



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud de la **TESIS** cuyo título es:

**"DESIGUALDADES SOCIALES Y SU IMPACTO EN EL ACCESO A
SERVICIOS DE SALUD EN LA EXPANSIÓN URBANA DE SALAS
GUADALUPE REGIÓN ICA, 2025"**

Presentado por:

VIDALON SOLDEVILLA, ETHEL

Del **DOCTOR EN SALUD PÚBLICA.**

Que, se ha recibido del operador del programa informático evaluador de originalidad de la Escuela de Posgrado de la UNICA, el informe automatizado de originalidad, el mismo que concluye de la siguiente manera:

El documento de investigación APRUEBA los criterios de originalidad con un porcentaje de similitud de 5%.

Para dar fe, se adjunta al presente el reporte de similitud de las bases de datos de iThenticate. En Ica 12 de mayo de 2026.

Atentamente

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. MARIO GUSTAVO REYES MEJÍA
DIRECTOR

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA



TESIS

**“DESIGUALDADES SOCIALES Y SU IMPACTO EN EL ACCESO
A SERVICIOS DE SALUD EN LA EXPANSIÓN URBANA DE
SALAS GUADALUPE REGIÓN ICA, 2025”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACION DEL MEDIO AMBIENTE

PRESENTADO POR:

MAGISTER: VIDALON SOLDEVILLA, ETHEL

GRADO ACADEMICO A OBTENER:

DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

ASESORA: DRA. RUIZ REYES, ROSA ELVIRA

ICA – PERU

2026

DEDICATORIA:

Con todo el amor del mundo dedico este logro a mis padres, cuya guía me formó; a mi esposa, sostén incansable en cada desafío; y a mis hijos, fuente de inspiración y esperanza. Ellos son la razón y el motor de este camino académico.

AGRADECIMIENTO:

Agradezco profundamente a mi asesora Dra. Rosa Elvira Ruiz Reyes por su guía constante, paciencia y rigor académico. Su orientación iluminó cada etapa de este proceso, inspirándome a alcanzar la excelencia y a transformar desafíos en aprendizajes que enriquecen mi formación y compromiso científico.

INDICE

DEDICATORIA:	ii
AGRADECIMIENTO:	iii
.....	iii
INDICE	iv
INDICE DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
RIEPILOGO.....	x
I INTRODUCCIÓN	xi
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.	16
1.2.1. Primer antecedente internacional.	16
1.3. ANTECEDENTES NACIONALES.	17
1.3.1. Primer antecedente nacional.....	17
1.3.2. Segundo antecedente nacional.	17
1.3.3. Tercer antecedente nacional.	17
1.4. ANTECEDENTES REGIONALES.....	18
1.4.1. Primer antecedente regional.	18
1.4.2. Segundo antecedente regional.....	18
1.4.3. Tercer antecedente regional.	19
1.5. BASES TEORICAS.....	19
1.6. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	28
1.6.1. Problema principal.	28
1.6.2. Problemas específicos.	28
1.6.2.1. Primer problema específico.....	28
1.6.2.2. Segundo problema específico.....	28
1.6.2.3. Tercer problema específico.	28
1.7. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
1.7.1. Justificación.....	28
1.7.2. Importancia.	29
1.8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
1.8.1. Objetivo principal.....	29
1.8.2. Objetivos específicos.	29
1.8.2.1. Primer objetivo específico.....	29
1.8.2.2. Segundo objetivo específico.....	29

1.8.2.3. Tercer objetivo específico.	29
1.9. HIPÓTESIS Y VARIABLES.	30
1.9.1. Hipótesis principal.	30
1.9.2. Hipótesis específicas.	30
1.9.2.1. Primera hipótesis específica.	30
1.9.2.2. Segunda hipótesis específica.	30
1.9.2.3. Tercera hipótesis específica.	30
1.9.3. Variables.	31
1.9.3.1. Variable independiente.	31
1.9.3.2. Variable dependiente.	31
II ESTRATEGÍA METODOLÓGICA.	32
2.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.	32
2.1.1. Tipo.	32
2.1.2. Nivel.	32
2.1.3. Diseño.	32
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.	33
2.2.1. Población.	33
2.2.2. Muestra.	33
2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	33
2.3.1. Encuestas.	33
2.3.2. Instrumentos.	34
III RESULTADOS.	35
3.1. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.	35
3.2. Presentación de tablas de frecuencia y gráficos.	35
CONCLUSIONES.	64
VI RECOMENDACIONES.	66
VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	68
Anexo N°1: Matriz de consistencia.	75
Anexo N°2: Operacionalización de variables	76
Anexo N°3: Instrumento de recolección de datos.	78
Anexo N°4: Confiabilidad	84
Anexo N°5: Contrastación de la hipótesis general.	86
Anexo N°6: Contrastación de la hipótesis específica	89

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Suficiencia del ingreso familiar para cubrir necesidades básicas	35
Tabla 2: Estabilidad y formalidad del empleo en el hogar.....	36
Tabla 3: Dificultades del hogar para acceder a servicios básicos	37
Tabla 4: Afiliación familiar a seguros y servicios de salud	38
Tabla 5: Comprensión de información médica según nivel educativo	39
Tabla 6: Acceso y conocimiento para solicitar atención médica	40
Tabla 7: Confianza para preguntar y aclarar dudas en salud.....	41
Tabla 8: Capacidad para reconocer enfermedad frente a automedicación	42
Tabla 9: Accesibilidad caminable al centro de salud cercano.....	43
Tabla 10: Tiempo de viaje como barrera de atención médica.....	44
Tabla 11: Costo de transporte como barrera económica en salud.....	45
Tabla 12: Barreras viales y de transporte para acceder salud.....	46
Tabla 13: Distancia y tiempo razonables de acceso a salud.....	47
Tabla 14: Disponibilidad de especialidades y servicios médicos requeridos.....	48
Tabla 15: Compatibilidad de horarios de atención con disponibilidad personal.....	49
Tabla 16: Disponibilidad de medicamentos recetados en farmacia institucional.....	50
Tabla 17: Asequibilidad de costos de atención médica familiar	51
Tabla 18: Gastos indirectos como barrera para acudir al médico	52
Tabla 19: Cobertura del seguro frente a gastos médicos familiares.....	53
Tabla 20: Carga financiera de los pagos por atención de salud	54
Tabla 21: Trato respetuoso y comunicación clara del personal de salud	55
Tabla 22: Respeto a creencias, costumbres y medicina tradicional	56
Tabla 23: Confianza y confidencialidad en la relación con el médico.....	57
Tabla 24: Satisfacción general con la calidad de la atención recibida	58

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Suficiencia del ingreso familiar para cubrir necesidades básicas	35
Gráfico 2: Estabilidad y formalidad del empleo en el hogar.....	36
Gráfico 3: Dificultades del hogar para acceder a servicios básicos	37
Gráfico 4: Afiliación familiar a seguros y servicios de salud	38
Gráfico 5: Comprensión de información médica según nivel educativo	39
Gráfico 6: Acceso y conocimiento para solicitar atención médica	40
Gráfico 7: Confianza para preguntar y aclarar dudas en salud.....	41
Gráfico 8: Capacidad para reconocer enfermedad frente a automedicación.....	42
Gráfico 9: Accesibilidad caminable al centro de salud cercano.....	43
Gráfico 10: Tiempo de viaje como barrera de atención médica.....	44
Gráfico 11: Costo de transporte como barrera económica en salud.....	45
Gráfico 12: Barreras viales y de transporte para acceder salud	46
Gráfico 13: Distancia y tiempo razonables de acceso a salud.....	47
Gráfico 14: Disponibilidad de especialidades y servicios médicos requeridos.....	48
Gráfico 15: Compatibilidad de horarios de atención con disponibilidad personal	49
Gráfico 16: Disponibilidad de medicamentos recetados en farmacia institucional	50
Gráfico 17: Asequibilidad de costos de atención médica familiar	51
Gráfico 18: Gastos indirectos como barrera para acudir al médico	52
Gráfico 19: Cobertura del seguro frente a gastos médicos familiares.....	53
Gráfico 20: Carga financiera de los pagos por atención de salud	54
Gráfico 21: Trato respetuoso y comunicación clara del personal de salud	55
Gráfico 22: Respeto a creencias, costumbres y medicina tradicional	56
Gráfico 23: Confianza y confidencialidad en la relación con el médico.....	57
Gráfico 24: Satisfacción general con la calidad de la atención recibida	58

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar el impacto de las desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe, región Ica, 2025, considerando dimensiones como ingreso, nivel educativo, empleo, afiliación a seguro y condiciones de vivienda en una población urbana periférica altamente vulnerable. Se desarrolló un estudio cuantitativo básico, de nivel descriptivo–correlacional y diseño no experimental, aplicando un cuestionario tipo Likert a 100 residentes del asentamiento humano “Expansión Urbana Nuestra Señora de Guadalupe”, que permitió medir condición socioeconómica y laboral, alfabetización en salud, accesibilidad geográfica, afiliación a seguros y barreras percibidas en el uso de servicios sanitarios. Los resultados evidenciaron marcadas carencias estructurales: 90% de los encuestados manifestó tener dificultades para acceder a servicios básicos como agua, luz o internet, lo que restringe sus recursos para la salud; al mismo tiempo, aunque 56% declaró contar con empleo estable y formal, una proporción relevante percibió insuficiencia de ingresos y una afiliación incompleta o ausente a seguros de salud, reflejada en un 26% en desacuerdo con estar asegurado. En el plano educativo y de alfabetización en salud, 44% aseguró comprender con facilidad la información brindada por el personal sanitario, pero 32% reconoció dificultades para entender las indicaciones médicas, lo que limita la capacidad de gestionar adecuadamente la atención y profundiza las inequidades. Si bien 52% indicó saber cómo y dónde solicitar una cita o servicio de emergencia, persistió un grupo importante que reportó desconocimiento o barreras para activar oportunamente la atención, lo que, sumado a la precariedad de servicios básicos y la ubicación periférica, se traduce en un uso restringido de los establecimientos locales. Se concluye que las desigualdades sociales - expresadas en pobreza multidimensional, empleo informal residual, brechas educativas y acceso irregular a servicios básicos - impactan de manera significativa y negativa en la disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe, confirmando la hipótesis de que la posición socioeconómica condiciona el acceso efectivo y evidenciando la necesidad de intervenciones públicas focalizadas que mejoren infraestructura, protección financiera y alfabetización en salud en este contexto periurbano.

Palabras clave: Desigualdades sociales, acceso a servicios de salud, pobreza multidimensional, determinantes sociales de la salud, expansión urbana.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the impact of social inequalities on access to health services in the urban expansion of Salas Guadalupe, Ica region, in 2025, considering dimensions such as income, education level, employment, insurance coverage, and housing conditions in a highly vulnerable peripheral urban population. A basic quantitative study was conducted, with a descriptive-correlational level and a non-experimental design. A Likert-type questionnaire was administered to 100 residents of the “Expansion Urbana Nuestra Señora de Guadalupe” settlement, allowing for the measurement of socioeconomic and employment status, health literacy, geographic accessibility, insurance coverage, and perceived barriers to the use of health services. The results revealed marked structural deficiencies: 90% of respondents reported difficulties accessing basic services such as water, electricity, or internet, which restricts their resources for healthcare. At the same time, although 56% reported having stable, formal employment, a significant proportion perceived insufficient income and incomplete or nonexistent health insurance coverage, reflected in 26% who disagreed with being insured. Regarding health education and literacy, 44% reported easily understanding the information provided by healthcare personnel, but 32% acknowledged difficulties understanding medical instructions, which limits their ability to manage care effectively and exacerbates inequities. While 52% indicated they knew how and where to request an appointment or emergency service, a significant group continued to report a lack of knowledge or barriers to accessing care promptly. This, coupled with the precariousness of basic services and the peripheral location, translates into limited use of local facilities. It is concluded that social inequalities - expressed as multidimensional poverty, residual informal employment, educational gaps, and irregular access to basic services - significantly and negatively impact the availability, affordability, and acceptability of health services in the urban expansion of Salas Guadalupe. This confirms the hypothesis that socioeconomic status conditions effective access and highlights the need for targeted public interventions to improve infrastructure, financial protection, and health literacy in this peri-urban context.

Keywords: Social inequalities, access to health services, multidimensional poverty, social determinants of health, urban expansion.

RIEPILOGO

L'obiettivo di questa ricerca era determinare l'impatto delle disuguaglianze sociali sull'accesso ai servizi sanitari nell'espansione urbana di Salas Guadalupe, nella regione di Ica, nel 2025, considerando dimensioni quali reddito, livello di istruzione, occupazione, copertura assicurativa e condizioni abitative in una popolazione urbana periferica altamente vulnerabile. È stato condotto uno studio quantitativo di base, con un livello descrittivo-correlazionale e un disegno non sperimentale. Un questionario di tipo Likert è stato somministrato a 100 residenti dell'insediamento “Expansión Urbana Nuestra Señora de Guadalupe”, consentendo la misurazione dello stato socioeconomico e occupazionale, dell'alfabetizzazione sanitaria, dell'accessibilità geografica, della copertura assicurativa e delle barriere percepite all'uso dei servizi sanitari. I risultati hanno rivelato marcate carenze strutturali: il 90% degli intervistati ha segnalato difficoltà di accesso ai servizi di base come acqua, elettricità o internet, che limitano le loro risorse per l'assistenza sanitaria. Allo stesso tempo, sebbene il 56% abbia dichiarato di avere un impiego stabile e formale, una percentuale significativa ha percepito un reddito insufficiente e una copertura assicurativa sanitaria incompleta o inesistente, come dimostrato dal 26% che non era d'accordo con l'assicurazione. Per quanto riguarda l'educazione e l'alfabetizzazione sanitaria, il 44% ha dichiarato di comprendere facilmente le informazioni fornite dal personale sanitario, ma il 32% ha riconosciuto difficoltà a comprendere le istruzioni mediche, il che limita la loro capacità di gestire efficacemente l'assistenza e aggrava le disuguaglianze. Mentre il 52% ha indicato di sapere come e dove richiedere un appuntamento o un servizio di emergenza, un gruppo significativo ha continuato a segnalare una mancanza di conoscenza o barriere all'accesso tempestivo all'assistenza. Questo, unito alla precarietà dei servizi di base e alla posizione periferica, si traduce in un utilizzo limitato delle strutture locali. Si conclude che le disuguaglianze sociali - espresse come povertà multidimensionale, occupazione informale residua, divari educativi e accesso irregolare ai servizi di base - hanno un impatto significativo e negativo sulla disponibilità, l'accessibilità economica e l'accettabilità dei servizi sanitari nell'espansione urbana di Salas Guadalupe. Ciò conferma l'ipotesi che lo status socioeconomico condizioni l'accesso effettivo e sottolinea la necessità di interventi pubblici mirati per migliorare le infrastrutture, la protezione finanziaria e l'alfabetizzazione sanitaria in questo contesto periurbano.

Parole chiave: Disuguaglianze sociali, accesso ai servizi sanitari, povertà multidimensionale, determinanti sociali della salute, espansione urbana.

I INTRODUCCIÓN

En el contexto actual de la salud pública latinoamericana, las desigualdades sociales se han consolidado como uno de los principales desafíos para garantizar un acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud, en especial en escenarios de urbanización acelerada y expansión periurbana. Factores como el nivel de ingresos, la educación, el tipo de empleo y la pertenencia étnica configuran patrones de desventaja que se traducen en diferencias injustas y evitables en los indicadores sanitarios, afectando con mayor intensidad a poblaciones vulnerables que habitan territorios periféricos. En América Latina, la persistencia de la pobreza y la distribución inequitativa de los recursos se asocian con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, así como con brechas significativas en la utilización de servicios preventivos y curativos.

En el Perú, pese a los esfuerzos normativos orientados a la cobertura universal, persisten marcadas brechas en el acceso efectivo a la atención entre áreas urbanas consolidadas, zonas rurales y espacios periurbanos. Una proporción importante de la población percibe el acceso a la atención médica como altamente desigual, siendo las comunidades indígenas, mestizas y de bajos ingresos las más afectadas por barreras económicas, geográficas, administrativas y culturales. En los hogares en situación de pobreza, el costo directo e indirecto de la atención, la escasez de personal y medicamentos y la segmentación del sistema sanitario limitan severamente la oportunidad y continuidad del cuidado, especialmente en mujeres, niños y personas con enfermedades crónicas.

En la región Ica, estas inequidades se expresan con particular intensidad en los asentamientos humanos periféricos, donde se superponen dinamismo económico regional y condiciones de pobreza multidimensional. El asentamiento humano “Expansión Urbana Nuestra Señora de Guadalupe”, en el distrito de Salas Guadalupe, concentra población mayoritariamente migrante de zonas andinas, inserta en empleos informales vinculados a la agroexportación y con bajos niveles educativos. En este territorio se observan carencias de servicios básicos, condiciones habitacionales precarias, acceso restringido al agua potable y una elevada prevalencia de problemas de salud como la anemia infantil, lo que evidencia que la expansión urbana no ha sido acompañada por una provisión adecuada de servicios sanitarios.

En este contexto, el problema central se manifiesta en una accesibilidad restringida a los servicios de salud, reflejada en la baja frecuencia de uso de establecimientos, la insuficiencia de personal y medicamentos, los altos costos de transporte y atención y la presencia de barreras culturales e informativas. La evidencia nacional e internacional coincide en que las desigualdades sociales - en particular la pobreza, el bajo nivel educativo, la ruralidad o periurbanidad y la pertenencia étnica - se asocian significativamente con la presencia de barreras de acceso. Investigaciones en diversos países de la región muestran que las barreras administrativas, económicas, territoriales y culturales reducen la oportunidad del diagnóstico y tratamiento, incrementan el subregistro de

enfermedades y perpetúan la inequidad sanitaria en poblaciones vulnerables. De igual modo, estudios peruanos demuestran que los determinantes sociales condicionan la oportunidad de atención en patologías agudas y la cobertura de servicios preventivos, subrayando la necesidad de diseñar intervenciones específicas para reducir brechas en grupos empobrecidos y en zonas periféricas en expansión.

La presente investigación se sustenta en el enfoque de los determinantes sociales de la salud propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud y se articula con el Modelo de Conducta en el Uso de Servicios de Salud de Andersen. Estos marcos permiten comprender cómo el contexto socioeconómico y político, la posición socioeconómica y los factores intermediarios configuran barreras u oportunidades para el acceso. Se asume que las desigualdades sociales, operacionalizadas mediante la condición socioeconómica y laboral, el nivel educativo y la alfabetización en salud, así como la accesibilidad geográfica y el transporte, impactan de forma directa en las dimensiones del acceso: disponibilidad y accesibilidad, asequibilidad económica y aceptabilidad y adecuación cultural.

El propósito central de esta tesis es determinar el impacto de las desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe, región Ica, en el año 2025, analizando cómo dichas dimensiones sociales influyen en el acceso efectivo de la población. El informe se organiza en cuatro capítulos: el primero presenta la introducción, los antecedentes, el marco teórico y la formulación del problema; el segundo describe la metodología del estudio; el tercero expone los resultados obtenidos; y el cuarto desarrolla la discusión, las conclusiones y las recomendaciones orientadas a reducir las desigualdades sociales y fortalecer el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe.

EL AUTOR

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las desigualdades sociales (ingreso, educación, empleo, etnia) son factores estructurales que determinan inequidades en salud, entendidas como diferencias injustas y prevenibles que impactan desproporcionadamente a poblaciones vulnerables [1]. En América Latina, el 29% vivía en pobreza (2022), con tasas de mortalidad materna e infantil 7 y 4.5 veces superiores en los quintiles más bajos versus los más altos [1]. Enfrentar estas disparidades es crucial para garantizar el acceso universal a la salud y avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esta investigación utiliza el acceso a servicios sanitarios como variable dependiente, evaluado mediante cobertura de seguros, frecuencia de atención e identificación de barreras, para medir la equidad del sistema de salud [1].

A nivel global, organismos como la OPS/OMS advierten que la pobreza y la distribución inequitativa de recursos generan desigualdades en salud [1]. En Perú persisten brechas significativas: el 71.8% de la población adulta percibe el acceso a atención médica como “altamente desigual”, especialmente en comunidades indígenas y mestizas [4]. Un estudio nacional muestra que el 65% de residentes rurales identifica obstáculos importantes para acceder a servicios sanitarios, frente al 25% en zonas urbanas; factores como gastos catastróficos y barreras culturales explican el 57% de las dificultades en áreas rurales [1]. Estas inequidades se reflejan en datos concretos: en Ica (2023), el 85.1% de mujeres reportó ausencia de personal médico y 86.2% falta de medicamentos como razones para no recibir atención, mientras 42.0% mencionó limitaciones económicas [5]. La variable “acceso a servicios de salud” evidencia una marcada desigualdad socioeconómica, donde grupos de menores ingresos y educación enfrentan mayores restricciones que los más privilegiados.

El área de estudio se centra en el asentamiento humano “Expansión Urbana Nuestra Señora de Guadalupe”, ubicado en el distrito de Salas Guadalupe, Ica. Esta zona pertenece a los sectores periféricos vulnerables de la ciudad, caracterizados por elevados índices de pobreza, carencia de servicios básicos y predominio de empleo informal [6]. Muchas familias procedentes de zonas andinas migraron atraídas por oportunidades laborales en agroexportación, residiendo actualmente en condiciones precarias: el acceso al agua potable se reduce a 2-3 días semanales, con disponibilidad diaria de apenas 1-2 horas [6]. Pese al dinamismo económico regional, persisten indicadores preocupantes como la prevalencia de anemia infantil (30.7% en menores de tres años, 2020), que evidencia desigual distribución de la riqueza [6]. El problema central radica en la limitada accesibilidad a servicios de salud, afectando cobertura real, calidad de

atención y superación de barreras económicas y culturales. La variable dependiente “acceso a servicios de salud” se manifiesta mediante baja frecuencia de uso de establecimientos locales y diversas dificultades reportadas por la población.

Las causas estructurales de estas inequidades se relacionan con determinantes sociales como bajos ingresos, escasa educación, empleo informal y discriminación étnica [1]. En Perú, la segmentación y financiamiento insuficiente del sistema de salud amplían estas brechas: existe carencia de personal médico y medicamentos (43.3% de la población en pobreza identifica el costo como barrera para tratamiento [7], y en Ica 85.1% de usuarias reporta ausencia de profesionales [5]). Localmente en Guadalupe, la pobreza extrema (viviendas no reconstruidas post-terremoto 2007 [6]), bajo nivel educativo parental y predominio de trabajo informal [6] explican por qué muchas familias desconocen los beneficios de la atención preventiva y descuidan el cuidado infantil, agravando los problemas de desnutrición y anemia [6]. En síntesis, la insuficiencia de recursos económicos, educativos y de infraestructura sanitaria restringe directamente el acceso a atención médica en Expansión Guadalupe.

