





Encuesta de Salud en un sistema sanitario peruano (ENSSA): diseño, metodología y resultados generales

Renán Quispe Llanos^I , Rofilia Ramírez Ramírez^I , Martha Tizón Palacios^I , Claudio Flores Flores^{II} , Alfredo Borda-Olivas^{II} , Roger Araujo Castillo^{III,IV} , Juan Guanira^{II} , Risof Solis Condor^{III} , Manuel Catacora Villasante^{III,V} , Yamilée Hurtado-Roca^{II} 

^I Gerencia de Gestión de la Información. EsSalud. Lima, Perú

^{II} Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación – IETSI. EsSalud. Lima, Perú

^{III} Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria. EsSalud. Lima, Perú

^{IV} Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Escuela de Medicina. Lima, Perú

^V Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

RESUMEN

OBJETIVO: Reportar el diseño, metodología y resultados iniciales de la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud.

MÉTODOS: La Encuesta se ejecutó en los 24 departamentos del país. Los temas investigados fueron: características de la vivienda y miembros del hogar, educación, salud, empleo e ingreso y gastos del hogar. Se realizó un tipo de muestreo bi-etápico: la unidad primaria de muestreo estuvo conformada por conglomerados compuestos por una manzana dentro del ámbito de cobertura del centro asistencial; la unidad secundaria de muestreo fueron viviendas particulares donde habitaba al menos un asegurado a EsSalud. Se analizaron los datos de 62,659 afiliados y se muestran porcentajes ajustados por el factor de expansión. Para las comparaciones, se utilizó la prueba de chi-cuadrado.

RESULTADOS: Se entrevistaron 25000 viviendas, encuestándose a 79,874 personas, de las cuales 62,659 eran afiliados a EsSalud. Los afiliados son principalmente varones (50.6%) con un nivel de educación técnico superior (39.7%). La población afiliada cuenta mayoritariamente con vivienda independiente (95.0%) y propia (68.1%). Solo el 34.5% de los asegurados practica algún deporte o ejercicio físico. El 14.0% de la población padece de alguna enfermedad crónica; el 3.5% presenta diabetes; y el 7.1%, hipertensión arterial. En los últimos tres meses, el 35.4% de los afiliados necesitaron atención médica; de estos, solo el 73.1% recibieron atención sanitaria y el 10.9% restante se atendieron en farmacias o servicios no formales de atención en salud.

CONCLUSIONES: Esta encuesta es la primera realizada en la población de afiliados a EsSalud, aplicada a nivel nacional, y cuenta con datos socioeconómicos y demográficos de los asegurados, su distribución, factores de riesgo de la salud, prevalencia de los problemas de salud y el grado de acceso a los servicios de salud.

DESCRIPTORES: Encuestas Epidemiológicas, métodos. Encuesta Socioeconómica, métodos. Muestreo. Sistemas de Salud.

Correspondencia:

Yamilée Hurtado-Roca
Subdirección de Desarrollo de
Investigación en Salud
Instituto de Evaluación de
Tecnologías en Salud e Investigación
IETSI – EsSalud
Avenida Arenales, 1302 Jesús María
Lima, Perú
E-mail: leda.hurtado@essalud.gob.pe

Recibido: 30 Ago 2018

Aprobado: 30 Nov 2018

Cómo citar: Llanos RQ, Ramírez RR, Palacios MT, Flores CF, Borda-Olivas A, Castillo RA, et al. Encuesta de Salud en un Sistema Sanitario peruano (ENSSA): diseño, metodología y resultados generales. Rev Saude Publica. 2019;53:33.

Copyright: Este es un artículo de el acceso abierto distribuido bajo la términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente los originales se acreditan.



INTRODUCCIÓN

La salud a nivel poblacional está influenciada por diversos factores complejos y relacionados entre sí. El modelo planteado por Omran¹ atribuye a la transición epidemiológica los cambios en la salud, fundamentalmente a la dinámica demográfica, social y económica de una población. Adicionalmente, el crecimiento demográfico está influenciado por ciertos determinantes como la distribución de la población, la urbanización de esta y su industrialización². Desde esta perspectiva, a nivel de salud pública, interesa obtener información de la población, de sus hábitos, su dinámica económica y social, así como de su entorno para establecer un análisis de sus necesidades y acceso a servicios de salud. Esta información requiere obtenerse con métodos y herramientas estructuradas de manera que permitan válidamente extrapolar los hallazgos relacionados a la salud y sus determinantes en la población de interés^{3,4}. Por lo tanto, se requieren metodologías que permitan realizar inferencia a la población general; utilizando para ello la técnica de encuesta como método de investigación que permite obtener datos de forma eficaz y rápida⁵.

En el Perú se realiza periódicamente la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)⁶, una fuente de datos importante que permite obtener información para las políticas públicas. Sin embargo, dado que en el Perú se cuenta con un sistema de salud público diferenciado de acuerdo con el proveedor (Ministerio de Salud: MINSA y el Seguro Social: EsSalud), nuestro sistema sanitario (EsSalud) requiere contar con información propia de su población asegurada para establecer políticas sanitarias y toma de decisiones que se ajusten tanto a datos hospitalarios, como a datos poblacionales y generar intervenciones o medidas que conlleven al beneficio de esta población⁷. Es así como, en el año 2015, se realizó la encuesta ENSSA en las familias con personas adscritas al Seguro Social de Perú, para obtener información a nivel poblacional y generar evidencia para la toma de decisiones. Algunos de estos resultados han sido publicados como insumo para los tomadores de decisiones y gestores de la institución⁸⁻¹⁰; sin embargo, los datos recolectados a través de esta encuesta podrían potencialmente ser de utilidad para la comunidad científica y permitir la generación de estudios analíticos. En consecuencia, el objetivo de este artículo es describir el detalle de los aspectos de diseño y metodología de esta encuesta. Adicionalmente, presentamos resultados sobre variables socioeconómicas, de acceso a salud, estilos de vida, accidentes y condiciones de salud en relación con las fases del ciclo de vida y las regiones geográficas del país.

