

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



*Una Institución Adventista*

Factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del  
Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020.

Autores:

Adell Salomón Alzamora Sánchez

Danna Lisseth Ponce Martos

Asesor:

Mg. Ronny Francisco Chilón Troncos

Lima, Perú

2020

**ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS**

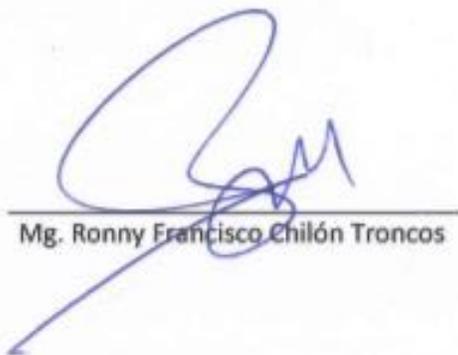
Mg. Ronny Francisco Chilón Troncos, de la Facultad de Ciencias de la salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

**DECLARO:**

Que el presente informe de investigación titulado: *"Factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020"* constituye la memoria que presenta los Bachilleres Adell Salomón Alzamora Sánchez y Danna Lisseth Ponce Martos para aspirar al título de Profesional de Médico Cirujano ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en *Ñaña*, a los 11 días del mes de marzo del año 2020



Mg. Ronny Francisco Chilón Troncos



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a los once día(s) del mes de marzo del año 2020 a las 16:30 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: M.C. Rogor Albornoz Ezeban, el secretario: M.C. Rafael Calla Mercado y los demás miembros: M.C. Jorge Luis Peña Carmelo y el asesor M.C. Rommy Francisco Chilon Ponce

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: "Factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del asentamiento Humano San Francisco de Naña, 2020"

de el(los)/a(las) bachiller(es): a) Adell Salomón Alzamora Sánchez b) Danna Liseth Ponce Mantos conducente a la obtención del título profesional de médico cirujano (Nombre del Título Profesional)

con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/a(la)(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Adell Salomón Alzamora Sánchez

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 17, B+, muy bueno, sobresaliente.

Candidato (b): Danna Liseth Ponce Mantos

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 17, B+, muy bueno, sobresaliente.

(\*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Handwritten signatures for Presidente, Asesor, Miembro, Secretario, and Candidato(a) (a) and (b).

## **Dedicatoria**

Dedicado a Dios diseñador de la vida, así como a su colosal sistema al cual en aras de su estudio y conservación decidimos avocar nuestras vidas.

Dedicado a mis padres Pedro, Cristina y Teresa, así como a mi hermano Pedro Aarón; por creer en mí y en mis sueños que hoy son realidades.

Dedicado a mis padres Oscar y Azucena, por su sacrificio y ternura al recorrer este camino a mi lado. A mi hermano Oscar Jairo; que me enseñó que la curiosidad por la ciencia y el cuidado de la vida es de práctica entre los buenos hombres.

Dedicado a Adell por su esfuerzo y apoyo constante.

Dedicado a Danna por su aplomo, tenaz esfuerzo y cálida compañía en el servicio de nuestro tiempo a la medicina.

Dedicado a todos nuestros hermanos de vocación y su sincero amor por esta carrera.

## **Agradecimientos**

Agradecemos a Dios por la oportunidad de la vida, la fuerza para llevar las riendas de esta altruista y estoica vocación, y la bendición de haber culminado el presente trabajo.

Agradecemos a nuestros padres por el apoyo incondicional, por sus oraciones como amparo al sendero que hemos elegido, por los sabios consejos en los momentos más difíciles y soporte en la ejecución de esta tesis.

Agradecemos a nuestros familiares que de múltiples formas participaron como respaldo ante los retos de la vida universitaria.

Agradecemos a nuestros docentes que nos guiaron en el camino de amor a la ciencia, valores y servicio, a nuestro asesor Mg Ronny Francisco Chilón Troncos por su paciencia al guiarnos hacia este logro.

Agradecemos a cada participante del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña por su tiempo, así como su confianza, y a nuestro hermano menor Frank Jacob Tinco Pumacahua por su colaboración desinteresada y oportuna.