La inacción frente a estas inequidades sanitarias tendrá repercusiones severas: los indicadores negativos de salud persistirán o se agravarán. A corto plazo, continuarán los retrasos en atención de enfermedades prevenibles, aumentará la morbilidad infantil y materna, y se perpetuarán los ciclos de pobreza. Expertos alertan que en la zona más empobrecida de América Latina la mortalidad materna es siete veces mayor que en la región más próspera [1]. En el contexto local de Guadalupe, la falta de mejora en el acceso a servicios sanitarios podría aumentar las hospitalizaciones pediátricas, muertes evitables y estancamiento del desarrollo infantil. Persistiría la saturación de los escasos establecimientos de salud y el desplazamiento de habitantes por falta de atención adecuada. Revertir esta dinámica de inequidad resulta imperativo para prevenir impactos profundos en Guadalupe y la provincia de Ica.

Esta investigación analiza dos variables centrales: la variable independiente “desigualdades sociales” (dimensiones: ingreso económico, nivel educativo, tipo de empleo, acceso a seguro de salud y pertenencia étnica [1,4]) y la variable dependiente “acceso a servicios de salud” (indicadores: cobertura, frecuencia de atención y percepción de barreras). La selección variable se fundamenta en el enfoque de determinantes sociales de salud de Whitehead, que establece la relación entre posición socioeconómica y resultados sanitarios [1], respaldada por investigaciones nacionales que evidencian vínculos entre factores educativos/étnicos y utilización de servicios de salud [4,5].

1.2. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

1.2.1. Primer antecedente internacional.

Rodríguez (2023), en su tesis para la Universidad del Rosario, analizó las barreras administrativas que enfrentan pacientes oncológicos en Bogotá. Utilizó un enfoque cuantitativo básico, con diseño no experimental y método descriptivo. El estudio fue observacional, transversal y analítico, basado en muestreo mixto. Se aplicó una encuesta para identificar variables demográficas, socioeconómicas, culturales y territoriales que explican las dificultades en el acceso a servicios de salud. La investigación permitió comprender cómo dichas variables inciden en la inequidad del sistema sanitario y justifican la necesidad de intervenciones estructurales:

Las barreras administrativas limitan el acceso oportuno a servicios de salud en poblaciones vulnerables con bajos recursos, escasa educación y afiliación subsidiada, generando desigualdad sanitaria. Estas restricciones afectan el bienestar físico y social, por lo que se requieren estrategias contextualizadas que promuevan la equidad [8].

1.2.2. Segundo antecedente internacional.

Restrepo (2023), en su tesis para la Universidad del Rosario, analizó barreras de acceso a servicios de salud en Colombia (2019–2021) mediante un enfoque cuantitativo, diseño transversal y método analítico-correlacional. Utilizó datos secundarios nacionales y aplicó modelos de regresión logística para identificar factores asociados a dichas limitaciones.

Las desigualdades sociales - educación limitada, bajos ingresos, ruralidad y pertenencia étnica - se asocian significativamente con barreras en el acceso a servicios de salud, evidenciando que los determinantes sociales afectan directamente la equidad sanitaria [9].

1.2.3. Tercer antecedente internacional.

Urgiles (2022), en su tesis para la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, examinó los factores que inciden en la malnutrición infantil en comunidades Waorani. Utilizó un enfoque cuantitativo descriptivo-analítico, basado en el análisis de datos poblacionales centrados en niños menores de cinco años pertenecientes a dicha etnia.

Se identificó que variables estructurales - acceso limitado a salud, baja escolaridad materna, saneamiento deficiente y aislamiento geográfico - se asocian con mayor malnutrición infantil. Mediante análisis

descriptivo-analítico, se evidenció cómo las desigualdades sociales inciden negativamente en la salud de menores en comunidades vulnerables [10].

1.3. ANTECEDENTES NACIONALES.

1.3.1. Primer antecedente nacional.

Munayco (2022), en su tesis para la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, analizó la distribución de la incidencia de COVID-19 en Lima y Callao mediante un estudio cuantitativo básico, descriptivo y de diseño ecológico distrital. Utilizó datos institucionales y R Studio para calcular índices de desigualdad y explorar su vínculo con indicadores sociales en 43 distritos afectados.

Se evidenció que distritos con mayor IDH, menor pobreza y mejor infraestructura sanitaria presentaron más casos de COVID-19. El estudio, de enfoque cuantitativo y diseño ecológico, atribuye esta disparidad al subregistro en zonas vulnerables, donde el limitado acceso a servicios y la baja alfabetización sanitaria dificultaron la detección [11].

1.3.2. Segundo antecedente nacional.

Limaco (2024), en su tesis para la Universidad Nacional Federico Villarreal, investigó los determinantes sociales vinculados al acceso a atención por apendicitis pediátrica en Lima Este Vitarte. Aplicó un enfoque cuantitativo básico, descriptivo y transversal no experimental, encuestando a 30 padres de una población de 50, utilizando cuestionarios para identificar barreras sociales en el acceso a servicios médicos.

Se concluyó que los determinantes sociales influyen significativamente en el acceso a la atención por apendicitis pediátrica. Mediante estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, se evidenció que las inequidades sociales afectan la oportunidad y calidad del servicio, destacando la necesidad de reducir brechas y mejorar la atención en grupos vulnerables [12].

1.3.3. Tercer antecedente nacional.

Díaz (2025), en su tesis para la Universidad Continental, examinó las barreras de acceso al tamizaje de cáncer cervicouterino en usuarias de un hospital público en Utcubamba. Mediante un estudio cuantitativo básico, descriptivo y transversal correlacional, aplicó una escala de Likert validada para evaluar disponibilidad,

calidad de atención y recursos, identificando obstáculos que limitan la cobertura efectiva de estos servicios.

Se identificaron marcadas inequidades sociales que afectan adversamente el acceso y cobertura del tamizaje de cáncer cervicouterino. Los obstáculos (carencia de recursos, atención limitada, escasa disponibilidad) impactan principalmente a mujeres de estratos socioeconómicos bajos, evidenciando la urgencia de implementar intervenciones específicas para promover la equidad en el acceso [13].

1.4. ANTECEDENTES REGIONALES.

1.4.1. Primer antecedente regional.

El estudio de Flores (2023) empleó una metodología cuantitativa de tipo básico, nivel descriptivo y diseño no experimental. Se aplicaron encuestas a pacientes de cirugía general de un hospital de Pisco, analizando su percepción y comprensión del consentimiento informado. Los resultados evidenciaron brechas significativas en la adecuada asimilación de la información por parte de los usuarios.

Se determinó que la comprensión del consentimiento informado depende del nivel educativo y la interacción comunicativa, afectando la atención sanitaria. La implementación de métodos pedagógicos, similares a un enfoque de oratoria, mejora significativamente el diálogo médico-paciente, promoviendo la toma de decisiones informada y el reconocimiento de derechos. Este fortalecimiento comunicativo es esencial para el desarrollo profesional y académico en el campo de la salud [14].

1.4.2. Segundo antecedente regional.

El estudio de Serrano (2023) empleó una metodología cuantitativa, de tipo básico, nivel correlacional y diseño no experimental. Se administraron cuestionarios a 42 pacientes con diabetes mellitus tipo II de un centro de salud en Nazca, evaluando aspectos de autocuidado y calidad de vida. Los hallazgos revelaron una correlación significativa entre las prácticas de autocuidado y una mejor calidad de vida en esta población de estudio.

Se evidenció una asociación positiva entre las prácticas de autocuidado y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. El fortalecimiento de dichas prácticas mejora el bienestar físico, emocional y social. Desde un enfoque metodológico, la incorporación de recursos

didácticos como la oratoria puede estimular el desarrollo de competencias comunicativas, contribuyendo al crecimiento profesional y académico del personal de salud [15].

1.4.3. Tercer antecedente regional.

El estudio de Guevara (2022) empleó una metodología cuantitativa, descriptiva con diseño no experimental transversal. Aplicó un cuestionario validado a 95 adultos jóvenes de Palpa para evaluar conocimientos y conductas preventivas sobre tuberculosis pulmonar. Los resultados identificaron correlaciones significativas entre el nivel de conocimiento y la adopción de prácticas preventivas en esta población, evidenciando la necesidad de intervenciones educativas focalizadas.

Se estableció una vinculación significativa entre el nivel de conocimiento y las conductas preventivas frente a la tuberculosis pulmonar, observándose prácticas más adecuadas en individuos con conocimientos medios-altos. Metodológicamente, la incorporación de un modelo de oratoria como recurso didáctico favorece el desarrollo de competencias comunicativas efectivas en contextos educativos y sociales [16].

1.5. BASES TEORICAS.

1.5.1. Introducción a las desigualdades sociales en salud

a) Conceptualización de las desigualdades sociales y su relación con la salud

Las inequidades sanitarias constituyen disparidades sistemáticas y prevenibles entre grupos poblacionales, definidos por nivel socioeconómico, género, etnia o ubicación geográfica [17]. Estas brechas no surgen de causas biológicas sino de la distribución desigual de los determinantes sociales de la salud que afectan la posición dentro de la estructura social [18].

b) Los determinantes sociales de la salud (DSS)

Las condiciones de vida, incluyendo factores socioeconómicos, políticos y culturales, impactan directamente en la salud. Estas abarcan el nivel educativo, empleo, ingresos, acceso a alimentos y atención médica [17, 19]. La relación es causal: entornos desfavorables aumentan la exposición a riesgos y limitan el acceso a recursos, resultando en peores indicadores de salud, más enfermedades y muerte prematura [20].

Existe una relación directa y consistente: a menor nivel socioeconómico y educativo, peores resultados de salud. Este gradiente social es un patrón global

en todas las naciones y constituye un desafío principal para la equidad sanitaria mundial [18, 21].

c) **Distinción entre desigualdad, inequidad en salud**

Es crucial distinguir entre tres conceptos de salud pública con significados específicos, a menudo confundidos:

Definición: La desigualdad en salud es una variación cuantificable en la salud o sus determinantes entre poblaciones. Puede tener origen biológico o social, siendo un concepto descriptivo y neutral [22].

i. Desigualdad en Salud:

Inequidad en Salud:

Definición: Las inequidades en salud son un tipo específico de desigualdad, considerada injusta y evitable, originada por una distribución inequitativa de los determinantes sociales [17, 22]. Emergen de condiciones de escaso control individual y pueden ser mitigadas mediante intervenciones políticas y sociales específicas.

Iniquidad:

Definición: El término “iniquidad” conlleva una carga moral más acentuada que “inequidad”, vinculada a la maldad e injusticia arraigada. En salud, denota las manifestaciones más graves y éticamente reprobables de injusticia, perpetuadas por sistemas opresivos y discriminación estructural [23].

1.5.2. Introducción a las desigualdades sociales en salud

a) Descripción de los determinantes sociales como marco explicativo.

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) constituyen el marco conceptual fundamental para analizar las desigualdades en el acceso sanitario. Este enfoque postula que las condiciones socioeconómicas, políticas y ambientales, operando por fuera del sistema de atención médica, influyen decisivamente en el estado de salud [24]. El acceso efectivo a los servicios no se reduce a la disponibilidad física de centros, sino que está mediado por un conjunto multifactorial de barreras y facilitadores [25]. Los DSS explican por qué los grupos en situación de vulnerabilidad enfrentan obstáculos sistemáticos y evitables - económicos, geográficos, culturales - que limitan su acceso adecuado a la atención y repercuten en sus resultados de salud.

b) Impacto del contexto socioeconómico, posición socioeconómica y factores intermediarios.

El enfoque propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece un marco conceptual preciso para interpretar este efecto [26]:

i. Contexto socioeconómico y político: Los determinantes macroeconómicos y políticos, como las directrices gubernamentales, marcos culturales y estructuras económicas, constituyen el nivel más amplio de influencia [24,25]. Un entorno con marcada disparidad de ingresos y escasas estrategias de integración social genera inherentemente desigualdades en el acceso a servicios de salud [27].

ii. Posición socioeconómica (PSE): La posición dentro de la estructura social (definida por educación, ocupación, ingresos, etnia y género) determina la exposición y susceptibilidad a circunstancias que restringen el acceso. Una baja posición socioeconómica (PSE) se relaciona directamente con [28]:

Menor poder adquisitivo: Limitaciones para cubrir desembolsos personales (copagos, fármacos, traslado), incluso cuando la atención se presenta como exenta de pago.

Empleo informal o inseguro: Falta de cobertura sanitaria asociada al vínculo laboral (por ejemplo, no estar inscrito en EsSalud en el contexto peruano), lo que implica una creciente subordinación económica al sistema público, frecuentemente saturado (SIS) [29].

Bajo nivel educativo: Bajo nivel de conocimiento en salud, lo que conlleva obstáculos para orientarse dentro del sistema sanitario, interpretar indicaciones clínicas y exigir una atención adecuada [30].

iii. Factores intermediarios: Se trata de los procesos mediante los cuales el entorno y la posición socioeconómica (PSE) se traducen en desigualdades en el acceso. Comprenden [26]:

Circunstancias materiales: Condiciones habitacionales deficientes, carencia de acceso regular a alimentos y ausencia de medios de transporte particulares.

Factores conductuales y biológicos: Tensión psicosocial persistente derivada de la inestabilidad económica, que tiende a anteponer la necesidad de subsistencia inmediata frente a la demanda de cuidados preventivos.

Cohesión social y redes de apoyo: La carencia de vínculos sociales sólidos puede restringir el acceso a datos confiables y a respaldo en el ámbito del cuidado.

El sistema de salud: Una estructura institucional disgregada, caracterizada por obstáculos burocráticos complejos y tiempos de atención rígidos, impacta de forma desproporcionada a las poblaciones con menor posición socioeconómica (PSE), intensificando las inequidades en vez de reducirlas [31].

c) Modelos teóricos relevantes: El marco de la comisión CSDH de la OMS

El marco de la CSDH constituye el esquema teórico más integral. Su arquitectura conceptual demuestra cómo las causas estructurales (entorno socioeconómico y político) determinan la posición socioeconómica, la cual opera mediante factores intermedios generando inequidades en el acceso sanitario y en los resultados de salud [26].

Este esquema se articula con el Modelo de Conducta en el Uso de Servicios de Salud de Andersen [32], que proporciona una perspectiva micro para examinar el acceso. Dicho modelo clasifica las variables que inciden en el uso de servicios en:

Factores predisponentes: (por ejemplo, nivel educativo, valores culturales) → Vinculados con la posición socioeconómica (PSE) y el conocimiento en salud.

Factores facilitadores: (por ejemplo, nivel de ingresos, cobertura sanitaria, ubicación geográfica) → Asociados a los medios materiales disponibles.

Factores de necesidad: (por ejemplo, interpretación personal de la enfermedad).

La convergencia entre ambos enfoques evidencia que la posición socioeconómica (PSE) influye significativamente en los elementos predisponentes y habilitadores, lo cual afecta la aptitud de un individuo para transformar una necesidad en una solicitud concreta de atención sanitaria.

d) Políticas para disminuir desigualdades sociales en salud

Las acciones deben incidir en cada uno de los niveles contemplados en el esquema de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) [26, 33]:

Mejorar las condiciones de vida diarias: Medidas habitacionales, subsidios en movilidad urbana y esquemas de transferencias condicionadas (por ejemplo, el programa Juntos en Perú).

Abordar la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos: Transformaciones tributarias con enfoque progresivo, consolidación de las garantías laborales y de los ingresos mínimos, así como acciones orientadas a erradicar la discriminación.

Medir el problema y evaluar el impacto de las acciones: Establecer mecanismos de monitoreo de las brechas en salud y llevar a cabo análisis de equidad en el conjunto de las políticas públicas.

1.5.3. Dimensiones y medición del acceso a servicios de salud

a) Dimensiones del acceso: Un marco integral.

El acceso a la salud es un concepto multifacético que supera la mera disponibilidad física de servicios, implicando la capacidad real de recibir atención adecuada oportunamente. Levesque et al. (2013) conceptualizan este acceso mediante cinco dimensiones interconectadas que se relacionan directamente con las capacidades poblacionales [34]:

Disponibilidad: Vinculación entre la oferta de servicios y las demandas reales de la población. Comprende la disponibilidad adecuada de infraestructura, profesionales de la salud, equipamiento y fármacos indispensables, junto con horarios de atención acordes a las condiciones de la comunidad [35].

Accesibilidad Geográfica: La accesibilidad geográfica evalúa la vinculación entre la localización de los servicios sanitarios y el lugar de residencia, considerando la distancia, el tiempo de desplazamiento y los costos de transporte. La expansión urbana genera “zonas de vacío sanitario” donde la oferta no satisface la demanda poblacional [36].

Asequibilidad Económica: Vinculación entre el valor económico de los servicios y la solvencia financiera de los usuarios para afrontarlos sin caer en desembolsos extremos. Abarca gastos directos (atenciones médicas, medicamentos) e indirectos (traslados, pérdida de tiempo) [37].

Aceptabilidad Cultural: Correspondencia entre los atributos de los servicios (idioma, identidad de género del profesional, dinámicas de atención) y las expectativas, convicciones y referentes culturales de los usuarios. Supone garantizar el respeto, la confidencialidad y la ausencia de discriminación [38].

Calidad: Vinculación entre la idoneidad técnica y científica de la atención y los requerimientos clínicos del paciente para alcanzar los resultados esperados. Una dimensión de calidad insuficiente desalienta el uso posterior de los servicios [34, 39].

b) Indicadores habituales para evaluar el acceso.

La evaluación del acceso demanda métricas particulares para cada dimensión, integrando tanto fuentes de información verificables como apreciaciones personales [40]:

Para Disponibilidad: Proporción de médicos y enfermeros por persona, cantidad de camas hospitalarias por cada 10,000 individuos, porcentaje de centros que brindan un conjunto básico de prestaciones, y disponibilidad horaria de atención.

Para Accesibilidad Geográfica: Proporción de habitantes que residen a más de 5 kilómetros o a más de 30 minutos de una unidad de atención médica, gasto medio en desplazamiento hacia el centro asistencial más próximo, y acceso a medios de transporte colectivo.

Para Asequibilidad Económica: Desembolso directo en atención sanitaria como proporción del gasto global del hogar, frecuencia del gasto catastrófico en salud (aquel que excede un límite, por ejemplo, el 40 % del gasto excluido de alimentación), y nivel de cobertura por seguros médicos.

Para Aceptabilidad Cultural: Proporción de personas que manifiestan haber experimentado actos discriminatorios en la atención sanitaria, porcentaje de profesionales de salud que dominan el idioma originario de la comunidad, y grado de conformidad de los usuarios respecto al trato recibido.

Para Calidad: Intervalos de espera para agendar consulta y recibir atención, existencia de fármacos fundamentales en el establecimiento farmacéutico, y desenlaces de procedimientos clínicos (por ejemplo, proporción de control de la hipertensión).

c) Relación con condiciones socioeconómicas y educativas.

Se ha documentado ampliamente que las inequidades en el acceso están estrechamente vinculadas con los determinantes sociales. Las poblaciones que viven en condiciones de pobreza multidimensional se enfrentan a obstáculos concurrentes en cada una de las esferas evaluadas [41]:

Condición Socioeconómica: Diversas fuentes han evidenciado que las disparidades en el acceso guardan una relación directa con los determinantes sociales. Los grupos que habitan en contextos de pobreza multidimensional enfrentan limitaciones simultáneas en cada una de las dimensiones consideradas [42].

Nivel Educativo: Un bajo nivel educativo se asocia directamente con una comprensión limitada en salud, dificultando la capacidad para navegar efectivamente dentro del sistema sanitario, interpretar indicaciones profesionales y demandar atención de calidad. Esto afecta negativamente la aceptabilidad y calidad percibida del servicio [43]. La formación académica fortalece las competencias para superar barreras administrativas e informativas.

Pobreza Multidimensional: La interacción sinérgica de carencias como infraestructura deficiente, falta de servicios básicos y precariedad alimentaria genera barreras multidimensionales en el acceso a la salud. La residencia en zonas periurbanas con vías no pavimentadas (accesibilidad geográfica limitada) se combina con insuficiencia económica para transporte privado (restricciones de asequibilidad) y desconfianza histórica en el sistema (problemas de aceptabilidad), resultando en atención tardía o inexistente [36, 41].

Estudios en América Latina demuestran que poblaciones indígenas, rurales y de áreas urbanas marginales presentan sistemáticamente los peores indicadores en todas las dimensiones de acceso a salud, evidenciando una marcada gradiente social donde a menor posición socioeconómica mayores dificultades para recibir atención efectiva [35, 42].

1.5.4. Impacto de las desigualdades sociales en contextos urbanos en expansión

a) Características de los contextos urbanos en expansión y sus desafíos para la salud.

Las zonas de desarrollo urbano, frecuentemente denominadas áreas periurbanas o de urbanización no formal, se distinguen por una expansión acelerada y carente de planificación, generalmente motivada por procesos migratorios y el incremento poblacional. Estos territorios tienden a mostrar [44, 45]:

Asentamientos informales: Unidades habitacionales vulnerables con posesión inestable del terreno y carencia de servicios esenciales (agua segura, sistemas de saneamiento y suministro eléctrico).

Infraestructura deficiente: Vías no pavimentadas, oferta restringida o ausencia de transporte colectivo, y distancia respecto a núcleos urbanos consolidados donde se agrupan los servicios.

Población vulnerable: Elevada densidad poblacional compuesta por personas de ingresos reducidos, inserción laboral no formal, limitado acceso a educación y, en muchos casos, con antecedentes migratorios.

Respuesta institucional lenta y fragmentada: La organización y oferta de servicios sanitarios (así como de otras prestaciones públicas) suelen quedar rezagadas frente al acelerado aumento poblacional, generando una brecha persistente en la cobertura.

Este entorno particular funciona como un catalizador de las inequidades sociales ya existentes, manifestándose en obstáculos amplios y de múltiples dimensiones para acceder a los servicios de salud [46].

b) Intersección entre desigualdades sociales y dimensiones de acceso en zonas de expansión.

Las condiciones de vida en estos territorios alteran de manera significativa las distintas dimensiones vinculadas al acceso:

Disponibilidad: La disponibilidad de infraestructura sanitaria es limitada y con distribución desigual. Las áreas de reciente urbanización carecen de centros de atención primaria inicialmente, mientras los hospitales de referencia permanecen en núcleos urbanos distantes de periferias, generando “vacíos asistenciales” intraurbanos [47].