MÉTODOS

La Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud (ENSSA) se ejecutó en los 24 departamentos del país. Los principales temas investigados fueron: características sociodemográficas de los miembros del hogar, características de la vivienda y del hogar, estado de salud, empleo e ingreso, gastos del hogar, conocimientos de los servicios que brinda EsSalud, percepción de la calidad y nivel de satisfacción. La encuesta ENSSA tuvo como objetivos primarios establecer las características socioeconómicas y demográficas de los asegurados, su distribución, factores de riesgo de la salud, prevalencia de los problemas de salud y el grado de acceso.

Diseño de la Encuesta ENSSA

El universo estuvo constituido por toda la población asegurada a EsSalud (titulares y sus derechohabientes) que residían en viviendas particulares ocupadas en todo el territorio del Perú. Esta definición excluyó a la población que habitaba en viviendas colectivas (hospitales, cárceles, conventos, refugios, entre otros). Al ser la población asegurada una agrupación de la población por redes y, asimismo, la población por red es una agrupación de la población por centro asistencial, se formaron marcos muestrales para cada uno de ellos. Los marcos muestrales tuvieron delimitaciones geográficas de los ámbitos de

cobertura de cada centro asistencial y la información del Censo de Vivienda y Población del 2007¹¹. Mediante la combinación de ambos recursos, se identificaron las manzanas urbanas que conformaron el área de cobertura por centro asistencial. Los niveles de inferencia cubiertos por la muestra corresponden a nivel nacional, red asistencial y centro asistencial. La Unidad Primaria de Muestreo (UPM), estuvo representada por el conglomerado conformado por una manzana dentro del ámbito de cobertura del Centro Asistencial. La Unidad Secundaria de Muestreo (USM), fue la vivienda particular donde habitaba al menos un asegurado a EsSalud. Las unidades de información o de análisis fueron las personas que componen la vivienda, encuestando a todos los miembros que habitan en esta.

Para obtener el tamaño de muestra, dado que no se cuenta con estudios previos que permitan conocer la proporción de acceso a la salud de los asegurados de EsSalud a nivel de Centro Asistencial, se utilizó un valor esperado de la proporción de 0.5. Los Centros Asistenciales se estratificaron de acuerdo con la cantidad de personas adscritas y de acuerdo con el estrato se asignó un nivel de precisión. Por lo tanto, utilizando un nivel de confianza de 0.95, un margen esperado menor de 12% y un efecto de diseño de 1.2, el tamaño de muestra a nivel nacional fue de 24,640 viviendas. La selección de la muestra fue en dos etapas: en la primera etapa se seleccionaron los conglomerados (manzanas) pertenecientes a la cobertura de un Centro Asistencial cuya área geográfica bien delimitada y cuyo tamaño se expresó en términos de número de viviendas; en la segunda, se seleccionaron viviendas particulares ocupadas, existentes dentro de los conglomerados donde habitaba un asegurado a EsSalud. La selección de las unidades de primera etapa se efectuó en forma aleatoria y con una probabilidad de selección proporcional a una medida de tamaño, mediante el número de viviendas que tengan las mismas al Censo de Población y Vivienda 2007. Para la selección de las unidades de segunda etapa (viviendas dentro de cada conglomerado) se preguntó en los hogares de la manzana (empezando por el punto noreste) si vive en ellos alguna persona asegurada a EsSalud. Si la respuesta era afirmativa, el hogar era seleccionado. El trabajo en la UPM terminaba al entrevistar exitosamente a cuatro hogares.

Colección de Datos de la Encuesta ENSSA

La Encuesta se ejecutó utilizando un cuestionario estructurado y mediante entrevista directa. El trabajo de recolección de información inició el 1° de febrero de 2015 y culminó el 31 de marzo del mismo año. El instrumento utilizado para el recojo de datos fue un cuestionario aplicado a hogares que constaba de 12 secciones y un total de 290 preguntas, el mismo que fue diseñado de manera conjunta con funcionarios de las distintas áreas de EsSalud. El contenido respondía a necesidades de información institucional para la toma de decisiones. Las variables recogidas en la encuesta fueron auto-reportadas; solo en el caso de la variable circunferencia del perímetro abdominal, se midió a los entrevistados mayores de 12 años; no se incluyó a mujeres gestantes, puérperas ni mujeres con post-parto de hasta 60 días.

Los encuestadores realizaron un registro de viviendas en la manzana que se les asignó. Este registro comprendía a todas las viviendas que visitaban mientras indagaban la presencia de asegurados de EsSalud que vivan allí. El registro terminaba cuando el encuestador conseguía su cuarta entrevista a un hogar donde habitaba un asegurado a EsSalud. Cada supervisor local verificó la hoja filtro para corroborar que el registro fuese correcto. Es decir, que el encuestador no hubiese omitido ninguna vivienda y el registro reflejase la realidad de la manzana seleccionada. El proceso de supervisión fue permanente a lo largo de la encuesta y fue de manera directa y por re-entrevistas. La supervisión directa consistió en el acompañamiento del supervisor con el encuestador al momento de realizar una entrevista, con la finalidad de observar el desempeño y cumplimiento de la metodología. Asimismo, los supervisores locales realizaron re-entrevistas a un 10% de la producción de cada encuestador, con la finalidad de controlar la calidad del recojo de la información.