## Tabla de contenido

Capítulo 1 El problema .....	13
1.1. Planteamiento del problema .....	13
1.2. Formulación del problema .....	18
1.3. Justificación del problema .....	18
1.3.1. Aporte teórico.....	18
1.3.2. Aporte metodológico.....	18
1.3.3. Aporte práctico y social.....	18
1.4. Presuposición filosófica .....	19
1.5. Objetivos de la investigación .....	19
1.5.1. Objetivo general .....	19
1.5.2. Objetivos específicos.....	19
1.6. Hipotesis .....	20
Capítulo 2 Marco teórico.....	21
2.1. Antecedentes de investigación .....	21
2.2. Bases teóricas .....	28
2.2.1. Acceso a la salud .....	28
2.2.2. Definición de términos .....	41
Capítulo 3 Materiales y métodos.....	42
3.1. Diseño y tipo de investigación .....	42
3.2. Delimitación geográfica .....	42

3.3. Participantes	42
3.3.1. Población	42
3.3.2. Muestra	42
3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión	43
3.4. Variables	44
3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos	47
3.6. Proceso de recolección de datos	47
3.7. Procesamiento y análisis de datos	48
3.8. Consideraciones éticas	48
Capítulo 4 Resultados y Discusión	49
4.1. Resultados	49
4.2. Discusión	54
Capítulo 5 Conclusiones y recomendaciones	59
5.1. Conclusiones	59
5.2. Recomendaciones	60
Referencias	61
Anexos	72

## Índice de tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables .....	44
Tabla 2 Factores sociales, económicos, geográficos y de creencias de los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020.....	49
Tabla 3. Cobertura de los servicios de salud de los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020.....	51
Tabla 4. Análisis bivariado de los factores sociales, económicos, geográficos y de creencias con la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020.....	52
Tabla 5. Análisis multivariado de los factores sociales, económicos, geográficos y de creencias con la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020.....	53

## **Índice de Anexos**

Anexo 1: Cuestionario .....	72
Anexo 2: Consentimiento .....	75

## **Lista de Abreviaturas**

AAHH: Asentamiento Humano

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

SIS: Seguro Integral de Salud

ATD: All Together in Dignity (Todos juntos en dignidad)

IPRESS: Instituciones Prestadoras de Salud

ENSUSALUD: Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud

MINSA-GR: Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales

EsSalud: Seguro Social de Salud del Perú

ENAHU: Encuesta Nacional de Hogares

NUSFPS: No Utilización de los Servicios Formales de Prestación de Salud

SPS: Seguros Privados de Salud

FA-FP: Fuerzas Armadas y Policiales

CoEIn: Código de Ética para la Investigación

RPa: Razón de Prevalencia ajustada

RP: Razón de posibilidades

IC: Intervalo de confianza

## **Resumen**

El trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud. La metodología empleada fue analítica y de corte transversal. La muestra fue probabilística y de tipo sistemático, estando conformada por 302 pobladores que fueron mayores de 18 años y residían permanentemente en el AAHH San Francisco de Ñaña. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario “Cobertura de servicios de salud” aplicado por Mancilla en Perú. Para el análisis de datos se empleó el programa STATISTIC y se empleó la regresión logística binaria para el análisis multivariado. Los resultados revelaron que, el 53,3% de los pobladores fueron mujeres, con una edad promedio de 41 años, estuvieron casados/convivientes y contaron con por lo menos 2 hijos en el hogar. Del mismo modo, la mayoría percibía un ingreso mensual de S/1538,2, demoraba aproximadamente 22 min en llegar a algún puesto de salud y el 42,7% prefería consultar sobre su estado de salud a agentes de la comunidad como el chamán, curanderos, familia, etc. Con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, el 71,2% la percibió como baja y 28,8% alta. Finalmente, se encontró que las variables número de hijos ( $p=0,039$ ;  $OR=1,305$ ), canasta básica familiar ( $p=0,005$ ;  $OR=1,002$ ), tipo de vivienda ( $p=0,02$ ;  $OR=0,200$ ) y a quién consulta sobre su estado de salud ( $p=0,0001$ ;  $OR=3,179$ ) se asociaron a la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores del AAHH San Francisco.

