenguas extranjeras	13	0,12	0	0,00	
Lenguas extranjeras	13	0,12	0	0,00		Etnia autorreconocida					0,5817
Etnia autorreconocida					0,5817	Blanco	938	7,23	0	0,00	
Blanco	938	7,23	0	0,00		Mestizo	6715	46,86	14	53,15	
Mestizo	6715	46,86	14	53,15		Quechua	4450	23,77	10	35,61	
Quechua	4450	23,77	10	35,61		Aimara	474	1,64	0	0,00	
Aimara	474	1,64	0	0,00		Afroperuano	1638	11,54	1	6,74	
Afroperuano	1638	11,54	1	6,74		Nativo/Indígena de la amazonía	253	1,15	1	1,66	
Nativo/Indígena de la amazonía	253	1,15	1	1,66		Otros/No sabe	1161	0,78	1	2,84	
Otros/No sabe	1161	0,78	1	2,84							

TABLA 2b

Tabla 2b. Comparación entre NUSFSAP y determinantes sociales en un muestra de 15,656 Mujeres en Edad Fértil que hayan gestado y/o dado a luz en los 5 años previos a las ENDES 2019

Determinantes estructurales	Uso de servicio formal de salud		No uso de servicio formal de salud		p-valor	Determinantes intermedios	Uso de servicio formal de salud		No uso de servicio formal de salud		p-valor
	n	Proporción ponderada	n	Proporción ponderada			n	Proporción ponderada	n	Proporción ponderada	
Edad de la entrevistada					0.296	Estado civil de la entrevistada					0.003
15-24 años	3484	22,32	197	25,30		Sin pareja	2647	17,58	104	13,20	
25-34 años	6930	42,42	313	44,51		Conviviente	3322	23,43	147	20,18	
35-49 años	4513	31,26	219	30,19		Casada	8958	59,00	478	66,62	
Sexo del jefe del hogar					<0,001	Región					<0,001
Hombre	11,300	75,64	611	84,51		Lima Metropolitana	1967	31,76	64	19,95	
Mujer	3,627	36,27	118	15,49		Resto Costa	4654	26,61	146	19,14	
Edad del jefe del hogar					0.343	Sierra	4900	26,52	244	30,60	
15-29 años	2,884	18,97	149	19,02		Selva	3406	34,06	275	30,31	
30-39 años	5,245	34,80	266	34,72		Tipo de lugar de residencia					<0,001
40-49 años	3,325	33,25	170	22,37		Urbano	11178	78,24	266	41,94	
50-59 años	1,781	17,81	83	12,07		Rural	3749	21,76	463	58,06	
60 a + años	1,692	16,92	61	11,82		Violencia de pareja íntima					0.096
Edad de la pareja de la entrevistada					0.272	No	11808	97,74	578	96,56	
15-29 años	3,627	29,44	194	31,83		Sí	304	2,26	23	3,44	
30-39 años	5,404	44,13	258	39,56		Violencia durante el embarazo					0.523
40-49 años	2,706	22,33	143	23,60		No	11655	91,92	569	91,11	
50 a + años	543	4,10	30	5,01		Sí	1065	8,08	59	8,89	
Alfabetización					<0,001	Tipo de seguro de salud					<0,001
No puede leer	432	2,66	78	10,41		No tiene seguro	2645	19,93	114	16,29	
Puede leer solo parte de una frase	276	1,57	32	3,54		SIS	8817	53,92	552	71,34	
Puede leer la frase	14,218	95,77	618	85,93		EsSalud	3016	20,80	56	10,39	