Para validar la encuesta, se realizó una prueba piloto con 12 personas que constituyeron dos brigadas de trabajo; cada brigada estuvo compuesta por un supervisor y cinco encuestadores. El tamaño de la muestra para la prueba piloto fue de 60 viviendas; a cada encuestador se le asignó un distrito y dentro del distrito una manzana seleccionada al azar; dentro de cada manzana se desarrollaron las cuatro entrevistas. La condición básica para proceder a realizar la encuesta fue que en ella habitara al menos un asegurado de EsSalud; para ello el encuestador se valió de un cuestionario filtro. Ubicada la manzana, el encuestador comenzó su desplazamiento por la esquina noroeste, tocando la primera vivienda; si esa vivienda cumplía con las condiciones establecidas se tomaba la encuesta, de lo contrario, se seguía con la vivienda contigua hasta completar su carga de trabajo. Finalizado el trabajo de campo, el encuestador se reportaba al jefe de brigada y entregaba los cuestionarios realizados para su posterior verificación. El tiempo de aplicación de la encuesta en promedio fue de 1 hora y 30 minutos. La cobertura fue del 100% de lo planificado. Respecto a las omisiones, la principal está referida a la distribución de los ingresos de los dependientes: se encontró que más del 70% no responde los montos desagregados; solo indican monto total y neto.

Las entrevistas con falta de información se clasificaron en dos tipos: 1) Rechazo, si uno o más miembros del hogar se negaban a participar. 2) Ausentismo, si uno o más miembros del hogar se encontraban fuera del domicilio durante la entrevista. Esta condición se mantuvo luego de que tanto el encuestador hubiese visitado hasta tres veces el hogar buscando a la persona y su supervisor local hubiese verificado (una cuarta visita) que la persona estuviese ausente.

Análisis Estadístico

Para este reporte inicial de resultados, se analizaron los datos de 62,659 afiliados entrevistados en la encuesta ENSSA 2015. Las variables continuas (edad) o discretas (ingresos, número de afiliados del hogar) extensas fueron agrupadas en categorías menores para una mejor interpretación. Para mostrar los resultados de este primer reporte, se categorizaron según grupo de edad y región del país. Se describieron las características demográficas, económicas, acceso a los servicios básicos, tipo de asegurado y establecimiento de adscripción, estilos de vida (actividad física y hábitos alimenticios), accidentes de trabajo y situación de salud de los afiliados según tipo de asegurado (titular o derechohabiente) y tipo de seguro (pensionista o no pensionista), utilizando las frecuencias absolutas y porcentajes. Para la variable procedencia y lugar de nacimiento, se categorizaron en áreas geográficas de acuerdo con la distribución poblacional que hace el Instituto Nacional de Estadística e Informática¹². En todos los casos, los porcentajes fueron calculados ajustados por el factor de expansión. Todas las comparaciones fueron realizadas mediante la prueba chi-cuadrado. Los datos fueron procesados utilizando el programa estadístico SPSS versión 24.0.

Factor de Expansión

Para que las estimaciones derivadas de la Encuesta Nacional Socioeconómica y Acceso a la Salud de los asegurados de EsSalud fuesen representativas del total de asegurados, fue necesario determinar el factor de ajuste (fracción de número de asegurados entre número de viviendas donde habita el asegurado, bajo el régimen dentro del área de cobertura del centro asistencial). Con esta información se determinó el factor de expansión (fracción entre el número de asegurados y número de viviendas visitadas donde habitaba un asegurado, dentro del área de cobertura del centro asistencial) para determinar las estimaciones.

RESULTADOS

La cobertura del trabajo de campo fue superior al 99% en todos los departamentos, no lográndose completar 20 encuestas en el grupo de asegurados no agrarios y 20 encuestas de asegurados agrarios. Es decir, se logró entrevistar 24,620 viviendas con asegurados no agrarios y 440 viviendas con asegurados agrarios.

Se encuestaron en total 79,874 personas, de las cuales 62,659 eran afiliados a EsSalud. El porcentaje de afiliados de sexo masculino y femenino es similar en cada uno de los grupos etarios. El 69.4% de la población de afiliados residen en la costa del país, concentrados gran parte de ellos en Lima y Callao (47.4%) y solo el 5.6% reside en la selva del país. La mayoría de la población de afiliados tienen entre 18 y 59 años (55.7%) y solo el 13% es mayor de 60 años. El 28.5% de los afiliados entre tres y cinco años aún no inician la escolaridad, el 59.6% de los afiliados entre 18 y 59 años tienen educación técnica o universitaria y 35.6% cuentan únicamente con educación primaria. El grado de instrucción de la población de afiliados de 60 años o más se caracteriza por ser poco variable: el 37.1% cuenta con educación secundaria, el 33.1% con educación universitaria o técnica y el 25.5% con educación primaria. El 48.3% de la población de afiliados mayores de 18 años están casados, el 21.8% son convivientes y el 19.6% son solteros (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de afiliados según grupos de edad.