**Palabras clave:** Accesibilidad, disponibilidad, servicios de salud, factores

## **Abstract**

The research work aimed to determine the factors associated with the accessibility of health services. The methodology used was analytical and cross-sectional. The sample was probabilistic and systematic, being made up of 302 residents who were over 18 years of age and permanently resided in the AAHH San Francisco de Ñaña. The “Coverage of health services” questionnaire, applied by Mancilla in Peru in 2016, was used for data collection. The STATISTIC program was used for data analysis and binary logistic regression was used for multivariate analysis. The results revealed that 53.3% of the inhabitants were women, with an average age of 41 years, were married / living together and had at least 2 children in the home. In the same way, the majority received a monthly income of S / 1538.2, it took approximately 22 min to reach a health post and 42.7% preferred to consult community agents such as the shaman about their state of health, healers, family, etc. With regard to accessibility to health services, 71.2% perceived it as low and 28.8% high. Finally, it was found that the variables number of children ( $p = 0.039$ ; OR = 1.305), basic family basket ( $p = 0.005$ ; OR = 1.002), type of housing ( $p = 0.02$ ; OR = 0.200) and to whom you consult about their state of health ( $p = 0.0001$ ; OR = 3.179) they were associated to the accessibility to the health services of the inhabitants of the AAHH San Francisco.

**Keywords:** Accessibility, availability, health services, factors

## **Capítulo 1 El problema**

### **1.1. Planteamiento del problema**

Es claro que la salud es un tema importante para el desarrollo humano, así como su accesibilidad. La accesibilidad se comprende como la capacidad que adquiere un individuo o grupo para buscar y conseguir atención médica(1). Se considera que existen varios factores que pueden determinar el acceso a la salud, tal es el caso, de los proveedores potenciales (como la calidad del servicio y el área de especialización) y los que se relacionan con los propios pacientes (como la edad, los niveles de educación, el género y el estado económico)(2).

El acceso a servicios de salud, es una problemática para todo país en diferentes proporciones y detalles, especialmente en países que se encuentran en vías de desarrollo, por lo cual es un asunto preocupante en las reuniones de los diversos organismos mundiales (1).

En la inauguración de la III Convención Internacional Cuba-Salud del 2018 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirmó que 1.2 millones de muertes entre el 2013 y 2014 en la región de las Américas hubiesen sido evitadas con una adecuada accesibilidad a los servicios de salud, dicha cifra está relacionada con los niveles persistentes de exclusión social que traen inequidades en el sector salud de esta región. (3)

Según la OPS entre el año 2013 y 2014 en Colombia, Brasil , Argentina y Perú estadísticas denotan una precaria accesibilidad a servicios de prevención primaria, pues solo el 15-21% de la población cuenta con por lo menos una consulta de salud preventiva anual, éste porcentaje se reduce aún más cuando se aplica a sectores con ingresos económicos más reducidos.(4)

Existen grandes diferencias en el acceso a servicios de salud no solo entre regiones del mundo, sino dentro de cada país, dado que los promedios nacionales al ser estadísticas pueden pasar por alto una cobertura deficiente de servicios de salud respecto a poblaciones vulnerables.(5)

En África subsahariana y Asia meridional hay dificultades para la accesibilidad a los servicios de salud pues no están disponibles, mientras que en otras regiones del mundo se habilitan un mayor número de servicios básicos de salud como por ejemplo planificación familiar o inmunización infantil, pero por el factor económico se ven limitados a acceder a estos incluso en regiones del mundo más prosperas como Asia Oriental o Europa.(5)

Para el 2017, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 800 millones de personas dedicaban al menos 10% de su presupuesto familiar para gastos en salud de algún miembro de la familia nuclear o no nuclear que se encuentre enfermo. Para alrededor de 100 millones de personas, este gasto era elevado como para aplicarlo en personas que se encuentran en extrema pobreza, lo cual causaría que éstas tengan que subsistir con 1.9 dólares al día o incluso menos.(5)

Los Estados Unidos de Norteamérica siendo un país desarrollado dispone de servicios de salud de primer nivel; sin embargo, el costo representa un problema ya que su sistema de salud es público, pero no gratuito. Para el 2015 un 17.4 % de su peso bruto interno fue destinado al sector salud para más de 300 millones de habitantes, a pesar del aporte monetario importante el estado solo cubrió el 48% de todo lo invertido por lo que cada ciudadano americano gastaba en promedio 8745 dólares anuales en servicios médicos y sanitarios, esta cifra podría aumentar en casos de enfermedades crónicas o de necesidad de procedimientos quirúrgicos.(6)

Por el problema económico ya mencionado al momento de acceder a servicios de salud existe el llamado turismo médico, el cual consiste en viajar a otro país para realizarse algún procedimiento médico a un precio más accesible, esta situación es descrita con mayor frecuencia en ciudadanos norteamericanos. Uno de los destinos del turismo médico para ciudadanos estadounidenses es México. En este caso el factor geográfico se ve opacado por el factor económico.(7)

La cobertura universal de salud es una de las metas que más retos plantea, representa uno de los 17 objetivos de desarrollo sostenible tocados en la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre del 2015, dentro del objetivo 3 se encuentra el ítem 3.8 titulado “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”(1).