No evaluable	1	0,00	1	0,13		FFAA/PNP	120	0,89	3	0,51	
Nivel educativo de la entrevistada					<0,001	Privados/Otros	329	4,47	4	1,47	
Ninguno	161	1,03	32	4,00		Discapacidad de la entrevistada					0.601
Primaria	2,293	14,63	300	38,51		No	14868	99,54	725	99,37	
Secundaria	7,012	46,00	297	41,60		Sí	59	0,46	4	0,63	
Superior	5,461	38,34	100	15,89		Ocupación de la entrevistada					0.879
Nivel educativo de la pareja de la entrevistada					<0,001	No percibe ingresos	5280	35,97	250	35,59	
Ninguno	109	0,66	12	1,35		Percibe Ingresos	9647	64,03	479	64,41	
Primaria	1,657	11,72	235	33,65		Ocupación de la pareja de la entrevistada					0.015
Secundaria	7,002	49,67	334	46,65		No percibe ingresos	1409	10,40	47	6,90	
Superior	5,278	37,96	112	18,36		Percibe Ingresos	12617	89,60	646	93,10	
Nivel educativo del jefe del hogar					<0,001	Total de niños nacidos (*)					<0,001
Ninguno	2,370	15,22	194	25,74		1 hijo	5790	39,67	206	30,22	
Primaria completa	3,045	19,70	240	31,19		2 hijos	4416	29,97	174	24,78	
Secundaria completa	4,830	32,36	197	27,39		3 hijos	2632	17,38	126	16,15	
Superior	4,682	32,71	98	15,68		4 hijos	1174	7,45	82	10,85	
Quintil de riqueza					<0,001	5 hijos	483	3,07	54	7,28	
El más pobre	3,372	18,99	468	58,88		6 o más	432	2,45	87	10,72	
Pobre	4,257	25,72	99	13,45		Control prenatal durante el embarazo					<0,001
Medio	3,195	20,81	72	10,50		Gestante no controlada	1162	8,03	108	12,41	
Rico	2,412	18,71	53	9,19		Gestante controlada	13765	91,97	621	87,59	
Más rico	1,691	15,78	37	7,98		Lengua materna de la entrevistada					<0,001
Lengua materna de la entrevistada					<0,001	Castellano	12,043	85,15	514	79,41	
Castellano	12,043	85,15	514	79,41		Lenguas andinas	2,741	14,17	121	12,58	
Lenguas andinas	2,741	14,17	121	12,58		Lenguas amazónicas	81	0,35	65	4,91	
Lenguas amazónicas	81	0,35	65	4,91		Otra lengua nativa u originaria	49	0,20	29	3,10	
Otra lengua nativa u originaria	49	0,20	29	3,10		Lenguas extranjeras	13	0,13	0	0,00	
Lenguas extranjeras	13	0,13	0	0,00		Etnia autorreconocida					<0,001
Etnia autorreconocida					<0,001	Blanco	871	6,99	67	11,29	
Blanco	871	6,99	67	11,29		Mestizo	6,495	47,57	234	34,67	
Mestizo	6,495	47,57	234	34,67		Quechua	4,318	24,21	142	16,53	
Quechua	4,318	24,21	142	16,53		Aimara	456	1,64	18	1,43	
Aimara	456	1,64	18	1,43		Afroperuano	1,532	11,22	107	17,08	
Afroperuano	1,532	11,22	107	17,08		Nativo/Indígena de la amazonía	168	0,76	86	7,99	
Nativo/Indígena de la amazonía	168	0,76	86	7,99		Otros/No sabe	1,087	7,61	75	11,03	
Otros/No sabe	1,087	7,61	75	11,03							