Variable	Total		Grupos de edad									
			0-5		6-11		12-17		18-59		≥ 60	
	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a
Afiliados	62,659	100.0	6,047	10.1	6,444	11.1	5,846	10.1	31,163	55.7	13,159	13.0
Sexo												
Masculino	30,144	50.6	3,114	51.7	3,299	51.8	2,979	51.0	14,266	50.5	6,486	48.7
Femenino	32,515	49.4	2,933	48.3	3,145	48.2	2,867	49.0	16,897	49.5	6,673	51.3
Lugar de nacimiento												
Lima y Callao ^b	10,900	37.1	1,287	46.7	1,226	44.0	977	40.6	5,110	35.5	2,300	27.7
Costa	16,373	23.7	1,613	23.2	1,634	23.1	1,527	24.4	7,796	23.2	3,803	25.6
Sierra	29,150	32.5	2,368	23.3	2,781	26.0	2,661	28.6	15,084	34.1	6,256	41.7
Selva	6,154	6.5	773	6.6	786	6.5	674	6.2	3,146	7.0	775	4.7
Extranjero	82	0.2	6	0.2	17	0.4	7	0.2	27	0.2	25	0.3
Lugar de residencia												
Lima y Callao ^b	14,328	47.4	1,233	47.0	1,201	44.7	967	43.5	6,526	47.0	4,401	54.7
Costa	16,499	22.0	1,647	23.8	1,674	23.5	1,558	23.8	8,012	21.5	3,608	20.2
Sierra	25,118	25.0	2,350	22.9	2,733	25.3	2,615	26.8	13,035	25.8	4,385	21.8
Selva	6,714	5.6	817	6.3	836	6.5	706	5.9	3,590	5.7	765	3.3
Nivel de educación (en ≥ 3 años)												
Analfabeto (en ≥ 15 años)	1,003	1.0	NA		NA		7	0.1	254	0.7	742	4.0
Sin escolaridad (en 3-14 años)	1,005	1.7	934	28.3	64	0.9	7	0.1	NA		NA	
Inicial/Pre-escolar	3,049	5.4	2,213	70.6	765	12.1	2	0.0	20	0.0	49	0.3
Primaria	12,401	17.0	26	1.1	5,547	86.0	607	9.9	2,074	4.1	4,147	25.5
Secundaria	19,792	35.2	NA		68	1.0	4,999	86.0	10,537	35.6	4,188	37.1
Técnico/Superior	22,512	39.7	NA		NA		224	3.9	18,262	59.6	4,026	33.1
NS/NR	23	-					-		16	-	7	-
Estado civil (en ≥ 18 años)												
Soltero(a)	5,273	19.6	NA		NA		NA		4,739	23.0	534	5.0
Conviviente	9,380	21.8	NA		NA		NA		8,831	26.0	549	3.9
Casado(a)	23,975	48.3	NA		NA		NA		15,147	44.0	8,828	66.3
Separado(a)	2,126	4.9	NA		NA		NA		1,688	5.2	438	3.4
Divorciado(a)	265	0.7	NA		NA		NA		162	0.6	103	1.1
Viudo(a)	3,276	4.7	NA		NA		NA		578	1.2	2,698	20.3
NS/NR	27	-							18	-	9	-

NA: no aplica; NS/NR: no sabe/no responde

^a Porcentajes ajustados por factor de expansión, porcentaje en totales por fila y porcentaje de categorías por columna.

^b Área metropolitana con mayor concentración poblacional.

El 48.9% del total de asegurados mayores de 18 años son fundamentalmente empleados y cuentan mayoritariamente con contratos fijos (46.5%). Sin embargo, si evaluamos la situación de ocupación en cada uno de los ciclos de vida, evidenciamos que los mayores de 60 años son mayoritariamente pensionistas (53.2%) y el grupo entre 18 y 59 años empleados (57.5%). Adicionalmente, el ingreso promedio mensual de los afiliados entre 18 y 59 años se encuentra entre S/. 1,000 y S/. 1,500 (32.0%), mientras que los mayores de 60 años perciben en promedio menos de S/. 850 (37%) (Tabla 2).

Las viviendas son mayoritariamente independientes (95.0%) y de proporciones similares en las tres regiones del país. La condición de tenencia es esencialmente propia (68.1%); sin embargo, esta proporción se incrementa en la costa y selva (71.2% y 70.8% respectivamente) y disminuye hasta un 59.7% en la sierra. Las viviendas son construidas predominantemente con material noble (88.7%) en la costa; pero en la sierra y selva solo el 72.4% y 64.6%, respectivamente, de las viviendas de los afiliados son construidas con material noble. Adicionalmente, un porcentaje no desdeñable de hogares de los afiliados en la selva no cuenta con acceso a servicios de red pública de agua y desagüe (15.8% y 16.1% respectivamente); sin embargo, en las tres regiones existe acceso a electricidad en más del 98% de las viviendas (Tabla 3).

Tabla 2. Características socio económicas de la población de afiliados mayores de 18 años.