Accesibilidad Geográfica y de Transporte: La accesibilidad geográfica constituye una barrera determinante. La distancia se intensifica por el mal estado de las vías - inaccesibles en épocas de lluvia - y la carencia de transporte colectivo asequible. El tiempo y costo del desplazamiento representan una carga desproporcionada para hogares de bajos ingresos [48].

Asequibilidad Económica: Aunque la atención sea gratuita, los costos indirectos (transporte, alimentación externa, pérdida laboral) representan una carga económica desproporcionada para familias de bajos ingresos, forzándolas a elegir entre atención médica y necesidades básicas, un fenómeno denominado “catástrofe financiera no catastrófica” [49]. El empleo informal limita además el acceso a seguros contributivos.

Aceptabilidad Cultural: Poblaciones migrantes y culturalmente diversas enfrentan barreras idiomáticas y tensiones interculturales con equipos sanitarios de escasa formación en competencia cultural. La desconfianza en el sistema y la percepción de discriminación por origen o nivel socioeconómico desincentivan la búsqueda de atención médica, incluso cuando esta es físicamente accesible [50].

Calidad: Los escasos centros que funcionan en estas áreas tienden a estar sobrecargados, con demoras prolongadas en la atención, y enfrentan con frecuencia faltantes de fármacos y materiales médicos. La constante renovación del personal y las condiciones laborales adversas pueden afectar de forma negativa la calidad del vínculo asistencial y del servicio ofrecido [51].

c) Relación con condiciones socioeconómicas y pobreza multidimensional.

La pobreza multidimensional - entendida como la privación concurrente en educación, condiciones de vida y estado de salud - constituye la situación predominante en estos entornos y representa el factor central que impulsa la desigualdad en el acceso [52].

Ingresos: Incide de manera directa en la posibilidad de asumir los gastos relacionados con el traslado y el costo de oportunidad, impactando en la asequibilidad.

Educación: Un nivel educativo limitado se asocia con una menor comprensión en materia de salud, lo que dificulta la orientación dentro del sistema sanitario y la continuidad en los tratamientos, afectando tanto la aceptabilidad como la percepción de calidad.

Vivienda y Servicios Básicos: La carencia de servicios de agua y saneamiento intensifica la carga de morbilidad, elevando la demanda de atención, mientras que las condiciones habitacionales desfavorables absorben los limitados recursos económicos que podrían orientarse al cuidado de la salud, configurando un ciclo persistente de pobreza y enfermedad [53].

La evidencia científica es coherente: el lugar de residencia (representado por el código postal) constituye un factor predictivo más determinante del acceso a servicios de salud que la información genética, especialmente en contextos urbanos en crecimiento, lo que pone de manifiesto la influencia predominante de los determinantes sociales frente a los biológicos [46].

1.6. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.6.1. Problema principal.

¿Cuál es el impacto de las desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025?

1.6.2. Problemas específicos.

1.6.2.1. Primer problema específico.

¿De qué manera la condición socioeconómica y laboral influye en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025?

1.6.2.2. Segundo problema específico.

¿Cómo influye el nivel educativo y la alfabetización en salud en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025?

1.6.2.3. Tercer problema específico.

¿De qué forma la accesibilidad geográfica y el transporte afectan el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025?

1.7. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Justificación.

Justificación teórica: Esta investigación se fundamentó en el enfoque de los determinantes sociales de la salud formulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el modelo de acceso a los servicios sanitarios desarrollado por Andersen, los cuales postulaban que las condiciones socioeconómicas incidían de manera significativa en las desigualdades en el acceso a la atención en salud. El marco conceptual adoptado posibilitó el análisis sistemático de las dimensiones de disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad en contextos de expansión y consolidación del crecimiento urbano [54].

Justificación social: El estudio se llevó a cabo con el propósito de documentar las limitaciones en el acceso a los servicios de salud dentro de un territorio en proceso de expansión urbana, caracterizado por condiciones de alta vulnerabilidad social. Los resultados obtenidos constituyeron insumos técnicos para la formulación de políticas públicas orientadas a priorizar a colectivos afectados por pobreza

multidimensional, con el fin de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud en comunidades periurbanas [55].

Justificación práctica: Los hallazgos serán empleados por la DIRESA Ica y por los gobiernos locales para optimizar la localización de los servicios sanitarios y diseñar intervenciones específicas en el territorio. La información generada facilitó la asignación de recursos hacia los obstáculos más relevantes identificados, fortaleciendo la eficacia del sistema de salud en el ámbito territorial [56].

1.7.2. Importancia.

Este estudio fue clave para medir el efecto de los determinantes sociales sobre el acceso a servicios de salud en áreas periurbanas, generando evidencia científica que respalda la formulación de políticas públicas específicas orientadas a reducir las desigualdades en poblaciones vulnerables de la región Ica. [57,58].

1.8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.8.1. Objetivo principal.

Determinar el impacto de las desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025

1.8.2. Objetivos específicos.

1.8.2.1. Primer objetivo específico

Analizar la influencia de la condición socioeconómica y laboral en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

1.8.2.2. Segundo objetivo específico.

Evaluar la influencia del nivel educativo y la alfabetización en salud en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

1.8.2.3. Tercer objetivo específico.

Examinar el efecto de la accesibilidad geográfica y el transporte en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025

1.9. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

1.9.1. Hipótesis principal.

Ha: Las desigualdades sociales impactan significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

Ho: Las desigualdades sociales no impactan significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

1.9.2. Hipótesis específicas.

1.9.2.1. Primera hipótesis específica.

Ha: La condición socioeconómica y laboral influye significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

Ho: La condición socioeconómica y laboral no influye significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

1.9.2.2. Segunda hipótesis específica.

Ha: El nivel educativo y la alfabetización en salud influyen significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

Ho: El nivel educativo y la alfabetización en salud no influyen significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

1.9.2.3. Tercera hipótesis específica.

Ha: La accesibilidad geográfica y el transporte afectan significativamente el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

Ho: La accesibilidad geográfica y el transporte no afectan significativamente el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

1.9.3. Variables.

1.9.3.1. Variable independiente.

- Desigualdades sociales

Dimensiones

- ✓ Condición socioeconómica y laboral
- ✓ Nivel educativo y alfabetización en salud
- ✓ Accesibilidad geográfica y transporte

1.9.3.2. Variable dependiente.

- Acceso a servicios de salud

Dimensión

- ✓ Accesibilidad geográfica y disponibilidad
- ✓ Accesibilidad económica
- ✓ Aceptabilidad y adecuación cultural

II ESTRATEGÍA METODOLÓGICA.

2.1. TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.1. Tipo.

Se trató de una investigación de carácter aplicado y con enfoque descriptivo-correlacional, dado que tuvo como propósito generar conocimiento orientado a la solución de problemas concretos y evaluar la asociación entre distintas variables. Según Sampieri, este tipo de estudio se inscribe dentro de los diseños no experimentales, en los que se describen fenómenos tal como ocurren en su contexto y se analizan las relaciones existentes entre sus componentes sin manipular deliberadamente las variables. [59].

2.1.2. Nivel.

Se enmarcó dentro del nivel explicativo, dado que buscó reconocer las causas y consecuencias de las inequidades sociales en el acceso a los servicios de salud. Tal como señala Kerlinger, los estudios explicativos se orientan a identificar relaciones de causalidad entre variables, proporcionando un mayor grado de comprensión sobre los procesos subyacentes que generan dichos fenómenos:

Tal como plantea Kerlinger, “la investigación explicativa se orienta a establecer los orígenes o fundamentos de un fenómeno”, lo cual sustentó la elección de este nivel de estudio para profundizar en las causas de las inequidades sociales en el acceso a los servicios de salud. [60].

2.1.3. Diseño.

El enfoque metodológico adoptado fue de tipo transversal, con un alcance correlacional-causal. Según lo expone Babbie, los estudios transversales permiten observar simultáneamente diversas variables en un único momento temporal, lo que posibilita identificar patrones de asociación y formular inferencias sobre posibles relaciones causales sin manipular las condiciones del campo de estudio:

“Los estudios transversales resultan especialmente valiosos para caracterizar la frecuencia de un fenómeno y explorar vínculos entre variables en un momento determinado”, Lo que respalda su pertinencia para analizar, en un solo punto en el tiempo, las inequidades en el acceso a los servicios de salud y sus determinantes en contextos periurbanos [61].

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

2.2.1. Población.

La muestra de investigación estuvo conformada por personas adultas entre 18 y 65 años que residieron en la zona de crecimiento urbano de Salas Guadalupe, ubicada en la región Ica, durante el año 2025. De acuerdo con Kish (1965), el diseño muestral consideró criterios de selección probabilística que garantizaron la representatividad de la población objetivo y redujeron el sesgo de selección en la estimación de los parámetros de interés.

Tal como sostiene Kish (1965), “la población meta debe ser delimitada con exactitud en términos temporales, espaciales y demográficos, a fin de garantizar la validez representativa de los resultados”, criterio que orientó la definición de la población y de la muestra considerada en este estudio [63].

Criterios de Inclusión

Individuos que acreditaron una residencia continua mínima de un año en el área de estudio.

Sujetos que solicitaron al menos un servicio de atención médica durante los últimos doce meses.

Criterios de Exclusión

Individuos que presentaron alteraciones cognitivas profundas.

Habitantes transitorios o personas migrantes con menos de un año de permanencia en el área de estudio.

Profesionales sanitarios que residieron en el área de estudio.

2.2.2. Muestra.

La muestra representativa fue de tipo no probabilístico, determinada por criterio del investigador; se seleccionó por unidad habitacional y residentes adultos con el propósito de maximizar la representatividad del grupo de estudio. En esta investigación se incluyeron 50 hogares y 100 individuos mayores de edad.

2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

2.3.1. Encuestas.

Se utilizó el Instrumento de Medición del Acceso a Servicios Sanitarios, fundamentado en el modelo de Andersen y adaptado para entornos periurbanos. Este incluyó escalas tipo Likert orientadas a evaluar de manera estructurada las dimensiones de disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad del acceso a los servicios de salud. Tal como plantea Andersen, el acceso constituye un constructo

multidimensional que integra factores predisponentes, facilitadores y de necesidad, por lo que resulta indispensable operacionalizarlo mediante indicadores específicos y medibles.

Tal como señala Andersen, “el modelo conductual sobre el uso de servicios de salud facilita la identificación de obstáculos concretos mediante indicadores susceptibles de ser cuantificados”, lo que justificó la operacionalización de las dimensiones de acceso a través de escalas e indicadores específicos en este estudio [62].

2.3.2. Instrumentos.

Un formulario estructurado constituye una herramienta propia de la investigación cuantitativa, compuesta por interrogantes uniformes con opciones de respuesta delimitadas, administrado de manera homogénea con el fin de asegurar una medición exacta y la posibilidad de contrastar los datos estadísticamente [64].

Procesamiento.

El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, entendida como un conjunto de procedimientos destinados a estructurar, sintetizar y presentar la información de manera comprensible y eficiente, mediante el uso de representaciones tabulares, visuales y medidas de resumen. Su finalidad fue caracterizar las propiedades esenciales de las variables investigadas, tanto en formato numérico como gráfico, proporcionando una visión organizada y sistemática del comportamiento de los datos [65].

III RESULTADOS.

3.1. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

3.2. Presentación de tablas de frecuencia y gráficos.

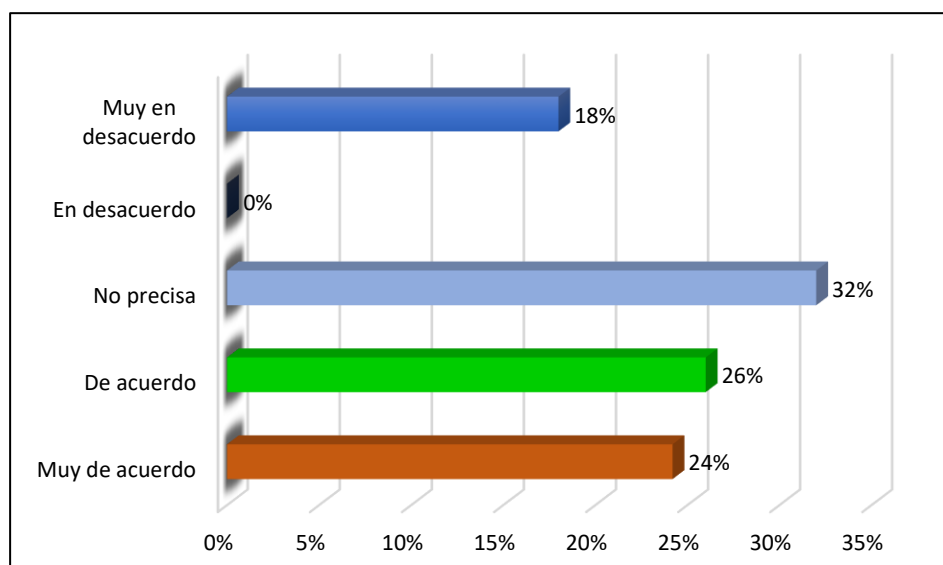
1. ¿Su ingreso mensual familiar es suficiente para cubrir sus necesidades básicas, incluida la atención de salud?

Tabla 1: Suficiencia del ingreso familiar para cubrir necesidades básicas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	24	24,0	24,0	24,0
De acuerdo	26	26,0	26,0	50,0
No precisa	32	32,0	32,0	82,0
En desacuerdo	0	0	0	0
Muy en desacuerdo	18	18,0	18,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 1: Suficiencia del ingreso familiar para cubrir necesidades básicas



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°01 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (24%) que su ingreso mensual familiar es suficiente para cubrir sus necesidades básicas, incluida la atención de salud, seguido de los que están de acuerdo (26%), no precisa (32%), en desacuerdo (0%) y muy en desacuerdo (18%).

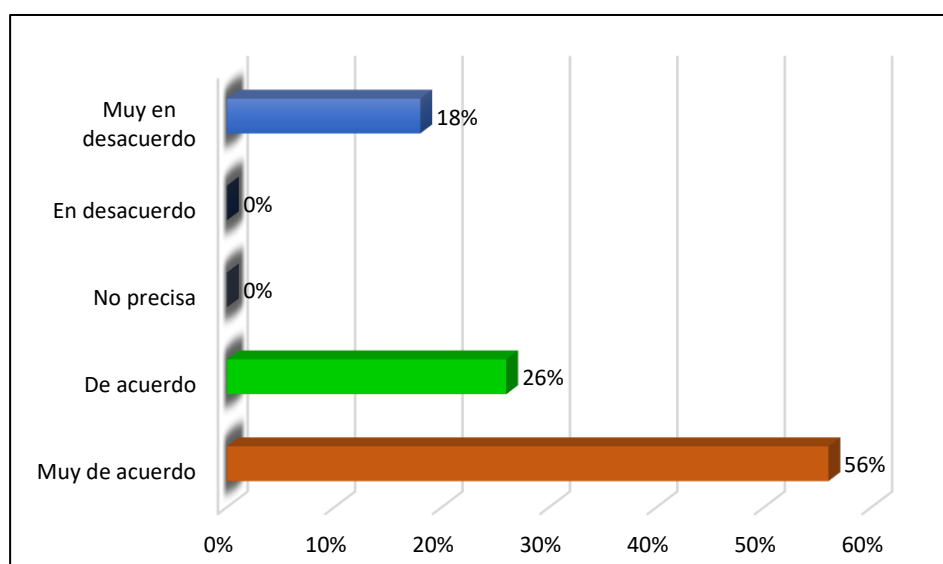
2. ¿Usted o los miembros de su hogar tienen un empleo estable y formal?

Tabla 2: Estabilidad y formalidad del empleo en el hogar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	56	56,0	56,0	56,0
De acuerdo	26	26,0	26,0	82,0
No precisa	0	0	0	0
En desacuerdo	0	0	0	0
Muy en desacuerdo	18	18,0	18,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 2: Estabilidad y formalidad del empleo en el hogar



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°02 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (56%) que tienen un empleo estable y formal, seguido de los que están de acuerdo (26%), no precisa (0%), en desacuerdo (0%) y muy en desacuerdo (18%).

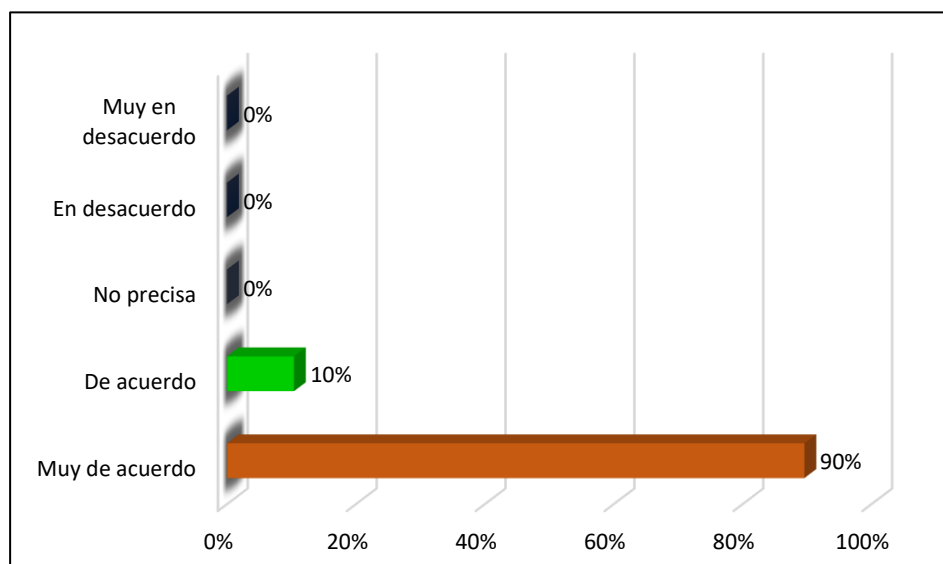
3. ¿Su hogar tiene dificultades para acceder a servicios básicos como agua, luz o internet, lo que limita sus recursos para la salud?

Tabla 3: Dificultades del hogar para acceder a servicios básicos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	90	90,0	90,0	90,0
De acuerdo	10	10,0	10,0	100,0
No precisa	0	0	0	0
En desacuerdo	0	0	0	0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 3: Dificultades del hogar para acceder a servicios básicos



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°03 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (90%) que tienen dificultades para acceder a servicios básicos como agua, luz o internet, lo que limita sus recursos para la salud, seguido de los que están de acuerdo (10%), no precisa (0%), en desacuerdo (0%) y muy en desacuerdo (0%).

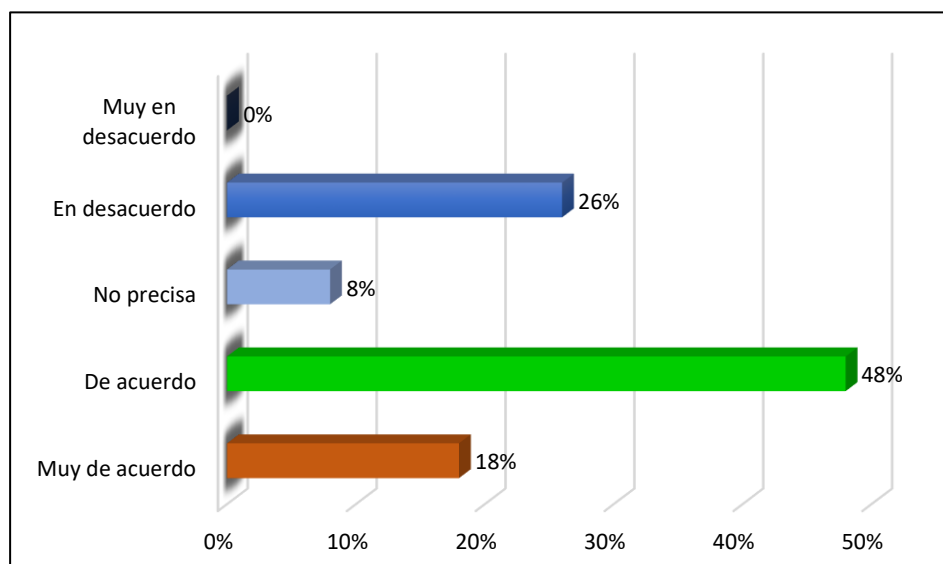
4. ¿Usted o su familia están afiliados a algún tipo de seguro de salud (SIS, EsSalud, privado)?

Tabla 4: Afiliación familiar a seguros y servicios de salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	18	18,0	18,0	18,0
De acuerdo	48	48,0	48,0	66,0
No precisa	8	8,0	8,0	74,0
En desacuerdo	26	26,0	26,0	100,0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 4: Afiliación familiar a seguros y servicios de salud



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°04 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (18%) que están afiliados a algún tipo de seguro de salud (SIS, EsSalud, privado), seguido de los que están de acuerdo (48%), no precisa (8%), en desacuerdo (26%) y muy en desacuerdo (0%).

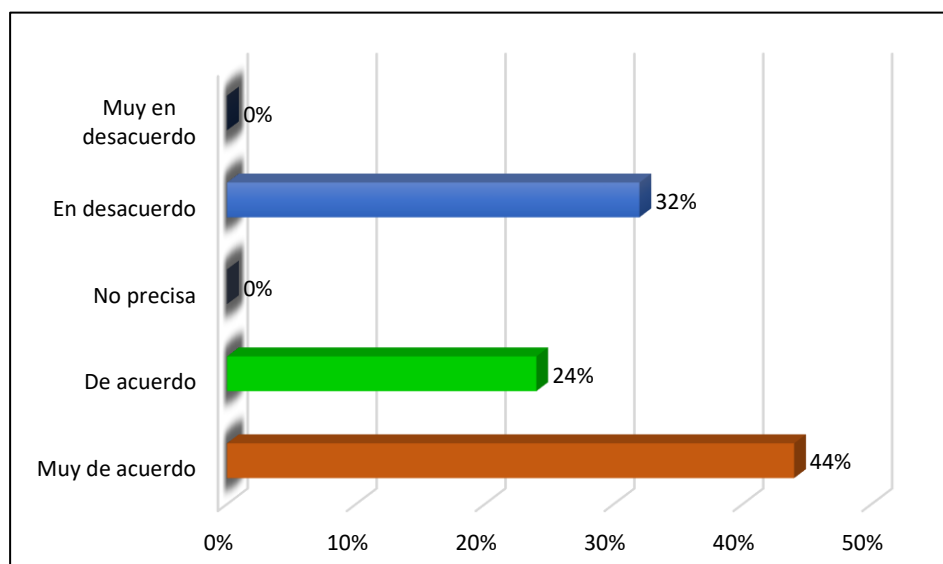
5. ¿Su nivel de educación le permite entender fácilmente las instrucciones e información que le dan los doctores o enfermeras?