TABLA 2c

Tabla 2c. Comparación entre NUSFSD y determinantes sociales en un muestra de 1025 niños en ENDES 2019

	Uso de servicio formal de salud		No uso de servicio formal de salud		p-valor	Uso de servicio formal de salud		No uso de servicio formal de salud		p-valor
	n	Proporción Ponderada	n	Proporción Ponderada		n	Proporción Ponderada	n	Proporción Ponderada	
Determinantes sociales de la salud										
Determinantes estructurales										
Sexo del niño					0,647					0,088
Masculino	377	59,47	220	61,25						
Femenino	278	40,53	150	38,75						
Edad del niño					0,128					
1 año	397	60,58	188	53,35						
2 años	114	16,94	86	23,11						
3 años	90	13,97	64	16,53						
4 años	54	8,51	32	7,01						
Edad de la entrevistada					0,019					
15-24 años	179	26,00	137	36,04						
25-34 años	304	48,11	159	44,00						
35-49 años	172	25,90	74	19,96						
Sexo del jefe del hogar					0,922					
Masculino	494	72,97	274	73,35						
Femenino	161	27,03	96	26,65						
Edad del jefe del hogar					0,006					
15-29 años	138	20,93	107	30,53						
30-39 años	239	38,43	104	26,56						
40-49 años	108	15,37	79	19,87						
50-59 años	95	14,43	38	11,49						
60 años a mas	75	10,84	42	11,55						
Alfabetizacion					0,137					
No puede leer	22	3,30	6	1,37						
Puede leer solo parte	12	1,07	5	2,18						
Puede leer la frase	621	95,63	359	96,45						
No evaluable	0	0,00	0	0,00						
Nivel educativo de pareja de la entrevistada					0,002					
Ninguno educacion	8	1,66	4	1,03						
Primaria	68	9,53	43	12,60						
Secundaria	295	48,68	194	60,64						
Superior	234	40,12	98	25,74						
Nivel educativo de la entrevistada					<0,001					
Ninguno educacion	7	0,94	5	1,07						
Primaria	100	13,36	54	15,51						
Secundaria	270	40,93	205	56,10						
Superior	278	44,77	106	27,32						
Nivel educativo del jefe del hogar					0,002					
Sin educacion	105	14,97	67	18,50						
Primaria	129	19,20	107	27,95						
Secundaria	204	29,79	108	30,79						
Superior	217	36,05	88	22,76						
Quintil de riqueza					<0,001					
El mas pobre	172	22,06	120	30,44						
Pobre	171	14,45	129	32,45						
Medio	129	17,09	71	20,65						
Rico	102	19,55	32	9,32						
El mas rico	81	16,84	18	7,13						
Lengua hablada por la madre					0,041					
Castellano	539	86,94	288	81,06						
Lenguas andinas	97	11,58	66	15,66						
Lenguas amazonicas	12	0,90	14	2,60						
Otra lengua nativa	7	0,57	2	0,68						
Lenguas extranjeras	0	0,00	0	0,00						
Etnia autorreconocida					0,004					
Blanco	44	7,90	22	7,42						
Mestizo	311	52,98	144	37,70						
Quechua	171	20,56	127	31,60						
Aimara	9	0,64	2	0,65						
Afroperuano	62	10,06	34	11,52						
Nativo de la amazonia	18	1,32	14	2,50						
Otros/No sabe	40	6,53	27	8,61						
Determinantes intermedios										
Estado civil de la entrevistada										
Soltera	125	25,43	57	25,29						
Conviviente	133	16,99	16	8,39						
Casada	397	57,2	139	66,33						
Región										<0,001
Lima Metropolitana	82	31,03	31	18,49						
Resto Costa	198	27,57	74	22,17						
Sierra	201	24,23	124	31,1						
Selva	174	17,16	141	28,24						
Tipo de lugar de residencia										0,018
Urbano	467	75,72	254	67,81						
Rural	188	24,28	116	32,19						
Violencia de pareja íntima										0,761
No	504	96,82	282	96,38						
Si	19	3,18	12	3,62						
Violencia durante el embarazo										0,999
No	508	92,77	277	88,91						
Si	46	7,23	39	11,09						
Tipo de seguro de salud										0,021
No tiene seguro	116	19,59	77	24,00						
SIS	390	54,8	237	59,72						
EsSalud	122	18,86	54	15,6						
FF.AA/ PNP	13	1,99	2	0,68						
Privados	14	4,75	0	0,00						
Discapacidad de la entrevistada										0,185
No	652	99,46	366	98,22						
Si	3	0,54	4	1,78						
Discapacidad del niño										0,999
No	652	99,87	368	99,87						
Si	1	0,13	1	0,13						
Ocupación de la pareja de la entrevistada										0,698
No percibe ingresos	47	8,87	29	7,92						
Percibe ingresos	557	91,13	310	92,08						
Ocupación de la entrevistada										0,401
No percibe ingresos	254	41,65	76	38,27						
Percibe ingresos	401	58,35	136	61,73						

TABLA 2d

Tabla 2d. Comparación entre NUSFSFT y determinantes sociales en un muestra de 1025 niños en ENDES 2019