La OMS reporta que en el 2015 el índice de cobertura universal de salud a nivel global era de 64 %, así mismo informa que la región de las Américas logró la mayor cobertura con un 78%, en contraste con el 44% perteneciente a la región africana. Por otro lado la región del Pacífico-oriental cuenta con 75 %, la región Europea un 73 %, la región de Asia-sudoriental 55 % y la región Mediterránea oriental 53 % (1).

En el año 2013, el Perú inició un proceso de reforma sanitaria enmarcado en el reconocimiento de la salud como un derecho, cuya protección debe ser garantizada por el estado. El objetivo fue universalizar la protección en salud, de manera que toda la población se beneficie de la acción del estado para mejorar los determinantes sociales y se tenga acceso a múltiples y mejores cuidados integrales en el campo individual y poblacional así como que no exista riesgo de empobrecer en consecuencia de cuidar su salud o sanar su enfermedad (8).

Respecto al aseguramiento en salud, Velásquez A. (9) refieren que, “se muestra una cobertura por encima del 80% de la población, sobre la base del crecimiento de los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), y la incorporación de población de prioridad sanitaria, como las gestantes y los niños menores de 5 años; además de la innovación en los mecanismos de gestión y control, en especial en la forma mediante la que se asigna financiamiento al primer nivel, lo que se ha traducido en preponderancia de las atenciones preventivas, mejora de la satisfacción de los asegurados del SIS y reducción del gasto de bolsillo en medicamentos. El paquete de beneficios del SIS se ha ampliado, incluso para enfermedades de alto costo como el cáncer. El Plan Esperanza fue creado para la prevención y atención oncológica integral financiado por el SIS”.

Sin embargo, en el Perú el analfabetismo, la pobreza, el deficiente sistema sanitario, el agua inadecuada y la falta de saneamiento básico, todavía siguen teniendo un gran impacto en los indicadores de salud. Además, el costo de los servicios, el conocimiento limitado sobre enfermedades, las diferentes culturas, permanecen siendo barreras para la provisión de servicios de salud aún en nuestros tiempos (10).

A pesar de la disponibilidad de muchos proveedores de servicios de salud, los pobres, con limitaciones financieras, normalmente tienen opciones limitadas y a menudo utilizan los servicios públicos, muchos de los cuales se ofrecen de forma gratuita. De hecho, existe una diferencia significativa en el acceso a varios proveedores de atención médica entre los ricos y los pobres. Como consecuencia, la cobertura de los establecimientos de salud es mayor en las zonas urbanas y hay menos opciones de prestación de servicios en las regiones rurales. Sin embargo, se sabe que estos grupos vulnerables son los que más necesitan estos servicios. (11)

Por otro lado, aunque se han aumentado el número de establecimientos de salud en todo el país en los últimos años, todavía hay disparidades entre las zonas urbanas y rurales, ya sea por su ubicación geográfica o por la falta de plazas cubiertas por parte del profesional médico, lo que ha hecho que algunas comunidades tengan más acceso a los servicios de salud que otras (12).

Así mismo, cuando las personas que viven en pobreza acceden a servicios de salud, tienen mayor probabilidad de tener tiempos de consulta más cortos que sus pares ricos, y es menos probable que participen en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, de igual forma, la falta de conocimiento por parte del médico respecto a la realidad del paciente puede conducir a planes de tratamiento que no podrán ser seguidos (12).

Los efectos de estas barreras pueden verse agravados por la vergüenza de los pacientes ante sus circunstancias personales, el deseo de ser autosuficientes y los sentimientos reales o percibidos de discriminación en el sistema de atención médica(13).

El no acceso a los servicios de salud conduce a un comportamiento no deseado, como el uso de remedios tradicionales o la ausencia de tratamiento, lo que lleva a un aumento de la mortalidad incluso en condiciones fácilmente manejables (11).