Tabla 5: Comprensión de información médica según nivel educativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	44	44,0	44,0	44,0
De acuerdo	24	24,0	24,0	68,0
No precisa	0	0	0	0
En desacuerdo	32	32,0	32,0	100,0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 5: Comprensión de información médica según nivel educativo



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°05 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (44%) que su nivel de educación les permite entender fácilmente las instrucciones e información que les dan los doctores o enfermeras, seguido de los que están de acuerdo (24%), no precisa (0%), en desacuerdo (32%) y muy en desacuerdo (0%).

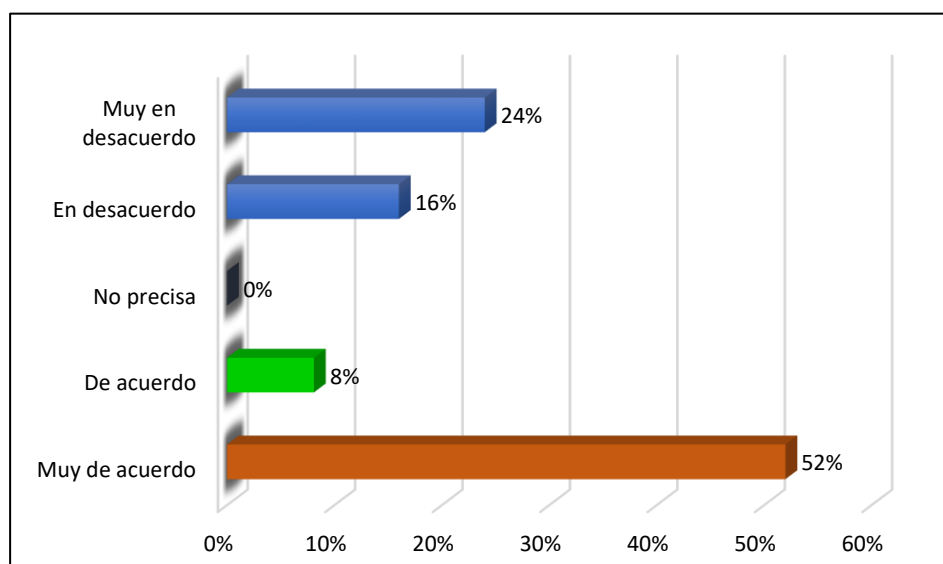
6. ¿Sabe usted cómo y dónde acudir para solicitar una cita médica o un servicio de emergencia?

Tabla 6: Acceso y conocimiento para solicitar atención médica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	52	52,0	52,0	52,0
De acuerdo	8	8,0	8,0	60,0
No precisa	0	0	0	0
En desacuerdo	16	16,0	16,0	76,0
Muy en desacuerdo	24	24,0	24,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 6: Acceso y conocimiento para solicitar atención médica



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°06 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (52%) que saben cómo y dónde acudir para solicitar una cita médica o un servicio de emergencia, seguido de los que están de acuerdo (8%), no precisa (0%), en desacuerdo (16%) y muy en desacuerdo (24%).

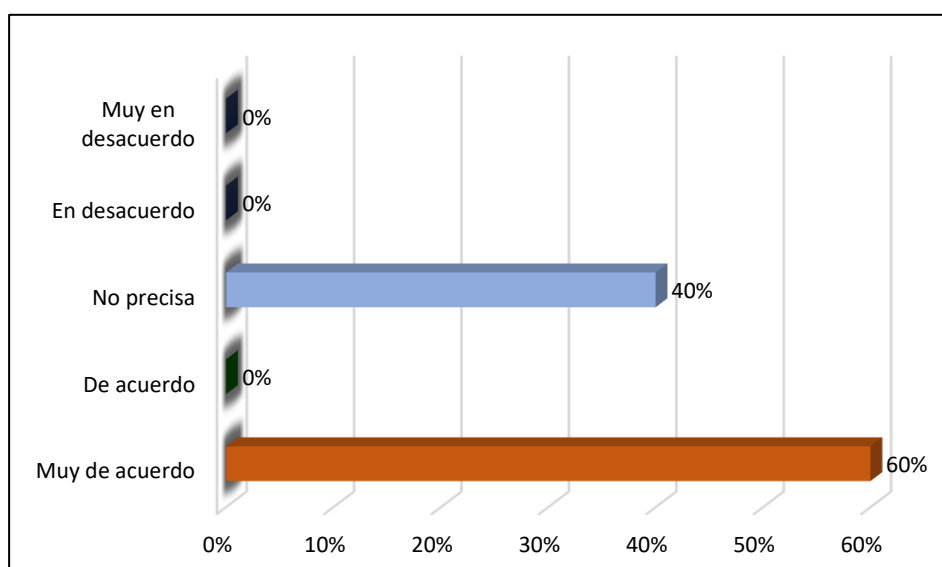
7. ¿Se siente seguro/a para preguntar y aclarar sus dudas con el personal de salud?

Tabla 7: Confianza para preguntar y aclarar dudas en salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	60	60,0	60,0	60,0
De acuerdo	0	0	0	0
No precisa	40	40,0	40,0	100,0
En desacuerdo	0	0	0	0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 7: Confianza para preguntar y aclarar dudas en salud



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°07 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (60%) que se sienten seguros para preguntar y aclarar sus dudas con el personal de salud, seguido de los que están de acuerdo (0%), no precisa (40%), en desacuerdo (0%) y muy en desacuerdo (0%).

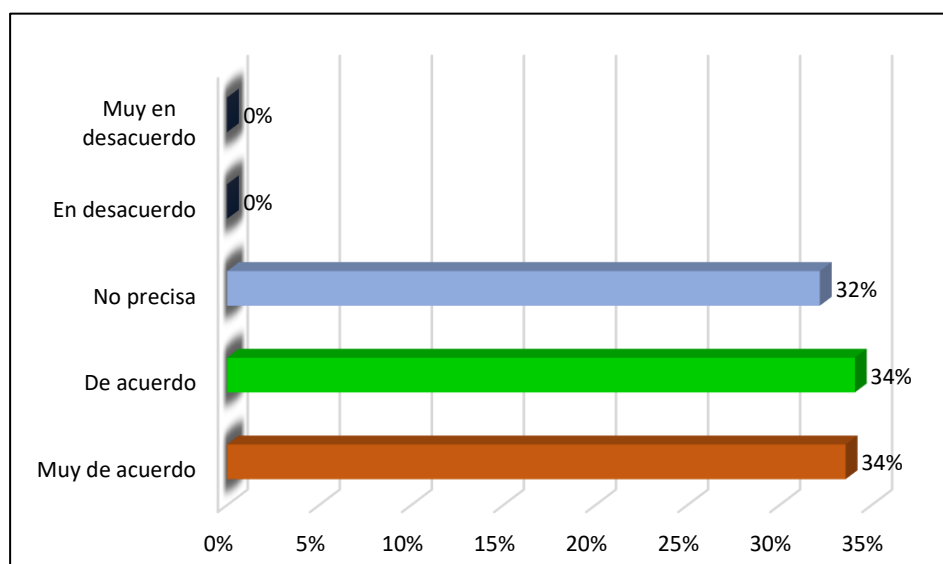
8. ¿Puede identificar cuándo una enfermedad requiere atención médica profesional en lugar de automedicarse?

Tabla 8: Capacidad para reconocer enfermedad frente a automedicación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	34	34,0	34,0	34,0
De acuerdo	34	34,0	34,0	68,0
No precisa	32	32,0	32,0	100,0
En desacuerdo	0	0	0	0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 8: Capacidad para reconocer enfermedad frente a automedicación



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°08 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (34%) que pueden identificar cuándo una enfermedad requiere atención médica profesional en lugar de automedicarse, seguido de los que están de acuerdo (34%), no precisa (32%), en desacuerdo (0%) y muy en desacuerdo (0%).

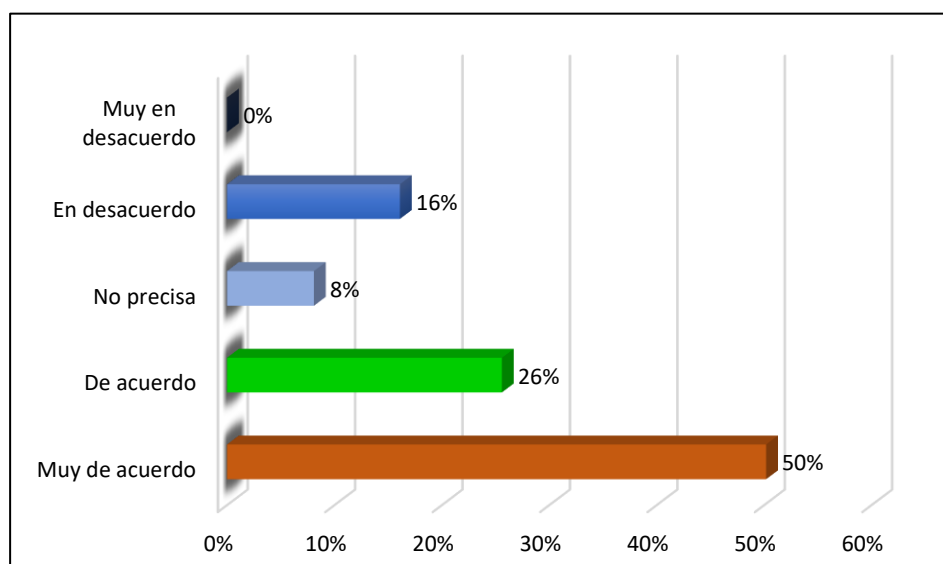
9. ¿El centro de salud más cercano a su vivienda se encuentra a una distancia caminable?

Tabla 9: Accesibilidad caminable al centro de salud cercano.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	50	50,0	50,0	50,0
De acuerdo	26	26,0	26,0	76,0
No precisa	8	8,0	8,0	84,0
En desacuerdo	16	16,0	16,0	100,0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 9: Accesibilidad caminable al centro de salud cercano.



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°09 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (50%) que el centro de salud más cercano a su vivienda se encuentra a una distancia caminable, seguido de los que están de acuerdo (26%), no precisa (8%), en desacuerdo (16%) y muy en desacuerdo (0%).

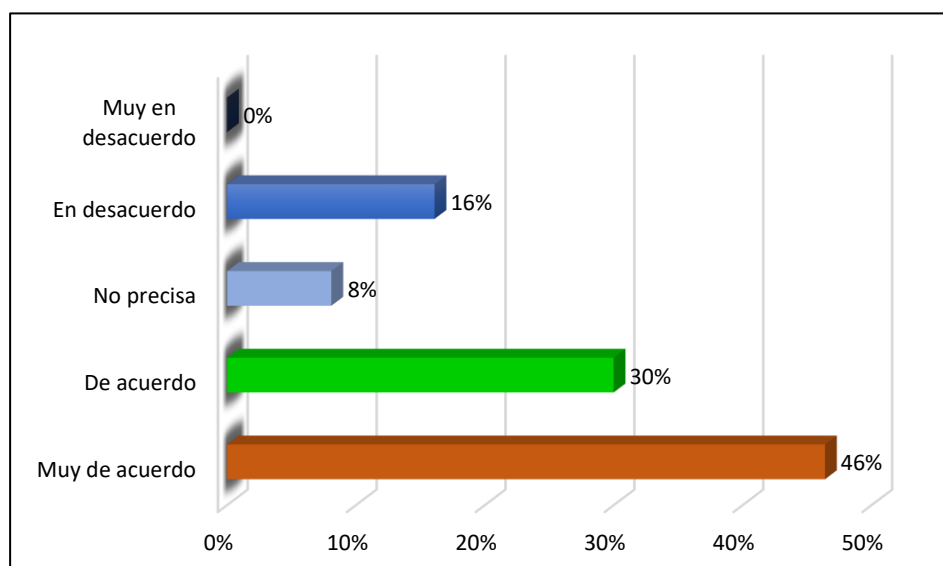
10. ¿El tiempo que tarda en llegar a un centro de salud le impide buscar atención cuando la necesita?

Tabla 10: Tiempo de viaje como barrera de atención médica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	46	46,0	46,0	46,0
De acuerdo	30	30,0	30,0	76,0
No precisa	8	8,0	8,0	84,0
En desacuerdo	16	16,0	16,0	100,0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 10: Tiempo de viaje como barrera de atención médica



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°10 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (46%) que el tiempo que tardan en llegar a un centro de salud les impide buscar atención cuando la necesita, seguido de los que están de acuerdo (30%), no precisa (8%), en desacuerdo (16%) y muy en desacuerdo (0%).

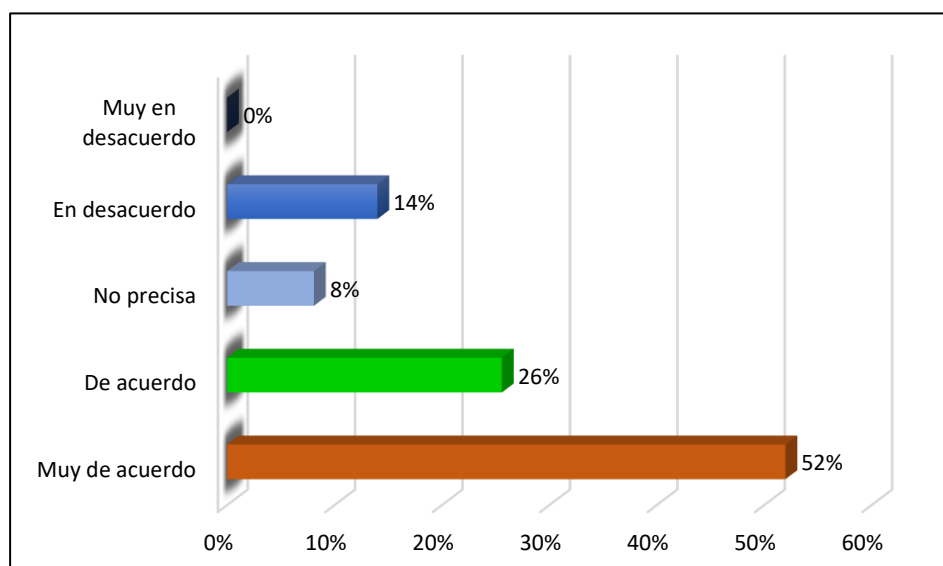
11. ¿El costo del pasaje de ida y vuelta a un centro de salud representa una carga económica para su familia?

Tabla 11: Costo de transporte como barrera económica en salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	52	52,0	52,0	52,0
De acuerdo	26	26,0	26,0	78,0
No precisa	8	8,0	8,0	86,0
En desacuerdo	14	14,0	14,0	100,0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 11: Costo de transporte como barrera económica en salud



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°11 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (52%) que el costo del pasaje de ida y vuelta a un centro de salud representa una carga económica para su familia, seguido de los que están de acuerdo (26%), no precisa (8%), en desacuerdo (14%) y muy en desacuerdo (0%).

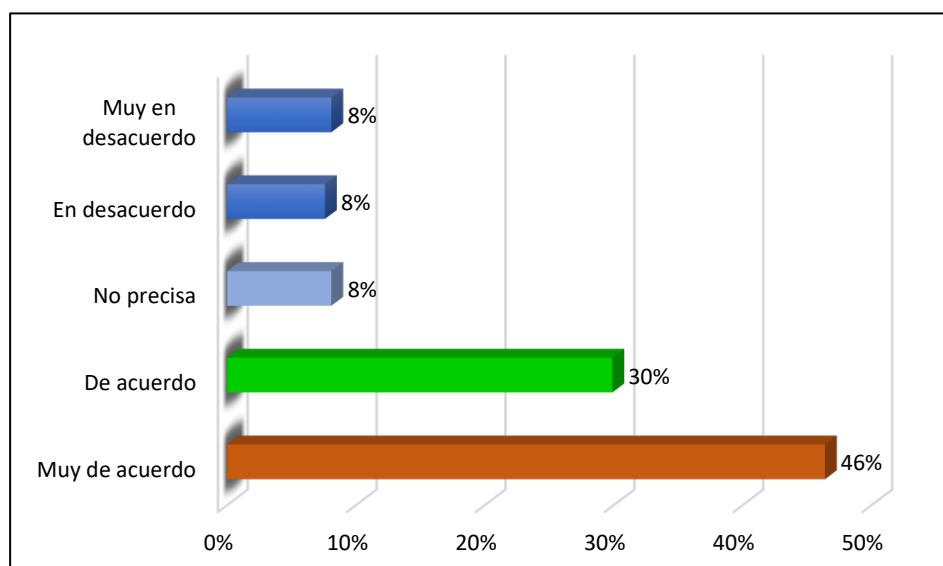
12. ¿El mal estado de los caminos o la falta de transporte público dificultan su acceso al centro de salud?

Tabla 12: Barreras viales y de transporte para acceder salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	46	46,0	46,0	46,0
De acuerdo	30	30,0	30,0	76,0
No precisa	8	8,0	8,0	84,0
En desacuerdo	8	8,0	8,0	92,0
Muy en desacuerdo	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 12: Barreras viales y de transporte para acceder salud



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°12 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (46%) que el mal estado de los caminos o la falta de transporte público dificultan su acceso al centro de salud, seguido de los que están de acuerdo (30%), no precisa (8%), en desacuerdo (8%) y muy en desacuerdo (8%).

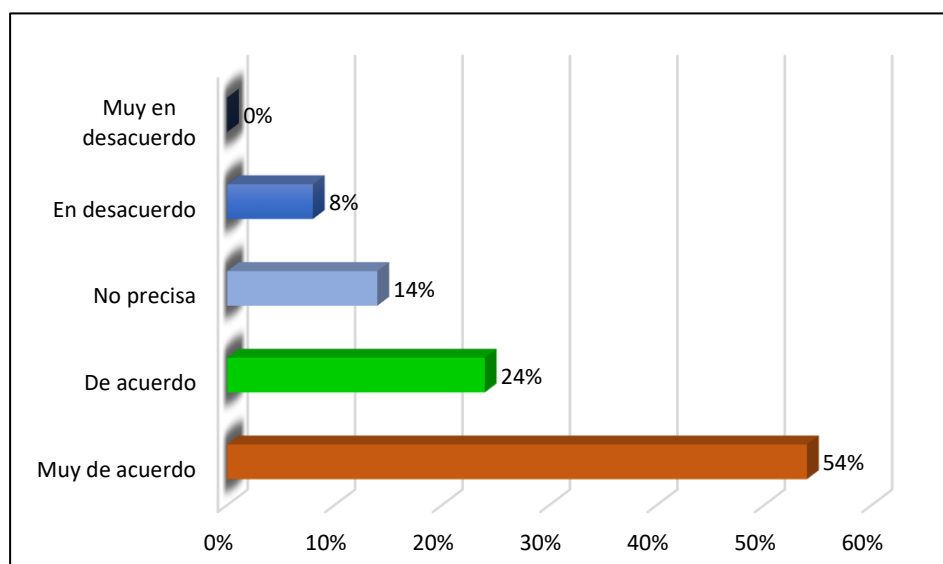
13. ¿El centro de salud más cercano se encuentra a una distancia y tiempo de viaje razonables desde su hogar?

Tabla 13: Distancia y tiempo razonables de acceso a salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	54	54,0	54,0	54,0
De acuerdo	24	24,0	24,0	78,0
No precisa	14	14,0	14,0	92,0
En desacuerdo	8	8,0	8,0	100,0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 13: Distancia y tiempo razonables de acceso a salud



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°13 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (54%) que el centro de salud más cercano se encuentra a una distancia y tiempo de viaje razonables desde sus hogares, seguido de los que están de acuerdo (24%), no precisa (14%), en desacuerdo (8%) y muy en desacuerdo (0%).

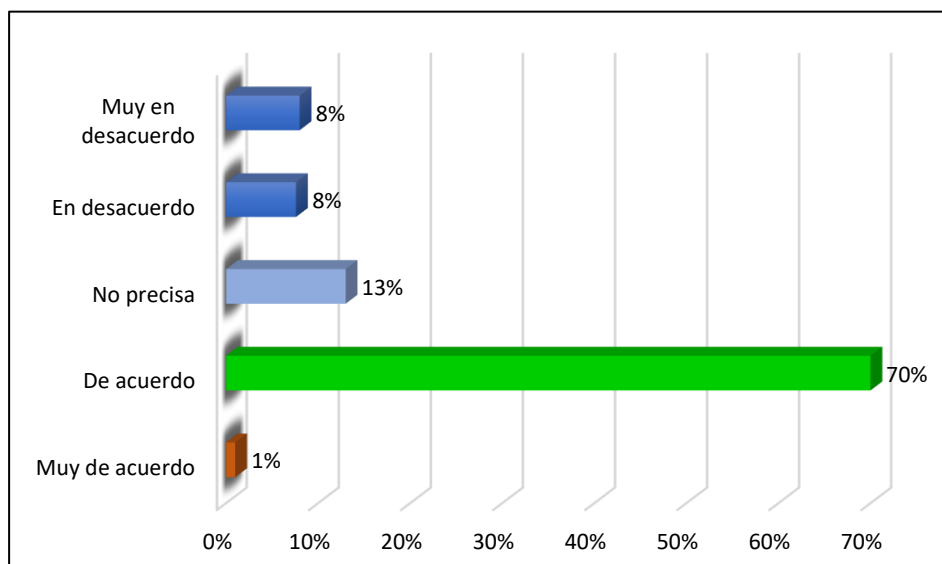
14. ¿El establecimiento de salud al que acude cuenta con la especialidad o el servicio médico que usted requiere?

Tabla 14: Disponibilidad de especialidades y servicios médicos requeridos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	1	1,0	1,0	1,0
De acuerdo	70	70,0	70,0	71,0
No precisa	13	13,0	13,0	84,0
En desacuerdo	8	8,0	8,0	92,0
Muy en desacuerdo	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 14: Disponibilidad de especialidades y servicios médicos requeridos



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°14 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (1%) que el establecimiento de salud al que acuden cuenta con la especialidad o el servicio médico que uno requiere, seguido de los que están de acuerdo (70%), no precisa (13%), en desacuerdo (8%) y muy en desacuerdo (8%).