Variable	Total		Grupos de edad			
			18–59		≥ 60	
	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a
Situación de ocupación	44,321	100.0	31,163	81.0	13,158	19.0
Trabajador del hogar	98	0.3	79	0.3	19	0.2
Trabajador independiente	4,980	9.4	3,385	9.1	1,595	10.4
Obrero (incluye jornalero, peón)	3,620	10.2	3,344	12.0	276	2.5
Empleado	18,196	48.9	16,770	57.5	1,426	12.0
Empleador	354	0.8	268	0.8	86	0.6
Estudiante	293	1.1	293	1.4	0	0.0
Ama de casa	8,826	18.0	6,000	17.3	2,826	21.1
Pensionista	7,050	11.3	523	1.6	6,527	53.2
Desocupado	904	-	501	-	403	-
Afiliados con actividad laboral ^b	27,248	100.0	23,846	93.1	3,402	6.9
Tipo de contrato ^b						
Contrato indefinido	10,750	35.5	9,495	35.3	1,255	38.5
Contrato a tiempo fijo	10,454	46.5	10,086	49.0	368	15.4
Contrato temporal	6,033	18.0	4,256	15.7	1,777	46.1
NS/NR	11	-	9	-	2	-
Ingreso mensual de los afiliados ^b	27,248	100.0	23,846	93.1	3,402	6.9
< 850	4,818	17.9	3,702	16.5	1,116	37.0
850–1,000	2,386	11.6	2,110	11.7	276	10.6
1,000–1,500	8,148	32.0	7,486	32.7	662	23.0
1,500–3,000	6,307	30.6	5,801	31.4	506	19.9
3,000–5,000	913	6.0	794	5.9	119	7.0
5,000–10,000	248	1.7	209	1.7	39	2.0
10,000+	29	0.2	18	0.1	11	0.5
NS/NR	4,399	-	3,726	-	673	-

NS/NR: no sabe/no responde

^a Porcentajes ajustados por factor de expansión. Porcentaje en totales por fila y porcentaje de categorías por columna.

^b Afiliados > 18 años que reportaron actividad laboral en la semana previa o que cuenta con empleo fijo. Monto en soles (1 USD = 3,269 PEN).

Tabla 3. Acceso a los servicios básicos de los hogares de la población de afiliados según regiones del país.

Variable	Total		Regiones del Perú					
			Costa		Sierra		Selva	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Hogares de afiliados	21,645	100.0	10,599	67.2	8,832	27.0	2,214	5.8
Tipo de vivienda								
Casa Independiente	10,347	95.0	10,347	96.1	8,274	91.8	2,166	98.3
No independiente	248	4.9	248	3.9	541	8.0	48	1.7
Otros	4	0.1	4	0.0	17	0.2	0	0.0
Condición de tenencia de la vivienda								
Alquilada	1,471	20.6	1,471	18.7	1,899	25.7	436	19.0
Propia	8,290	68.1	8,290	71.2	6,028	59.7	1,584	70.8
Cedida	834	11.3	834	10.1	900	14.6	193	10.2
Material de predominio de la vivienda								
Material noble	8,703	82.9	8,703	88.7	5,768	72.4	1,350	64.6
No material noble	1,896	17.1	1,896	11.3	3,064	27.6	864	35.4
Acceso a agua								
Red pública	10,405	97.8	10,405	98.5	8,705	99.2	1,811	84.2
No red pública	194	2.2	194	1.5	127	0.8	403	15.8
Acceso a desagüe								
Red pública	10,318	97.0	10,318	97.6	8,633	98.4	1,799	83.9
No red pública	281	3.0	281	2.4	199	1.6	415	16.1
Acceso a electricidad								
Sí	10,482	99.0	10,482	99.0	8,751	99.2	2,187	98.3
No	117	1.0	117	1.0	81	0.8	27	1.7

* Porcentajes ajustados por factor de expansión. Porcentaje en totales por fila y porcentaje de categorías por columna.

Tabla 4. Estilos de vida de la población de afiliados, a partir de los 5 años, según grupo de edad.

Variable	Total		Grupo de edad							
			6-11		12-17		18-59		≥ 60	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Afiliados ≥ 5 años	56,612	100.0	6,444	12.5	5,846	11.0	31,163	62.0	13,159	14.5
Realiza algún deporte o ejercicio físico por lo menos una vez a la semana										
Sí	20,649	34.5	3,267	42.9	3,539	53.1	11,141	32.9	2,702	19.8
No	35,963	65.5	3,177	57.1	2,307	46.9	20,022	67.1	10,457	80.2
NS/NR	1,078	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Consumo verduras diariamente										
Sí	45,632	79.3	5,062	77.5	4,685	78.8	25,121	79.4	10,764	81.0
No	10,980	20.7	1,382	22.5	1,161	21.2	6,042	20.6	2,395	19.0
Consumo frutas diariamente										
Sí	45,708	81.6	5,505	86.1	4,855	84.2	24,590	79.9	10,758	83.0
No	10,904	18.4	939	13.9	991	15.8	6,573	20.1	2,401	17.0
Agrega sal a la comida										
Sí	4,219	6.3	320	3.4	492	6.8	2,661	7.2	746	4.8
No	52,393	93.7	6,124	96.6	5,354	93.2	28,502	92.8	12,413	95.2

NS/NR: no sabe/no responde

* Porcentajes ajustados por factor de expansión. Porcentaje en totales por fila y porcentaje de categorías por columna.

En la población de afiliados mayores de cinco años, se identificó que el 34.5% realiza algún tipo de deporte o actividad física por lo menos una vez a la semana; destaca que en etapas jóvenes el 42.9% (afiliados entre 6-11 años) y el 53.1% (afiliados entre 12-17 años) realizan actividad física, disminuyendo hasta un 32.9% en adultos y escasamente a un 19.8% en los afiliados mayores de 60 años. Sin embargo, el consumo de verduras y frutas diarias mayoritariamente es una conducta habitual en los afiliados; resalta el mayor consumo diario de frutas que de verduras en los niños entre seis y 11 años (86.1% y 77.5% respectivamente) y en los adolescentes (84.2% y 78.8% respectivamente) (Tabla 4).