	Uso de servicio formal de salud		No uso de servicio formal de salud		p-valor	Uso de servicio formal de salud		No uso de servicio formal de salud		p-valor
	n	Proporción	n	Proporción		n	Proporción	n	Proporción	
		Ponderada		Ponderada			Ponderada		Ponderada	
Determinantes sociales de la salud										
Determinantes estructurales										
Sexo del niño					0,620					
Masculino	1680	53,19	645	52,11						
Femenino	1508	46,81	596	47,89						
Edad del niño					<0,001					
1 año	1413	43,39	393	29,97						
2 años	620	19,19	249	18,95						
3 años	622	19,77	293	25,71						
4 años	533	17,64	306	25,37						
Edad de la entrevistada					<0,001					
15-24 años	758	22,55	364	30,96						
25-34 años	1515	48,55	590	46,52						
35-49 años	915	28,9	287	22,51						
Sexo del jefe del hogar					0,973					
Masculino	2436	75,38	913	75,32						
Femenino	752	24,62	328	24,68						
Edad del jefe del hogar					0,039					
15-29 años	609	19,33	295	23,94						
30-39 años	1115	33,74	434	33,37						
40-49 años	645	20,81	263	20,87						
50-59 años	405	13,13	130	11,36						
60 años a mas	414	12,99	119	10,46						
Alfabetización					0,645					
No puede leer	95	2,67	29	2,86						
Puede leer solo par	52	1,33	21	1,79						
Puede leer la frase	3041	96,00	1,191	95,35						
No evaluable	0	0,00	0	0,00						
Nivel educativo de la pareja de la entrevistada					<0,001					
Ninguno educación	24	0,75	10	0,81						
Primaria	328	10,80	153	14,02						
Secundaria	1426	47,14	648	56,53						
Superior	1202	41,31	348	28,64						
Nivel educativo de la entrevistada					<0,001					
Ninguno educación	32	1,01	8	1,05						
Primaria	448	12,80	203	16,31						
Secundaria	1437	43,68	672	54,28						
Superior	1271	42,51	358	28,36						
Nivel educativo del jefe del hogar					<0,001					
Sin educación	527	15,97	201	16,81						
Primaria	610	18,24	316	25,83						
Secundaria	996	31,02	401	32,26						
Superior	1055	34,77	323	25,09						
Quintil de riqueza					<0,001					
El mas pobre	756	20,07	298	23,72						
Pobre	800	21,67	456	34,77						
Medio	671	19,82	262	19,17						
Rico	527	19,95	156	14,83						
El mas rico	434	18,48	69	7,50						
Lengua materna de la entrevistada					<0,001					
Castellano	2648	87,73	977	82,63						
Lenguas andinas	483	11,36	240	16,15						
Lenguas amazónicas	31	0,37	21	1,03						
Otra lengua nativa	25	0,49	3	0,19						
Lenguas extranjera	1	0,05	0	0,00						
Etnia autorreconocida					<0,001					
Blanco	209	6,98	74	7,42						
Mestizo	1383	50,64	500	37,70						
Quechua	825	21,33	394	31,60						
Aimara	60	1,08	34	0,65						
Afroperuano	344	11,83	136	11,52						
Nativo de la amazo	55	1,01	32	2,50						
Otros/No sabe	211	7,13	71	8,61						
Determinantes intermedios										
Estado civil de la entrevistada										0,009
Sin pareja	580	18,11	236	18,09						
Conviviente	690	23,16	208	17,92						
Casada	1918	58,72	797	63,99						
Región										<0,001
Lima Metropolitana	482	34,80	104	19,67						
Resto Costa	1011	27,09	311	27,10						
Sierra	968	22,85	428	30,89						
Selva	727	15,26	398	22,34						
Tipo de lugar de residencia										0,046
Urbano	2349	77,89	930	74,30						
Rural	839	22,11	311	25,70						
Violencia intima de pareja										0,171
No	2512	96,82	969	96,89						
Si	68	3,18	34	3,11						
Violencia durante el embarazo										0,059
No	2496	91,78	940	89,20						
Si	228	8,22	120	10,80						
Tipo de seguro de salud										<0,001
No tiene seguro de salud	522	18,43	227	19,63						
SIS	1839	52,73	824	64,57						
EsSalud	697	21,20	177	14,25						
FF.AA/ PNP	27	1,01	4	0,36						
Privados	103	6,63	9	1,19						
Discapacidad de la madre										0,839
No	3172	99,51	1235	99,57						
Si	16	0,49	6	0,43						
Discapacidad del niño										0,382
No	3164	99,28	1232	99,55						
Si	21	0,72	5	0,45						
Ocupación de la pareja de la entrevistada										0,378
No percibe ingresos	313	11,14	114	9,89						
Percibe ingresos	2666	88,86	1045	90,11						
Ocupación de la entrevistada										0,211
No percibe ingresos	1160	36,85	405	34,21						
Percibe ingresos	2028	63,15	836	65,79						