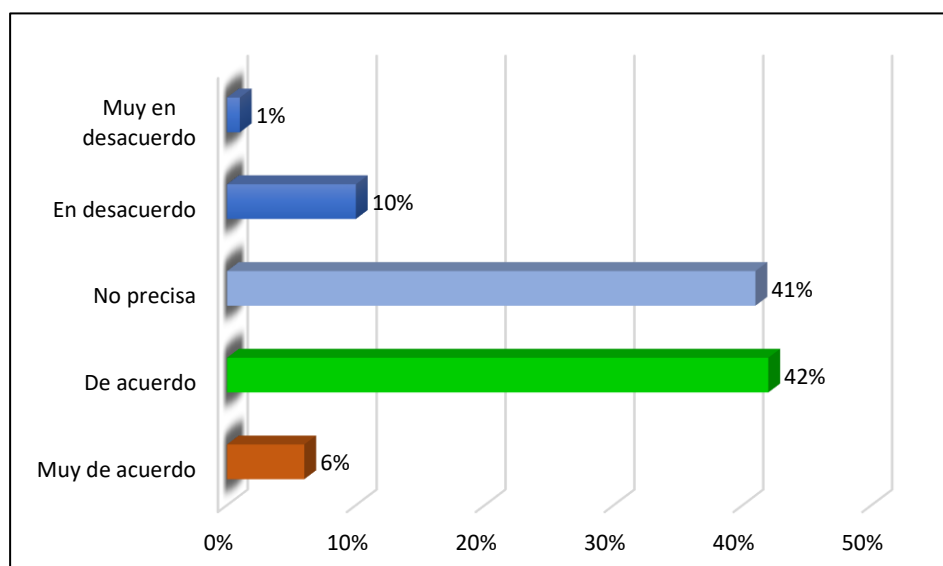
15. ¿Los horarios de atención del centro de salud son compatibles con su disponibilidad de tiempo (ej. fuera de su horario laboral)?

Tabla 15: Compatibilidad de horarios de atención con disponibilidad personal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	6	6,0	6,0	6,0
De acuerdo	42	42,0	42,0	48,0
No precisa	41	41,0	41,0	89,0
En desacuerdo	10	10,0	10,0	99,0
Muy en desacuerdo	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 15: Compatibilidad de horarios de atención con disponibilidad personal



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°15 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (6%) que los horarios de atención del centro de salud son compatibles con su disponibilidad de tiempo (ej. fuera de su horario laboral), seguido de los que están de acuerdo (42%), no precisa (41%), en desacuerdo (10%) y muy en desacuerdo (1%).

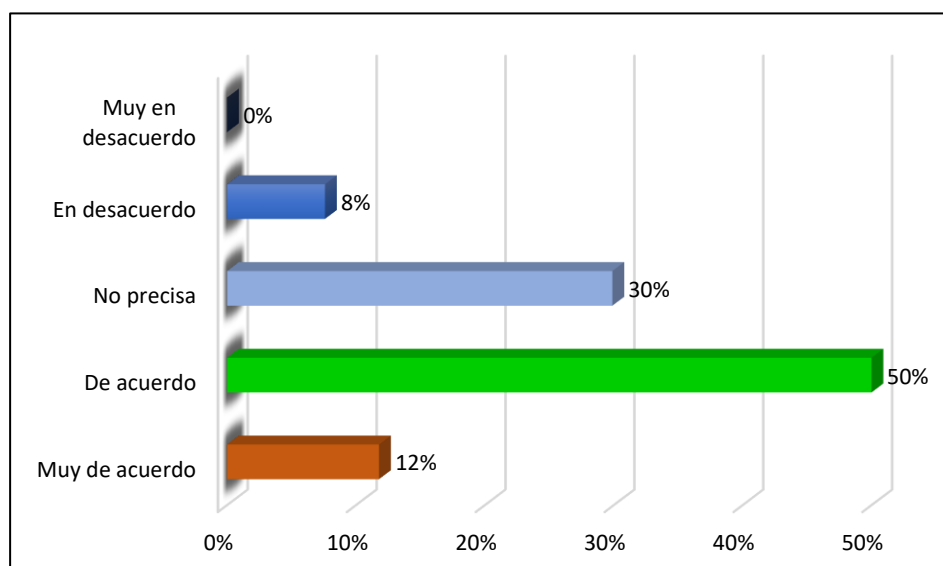
16. ¿Cuándo acude a la farmacia del establecimiento de salud, siempre encuentra los medicamentos que le recetan?

Tabla 16: Disponibilidad de medicamentos recetados en farmacia institucional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	12	12,0	12,0	12,0
De acuerdo	50	50,0	50,0	62,0
No precisa	30	30,0	30,0	92,0
En desacuerdo	8	8,0	8,0	100,0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 16: Disponibilidad de medicamentos recetados en farmacia institucional



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°16 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (12%) que cuándo acude a la farmacia del establecimiento de salud, siempre encuentran los medicamentos que le recetan, seguido de los que están de acuerdo (50%), no precisa (30%), en desacuerdo (8%) y muy en desacuerdo (0%).

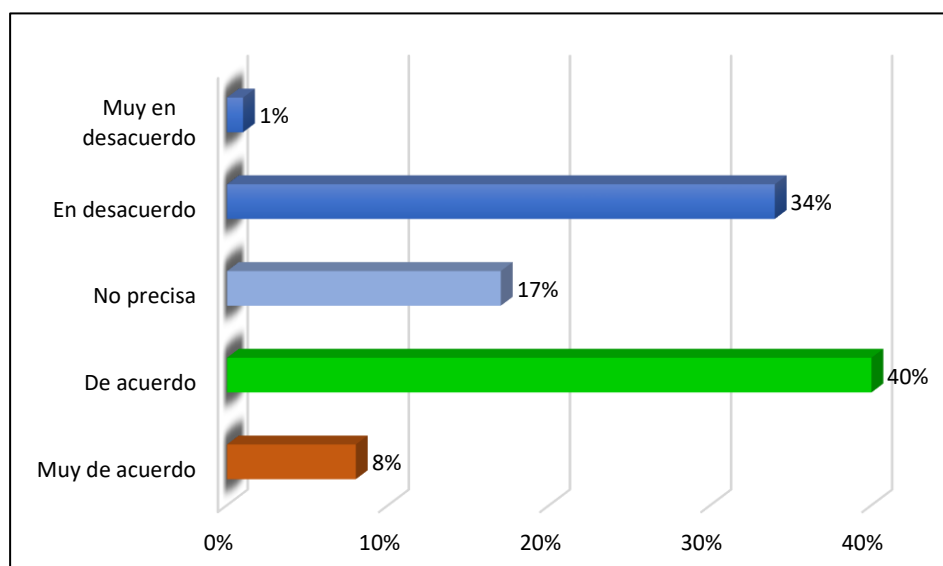
17. ¿Los costos de las consultas médicas, exámenes o tratamientos son asequibles para su economía familiar?

Tabla 17: Asequibilidad de costos de atención médica familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	8	8,0	8,0	8,0
De acuerdo	40	40,0	40,0	48,0
No precisa	17	17,0	17,0	65,0
En desacuerdo	34	34,0	34,0	99,0
Muy en desacuerdo	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 17: Asequibilidad de costos de atención médica familiar



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°17 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (8%) que los costos de las consultas médicas, exámenes o tratamientos son asequibles para su economía familiar, seguido de los que están de acuerdo (40%), no precisa (17%), en desacuerdo (34%) y muy en desacuerdo (1%).

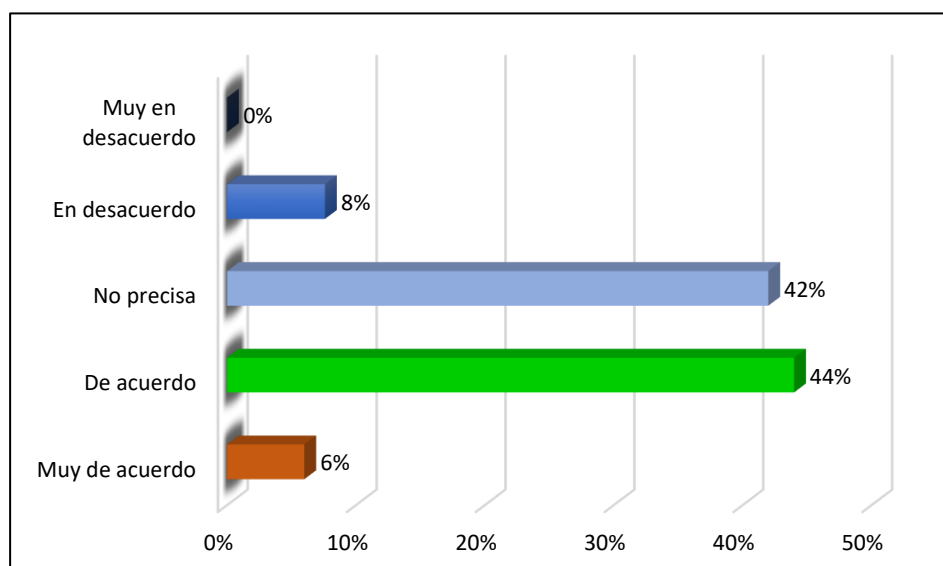
18. ¿Los gastos indirectos para acceder a la salud (transporte, alimentación fuera de casa) le impiden acudir al médico?

Tabla 18: Gastos indirectos como barrera para acudir al médico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	6	6,0	6,0	6,0
De acuerdo	44	44,0	44,0	50,0
No precisa	42	42,0	42,0	92,0
En desacuerdo	8	8,0	8,0	100,0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 18: Gastos indirectos como barrera para acudir al médico



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°18 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (6%) que los gastos indirectos para acceder a la salud (transporte, alimentación fuera de casa) les impiden acudir al médico, seguido de los que están de acuerdo (44%), no precisa (42%), en desacuerdo (8%) y muy en desacuerdo (0%).

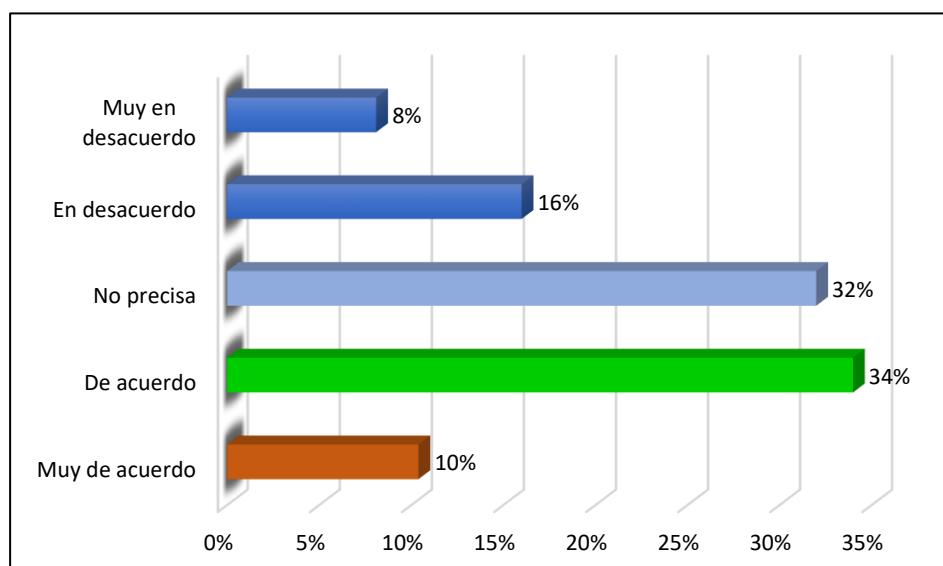
19. ¿Su afiliación a un seguro de salud (SIS, EsSalud, privado) le permite cubrir la mayoría de sus gastos médicos?

Tabla 19: Cobertura del seguro frente a gastos médicos familiares

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	10	10,0	10,0	10,0
De acuerdo	34	34,0	34,0	44,0
No precisa	32	32,0	32,0	76,0
En desacuerdo	16	16,0	16,0	92,0
Muy en desacuerdo	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 19: Cobertura del seguro frente a gastos médicos familiares



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°19 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (10%) que su afiliación a un seguro de salud (SIS, EsSalud, privado) les permite cubrir la mayoría de sus gastos médicos, seguido de los que están de acuerdo (34%), no precisa (32%), en desacuerdo (16%) y muy en desacuerdo (8%).

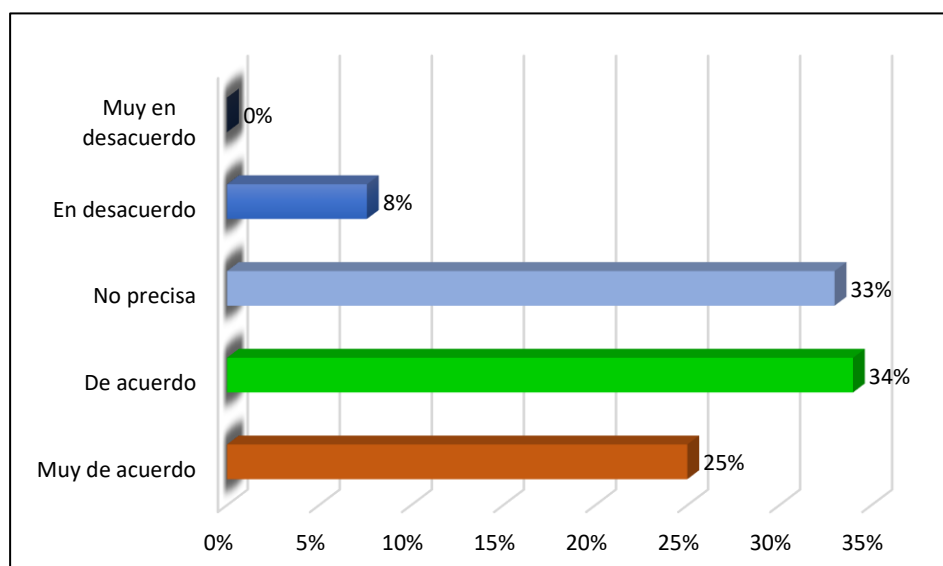
20. ¿Tener que pagar por una atención de salud representa una carga financiera importante para su hogar?

Tabla 20: Carga financiera de los pagos por atención de salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	25	25,0	25,0	25,0
De acuerdo	34	34,0	34,0	59,0
No precisa	33	33,0	33,0	92,0
En desacuerdo	8	8,0	8,0	100,0
Muy en desacuerdo	0	0	0	0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 20: Carga financiera de los pagos por atención de salud



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°20 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (25%) que el pago por una atención de salud representa una carga financiera importante para su hogar, seguido de los que están de acuerdo (34%), no precisa (33%), en desacuerdo (8%) y muy en desacuerdo (0%).

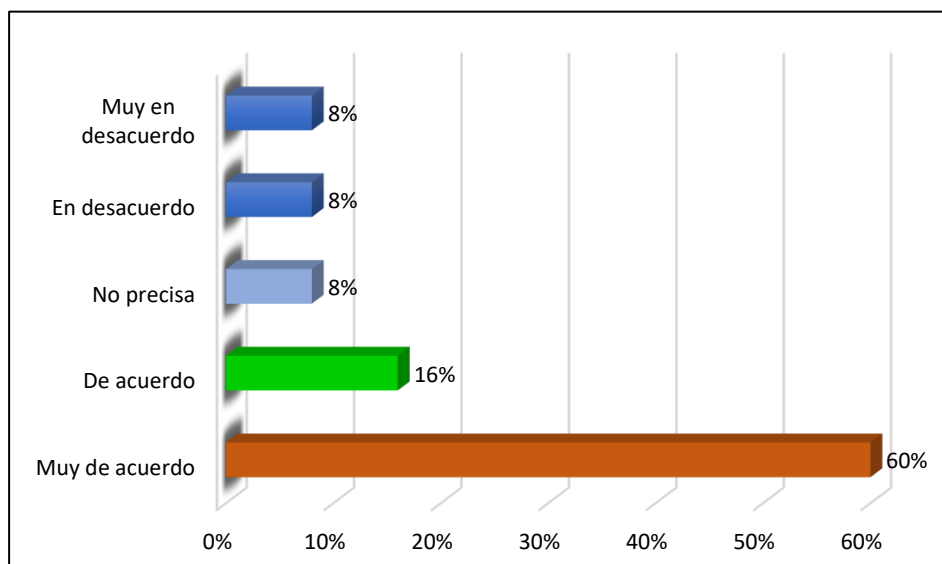
21. ¿El personal de salud (médicos, enfermeras) le trata con respeto y le explica las cosas de manera clara?

Tabla 21: Trato respetuoso y comunicación clara del personal de salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	60	60,0	60,0	60,0
De acuerdo	16	16,0	16,0	76,0
No precisa	8	8,0	8,0	84,0
En desacuerdo	8	8,0	8,0	92,0
Muy en desacuerdo	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 21: Trato respetuoso y comunicación clara del personal de salud



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°21 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (60%) que el personal de salud (médicos, enfermeras) los tratan con respeto y les explican las cosas de manera clara, seguido de los que están de acuerdo (16%), no precisa (8%), en desacuerdo (8%) y muy en desacuerdo (8%).

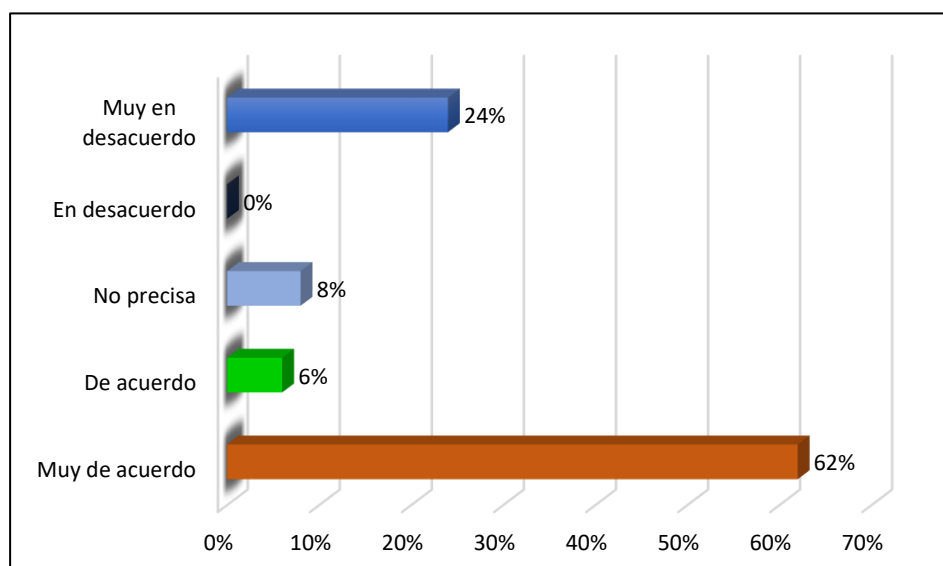
22. ¿Siente que el personal de salud respeta sus creencias, costumbres o medicina tradicional?

Tabla 22: Respeto a creencias, costumbres y medicina tradicional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	62	62,0	62,0	62,0
De acuerdo	6	6,0	6,0	68,0
No precisa	8	8,0	8,0	76,0
En desacuerdo	0	0	0	76,0
Muy en desacuerdo	24	24,0	24,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 22: Respeto a creencias, costumbres y medicina tradicional



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°22 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (62%) que sienten que el personal de salud respeta sus creencias, costumbres o medicina tradicional, seguido de los que están de acuerdo (6%), no precisa (8%), en desacuerdo (0%) y muy en desacuerdo (24%).

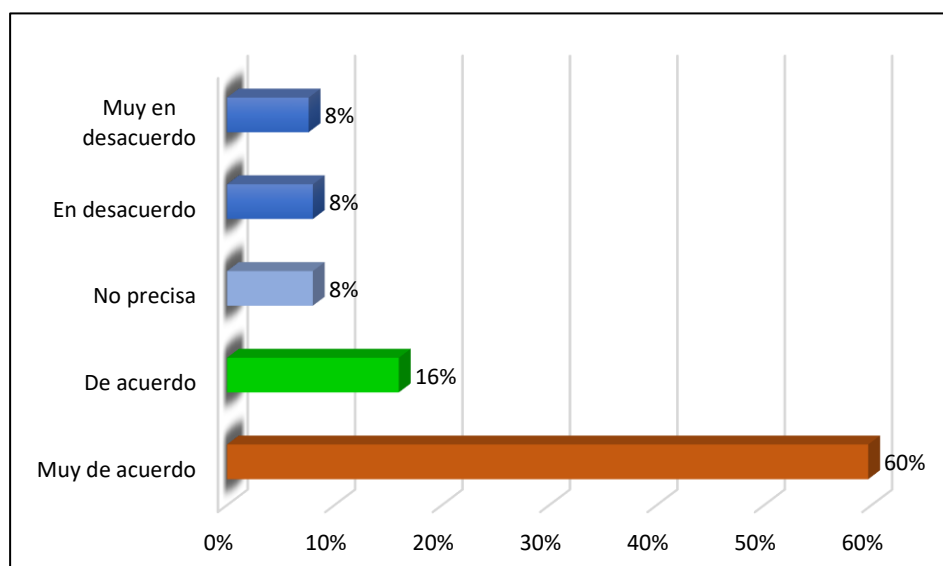
23. ¿Se siente en confianza para hablar con su médico y confía en que su información personal será manejada con privacidad?

Tabla 23: Confianza y confidencialidad en la relación con el médico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	60	60,0	60,0	60,0
De acuerdo	16	16,0	16,0	76,0
No precisa	8	8,0	8,0	84,0
En desacuerdo	8	8,0	8,0	92,0
Muy en desacuerdo	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 23: Confianza y confidencialidad en la relación con el médico



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°23 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (60%) que se sienten en confianza para hablar con su médico y confía en que su información personal será manejada con privacidad, seguido de los que están de acuerdo (16%), no precisa (8%), en desacuerdo (8%) y muy en desacuerdo (8%).