La población que trabaja (asegurados ≥ 18 años) mayoritariamente no reporta tener accidentes de trabajo (95%), solo en el 3.8% de los que laboran ha empeorado alguna condición de salud por la actividad laboral. Adicionalmente, el 14.4% de la población trabajadora reporta padecer de alguna enfermedad o condición de salud crónica; sin embargo, estas frecuencias cambian por grupo de edad: así, la población mayor de 60 años es la que en su mayoría padece de alguna enfermedad crónica (52.5%), mientras que en el grupo de afiliados entre 18 y 59 años solo el 12% reporta padecer de alguna condición crónica. El 3.5% de afiliados reporta estar diagnosticado de diabetes, el 7.1% de hipertensión arterial, más del 4% de dislipidemia (colesterol y triglicéridos elevados) y el 0.5% de insuficiencia renal (Tabla 5).

Tabla 5. Accidentes, síntomas o enfermedad durante el último año según grupos de edad.

Variable	Total		Grupo de edad					
			6-17		18-59		≥ 60	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Afiliados	62,659	100.0	12,290	21.2	31,163	55.7	13,159	13.0
Seguridad en el trabajo (en ≥ 18 años)	27,248	100.0	NA		23,846	93.1	3,402	6.9
Accidentes de trabajo								
Ninguno	25,335	95.0	NA		22,199	94.9	3,136	95.4
1-2	1,405	4.0	NA		1,216	4.1	189	3.6
3-4	155	0.3	NA		133	0.3	22	0.3
5+	263	0.7	NA		231	0.7	32	0.7
NS/NR	90	-			67	-	23	-
Enfermedad agravada por el trabajo								
Sí	1,451	3.8	NA		1,255	3.7	196	4.2
No	25,700	96.2	NA		22,518	96.3	3,182	95.8
NS/NR	97	-			73	-	24	-
Padece de enfermedad o malestar crónico								
Sí	11,932	14.4	280	2.7	4,652	12.1	6,914	52.5
No	50,727	85.6	12,010	97.3	26,511	87.9	6,245	47.5
Tiene diabetes								
Sí	2,885	3.5	7	0.04	1,016	2.7	1,860	15.1
No	59,774	96.5	12,283	99.96	30,147	97.3	11,299	84.9
Tiene colesterol elevado								
Sí	4,702	5.4	19	0.2	2,392	5.7	2,291	16.8
No	57,957	94.6	12,271	99.8	28,771	94.3	10,868	83.2
Tiene triglicérido elevado								
Sí	3,480	4.1	24	0.2	1,872	4.6	1,581	11.7
No	59,179	95.9	12,266	99.8	29,291	95.4	11,578	88.3
Tiene alguna cardiopatía								
Sí	1,802	2.0	58	0.4	506	1.2	1,204	9.2
No	60,857	98.0	12,232	99.6	30,657	98.8	11,955	90.8
Tiene hipertensión arterial								
Sí	6,606	7.1	7	0.04	2,029	4.7	4,568	34.3
No	56,053	92.9	12,283	99.96	29,134	95.3	8,591	65.7
Tiene litiasis renal								
Sí	970	1.1	24	0.2	636	1.4	307	2.1
No	61,689	98.9	12,266	99.8	30,527	98.6	12,852	97.9
Tiene insuficiencia renal								
Sí	412	0.5	14	0.2	176	0.4	219	1.7
No	62,247	99.5	12,276	99.8	30,987	99.6	12,940	98.3

NA: no aplica; NS/NR: no sabe/no responde

* Porcentajes ajustados por factor de expansión. Porcentaje en totales por fila y porcentaje de categorías por columna.

El 35.9% de los afiliados requirieron de atención médica en los últimos tres meses, y el 73.1% de estos recibieron atención médica; las atenciones sanitarias se brindaron mayoritariamente en centros de salud de EsSalud (68.9%), un 4.2% en centros de salud del MINSA, 15.9% en clínicas privadas y 8.5% en farmacias. Los afiliados que recibieron

Tabla 6. Acceso a los servicios de salud, durante los últimos 3 meses.

Variable	Total		Regiones del Perú					
	n	%*	Costa		Sierra		Selva	
			n	%*	n	%*	n	%*
Afiliados	62,659	100.0	30,827	69.4	25,118	25.0	6,714	5.6
Requerimiento de asistencia médica								
Sí	25,926	35.9	12,100	33.9	11,877	43.4	1,949	26.0
No	36,733	64.1	18,727	66.1	13,241	56.6	4,765	74.0
Recibió atención médica	25,926	100.0	12,100	65.7	11,877	30.3	1,949	4.0
Sí	19,062	73.1	9,353	75.9	8,441	67.9	1,268	64.8
No	6,864	26.9	2,747	24.1	3,436	32.1	681	35.2
Centro de atención	19,062	100.0	9,353	68.2	8,441	28.2	1,268	3.6
CS de EsSalud	13,294	68.9	6,784	71.7	5,584	61.1	926	76.0
CS de MINSA	928	4.2	353	3.9	520	5.1	55	2.9
Hospital FFAA/PN	24	0.1	17	0.1	7	0.1	0	-
Servicio de salud privada	2,551	15.9	1,407	16.3	1,004	15.9	140	9.0
Farmacia	1,911	8.5	560	5.0	1,216	16.7	135	11.2
Otros	354	2.4	232	3.0	110	1.2	12	0.9
Tiempo de obtención de citas (meses) en los que recibieron atención médica	19,062	100.0	9,353	68.2	8,441	28.2	1,268	3.6
Menos de un mes	15,329	87.3	7,547	85.4	6,710	91.5	1,072	94.8
1	1,179	9.3	799	10.5	338	6.4	42	4.1
2	217	1.9	158	2.2	54	1.3	5	0.4
3-4	183	1.3	144	1.6	35	0.6	4	0.6
5+	40	0.2	25	0.3	14	0.2	1	0.1
NS/NR	2,114	-	680	-	1,290	-	144	-
Tiempo hasta atención médica (meses) en los que recibieron atención médica	19,062	100.0	9,353	68.2	8,441	28.2	1,268	3.6
Menos de un mes	15,373	87.4	7,586	85.8	6,712	91.0	1,075	92.5
1	1,185	9.6	820	10.9	327	6.5	38	5.8
2	185	1.7	120	1.8	57	1.4	8	1.2
3-4	175	1.1	130	1.2	43	0.8	2	0.4
5+	30	0.2	17	0.3	12	0.3	1	0.1
NS/NR	2,114	-	680	-	1,290	-	144	-
Gravedad de su enfermedad según el profesional que lo atendió	19,062	100.0	9,353	68.2	8,441	28.2	1,268	3.6
Nada grave	11,241	71.4	5,846	72.1	4,668	69.1	727	72.9
Grave	4,383	25.8	2,299	25.5	1,807	27.3	277	23.1
Muy grave	521	2.8	242	2.4	228	3.7	51	4.0
NS/NR	2,917	-	966	-	1,738	-	213	-
Percepción de su enfermedad	19,062	100.0	9,353	68.2	8,441	28.2	1,268	3.6
Nada grave	9,578	59.9	5,120	61.8	3,823	54.2	635	63.2
Grave	6,339	35.2	3,117	34.2	2,808	38.1	414	32.2
Muy grave	987	4.9	420	4.0	492	7.6	75	4.7
NS/NR	2,158	-	696	-	1,318	-	144	-