TABLA 3a

Tabla 3a. Modelos lineales generalizados de familia Poisson crudo y ajustado para muestras complejas para el desenlace NUSFSAPN en un muestra de 15,656 Mujeres en Edad Fértil que hayan gestado y/o dado a luz en los 5 años previos a las ENDES 2019

Determinantes estructurales	Modelo crudo		Modelo ajustado		Determinantes intermedios	Modelo crudo		Modelo ajustado	
	RP	IC95%	Rpa	IC95%		RP	%	Rpa	IC95%
Edad de la entrevistada					Estado civil de la entrevistada				
15-24 años	Ref		Ref		Sin pareja	Ref		Ref	
25-34 años	1,22	0,49-3,03	0,85	0,34-2,15	Conviviente	3,43	0,99-11,91	5,23	1,34-20,39
35-49 años	0,37	0,10-1,36	0,19	0,04-0,85	Casada	1,07	0,36-3,22	1,26	0,44-3,63
Quintil de riqueza					Región				
El más pobre	Ref		Ref		Lima Metropolitana	Ref		Ref	
Pobre	0,43	0,10-1,92	0,58	0,06-5,39	Resto Costa	1,52	0,28-8,41	1,93	0,40-9,17
Medio	0,81	0,26-2,54	1,38	0,23-8,40	Sierra	3,36	0,74-15,25	4,22	0,81-21,98
Rico	0,46	0,08-2,46	1,06	0,11-10,08	Selva	1,00	0,17-5,72	1,46	0,27-7,97
Más rico	1,10	0,30-4,02	2,31	0,32-16,78	Tipo de lugar de residencia				
					Urbano	Ref		Ref	
					Rural	1,27	0,45-3,55	0,68	0,09-4,91
					Tipo de seguro de salud (*)				
					No tiene seguro	Ref		Ref	
					SIS	3,85	1,07-13,82	4,09	1,08-15,41
					EsSalud	1,42	0,28-7,26	0,88	0,16-4,74
					Otros tipos de seguro	7,47	1,02-54,70	3,41	0,49-23,55
					Ocupación de la entrevistada				
					No percibe ingresos	Ref		Ref	
					Percibe Ingresos	3,23	1,10-9,44	3,33	1,16-9,56

(*) Se unieron "FFAA/PNP" junto con "privados y otros" en "Otro tipos de seguro"

TABLA 3b

Tabla 3b. Modelos lineales generalizados de familia Poisson crudo y ajustado para muestras complejas para el desenlace NUSFSAP en una muestra de 15,656 Mujeres en Edad Fértil que hayan gestado y/o dado a luz en los 5 años previos a las ENDES 2019