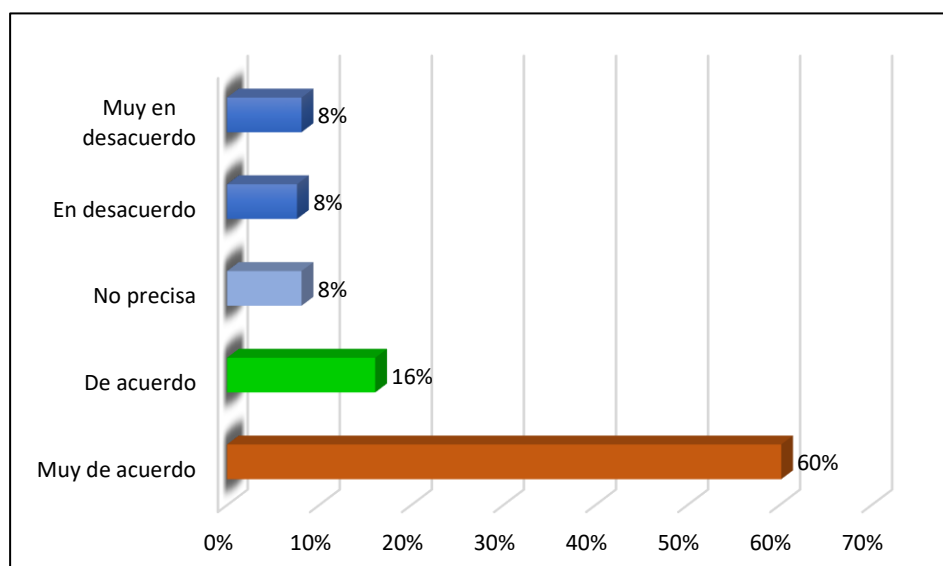
24. ¿En general, está satisfecho/a con la calidad de la atención que recibe cuando acude a un servicio de salud?

Tabla 24: Satisfacción general con la calidad de la atención recibida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy de acuerdo	60	60,0	60,0	60,0
De acuerdo	16	16,0	16,0	76,0
No precisa	8	8,0	8,0	84,0
En desacuerdo	8	8,0	8,0	92,0
Muy en desacuerdo	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Trabajado por el tesista

Gráfico 24: Satisfacción general con la calidad de la atención recibida



Fuente: Trabajado por el tesista

Explicación

Los datos de la tabla N°24 muestran que de un total de 100 personas encuestadas en la ciudad Ica, estos sostienen estar muy de acuerdo (60%) que en general, están satisfechos con la calidad de la atención que recibe cuando acude a un servicio de salud, seguido de los que están de acuerdo (16%), no precisa (8%), en desacuerdo (8%) y muy en desacuerdo (8%).

IV DISCUSIÓN.

Según el objetivo general de determinar las desigualdades sociales y su impacto en el acceso a servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe, región Ica, 2025, los resultados muestran, en primer término, un escenario de alta vulnerabilidad estructural, donde coexisten hogares con percepción de ingresos “suficientes” y empleo relativamente estable con fuertes carencias en servicios básicos y barreras para el acceso efectivo a la atención sanitaria. Esta configuración se articula con el enfoque de los determinantes sociales de la salud, que plantea que las condiciones socioeconómicas y de infraestructura (ingreso, empleo, servicios básicos, cobertura de seguros, educación) condicionan de manera decisiva las oportunidades reales de uso de los servicios de salud y la equidad en los resultados sanitarios. La evidencia encontrada en Guadalupe confirma que no basta con la existencia formal de oferta sanitaria o la afiliación a seguros: el acceso se ve restringido cuando se mantienen déficits materiales críticos, baja cobertura efectiva y dificultades prácticas para acudir a los establecimientos, reproduciendo inequidades previamente descritas a nivel nacional e internacional.

De acuerdo con el objetivo general, los hallazgos señalan que una proporción importante de encuestados declara estar muy de acuerdo o de acuerdo con que su ingreso familiar cubre las necesidades básicas (50% en total), y más de la mitad refiere contar con empleo estable y formal (56% muy de acuerdo y 26% de acuerdo), lo cual sugiere una percepción subjetiva de cierta estabilidad económica en parte de la población. Sin embargo, esta percepción se ve fuertemente matizada por el dato de que el 90% manifiesta estar muy de acuerdo con que su hogar tiene dificultades para acceder a servicios básicos como agua, luz o internet, lo que limita directamente los recursos disponibles para la salud, evidenciando que la suficiencia económica percibida no se traduce en condiciones materiales adecuadas. Esta tensión entre ingresos relativamente aceptables y precariedad en servicios básicos coincide con lo observado en el planteamiento del problema, donde se describe a Guadalupe como un asentamiento periférico con pobreza, empleo informal y acceso restringido a agua potable solo algunos días y horas a la semana, lo que confirma que las desigualdades estructurales se expresan tanto en el entorno físico como en la capacidad de utilizar los servicios sanitarios de manera oportuna.

En comparación con el primer antecedente internacional de Rodríguez (2023), quien identifica cómo las barreras administrativas y socioeconómicas limitan el acceso oportuno a servicios de salud en pacientes oncológicos de Bogotá, la investigación en Guadalupe muestra una convergencia en la centralidad de los obstáculos estructurales (ingreso, educación, afiliación subsidiada, trámites y organización del sistema) como factores que generan inequidad sanitaria. Mientras Rodríguez enfatiza las barreras administrativas y la necesidad de intervenciones contextuales para reducir tiempos y obstáculos en el proceso de atención, el presente estudio

destaca que en un contexto periférico vulnerable el acceso se ve restringido desde un nivel aún más básico, asociado a la precariedad de servicios esenciales del hogar y a la fragilidad de los recursos materiales cotidianos, lo que incrementa el peso de los determinantes sociales en la decisión de buscar atención y en la frecuencia de uso de los servicios. En ambos casos, se confirma que los determinantes sociales actúan como filtros previos que condicionan quién puede acceder, cuándo y con qué continuidad, pero en Guadalupe se observa un énfasis particular en la insuficiencia de infraestructura urbana y de servicios básicos como un eslabón crítico del círculo de inequidad.

Respecto al segundo antecedente internacional de Restrepo (2023), que demuestra mediante modelos de regresión que educación limitada, bajos ingresos, ruralidad y pertenencia étnica se asocian significativamente con barreras de acceso a servicios de salud, los resultados de Guadalupe se alinean en la identificación de estos determinantes como ejes centrales del problema. La población estudiada reside en una expansión urbana periférica con altos índices de pobreza, migración desde zonas andinas, empleo informal y baja escolaridad parental, lo que coincide con el patrón descrito por Restrepo en el que la baja posición socioeconómica se traduce en mayor exposición a obstáculos geográficos, económicos y culturales para acceder a la atención, afectando la oportunidad y la frecuencia de uso de los servicios. No obstante, el presente estudio aporta un matiz contextual: el entorno no es estrictamente rural ni plenamente urbano, sino un espacio de expansión urbana con rasgos de precariedad rural y problemas urbanos emergentes, lo que refuerza la necesidad de políticas específicas para territorios de frontera socio-urbana, donde los determinantes sociales se combinan con la insuficiente presencia del Estado y la cobertura parcial de la red sanitaria.

En relación con el tercer antecedente internacional de Urgiles (2022), que vincula la malnutrición infantil en comunidades Waorani con acceso limitado a salud, baja escolaridad materna, saneamiento deficiente y aislamiento geográfico, se observan paralelos importantes con la situación de Guadalupe. En el área de estudio se reportan condiciones de vivienda precarias, acceso restringido a agua potable y persistencia de anemia infantil (30,7% en menores de tres años), lo que muestra cómo el déficit en saneamiento, recursos básicos y educación en salud se traduce en resultados nutricionales desfavorables y en mayor riesgo para la niñez, reproduciendo el mecanismo de desigualdad descrito por Urgiles. La principal diferencia radica en que, mientras Urgiles se centra en una comunidad indígena con fuerte aislamiento geográfico, la investigación en Guadalupe analiza una expansión urbana que, a pesar de su proximidad relativa a centros económicos, continúa enfrentando obstáculos estructurales que limitan la mejora de indicadores de salud, lo cual confirma que la proximidad física a servicios no garantiza el acceso efectivo cuando los determinantes sociales permanecen desfavorables.

En el plano nacional, el antecedente de Munayco (2022) muestra que distritos con mayor IDH y mejor infraestructura sanitaria registran más casos de COVID-19, interpretando esta paradoja como efecto de subregistro y limitado acceso en las zonas más vulnerables, donde la baja alfabetización sanitaria y las barreras económicas dificultan la detección de casos. Este hallazgo dialoga con los resultados de Guadalupe, donde la pobreza, el empleo informal, la falta de servicios básicos y las limitaciones educativas restringen la frecuencia de uso de los establecimientos locales y pueden conducir a una subutilización de servicios, especialmente preventivos, ocultando la magnitud real de los problemas de salud. En ambos contextos, las desigualdades sociales no solo afectan el acceso efectivo, sino que también distorsionan los registros sanitarios, lo que implica que la carga de enfermedad en poblaciones vulnerables puede estar infraestimada, reforzando la necesidad de enfoques de vigilancia que integren la dimensión social en la interpretación de los datos.

El antecedente nacional de Limaco (2024) demuestra que los determinantes sociales influyen significativamente en el acceso a la atención por apendicitis pediátrica, evidenciando que las inequidades sociales afectan la oportunidad y calidad de la atención, especialmente en grupos vulnerables. Esta conclusión coincide con el marco teórico de la presente investigación, que concibe el acceso a servicios de salud como resultado de la interacción entre ingresos, educación, tipo de empleo, afiliación a seguro y pertenencia étnica, dimensiones que se han operacionalizado como indicadores clave de la variable independiente “desigualdades sociales”. En Guadalupe, la combinación de empleo informal, bajos recursos, cobertura parcial de seguros y barreras culturales contribuye a retrasar las consultas, limitar la continuidad del cuidado y reducir la utilización de servicios especializados, replicando a nivel local el patrón de inequidad identificado por Limaco en otro contexto urbano del país.

De manera similar, el antecedente de Díaz (2025) sobre barreras de acceso al tamizaje de cáncer cervicouterino evidencia que la carencia de recursos, la atención limitada y la escasa disponibilidad impactan de manera desproporcionada en mujeres de estratos socioeconómicos bajos, subrayando la urgencia de intervenciones específicas para promover equidad en el acceso. En la expansión Guadalupe, los datos que muestran dificultades extremas para acceder a servicios básicos, ausencia frecuente de personal de salud y falta de medicamentos, así como restricciones económicas para afrontar gastos asociados a la atención, reflejan el mismo patrón de inequidad observado por Díaz, aunque en otro tipo de servicio. La convergencia entre ambos estudios refuerza la idea de que, más allá del tipo específico de prestación (tamizaje oncológico, atención infantil, consulta general), las inequidades estructurales configuran un escenario donde la población más pobre y con menor educación acumula desventajas en casi todas las dimensiones del acceso sanitario.

En cuanto a los antecedentes regionales, los estudios de Flores (2023), Serrano (2023) y Guevara (2022) destacan el rol de la educación, la comunicación y el conocimiento en salud como factores asociados a una mejor comprensión del consentimiento informado, mejores prácticas de autocuidado y conductas preventivas frente a la tuberculosis, respectivamente. Estos hallazgos son coherentes con los resultados de Guadalupe, donde el 44% de los encuestados está muy de acuerdo y el 24% de acuerdo en que su nivel educativo les permite comprender las indicaciones médicas, mientras un 32% está en desacuerdo, lo que muestra una polarización que limita la eficacia de las intervenciones sanitarias y la apropiación de las recomendaciones. La evidencia regional indica que el fortalecimiento de competencias comunicativas y educativas, tanto en usuarios como en personal de salud, puede ser un mecanismo relevante para mitigar parte de las desigualdades en el acceso, pues mejora la capacidad de las personas para orientarse en el sistema, demandar servicios y adoptar conductas preventivas, elemento que el presente estudio reconoce como necesario en un contexto de baja escolaridad y barreras culturales.

En relación con el primer objetivo específico, explicar cómo las desigualdades socioeconómicas influyen en el acceso a servicios de salud, los datos muestran que, aunque una fracción importante de la población percibe su ingreso familiar como suficiente y declara empleo estable, la mayoría enfrenta dificultades severas para acceder a servicios básicos del hogar y a la infraestructura necesaria para sostener prácticas de salud adecuadas. Esta situación confirma el planteamiento teórico de que la posición socioeconómica debe analizarse no solo en términos de ingresos auto reportados, sino también en función de las condiciones materiales concretas que definen las oportunidades de salud, como la disponibilidad de agua segura, electricidad continua y conectividad. En consonancia con el marco de los determinantes sociales de la salud, se evidencia que la insuficiencia de servicios básicos actúa como factor intermediario que transforma las desigualdades de ingreso y empleo en desventajas tangibles en el acceso a servicios sanitarios, reforzando la necesidad de políticas integrales que aborden simultáneamente las condiciones de vida y la organización del sistema de salud.

Respecto al segundo objetivo específico, analizar cómo la protección financiera y la afiliación a seguros inciden en el acceso, los resultados señalan que solo una parte de la población se percibe claramente afiliada a un seguro de salud (18% muy de acuerdo y 48% de acuerdo), mientras un 26% está en desacuerdo y un 8% no precisa su situación, lo que revela brechas importantes de cobertura y de información. Esta distribución indica que, aun cuando una mayoría reporta algún tipo de afiliación, existe un grupo relevante que carece de protección financiera o no tiene claridad sobre sus derechos y prestaciones, lo que limita su disposición a utilizar servicios por temor a los costos y a la complejidad burocrática. Este patrón coincide con la literatura internacional y nacional que asocia la falta de seguro, la afiliación precaria y la baja alfabetización sanitaria con

menor frecuencia de utilización y con retrasos en la búsqueda de atención, confirmando que la afiliación efectiva y conocida por la población es un componente clave de la equidad en el acceso.

En relación con el tercer objetivo específico, evaluar la influencia del capital educativo y de la alfabetización en salud sobre el acceso, la información recogida muestra una división significativa: alrededor de dos tercios de los participantes consideran que su nivel educativo les permite comprender las instrucciones médicas, mientras un tercio discrepa. Además, aunque el 52% está muy de acuerdo y el 8% de acuerdo en saber cómo y dónde solicitar una cita o servicio de emergencia, un 16% está en desacuerdo y un 24% muy en desacuerdo, lo que sugiere que casi cuatro de cada diez personas tienen dificultades para orientarse en el sistema sanitario. Estos resultados respaldan el marco teórico de los determinantes sociales, que identifica la educación como factor clave para interpretar la información médica, navegar el sistema y ejercer derechos en salud, y subrayan la necesidad de estrategias educativas y comunicacionales dirigidas a los grupos con menor nivel de escolaridad y mayor incertidumbre sobre el uso de los servicios.

En síntesis, al contrastar los objetivos, resultados, antecedentes y bases teóricas, la investigación demuestra que el acceso a servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe está fuertemente condicionado por desigualdades sociales que se expresan en ingresos limitados, empleo precario, carencia de servicios básicos, cobertura incompleta de seguros y brechas educativas. Este patrón reproduce y focaliza, en un contexto urbano periférico específico, los mecanismos de inequidad descritos por la literatura internacional, nacional y regional, evidenciando que los determinantes sociales no solo afectan los indicadores de salud, sino también la frecuencia y la forma en que la población utiliza los servicios disponibles. La coexistencia de cierta satisfacción subjetiva con el ingreso y el empleo, junto con déficits críticos en infraestructura, protección financiera y alfabetización sanitaria, configura un escenario en el que las barreras de acceso pueden perpetuar la morbilidad evitable, por lo que los hallazgos deberían orientar políticas públicas que integren la mejora de las condiciones sociales, el fortalecimiento del primer nivel de atención y el diseño de intervenciones focalizadas para los grupos más vulnerables del asentamiento.

CONCLUSIONES.

PRIMERO: En función del objetivo general, se concluye que las desigualdades sociales impactan de manera significativa en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe, Región Ica, 2025, confirmándose la hipótesis principal del estudio al evidenciarse que las condiciones socioeconómicas, educativas y territoriales se asocian estrechamente con barreras económicas, geográficas y culturales para el uso oportuno y adecuado de la atención sanitaria. Los resultados muestran un contexto donde coexisten ciertos niveles de cobertura y satisfacción declarada con restricciones estructurales en ingresos, transporte, disponibilidad de servicios y carga financiera, lo que configura un escenario de acceso formalmente existente pero materialmente limitado para los hogares más vulnerables de la zona de estudio.

SEGUNDO: Respecto al primer objetivo específico, se concluye que la condición socioeconómica y laboral influye significativamente en el acceso a los servicios de salud, tal como lo demuestra la validación estadística mediante la prueba de chi cuadrado, donde se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna al obtenerse un valor experimental muy superior al valor teórico establecido ($p < 0,05$). La percepción de suficiencia del ingreso es heterogénea y se combina con altos niveles de informalidad y dificultades para cubrir costos directos e indirectos de atención (pasajes, pagos por consulta, medicamentos), por lo que la capacidad económica del hogar se constituye en un determinante crítico que condiciona la decisión de acudir o no a los servicios de salud, reforzando el papel de la pobreza y la precariedad laboral como factores que profundizan la inequidad en el acceso.

TERCERO: En relación con el segundo objetivo específico, se concluye que el nivel educativo y la alfabetización en salud influyen significativamente en el acceso a los servicios, confirmándose estadísticamente esta asociación mediante la prueba de chi cuadrado y la aceptación de la hipótesis alterna ($p < 0,05$). Aunque una parte importante de los encuestados refiere comprender las indicaciones médicas y saber cómo y dónde solicitar atención o acudir a emergencias, persisten proporciones relevantes de personas que manifiestan dificultades de comprensión, inseguridad para identificar cuándo una enfermedad requiere atención profesional y necesidad de mayor orientación, lo cual demuestra que los menores niveles educativos y de alfabetización en salud limitan el uso informado, oportuno y continuo de los servicios, contribuyendo a mantener patrones de automedicación y retraso en la búsqueda de ayuda.

CUARTO: En cuanto al tercer objetivo específico, se concluye que la accesibilidad geográfica y el transporte afectan significativamente el acceso a los servicios de salud, corroborado por los resultados de chi cuadrado que llevan al rechazo de la hipótesis nula y a la aceptación de la hipótesis alterna con un valor de prueba superior al punto crítico ($p < 0,05$). Si bien una mayoría

percibe que el establecimiento se encuentra a distancia y tiempo razonables, una proporción considerable señala que el tiempo de viaje, el mal estado de las vías, la falta de transporte público y el costo del pasaje constituyen obstáculos que desincentivan o postergan la atención, configurando barreras espaciales y económicas superpuestas que afectan con mayor intensidad a los hogares de menores recursos.

Finalmente, de manera transversal a los objetivos, se concluye que las dimensiones de disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad del acceso se encuentran tensionadas por las desigualdades sociales que caracterizan a la expansión urbana de Salas Guadalupe, pues la relativa cercanía física y la presencia de seguros no garantizan por sí mismas un acceso efectivo y equitativo. La combinación de limitaciones de ingreso, costos directos e indirectos, deficiencias en infraestructura y transporte, así como brechas en alfabetización sanitaria, refleja que la posición socioeconómica condiciona de forma decisiva la capacidad real de las personas para transformar su necesidad de atención en uso concreto de los servicios, reforzando la necesidad de políticas públicas focalizadas que reduzcan las brechas identificadas en este territorio periurbano

VI RECOMENDACIONES.

PRIMERA: En correspondencia con la conclusión general, se recomienda que las autoridades sanitarias de la región Ica y los gobiernos local y regional prioricen la reducción de las desigualdades sociales como eje transversal de las políticas de salud en la Expansión Urbana de Salas Guadalupe, integrando en la planificación sectorial intervenciones coordinadas sobre ingreso, empleo, educación y protección social, de modo que el acceso a los servicios de salud deje de estar condicionado por la posición socioeconómica de los hogares. Se sugiere institucionalizar sistemas de monitoreo del acceso efectivo que combinen indicadores de cobertura, utilización y barreras percibidas, y que sus resultados se utilicen de manera sistemática para ajustar la asignación de recursos, rediseñar la oferta de servicios y orientar programas focalizados hacia los grupos en mayor vulnerabilidad.

SEGUNDA: Derivada de la conclusión sobre el impacto de la condición socioeconómica y laboral, se recomienda implementar políticas intersectoriales que fortalezcan la estabilidad del empleo y los ingresos familiares en la Expansión Urbana de Salas Guadalupe, articulando las estrategias de salud con programas de desarrollo social, inserción laboral formal y ampliación de la seguridad social en salud. En el ámbito estrictamente sanitario, se sugiere diseñar esquemas de protección financiera que reduzcan los pagos directos de bolsillo y los costos indirectos de la atención, mediante el fortalecimiento del SIS, la eliminación de cobros informales y la creación de mecanismos de exoneración y subsidio para los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema.

TERCERA: En coherencia con la conclusión que evidencia la influencia del nivel educativo y la alfabetización en salud sobre el acceso, se recomienda desarrollar estrategias sostenidas de educación y promoción de la salud dirigidas a la población de la Expansión Urbana de Salas Guadalupe, priorizando contenidos sobre uso adecuado de los servicios, reconocimiento de signos de alarma y derechos en salud. Estas acciones deben apoyarse en materiales culturalmente pertinentes, en el uso de agentes comunitarios y líderes locales, y en metodologías participativas que fortalezcan la capacidad de las personas para comprender la información clínica, tomar decisiones informadas y desenvolverse con mayor autonomía dentro del sistema sanitario.

CUARTA: A partir de la conclusión referida a la accesibilidad geográfica y al transporte, se recomienda que el gobierno local, en coordinación con la Red de Salud, revise la localización, cartera de servicios y horarios de los establecimientos que atienden a la Expansión Urbana de Salas Guadalupe, con el fin de garantizar tiempos de viaje razonables, mejor disponibilidad de turnos y continuidad en la provisión de medicamentos esenciales. Asimismo, se sugiere promover mejoras en la infraestructura vial y en la oferta de transporte público hacia los puntos de atención, así como implementar estrategias complementarias como brigadas móviles, campañas

extramurales y teleorientación, que acerquen la atención a los sectores más periféricos y reduzcan las barreras físicas y económicas para el acceso oportuno.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Determinantes sociales de la salud [Internet]. OPS; 2023 [citado 2025 ago 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
2. International IDEA. La conflictividad social en la región Ica (Perú). Documento de reflexión. Lima: IDEA; 2024. Disponible en: <https://www.idea.int>
3. Muchari Candia LD. Inequidades en el acceso a los servicios de salud en Perú: análisis de las brechas entre áreas rurales y urbanas. *World Health J.* 2024;5(2):18–21. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/370653257>
4. Intimayta-Escalante C, Rojas-Bolívar D. Diferencias étnicas en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud en Perú. *Rev Cuerpo Med HNAAA.* 2023;16(4):e2052. doi:10.35434/rcmhnaaa.2023.164.2052
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2023, Departamento de Ica. Lima: INEI; 2024. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe>
6. Ninapayta Castillo EM. Relación entre el conocimiento sobre el consumo de micronutrientes en madres y el desarrollo psicomotor en niños de 1 a 3 años, institucionalizados y no institucionalizados en el Programa Cuna Mas de Expansión Guadalupe, Ica, Perú 2021 [Tesis licenciatura]. Ica: Univ. Nac. San Luis Gonzaga; 2023. Disponible en: <http://repositorio.unica.edu.pe>
7. Ballard Brief. Poverty and health in Peru [Internet]. Brigham Young University; 2022 [citado 2025 ago 20]. Disponible en: <https://ballardbrief.byu.edu>
8. Rodríguez A. Factores asociados a barreras administrativas para acceder a los servicios de salud que enfrentan pacientes con cáncer, en una clínica oncológica de Bogotá, D.C. Colombia [tesis]. Bogotá: Universidad del Rosario, Facultad de Medicina; 2023[consultado 2025 Ago 23]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/items/49c266c8-7656-44ae-ad55-ec3e98090aa3>
9. Restrepo H. Factores asociados a barreras de acceso a servicios de salud en población colombiana, 2019–2021 [Internet] [tesis]. Bogotá (Colombia): Universidad del Rosario, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales; 2023. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/items/49c266c8-7656-44ae-ad55-ec3e98090aa3>
10. Urgiles CAD. Determinantes de la malnutrición en niños/as menores de 5 años residentes en las ocho comunidades Waorani [tesis]. Quito (Ecuador): Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.