NS/NR: no sabe/no responde; CS: centro de salud; EsSalud: Seguro Social de Salud; MINSA: Ministerio de Salud; FFAA/PN: Fuerzas Armadas/Policía Nacional
* Porcentajes ajustados por factor de expansión. Porcentaje en totales por fila y porcentaje de categorías por columna.

atención médica tardaron menos de un mes en obtener su cita (87.3%); la percepción de gravedad de la enfermedad por parte del paciente es mayor que la del profesional que lo atendió (35.2% *versus* 25.8%). El requerimiento de asistencia médica es mayor en la sierra (43.4%) y un escaso 26% en la selva. Asimismo, la proporción de afiliados que requieren asistencia y reciben atención médica es menor en la selva y sierra del país (64.8% y 67.9% respectivamente) y la atención médica de estos pacientes es en farmacias en un porcentaje importante de los afiliados (16.7% en la sierra y 11.2% en la selva). Adicionalmente, se identificó que los pacientes tienen una percepción de mayor gravedad de su salud respecto al reportado por el médico que los atendió; así, evidenciamos que al ser preguntados por el grado de gravedad de su enfermedad, el 35.2% de los pacientes considera que es grave mientras que el profesional que los atendió considera como grave solo al 25.8% (Tabla 6).

DISCUSIÓN

La encuesta ENSSA del año 2015 es la primera encuesta poblacional realizada con un muestreo que abarca toda la población de afiliados al seguro social en el Perú. Este artículo describe el detalle del diseño y la metodología utilizada, además de los resultados generales más relevantes obtenidos a partir de los datos de la encuesta.

Los resultados de este reporte evidencian que EsSalud cuenta con una población de grupos etarios relativamente similar a la reportada a nivel nacional por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del mismo año¹³. Adicionalmente, este reporte evidencia que los ingresos económicos de los afiliados se encuentran por encima del promedio de la remuneración mínima vital¹⁴ y cuentan con acceso a servicios básicos de agua, desagüe y luz en proporciones similares a la población general reportada por la ENDES¹³. Existen escasos estudios que evidencien el nivel de actividad física en la población peruana; sin embargo, en los años 2009 y 2010 el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), utilizando la muestra de la Encuesta nacional de hogares, midió el nivel de actividad física en más de 53,000 sujetos entre 15 y 69 años; sus resultados evidencian un nivel de actividad física bajo (25.4% en mujeres y 18.4% en varones)¹⁵. Sin embargo, al 2015 el análisis de los datos de nuestra encuesta reporta un mayor porcentaje de actividad física en los afiliados jóvenes, llegando hasta un 53.1% en los afiliados entre 12 y 17 años, respecto a los datos reportados por CENAN. Es importante destacar que nuestros resultados evidencian un cambio de estas frecuencias en los dos polos del ciclo de vida, llegando a casi un 50% en la infancia y adolescencia y cayendo drásticamente hasta un escaso 20% en los mayores de 60 años. Del mismo modo, nuestros resultados evidencian que el 7.1% de los afiliados reportan tener hipertensión arterial y el 3.5% diabetes, valores muy similares a los reportados por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2017¹⁶. El acceso a la salud, a la educación y servicios públicos son elementos que permiten medir el desarrollo de una sociedad y forman parte de los dominios a tener en consideración para medir equidad en una población; así, la encuesta ENSSA cuenta con datos que permiten evaluar el acceso a los servicios de salud desde el punto de vista de los factores determinantes tanto los relativos al consumidor (económicos, sociales, demográficos) como los relativos a la oferta de servicios (tipo de atención, nivel de atención, institución de atención); los resultados iniciales que reportamos en este artículo evidencian que la demanda de atención sanitaria en nuestros afiliados es baja, es decir, al momento de la encuesta solo el 35.9% reportó algún síntoma o malestar, enfermedad, recaída de enfermedad o accidente, y el 73.1% de estos reciben atención médica, destacando sorprendentemente que el 10.9% se atiende en farmacias u otros servicios no formales de prestación de salud, a pesar de ser una población con cobertura sanitaria. Resultará interesante que, con los datos obtenidos en esta encuesta, futuros estudios puedan identificar las barreras y factores relacionados a la falta de acceso a la salud, considerando más aún que el ENSSA tiene datos de una población afiliada a un seguro sanitario.