Determinantes estructurales	Modelo crudo		Modelo ajustado		Determinantes intermedios	Modelo crudo		Modelo ajustado	
	RP	IC95%	Rpa	IC95%		RP	%	Rpa	IC95%
Edad de la entrevistada					Estado civil de la entrevistada				
15-24 años	Ref		Ref		Sin pareja	Ref		Ref	
25-34 años	0,85	0,69-1,05	0,84	0,64-1,10	Conviviente	1,14	0,84-1,55	1,13	0,78-1,63
35-49 años	0,86	0,68-1,09	0,62	0,44-0,87	Casada	1,47	1,15-1,90	1,19	0,87-1,62
Sexo del jefe del hogar					Región				
Hombre	Ref		Ref		Lima Metropolitana	Ref		Ref	
Mujer	0,58	0,46-0,74	0,59	0,58-1,01	Resto Costa	1,14	0,81-1,61	0,66	0,46-0,96
Alfabetización					Sierra	1,79	1,30-2,44	0,59	0,40-0,87
No puede leer	Ref		Ref		Selva	2,97	2,16-4,09	0,65	0,44-0,96
Puede leer solo parte de una frase	0,63	0,40-0,97	0,86	0,58-1,27	Tipo de lugar de residencia				
Puede leer la frase	0,27	0,20-0,35	0,95	0,70-1,29	Urbano	Ref		Ref	
No evaluable	3,68	1,46-9,39	0,80	0,41-1,55	Rural	4,45	3,64-5,44	1,92	1,48-2,48
Nivel educativo de la entrevistada					Tipo de seguro de salud (*)				
Ninguno	Ref		Ref		No tiene seguro	Ref		Ref	
Primaria	0,72	0,48-1,07	1,02	0,66-1,57	SIS	1,58	1,24-2,00	0,84	0,65-1,09
Secundaria	0,27	0,18-0,41	0,71	0,43-1,17	EsSalud	0,62	0,42-0,92	0,84	0,57-1,23
Superior	0,13	0,08-0,20	0,59	0,33-1,06	Otros tipos de seguro	0,47	0,19-1,14	0,82	0,28-2,35
Nivel educativo del jefe del hogar					Ocupación de la pareja de la entrevistada				
Ninguno	Ref		Ref		No percibe ingresos	Ref		Ref	
Primaria completa	0,94	0,75-1,18	0,96	0,78-1,18	Percibe Ingresos	1,54	1,08-2,18	1,12	0,80-1,58
Secundaria completa	0,52	0,41-0,66	0,94	0,74-1,19	Total de niños nacidos (*)				
Superior	0,3	0,22-0,41	0,85	0,59-1,23	1 hijo	Ref		Ref	
Quintil de riqueza					2 hijos	1,08	0,85-1,38	1,21	0,91-1,60
El más pobre	Ref		Ref		3 hijos	1,21	0,93-1,57	1,25	0,92-1,70
Pobre	0,19	0,15-0,25	0,35	0,26-0,48	4 hijos	1,84	1,40-2,42	1,53	1,08-2,16
Medio	0,19	0,14-0,26	0,41	0,28-0,60	5 hijos	2,86	2,05-3,99	2,01	1,31-3,08
Rico	0,18	0,13-0,26	0,42	0,26-0,69	6 o más	4,79	3,63-6,32	2,53	1,72-3,71
Más rico	0,19	0,12-0,28	0,41	0,21-0,81	Control prenatal durante el embarazo				
Lengua materna de la entrevistada					Gestante no controlada	Ref		Ref	
Castellano	Ref		Ref		Gestante controlada	0,64	0,50-0,81	0,83	0,66-1,05
Lenguas andinas	0,95	0,73-1,24	0,81	0,57-1,16					
Lenguas amazónicas	8,74	6,70-11,41	1,81	0,89-3,70					
Otra lengua nativa u originaria	9,39	5,95-14,83	1,81	0,76-4,32					
Etnia autorreconocida (**)									
Blanco	Ref		Ref						
Mestizo	0,47	0,34-0,67	0,76	0,55-1,05					
Quechua	0,44	0,30-0,65	0,53	0,35-0,80					
Aimara	0,56	0,29-1,08	0,87	0,44-1,72					
Afroperuano	0,95	0,65-1,37	0,81	0,56-1,17					
Nativo/Indígena de la amazonía	4,44	2,98-6,62	1,27	0,58-2,81					
Otros/No sabe	0,91	0,59-1,39	0,87	0,58-1,30					

(*) Se unieron "FFAA/PNP" junto con "privados y otros" en "Otro tipos de seguro"

(**) Se eliminó "Lenguas extranjeras" por el poco número de observaciones

TABLA 3c

Tabla 3c. Modelos lineales generalizados de familia Poisson crudo y ajustado para muestras complejas para el desenlace NUSFSD en una muestra de 1025 niños en ENDES 2019