11. Munayco C. Análisis de las desigualdades sociales en salud en la distribución de la incidencia de COVID-19 en los distritos de Lima Metropolitana y Callao, en el año 2020 [tesis]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Facultad de Salud; 2022. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUPC_f60ea7bb4edc016fc8cb9460ba69f69b
12. Limaco Herrera D. Determinantes sociales de la salud asociados con el acceso a la atención de la apendicitis pediátrica en el Hospital Lima Este Vitarte, Lima 2023 [tesis]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Medicina Hipólito Unanue; 2024. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8789/UNFV_FMHU_Limaco_Herrera_David_Titulo_profesional_2024.pdf?isAllowed=y&sequence=1
13. Díaz Fernández G, Malpartida HU. Barreras de acceso y cobertura de atención en el tamizaje del cáncer cervicouterino en usuarias de un hospital público – Utcubamba [tesis]. Huancayo: Universidad Continental, Facultad de Ciencias de la Salud; 2025. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16956/4/IV_FCS_502_TE_Diaz_Fernandez_Malpartida_2025.pdf
14. Flores R. Percepción de la comprensión del consentimiento informado en pacientes de cirugía general en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2023 [tesis]. Ica: Universidad Nacional de Ica, Facultad de Medicina; 2023. Disponible en: repositorio.unica.edu.pe/handle/20.500.13028/7146
15. Serrano Ayala, M del R, Tincopa, Huamani, PA. Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II que acuden al Centro de Salud Vista Alegre, Nazca – 2021 [tesis]. Ica: Universidad Autónoma de Ica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/2457/3/SERRANO%20AYALA%20MILAGROS%20DEL%20ROSARIO%20-%20TINCOPA%20HUAMANI%20PILAR%20ANTONIETA.pdf>
16. Guevara Díaz ML. Conocimiento y conductas preventivas frente a la tuberculosis pulmonar en adultos jóvenes del Centro Poblado San Agustín de Palpa, 2022 [tesis]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/74796016-6808-4a8b->
17. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2024 May 21]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
18. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on

- Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
19. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012 Sep 15;380(9846):1011-29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8.
 20. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129 Suppl 2(Suppl 2):19-31. doi: 10.1177/00333549141291S206.
 21. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
 22. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45. doi: 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN.
 23. Braveman P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Rep*. 2014 Jan-Feb;129 Suppl 2(Suppl 2):5-8. doi: 10.1177/00333549141291S203.
 24. World Health Organization. Social determinants of health: Key concepts. [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 May 21]. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
 25. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18.
 26. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
 27. Wilkinson RG, Pickett KE. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane; 2009.
 28. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012 Sep 15;380(9846):1011-29. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8.
 29. Cárdenas MK, Miranda JJ, Beran D. Delivery of Type 2 diabetes care in low- and middle-income countries: lessons from Lima, Peru. *Diabet Med*. 2016;33(6):721-4. doi: 10.1111/dme.13089. (Illustrates challenges in a specific Peruvian urban context).
 30. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008 Dec;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

31. Frenz P, Delgado I, Kaufman JS, Harper S. Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. *Health Policy Plan.* 2014;29(6):717-31. doi: 10.1093/heapol/czt054.
32. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995 Mar;36(1):1-10.
33. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health.* 2012 Sep;126 Suppl 1:S4-S10. doi: 10.1016/j.puhe.2012.05.014. (The Marmot Review).
34. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health.* 2013 Mar 11;12:18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>
35. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1136:161-71. doi: 10.1196/annals.1425.011. Available from: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1196/annals.1425.011>
36. WHO. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157> (See section on health service coverage).
37. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health.* 2018 Feb;6(2):e169-e179. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30429-1. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30429-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30429-1/fulltext)
38. Truong M, Paradies Y, Priest N. Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14:99. doi: 10.1186/1472-6963-14-99. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-99>
39. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health.* 2018 Nov;6(11):e1196-e1252. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30386-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30386-3/fulltext)
40. OECD/WHO. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. Paris: OECD Publishing; 2020. doi: 10.1787/6089164f-en. Available from: <https://www.oecd->

ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020_6089164f-en

41. Alkire S, Santos ME. Acute Multidimensional Poverty: A New Index for Developing Countries. OPHI Working Paper No. 38. Oxford Poverty and Human Development Initiative, University of Oxford; 2010. Available from: <https://ophi.org.uk/working-paper-number-38/>
42. Cid C, Cavada G, Vargas C, Prieto T. Association between public health insurance and the utilization of medical services in primary care in Chile [in Spanish]. *Rev Med Chil*. 2017 Mar;145(3):305-314. doi: 10.4067/S0034-98872017000300004. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
43. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008 Dec;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608005086>
44. United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). World Cities Report 2022: Envisaging the Future of Cities. Nairobi: UN-Habitat; 2022. Available from: <https://unhabitat.org/world-cities-report-2022>
45. Ezech A, Oyeboode O, Satterthwaite D, Chen Y-F, Ndugwa R, Sartori J, et al. The history, geography, and sociology of slums and the health problems of people who live in slums. *Lancet*. 2017 Feb 4;389(10068):547-558. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31650-6. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31650-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31650-6/fulltext)
46. Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban as a determinant of health. *J Urban Health*. 2007 May;84(3 Suppl):i16-i26. doi: 10.1007/s11524-007-9169-3. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-007-9169-3>
47. WHO. Global report on urban health: equitable, healthier cities for sustainable development. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565271>
48. Gething PW, Johnson FA, Frempong-Ainguah F, Nyarko P, Baschieri A, Aboagye P, et al. Geographical access to care at birth in Ghana: a barrier to safe motherhood. *BMC Public Health*. 2012;12:991. doi: 10.1186/1471-2458-12-991. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-991>
49. McIntyre D, Thiede M, Dahlgren G, Whitehead M. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Soc Sci Med*. 2006 Feb;62(4):858-65. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.001. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953605003700>

50. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep.* 2003 Jul-Aug;118(4):293-302. doi: 10.1093/phr/118.4.293. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1093/phr/118.4.293>
51. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health.* 2018 Nov;6(11):e1196-e1252. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30386-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30386-3/fulltext)
52. Alkire S, Foster J. Counting and multidimensional poverty measurement. *J Public Econ.* 2011 Aug;95(7-8):476-487. doi: 10.1016/j.jpubeco.2010.11.006. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S004727271000142X>
53. Fay M, (ed.). *The Urban Poor in Latin America*. Washington, DC: The World Bank; 2005. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7472>
54. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 May 21]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
55. United Nations Human Settlements Programme. *World Cities Report 2022* [Internet]. Nairobi: UN-Habitat; 2022 [cited 2024 May 21]. Available from: <https://unhabitat.org/world-cities-report-2022>
56. Organización Panamericana de la Salud. *Transformación de los sistemas de salud* [Internet]. Washington: OPS; 2023 [cited 2024 May 21]. Available from: <https://www.paho.org/es/transformacion-sistemas-salud>
57. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 May 21]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
58. United Nations Human Settlements Programme. *World Cities Report 2022: Envisaging the Future of Cities* [Internet]. Nairobi: UN-Habitat; 2022 [cited 2024 May 21]. Available from: <https://unhabitat.org/world-cities-report-2022>
59. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. 1ª ed. México: McGraw-Hill; 2018. p. 450.
60. Kerlinger FN, Lee HB. *Foundations of behavioral research*. 4th ed. Fort Worth: Harcourt College Publishers; 2000. p. 123.
61. Babbie E. *The practice of social research*. 15th ed. Belmont: Cengage Learning; 2020. p. 215.

62. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.
63. Kish L. *Survey sampling.* New York: John Wiley & Sons; 1965. p. 18-25.
64. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
65. Daniel WW, Cross CL. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences.* 11th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2018.

Anexo N°1: Matriz de consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO DE INVEST.	POBLACIÓN	
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	Este estudio se fundamentará en el modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS y el modelo de acceso de Andersen, que establecen que las condiciones socioeconómicas determinan inequidades en el acceso a servicios de salud.	HIPÓTESIS GENERAL	INDEPENDIENTE	DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE	Investigación cuantitativa	Se incluyeron 50 hogares y 100 individuos mayores de edad.	
¿Cuál es el impacto de las desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica 2025?	Determinar el impacto de las desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.		Ha: Las desigualdades sociales impactan significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.	Desigualdades Sociales	- Condición socioeconómica y laboral - Nivel educativo y alfabetización en salud - Accesibilidad geográfica y transporte			
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	IMPORTANCIA	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	DEPENDIENTE	DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	DISEÑO DE INVEST.	MUESTRA	
Pe1.- ¿De qué manera la condición socioeconómica y laboral influye en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025?	Oe1.- Analizar la influencia de la condición socioeconómica y laboral en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.	La presente investigación será fundamental para cuantificar el impacto de los determinantes sociales en el acceso a salud en zonas periurbanas, proporcionando evidencia científica para el diseño de políticas públicas focalizadas que permitan reducir brechas de equidad en poblaciones vulnerables de la Región Ica	Ha: La condición socioeconómica y laboral influye significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.	Acceso a servicios de salud	- Accesibilidad geográfica y disponibilidad - Accesibilidad económica - Aceptabilidad y adecuación cultural	No experimental	Es una muestra no probabilística conformada por que 100 personas que voluntariamente participan	
Pe2.- ¿Cómo influye el nivel educativo y la alfabetización en salud en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025?	Oe2.- Evaluar la influencia del nivel educativo y la alfabetización en salud en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.		Ha: El nivel educativo y la alfabetización en salud influyen significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.			NIVEL DE INVEST.		
Pe3.- ¿De qué forma la accesibilidad geográfica y el transporte afectan el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025?	Oe3.- Examinar el efecto de la accesibilidad geográfica y el transporte en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe, Región Ica, 2025.		Ha: La accesibilidad geográfica y el transporte afectan significativamente el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.			Explicativo-descriptivo		

Anexo N°2: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INTERROGANTES	CARACTERÍSTICAS	NIVEL DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE	Las desigualdades sociales son diferencias sistemáticas y evitables en el acceso a recursos, oportunidades y poder entre grupos sociales, determinadas por factores como posición socioeconómica, educación, género o etnia, que generan ventajas o desventajas injustas	Durante el desarrollo de la tesis se emplearán cada una de las técnicas y métodos señalados en el proyecto	Condición socioeconómica y laboral	1. Nivel de ingresos del hogar 2. Estabilidad laboral 3. Nivel de pobreza multidimensional 4. Acceso a seguridad social en salud	1. ¿Su ingreso mensual familiar es suficiente para cubrir sus necesidades básicas, incluida la atención de salud? 2. ¿Usted o los miembros de su hogar tienen un empleo estable y formal? 3. ¿Su hogar tiene dificultades para acceder a servicios básicos como agua, luz o internet, lo que limita sus recursos para la salud? 4. ¿Usted o su familia están afiliados a algún tipo de seguro de salud (SIS, EsSalud, privado)?	Cuantitativa	Ordinal
Desigualdades sociales			Nivel educativo y alfabetización en salud	1. Años de educación formal completados 2. Comprensión de información básica de salud 3. Capacidad para navegar en el sistema de salud 4. Capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud	5. ¿Su nivel de educación le permite entender fácilmente las instrucciones e información que le dan los doctores o enfermeras? 6. ¿Sabe usted cómo y dónde acudir para solicitar una cita médica o un servicio de emergencia? 7. ¿Se siente seguro/a para preguntar y aclarar sus dudas con el personal de salud? 8. ¿Puede identificar cuándo una enfermedad requiere atención médica profesional en lugar de automedicarse?		
			Accesibilidad geográfica y transporte	1. Distancia al establecimiento de salud más cercano 2. Tiempo de viaje al establecimiento de salud 3. Costo y disponibilidad del transporte 4. Estado de las vías de acceso	9. ¿El centro de salud más cercano a su vivienda se encuentra a una distancia caminable? 10. ¿El tiempo que tarda en llegar a un centro de salud le impide buscar atención cuando la necesita? 11. ¿El costo del pasaje de ida y vuelta a un centro de salud representa una carga económica para su familia? 12. ¿El mal estado de los caminos o la falta de transporte público dificultan su acceso al centro de salud?		
DEPENDIENTE			Accesibilidad y disponibilidad	1. Distancia y tiempo de viaje al establecimiento de salud 2. Gama de servicios disponibles 3. Horarios de atención compatibles con la población 4. Disponibilidad de medicamentos esenciales	13. ¿El centro de salud más cercano se encuentra a una distancia y tiempo de viaje razonables desde su hogar? 14. ¿El establecimiento de salud al que acude cuenta con la especialidad o el servicio médico que usted requiere? 15. ¿Los horarios de atención del centro de salud son compatibles con su disponibilidad de tiempo (ej. fuera de su horario laboral)? 16. ¿Cuándo acude a la farmacia del establecimiento de salud, siempre encuentra los medicamentos que le recetan?	Cualitativa	Nominal y razón
Acceso a servicios de salud	Es la oportunidad efectiva de las personas para utilizar servicios sanitarios apropiados cuando los necesitan, superando barreras geográficas, financieras, culturales y organizativas que puedan limitar su utilización		Accesibilidad económica	1. Costo de los servicios de consulta y tratamientos 2. Costo indirecto del acceso (transporte, tiempo perdido) 3. Protección financiera a través de un seguro de salud 4. Impacto del gasto en salud en la economía familiar	17. ¿Los costos de las consultas médicas, exámenes o tratamientos son asequibles para su economía familiar? 18. ¿Los gastos indirectos para acceder a la salud (transporte, alimentación fuera de casa) le impiden acudir al médico? 19. ¿Su afiliación a un seguro de salud (SIS, EsSalud, privado) le permite cubrir la mayoría de sus gastos médicos? 20. ¿Tener que pagar por una atención de salud representa una carga financiera importante para su hogar?		
			Aceptabilidad y adecuación cultural	1. Respeto y trato digno por parte del personal de salud 2. Respeto a las prácticas y creencias culturales del paciente 3. Capacidad de comunicación y confidencialidad 4. Satisfacción con la calidad de la atención recibida	21. ¿El personal de salud (médicos, enfermeras) le trata con respeto y le explica las cosas de manera clara? 22. ¿Siente que el personal de salud respeta sus creencias, costumbres o medicina tradicional? 23. ¿Se siente en confianza para hablar con su médico y confía en que su información personal será manejada con privacidad? 24. ¿En general, está satisfecho/a con la calidad de la atención que recibe cuando acude a un servicio de salud?		

Anexo N°3: Instrumento de recolección de datos



Ficha N° _____

Cuestionario anónimo y confidencial: “Desigualdades sociales y su impacto en el acceso a servicios de salud en la Expansión Urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025”

Estimados (a) colaboradores (a)

Estamos proponiendo una investigación sobre el acceso a los servicios de salud pública en relación con las inequidades sociales. Le rogamos su colaboración en el cuestionario.

No dude en responder. No hay respuestas buenas o malas. Su respuesta se mantendrá en secreto y completamente anónima. Nadie sabe que lo que respondes no puede identificarte. Muchas gracias.

ADVERTENCIA: Elija el mejor momento para completar la encuesta. Aquí hay algunas preguntas delicadas, es más seguro no tener a nadie mientras contesta. Si se encuentra con una situación que pone en peligro su anonimato o seguridad, cierre el cuestionario inmediatamente y complételo en otro momento.

INTERROGANTES

VARIABLE: IMPLEMENTACION DE LA CONSTITUCION ECOLÓGICA

DIMENSIÓN: CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y LABORAL

1. ¿Su ingreso mensual familiar es suficiente para cubrir sus necesidades básicas, incluida la atención de salud?
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

2. ¿Usted o los miembros de su hogar tienen un empleo estable y formal?
 - a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

3. ¿Su hogar tiene dificultades para acceder a servicios básicos como agua, luz o internet, lo que limita sus recursos para la salud?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
4. ¿Usted o su familia están afiliados a algún tipo de seguro de salud (SIS, EsSalud o privado)?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

DIMENSIÓN: NIVEL EDUCATIVO Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD

5. ¿Su nivel de educación le permite entender fácilmente las instrucciones e información que le brindan los médicos o enfermeras?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
6. ¿Sabe usted cómo y dónde acudir para solicitar una cita médica o un servicio de emergencia?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
7. ¿Se siente seguro(a) para preguntar y aclarar sus dudas con el personal de salud?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

8. ¿Puede identificar cuándo una enfermedad requiere atención médica profesional en lugar de automedicarse?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

DIMENSIÓN: ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA Y TRANSPORTE

9. ¿El centro de salud más cercano a su vivienda se encuentra a una distancia caminable?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
10. ¿El tiempo que tarda en llegar a un centro de salud le impide buscar atención cuando la necesita?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
11. ¿El costo del pasaje de ida y vuelta a un centro de salud representa una carga económica para su familia?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
12. ¿El mal estado de los caminos o la falta de transporte público dificultan su acceso al centro de salud?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa

- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

VARIABLE: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

DIMENSIÓN: ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD

13. ¿El centro de salud más cercano se encuentra a una distancia y tiempo de viaje razonables desde su hogar?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
14. ¿El establecimiento de salud al que acude cuenta con la especialidad o el servicio médico que usted requiere?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
15. ¿Los horarios de atención del centro de salud son compatibles con su disponibilidad de tiempo (por ejemplo, fuera de su horario laboral)?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
16. ¿Cuándo acude a la farmacia del establecimiento de salud siempre encuentra los medicamentos que le recetan?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

DIMENSIÓN: ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

17. ¿Los costos de las consultas médicas, exámenes o tratamientos son asequibles para su economía familiar?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
18. ¿Los gastos indirectos para acceder a la salud (transporte, alimentación fuera de casa) le impiden acudir al médico?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
19. ¿Su afiliación a un seguro de salud (SIS, EsSalud o privado) le permite cubrir la mayoría de sus gastos médicos?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo
20. ¿Tener que pagar por una atención de salud representa una carga financiera importante para su hogar?
- a) Muy de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) No precisa
 - d) En desacuerdo
 - e) Muy en desacuerdo

DIMENSIÓN: ACEPTABILIDAD Y ADECUACIÓN CULTURAL

21. ¿El personal de salud (médicos o enfermeras) le trata con respeto y le explica las cosas de manera clara?

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) No precisa
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

22. ¿Siente que el personal de salud respeta sus creencias, costumbres o medicina tradicional?

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) No precisa
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

23. ¿Se siente en confianza para hablar con su médico y confía en que su información personal será manejada con privacidad?

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) No precisa
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

24. ¿En general, está satisfecho(a) con la calidad de la atención que recibe cuando acude a un servicio de salud?

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) No precisa
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

Anexo N°4: Confiabilidad

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	100	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	100	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,868	24

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

Al aplicar el instrumento al grupo piloto, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.868. La escala es **muy altamente confiable** a un nivel de significación 0.05.