Dentro de las limitaciones del estudio podemos mencionar que los datos fueron obtenidos por auto-reporte. Si bien es cierto los datos auto referidos pueden ingresar un sesgo de reporte, esta declaración depende, en el caso de la salud, de la existencia objetiva de la enfermedad, la experiencia subjetiva del problema, y de factores relacionados con ese reporte, como la existencia de un diagnóstico previo hecho por un médico, la interpretación subjetiva del diagnóstico y el sesgo de recuerdo. Sin embargo, de acuerdo con la metodología utilizada (carácter probabilístico del muestreo, con selección aleatoria de hogares y personas), esta garantiza su representatividad y capacidad de inferencia de los resultados a la población de asegurados.

La principal fortaleza de la encuesta ENSSA es que incluye información no existente en los registros administrativos de EsSalud como son las características demográficas, sociales, empleo e ingreso y otras, permitiendo obtener información del asegurado y de la población que forma parte de su entorno (hogar), caracterizando su marco epidemiológico y permitiendo de este modo generar evidencias para futuras intervenciones de tipo comunitarias y no únicamente a nivel de empresas. Esta fuente de datos constituye una oportunidad para los tomadores de decisiones a nivel institucional y extrainstitucional, ya que al contar con evidencia poblacional, se pueden generar intervenciones sanitarias y de gestión que coadyuven a fortalecer la salud de los asegurados, tanto a nivel de la atención preventiva promocional y comunitaria, así como a nivel de los establecimientos de salud.

REFERENCIAS

1. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q.* 2005;83(4):731-57. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>
2. McKeown RE. The epidemiologic transition: changing patterns of mortality and population dynamics. *Am J Lifestyle Med.* 2009;3(1 Suppl):19S-26S. <https://doi.org/10.1177/1559827609335350>
3. Bruin A, Picavet HS, Nossikov A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. *WHO Reg Publ Eur Ser.* 1996;58:i-xiii, 1-161.
4. Merino-Salazar P, Artazcoz L, Campos-Serna J, Gimeno D, Benavides FG. National working conditions surveys in Latin America: comparison of methodological characteristics. *Int J Occup Environ Health.* 2015;21(3):266-74. <https://doi.org/10.1179/2049396715Y.0000000004>
5. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Donado Campos J. La encuesta como técnica de investigación: elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria.* 2003;31(8):527-38. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70728-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70728-8)
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima (PE): INEI; 2016 [citado 21 Jun 2018]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
7. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press; 1992.
8. Seguro Social de Salud – EsSalud. Perfil epidemiológico de la población asegurada por redes asistenciales y sus elementos condicionantes, 2015. Lima (PE); 2015 [citado 21 Jun 2018]. Disponible en: www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/perf_epidem_poblac_aseg_r_asistenc_elemen_condici_2015.pdf
9. Seguro Social de Salud – EsSalud. Presentación de los principales resultados de la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud, 2015. Lima (PE); 2015 [citado 21 Jun 2018]. Disponible en: www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/pres_princ_result_enc_nac_soc_ec_acces_salud_aseg_essalud.pdf
10. Seguro Social de Salud – EsSalud. Resultados de la Encuesta Nacional Socioeconómica y de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud, a nivel de Redes Asistenciales, 2015. Lima (PE); 2016 [citado 21 Jun 2018]. Disponible en: www.essalud.gob.pe/downloads/estadistica/res_enc_nac_soc_eco_acces_salud_aseg_essalud_niv_redes_asistenciales_2015.pdf
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda: cuadros estadísticos. Lima (PE): INEI; 2007 [citado 21 Jun 2018]. Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Proyecciones departamentales de la población: 1995-2015. Lima (PE): INEI; 1996 [citado 21 Jun 2018]. Capítulo 5: Estimaciones

- departamentales de la población: 1995-2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0015/cap-51.htm
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015: nacional y departamental. Lima (PE): INEI; 2015 [citado 19 Feb 2018]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/
 14. Ministerio de Trabajo (PE). Decreto Supremo N° 007-2012-TR. Remuneración mínima de los trabajadores sujetos al Régimen Laboral. Lima (PE); 2015.
 15. Tarqui-Mamani C, Sánchez J, Alvarez-Dongo D, Valdivia S. Niveles de actividad física en la población peruana. Lima (PE): Instituto Nacional de Salud; 2013. p.148-9.
 16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2017. Lima (PE): INEI; 2018 [citado 21 Jun 2018]. p.1-66. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/index.html

Financiamiento: La ejecución de la encuesta ENSSA fue financiada por el Seguro Social de Salud, EsSalud. Lima-Perú. La publicación de este artículo fue financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI, EsSalud. Lima-Perú.

Contribución de los Autores: Concepción y planeación del estudio: RQL, RRR, MTP, MCV, YH-R. Colecta, análisis e interpretación de los datos: RQL, RRR, MTP, CFF, AB-O, RAC, JG, RSC, MCV, YH-R. Elaboración o revisión del manuscrito: YH-R. Aprobación de la versión final: RQL, RRR, MTP, CFF, AB-O, RAC, JG, RSC, MCV, YH-R. Responsabilidad pública por el contenido del artículo: YH-R.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.