	Modelo crudo		Modelo ajustado		Modelo crudo		Modelo crudo		
	RP	IC 95%	RPa	IC 95%	RP	IC 95%	RPa	IC 95%	
Determinantes sociales de la salud					Determinantes intermedios				
Determinantes estructurales					Estado civil de la madre				
Edad de la madre					Sin pareja	Ref	Ref		
15-24 años	Ref		Ref		Conviviente	0,75	0,51 - 1,10	0,87 0,60 - 1,35	
25-34 años	0,77	0,61 - 0,97	0,91	0,70 - 1,18	Casada	1,07	0,82 - 1,39	0,96 0,71 - 1,30	
35-49 años	0,68	0,51 - 0,92	0,79	0,56 - 1,11					
Edad del jefe del hogar					Región				
15-29 años	Ref		Ref		Lima Metropolitana	Ref	Ref		
30-39 años	0,61	0,46 - 0,81	0,71	0,54 - 0,93	Resto Costa	1,25	0,82 - 1,90	1,05 0,69 - 1,59	
40-49 años	0,93	0,70 - 1,24	1,14	0,83 - 1,57	Sierra	1,7	1,15 - 2,51	1,47 0,98 - 2,23	
50-59 años	0,68	0,46 - 0,98	0,86	0,57 - 1,29	Selva	1,96	1,34 - 2,87	1,55 1,02 - 2,35	
60 años a mas	0,83	0,57 - 1,19	1,07	0,70 - 1,66	Tipo de lugar de residencia				
Nivel educativo de la pareja de la entrevistada					Urbano	Ref	Ref		
Ninguno educacion	Ref		Ref		Rural	1,29	1,05 - 1,58	0,79 0,61 - 1,02	
Primaria	1,68	0,57 - 4,97	1,06	0,55 - 4,68	Tipo de seguro de salud				
Secundaria	1,62	0,56 - 4,69	1,43	0,49 - 4,20	No tiene	Ref	Ref		
Superior	1,03	0,35 - 3,02	1,2	0,39 - 3,71	SIS	0,93	0,72 - 1,20	0,66 0,51 - 0,86	
Nivel educativo de la entrevistada					EsSalud	0,77	0,54 - 1,10	0,94 0,65 - 1,35	
Ninguno educacion	Ref		Ref		Otros tipo de segur	0,13	0,03 - 0,55	0,31 0,07 - 1,33	
Primaria	1,02	0,42 - 2,45	1,38	0,51 - 3,69					
Secundaria	1,13	0,48 - 2,64	1,76	0,67 - 4,62					
Superior	0,65	0,27 - 1,55	1,17	0,43 - 3,18					
Nivel educativo del jefe del hogar									
Sin educacion	Ref		Ref						
Primaria	1,10	0,82 - 1,49	0,99	0,71 - 1,39					
Secundaria	0,89	0,66 - 1,21	0,96	0,67 - 1,38					
Superior	0,63	0,45 - 0,88	0,95	0,61 - 1,48					
Quintil de riqueza									
El mas pobre	Ref		Ref						
Pobre	0,98	0,78 - 1,23	0,97	0,74 - 1,28					
Medio	0,92	0,69 - 1,23	1,05	0,72 - 1,52					
Rico	0,47	0,31 - 0,73	0,60	0,35 - 1,02					
El mas rico	0,43	0,25 - 0,74	0,69	0,37 - 1,29					
Lengua materna de la entrevistada (**)									
Castellano	Ref		Ref						
Lenguas andinas	1,27	0,99 - 1,62	0,93	0,71 - 1,23					
Lenguas amazonicas	1,85	1,29 - 2,64	1,97	1,01 - 4,30					
Otra lengua nativa u originaria	1,17	0,40 - 3,44	1,52	0,49 - 3,33					
Etnia autorreconocida									
Blanco	Ref		Ref						
Mestizo	0,82	0,51 - 1,33	0,85	0,55 - 1,33					
Quechua	1,36	0,85 - 2,17	1,18	0,76 - 1,82					
Aimara	1,06	0,31 - 3,61	0,99	0,35 - 2,78					
Afroperuano	1,14	0,67 - 1,94	1,08	0,66 - 1,78					
Nativo/Indigena de la amazonia	1,51	0,84 - 2,73	0,68	0,28 - 1,62					
Otros/No sabe	1,24	0,70 - 2,19	1,12	0,67 - 1,88					

(*) Se unieron "FFAA/PNP" junto con "privados y otros" en "Otro tipos de seguro"

(**) Se eliminó "Lenguas extranjeras" por el poco número de observaciones

TABLA 3d

Tabla 3d. Modelos lineales generalizados de familia Poisson crudo y ajustado para muestras complejas para el desenlace de NUSFSFT en una muestra de 4429 niños en ENDES 2019