El coeficiente de confiabilidad se interpreta siguiendo la siguiente escala:

Escala para interpretar el coeficiente de confiabilidad (Ruiz, 1998)

RANGOS	MAGNITUD
0.81 – 1.00	Muy alta
0.61 – 0.80	Alta
0.41 – 0.60	Moderada
0.21 – 0.40	Baja

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
¿Su ingreso mensual familiar es suficiente para cubrir sus necesidades básicas, incluida la atención de salud?	49,06	181,431	,118	,874
¿Usted o los miembros de su hogar tienen un empleo estable y formal?	49,70	205,828	-,481	,896
¿Su hogar tiene dificultades para acceder a servicios básicos como agua, luz o internet, lo que limita sus recursos para la salud?	50,58	190,751	-,397	,873
¿Usted o su familia están afiliados a algún tipo de seguro de salud (SIS, EsSalud, privado)?	49,26	190,538	-,141	,878
¿Su nivel de educación le permite entender fácilmente las instrucciones e información que le dan los doctores o enfermeras?	49,48	162,838	,692	,853
¿Sabe usted cómo y dónde acudir para solicitar una cita médica o un servicio de emergencia?	49,16	158,277	,593	,857
¿Se siente seguro/a para preguntar y aclarar sus dudas con el personal de salud?	49,88	171,016	,604	,858
¿Puede identificar cuándo una enfermedad requiere atención médica profesional en lugar de automedicarse?	49,70	174,152	,590	,860
¿El centro de salud más cercano a su vivienda se encuentra a una distancia caminable?	49,78	163,729	,798	,851
¿El tiempo que tarda en llegar a un centro de salud le impide buscar atención cuando la necesita?	49,74	163,669	,813	,851
¿El costo del pasaje de ida y vuelta a un centro de salud representa una carga económica para su familia?	49,84	166,479	,721	,854
¿El mal estado de los caminos o la falta de transporte público dificultan su acceso al centro de salud?	49,66	167,742	,556	,858
¿El centro de salud más cercano se encuentra a una distancia y tiempo de viaje razonables desde su hogar?	49,92	165,771	,828	,852
¿El establecimiento de salud al que acude cuenta con la especialidad o el servicio médico que usted requiere?	49,16	171,752	,592	,859
¿Los horarios de atención del centro de salud son compatibles con su disponibilidad de tiempo (ej. fuera de su horario laboral)?	49,10	179,626	,342	,865
¿Cuándo acude a la farmacia del establecimiento de salud, siempre encuentra los medicamentos que le recetan?	49,34	173,398	,646	,859
¿Los costos de las consultas médicas, exámenes o tratamientos son asequibles para su economía familiar?	48,88	180,612	,210	,869
¿Los gastos indirectos para acceder a la salud (transporte, alimentación fuera de casa) le impiden acudir al médico?	49,16	175,651	,585	,861
¿Su afiliación a un seguro de salud (SIS, EsSalud, privado) le permite cubrir la mayoría de sus gastos médicos?	48,90	173,667	,442	,862
¿Tener que pagar por una atención de salud representa una carga financiera importante para su hogar?	49,44	174,936	,481	,862
¿El personal de salud (médicos, enfermeras) le trata con respeto y le explica las cosas de manera clara?	49,80	163,960	,650	,855
¿Siente que el personal de salud respeta sus creencias, costumbres o medicina tradicional?	49,50	173,586	,249	,872
¿Se siente en confianza para hablar con su médico y confía en que su información personal será manejada con privacidad?	49,80	163,960	,650	,855
¿En general, está satisfecho/a con la calidad de la atención que recibe cuando acude a un servicio de salud?	49,80	163,960	,650	,855

Anexo N°5: Contrastación de la hipótesis general

Hipótesis principal

Hp: Las desigualdades sociales impactan significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

- **Hipótesis nula (H_0)**

H_0 : Las desigualdades sociales no impactan significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

- **Hipótesis alterna (H_a)**

H_a : Las desigualdades sociales impactan significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

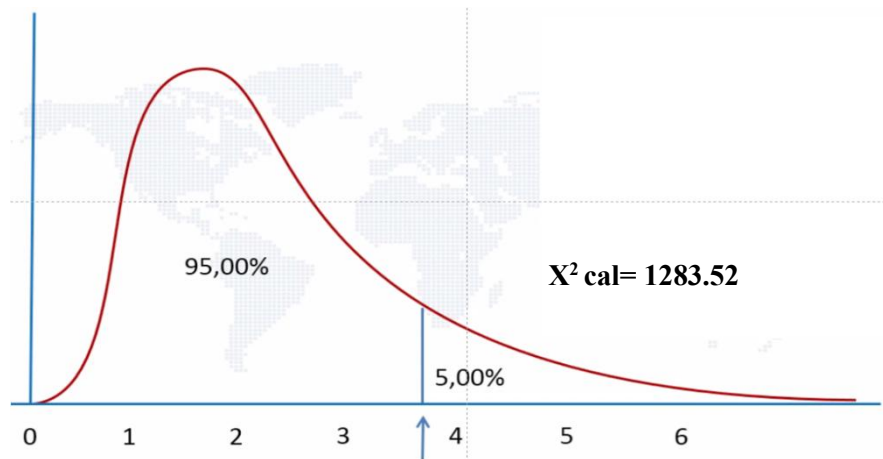
HALLANDO FRECUENCIA ESPERADA (F_E)											
RESPUESTA PREGUNTA	1		2		3		4		5		TOTAL
	F_O	F_E	F_O	F_E	F_O	F_E	F_O	F_E	F_O	F_E	
1	24	39	26	28	32	16.58	0	10.50	18	5.58	100
2	56	39.00	26	28.33	0	16.58	0	10.50	18	5.58	100
3	90	39.00	10	28.33	0	16.58	0	10.50	0	5.58	100
4	18	39.00	48	28.33	8	16.58	26	10.50	0	5.58	100
5	44	39.00	24	28.33	0	16.58	32	10.50	0	5.58	100
6	52	39.00	8	28.33	0	16.58	16	10.50	24	5.58	100
7	60	39.00	0	28.33	40	16.58	0	10.50	0	5.58	100
8	34	39.00	34	28.33	32	16.58	0	10.50	0	5.58	100
9	50	39.00	26	28.33	8	16.58	16	10.50	0	5.58	100
10	46	39.00	30	28.33	8	16.58	16	10.50	0	5.58	100
11	52	39.00	26	28.33	8	16.58	14	10.50	0	5.58	100
12	46	39.00	30	28.33	8	16.58	8	10.50	8	5.58	100
13	54	39.00	24	28.33	14	16.58	8	10.50	0	5.58	100
14	1	39.00	70	28.33	13	16.58	8	10.50	8	5.58	100
15	6	39.00	42	28.33	41	16.58	10	10.50	1	5.58	100
16	12	39.00	50	28.33	30	16.58	8	10.50	0	5.58	100
17	8	39.00	40	28.33	17	16.58	34	10.50	1	5.58	100
18	6	39.00	44	28.33	42	16.58	8	10.50	0	5.58	100
19	10	39.00	34	28.33	32	16.58	16	10.50	8	5.58	100
20	25	39.00	34	28.33	33	16.58	8	10.50	0	5.58	100
21	60	39.00	16	28.33	8	16.58	8	10.50	8	5.58	100
22	62	39.00	6	28.33	8	16.58	0	10.50	24	5.58	100
23	60	39.00	16	28.33	8	16.58	8	10.50	8	5.58	100
24	60	39.00	16	28.33	8	16.58	8	10.50	8	5.58	100
TOTAL	936		680		398		252		134		2400

HALLANDO CHI - CUADRADO (X ²)						
PREGUNTA \ RESPUESTA	1	2	3	4	5	TOTAL
	X ²	X ²	X ²	X ²	X ²	
1	5.77	0.19	14.33	10.50	27.61	58.41
2	7.41	0.19	16.58	10.50	27.61	62.30
3	66.69	11.86	16.58	10.50	5.58	111.22
4	11.31	13.65	4.44	22.88	5.58	57.87
5	0.64	0.66	16.58	44.02	5.58	67.49
6	4.33	14.59	16.58	2.88	60.75	99.14
7	11.31	28.33	33.07	10.50	5.58	88.79
8	0.64	1.13	14.33	10.50	5.58	32.19
9	3.10	0.19	4.44	2.88	5.58	16.20
10	1.26	0.10	4.44	2.88	5.58	14.26
11	4.33	0.19	4.44	1.17	5.58	15.72
12	1.26	0.10	4.44	0.60	1.05	7.44
13	5.77	0.66	0.40	0.60	5.58	13.01
14	37.03	61.27	0.77	0.60	1.05	100.72
15	27.92	6.59	35.95	0.02	3.76	74.25
16	18.69	16.57	10.85	0.60	5.58	52.29
17	24.64	4.80	0.01	52.60	3.76	85.81
18	27.92	8.66	38.96	0.60	5.58	81.72
19	21.56	1.13	14.33	2.88	1.05	40.96
20	5.03	1.13	16.25	0.60	5.58	28.59
21	11.31	5.37	4.44	0.60	1.05	22.76
22	13.56	17.60	4.44	10.50	60.75	106.86
23	11.31	5.37	4.44	0.60	1.05	22.76
24	11.31	5.37	4.44	0.60	1.05	22.76
TOTAL						1283.52

VALIDACION DE HIPOTESIS GENERAL			
DATOS INVESTIGACION		CONTRASTE DE HIPOTESIS	
GRADOS DE LIBERTAD	92	X ² EXPERIMENTAL	1283.52
ERROR ESPERADO	0.05	X ² TEORICO	115.39
RESULTADO			RECHAZAMOS H0

Hallando los Grados de Libertad: $(C - 1) (F - 1) = (5-1) (24-1) = 92$

Valor calculado de tabla del chi cuadrado = 115.39



$$X^2_{95\%} = 115.39$$

p valor < 0.05

Decisión: Como el chi cuadrado calculado es mayor a 115.39 entonces se acepta la hipótesis alterna. Las desigualdades sociales impactan significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

Anexo N°6: Contrastación de la hipótesis específica

Primera hipótesis específica:

He₁: La condición socioeconómica y laboral influye significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

- **Hipótesis nula (H₀)**

H₀: La condición socioeconómica y laboral no influye significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

- **Hipótesis alterna (Ha)**

Ha: La condición socioeconómica y laboral influye significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

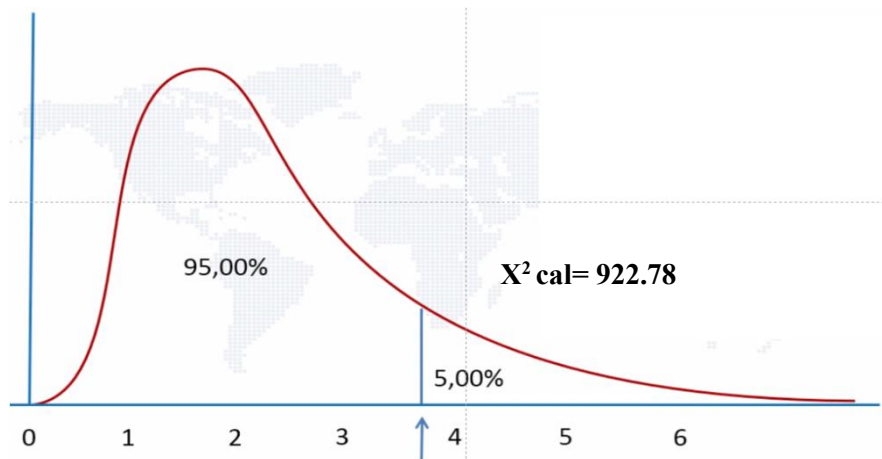
HALLANDO FRECUENCIA ESPERADA (F _E)											
RESPUESTA PREGUNTA	1		2		3		4		5		TOTAL
	F _O	F _E	F _O	F _E	F _O	F _E	F _O	F _E	F _O	F _E	
1	24	34.50	26	31.38	32	18.38	0	9.38	18	6.38	100.00
2	56	34.50	26	31.38	0	18.38	0	9.38	18	6.38	100.00
3	90	34.50	10	31.38	0	18.38	0	9.38	0	6.38	100.00
4	18	34.50	48	31.38	8	18.38	26	9.38	0	6.38	100.00
5	54	34.50	24	31.38	14	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
6	1	34.50	70	31.38	13	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
7	6	34.50	42	31.38	41	18.38	10	9.38	1	6.38	100.00
8	12	34.50	50	31.38	30	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
9	8	34.50	40	31.38	17	18.38	34	9.38	1	6.38	100.00
10	6	34.50	44	31.38	42	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
11	10	34.50	34	31.38	32	18.38	16	9.38	8	6.38	100.00
12	25	34.50	34	31.38	33	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
13	60	34.50	16	31.38	8	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
14	62	34.50	6	31.38	8	18.38	0	9.38	24	6.38	100.00
15	60	34.50	16	31.38	8	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
16	60	34.50	16	31.38	8	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
TOTAL	552		502		294		150		102		1600.00

HALLANDO CHI - CUADRADO (X ²)						
PREGUNTA \ RESPUESTA	1	2	3	4	5	TOTAL
	X ²	X ²	X ²	X ²	X ²	
1	3.20	0.92	10.10	9.38	21.20	44.79
2	13.40	0.92	18.38	9.38	21.20	63.27
3	89.28	14.56	18.38	9.38	6.38	137.97
4	7.89	8.81	5.86	29.48	6.38	58.42
5	11.02	1.73	1.04	0.20	6.38	20.37
6	32.53	47.55	1.57	0.20	0.41	82.27
7	23.54	3.60	27.86	0.04	4.53	59.57
8	14.67	11.06	7.35	0.20	6.38	39.66
9	20.36	2.37	0.10	64.68	4.53	92.04
10	23.54	5.08	30.38	0.20	6.38	65.58
11	17.40	0.22	10.10	4.68	0.41	32.82
12	2.62	0.22	11.64	0.20	6.38	21.05
13	18.85	7.53	5.86	0.20	0.41	32.86
14	21.92	20.52	5.86	9.38	48.73	106.40
15	18.85	7.53	5.86	0.20	0.41	32.86
16	18.85	7.53	5.86	0.20	0.41	32.86
TOTAL						922.78

VALIDACION DE HIPOTESIS ESPECIFICA 1			
DATOS INVESTIGACION		CONTRASTE DE HIPOTESIS	
GRADOS DE LIBERTAD	60	X ² EXPERIMENTAL	922.78
ERROR ESPERADO	0.05	X ² TEORICO	79.08
		RESULTADO	RECHAZAMOS H0

Hallando los Grados de Libertad: $(C - 1) (F - 1) = (16 - 1) (5 - 1) = 60$

Valor calculado de tabla del chi cuadrado = 79.08



$$X^2_{95\%} = 79.08$$

p valor < 0.05

Decisión: Como el chi cuadrado calculado es mayor a 79.08 se acepta la hipótesis alterna. Entonces la condición socioeconómica y laboral influye significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

Segunda hipótesis específica:

He₁: El nivel educativo y la alfabetización en salud influyen significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

- **Hipótesis nula (H₀)**

H₀: El nivel educativo y la alfabetización en salud no influyen significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

- **Hipótesis alterna (H_a)**

H_a: El nivel educativo y la alfabetización en salud influyen significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

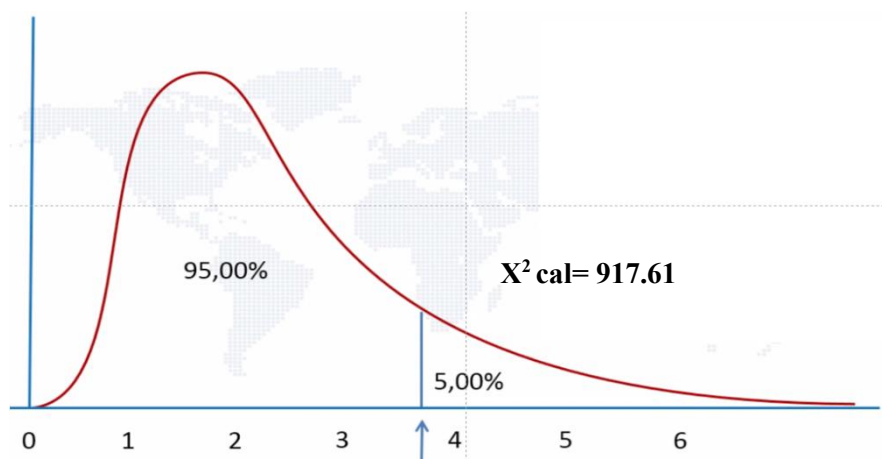
HALLANDO FRECUENCIA ESPERADA (F_E)											
RESPUESTA PREGUNTA	1		2		3		4		5		TOTAL
	F_O	F_E	F_O	F_E	F_O	F_E	F_O	F_E	F_O	F_E	
1	44	34.50	24	31.38	0	18.38	32	9.38	0	6.38	100.00
2	52	34.50	8	31.38	0	18.38	16	9.38	24	6.38	100.00
3	60	34.50	0	31.38	40	18.38	0	9.38	0	6.38	100.00
4	34	34.50	34	31.38	32	18.38	0	9.38	0	6.38	100.00
5	54	34.50	24	31.38	14	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
6	1	34.50	70	31.38	13	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
7	6	34.50	42	31.38	41	18.38	10	9.38	1	6.38	100.00
8	12	34.50	50	31.38	30	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
9	8	34.50	40	31.38	17	18.38	34	9.38	1	6.38	100.00
10	6	34.50	44	31.38	42	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
11	10	34.50	34	31.38	32	18.38	16	9.38	8	6.38	100.00
12	25	34.50	34	31.38	33	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
13	60	34.50	16	31.38	8	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
14	62	34.50	6	31.38	8	18.38	0	9.38	24	6.38	100.00
15	60	34.50	16	31.38	8	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
16	60	34.50	16	31.38	8	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
TOTAL	554		458		326		172		90		1600.00

HALLANDO CHI - CUADRADO (X^2)							
PREGUNTA RESPUESTA	1	2	3	4	5	TOTAL	
	X^2	X^2	X^2	X^2	X^2		
1	2.62	1.73	18.38	54.60	6.38	83.70	
2	8.88	17.41	18.38	4.68	48.73	98.08	
3	18.85	31.38	25.45	9.38	6.38	91.42	
4	0.01	0.22	10.10	9.38	6.38	26.08	
5	11.02	1.73	1.04	0.20	6.38	20.37	
6	32.53	47.55	1.57	0.20	0.41	82.27	
7	23.54	3.60	27.86	0.04	4.53	59.57	
8	14.67	11.06	7.35	0.20	6.38	39.66	
9	20.36	2.37	0.10	64.68	4.53	92.04	
10	23.54	5.08	30.38	0.20	6.38	65.58	
11	17.40	0.22	10.10	4.68	0.41	32.82	
12	2.62	0.22	11.64	0.20	6.38	21.05	
13	18.85	7.53	5.86	0.20	0.41	32.86	
14	21.92	20.52	5.86	9.38	48.73	106.40	
15	18.85	7.53	5.86	0.20	0.41	32.86	
16	18.85	7.53	5.86	0.20	0.41	32.86	
TOTAL						917.61	

VALIDACION DE HIPOTESIS ESPECIFICA 2			
DATOS INVESTIGACION		CONTRASTE DE HIPOTESIS	
GRADOS DE LIBERTAD	60	X ² EXPERIMENTAL	917.61
ERROR ESPERADO	0.05	X ² TEORICO	79.08
		RESULTADO	RECHAZAMOS H0

Hallando los Grados de Libertad: $(C - 1) (F - 1) = (16 - 1) (5 - 1) = 60$

Valor calculado de tabla del chi cuadrado = 79.08



$$X^2_{95\%} = 79.08$$

p valor < 0.05

Decisión: Como el chi cuadrado calculado es mayor a 79.08 se acepta la hipótesis alterna. Entonces el nivel educativo y la alfabetización en salud influyen significativamente en el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

Tercera hipótesis específica:

He₁: La accesibilidad geográfica y el transporte afectan significativamente el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

Ho: La accesibilidad geográfica y el transporte no afectan significativamente el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

- **Hipótesis alterna (Ha)**

Ha: La accesibilidad geográfica y el transporte afectan significativamente el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.

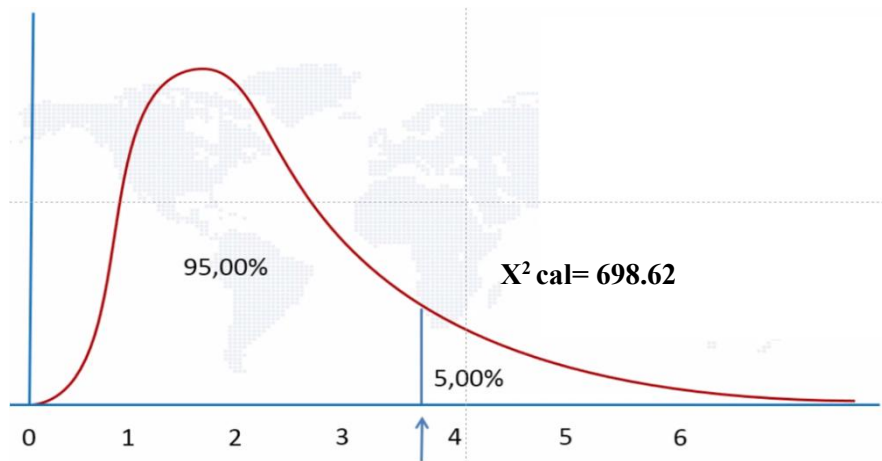
HALLANDO FRECUENCIA ESPERADA (F _E)											
RESPUESTA PREGUNTA	1		2		3		4		5		TOTAL
	F _O	F _E	F _O	F _E	F _O	F _E	F _O	F _E	F _O	F _E	
1	50	34.50	26	31.38	8	18.38	16	9.38	0	6.38	100.00
2	46	34.50	30	31.38	8	18.38	16	9.38	0	6.38	100.00
3	52	34.50	26	31.38	8	18.38	14	9.38	0	6.38	100.00
4	46	34.50	30	31.38	8	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
5	54	34.50	24	31.38	14	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
6	1	34.50	70	31.38	13	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
7	6	34.50	42	31.38	41	18.38	10	9.38	1	6.38	100.00
8	12	34.50	50	31.38	30	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
9	8	34.50	40	31.38	17	18.38	34	9.38	1	6.38	100.00
10	6	34.50	44	31.38	42	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
11	10	34.50	34	31.38	32	18.38	16	9.38	8	6.38	100.00
12	25	34.50	34	31.38	33	18.38	8	9.38	0	6.38	100.00
13	60	34.50	16	31.38	8	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
14	62	34.50	6	31.38	8	18.38	0	9.38	24	6.38	100.00
15	60	34.50	16	31.38	8	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
16	60	34.50	16	31.38	8	18.38	8	9.38	8	6.38	100.00
TOTAL	558		504		286		178		74		1600.00

HALLANDO CHI - CUADRADO (X ²)						
PREGUNTA \ RESPUESTA	1	2	3	4	5	TOTAL
	X ²	X ²	X ²	X ²	X ²	
1	6.96	0.92	5.86	4.68	6.38	24.80
2	3.83	0.06	5.86	4.68	6.38	20.81
3	8.88	0.92	5.86	2.28	6.38	24.31
4	3.83	0.06	5.86	0.20	0.41	10.37
5	11.02	1.73	1.04	0.20	6.38	20.37
6	32.53	47.55	1.57	0.20	0.41	82.27
7	23.54	3.60	27.86	0.04	4.53	59.57
8	14.67	11.06	7.35	0.20	6.38	39.66
9	20.36	2.37	0.10	64.68	4.53	92.04
10	23.54	5.08	30.38	0.20	6.38	65.58
11	17.40	0.22	10.10	4.68	0.41	32.82
12	2.62	0.22	11.64	0.20	6.38	21.05
13	18.85	7.53	5.86	0.20	0.41	32.86
14	21.92	20.52	5.86	9.38	48.73	106.40
15	18.85	7.53	5.86	0.20	0.41	32.86
16	18.85	7.53	5.86	0.20	0.41	32.86
TOTAL						698.62

VALIDACION DE HIPOTESIS ESPECIFICA 3			
DATOS INVESTIGACION		CONTRASTE DE HIPOTESIS	
GRADOS DE LIBERTAD	60	X ² EXPERIMENTAL	698.62
ERROR ESPERADO	0.05	X ² TEORICO	79.08
		RESULTADO	RECHAZAMOS H0

Hallando los Grados de Libertad: $(C - 1) (F - 1) = (16 - 1) (5 - 1) = 60$

Valor calculado de tabla del chi cuadrado = 79.08



$$X^2_{95\%} = 79.08$$

p valor < 0.05

Decisión: Como el chi cuadrado calculado es mayor a 79.08 se acepta la hipótesis alterna. Entonces la accesibilidad geográfica y el transporte afectan significativamente el acceso a los servicios de salud en la expansión urbana de Salas Guadalupe Región Ica, 2025.