	Modelo crudo		Modelo ajustado		Modelo crudo		Modelo crudo	
	RP	IC 95%	RPa	IC 95%	RP	IC 95%	RPa	IC 95%
Determinantes sociales de la salud								
Determinantes estructurales								
Edad del niño								
1 año	Ref		Ref					
2 años	1,32	1,10 - 1,58	1,36	1,14 - 1,64				
3 años	1,61	1,36 - 1,90	1,79	1,51 - 2,11				
4 años	1,72	1,46 - 2,02	1,94	1,65 - 2,30				
Edad de la entrevistada								
15 - 24 años	Ref		Ref					
25 - 34 años	0,77	0,67 - 0,89	0,79	0,68 - 0,93				
35 - 49 años	0,66	0,55 - 0,78	0,63	0,51 - 0,77				
Edad del jefe del hogar								
15-29 años	Ref		Ref					
30-39 años	0,85	0,72 - 1,01	1,01	0,85 - 1,20				
40-49 años	0,86	0,72 - 1,03	1,12	0,92 - 1,37				
50-59 años	0,77	0,62 - 0,96	0,91	0,71 - 1,16				
60 años a mas	0,73	0,58 - 0,91	0,99	0,76 - 1,30				
Nivel educativo de la pareja de la entrevistada								
Ninguno educacion	Ref		Ref					
Primaria	1,14	0,59 - 2,20	0,99	0,52 - 1,89				
Secundaria	1,08	0,56 - 2,08	0,96	0,49 - 1,88				
Superior	0,71	0,37 - 1,38	0,78	0,39 - 1,57				
Nivel educativo de la entrevistada								
Ninguno	Ref		Ref					
Primaria	1,16	0,56 - 2,39	0,98	0,48 - 2,01				
Secundaria	1,14	0,55 - 2,35	1,01	0,48 - 2,11				
Superior	0,71	0,34 - 1,48	0,84	0,39 - 1,78				
Nivel educativo del jefe del hogar								
Sin educacion	Ref		Ref					
Primaria	1,23	1,03 - 1,47	1,11	0,90 - 1,36				
Secundaria	0,99	0,83 - 1,18	0,95	0,76 - 1,20				
Superior	0,75	0,62 - 0,91	1,13	0,86 - 1,49				
Quintil de riqueza								
El mas pobre	Ref		Ref					
Pobre	1,23	1,06 - 1,42	1,27	1,07 - 1,50				
Medio	0,86	0,72 - 1,04	1,01	0,80 - 1,28				
Rico	0,71	0,57 - 0,88	1,01	0,77 - 1,33				
El mas rico	0,43	0,31 - 0,58	0,71	0,48 - 1,06				
Lengua materna de la entrevistada (**)								
Castellano	Ref		Ref					
Lenguas andinas	1,34	1,13 - 1,57	0,97	0,80 - 1,18				
Lenguas amazonicas	1,98	0,73 - 2,17	1,08	0,57 - 2,07				
Otra lengua nativa u originaria	0,48	0,21 - 2,59	0,30	0,06 - 1,42				
Etnia autorreconocida								
Blanco	Ref		Ref					
Mestizo	0,83	0,64 - 1,08	0,98	0,76 - 1,26				
Quechua	1,20	0,93 - 1,56	1,12	0,90 - 1,59				
Aimara	1,40	0,90 - 2,19	1,28	0,78 - 2,09				
Afroperuano	1,06	0,79 - 1,42	1,04	0,78 - 1,38				
Nativo/Indigena de la amazonia	1,41	0,89 - 2,22	1,52	0,77 - 2,97				
Otros/No sabe	0,82	0,57 - 1,18	0,84	0,59 - 1,19				
Determinantes intermedios								
Estado civil de la madre								
Sin pareja	Ref		Ref					
Conviviente	0,82	0,67 - 1,01	1,05	0,83 - 1,32				
Casada	1,07	0,90 - 1,26	1,01	0,83 - 1,23				
Región								
Lima Metropolitana	Ref		Ref					
Resto Costa	1,57	1,25 - 1,97	1,42	1,12 - 1,81				
Sierra	1,94	1,56 - 2,41	1,79	1,39 - 2,29				
Selva	2,05	1,64 - 2,56	1,81	1,42 - 2,30				
Tipo de lugar de residencia								
Urbano	Ref		Ref					
Rural	1,15	1,00 - 1,33	0,73	0,62 - 0,86				
Tipo de seguro de salud (*)								
No tiene seguro de sah	Ref		Ref					
SIS	1,1	0,94 - 1,30	0,88	0,74 - 1,04				
EsSalud	0,7	0,57 - 0,87	0,72	0,58 - 0,89				
Otros tipos de seguro	0,24	0,12 - 0,48	0,3	0,15 - 0,62				

(*) Se unieron "FFAA/PNP" junto con "privados y otros" en "Otro tipos de seguro"

(**) Se eliminó "Lenguas extranjeras" por el poco número de observaciones