Después de todo lo mencionado, el asentamiento humano San Francisco coincide con el perfil de comunidades que podrían tener dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud, se pueden mencionar algunas características que se relacionarían a este posible problema como por ejemplo su ubicación geográfica, las diversas procedencias de sus pobladores consecuentemente una variedad cultural y religiosa, e incluso el asfaltado incompleto de las pistas.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020?

## **1.3. Justificación del problema**

### 1.3.1. Aporte teórico

El estudio aportará información actualizada sobre las variables de estudio, asimismo, servirá de antecedente para próximas investigaciones.

### 1.3.2. Aporte metodológico

La base de datos será entregada a los puestos de salud de la zona para que consideren los factores que están influyendo en la accesibilidad a la salud de la población. De igual manera, se aportará instrumentos de investigación en una realidad nacional rural.

### 1.3.3. Aporte práctico y social

El estudio motivará al estudiante de medicina a seguir incursionando en la labor comunitaria con la finalidad de identificar e intervenir en poblaciones de riesgo. Por otro lado, los resultados serán compartidos con los directivos de los puestos de salud de la zona, para que refuercen el trabajo extramural de los trabajadores e implementen programas que favorezcan el acceso de la comunidad al puesto de salud.

#### **1.4. Presuposición filosófica**

White (14) afirma que:

Nuestra felicidad está tan íntimamente relacionada con la salud, que no podemos gozar de aquélla sin que esta última sea buena. Para que podamos glorificar a Dios en nuestros cuerpos, necesitamos tener un conocimiento práctico de la ciencia de la vida humana. Por eso, es de primordial importancia que la fisiología ocupe el primer lugar entre los estudios que se eligen para los niños. ¡Cuán pocas personas poseen un conocimiento adecuado acerca de las estructuras y las funciones de sus propios cuerpos y de las leyes naturales que los gobiernan! Muchos andan a la deriva sin ningún conocimiento, como un barco en alta mar sin brújula ni ancla; y lo que es peor, ni siquiera demuestran el menor interés en prevenir las enfermedades ni en cómo conservar sus cuerpos en una condición saludable.

#### **1.5. Objetivos de la investigación**

##### **1.5.1. Objetivo general**

Determinar los factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020.

##### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Determinar la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores del asentamiento humano san Francisco de Ñaña, 2020.

- Identificar los factores sociales asociados a la accesibilidad de los servicios de salud que presentan los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020.
- Identificar los factores económicos asociados a la accesibilidad de los servicios de salud que presentan los pobladores del Asentamiento Humano san Francisco de Ñaña, 2020.
- Identificar los factores geográficos asociados a la accesibilidad de los servicios de salud que presentan los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020.
- Identificar el factor creencias asociado a la accesibilidad de los servicios de salud que presentan los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020.

## **1.6. Hipotesis**

### **Hi**

Existe asociación de los factores social, económico, geográfico y creencias con la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del Asentamiento Humano San Francisco.

### **Ho**

No existe asociación de los factores social, económico, geográfico y creencias con la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del Asentamiento Humano San Francisco.

## Capítulo 2 Marco teórico

### 2.1. Antecedentes de investigación

Allen, Call, Beebe, McAlpine y Johnson (15) realizaron una investigación en Estado Unidos, el 2017, titulado: “Barreras para la atención y la utilización de servicios de salud entre los asegurados públicos”. Se estudiaron sujetos inscritos en los Programas de Atención Médica de Minnesota por medio de una encuesta. Se utilizó la regresión logística multivariante para estimar los efectos de las barreras percibidas a nivel del paciente, el proveedor, y el sistema sobre el retraso, renuncia y la falta de prevención en la atención del año anterior. Los resultados revelaron que, de un total de 2,194 adultos, el 66% fueron mujeres, el 76% contaban con estudios secundarios, el 62% se encontraba desempleado y 67% vivía en áreas metropolitanas. Asimismo, la notificación de problemas en todos los dominios de barrera aumentó las probabilidades de la demora de la atención en dos veces para las barreras relacionadas con el proveedor (OR = 2.0, IC del 95%: 1.2–3.3) y en más de seis veces para las barreras de acceso (OR = 6.2, IC del 95%: 3.8 –10.2); así como aumentaron el nivel de abandono a la atención en 2.6 veces para barreras familiares / laborales (OR = 2.6, IC 95%: 1.3–5.1) y en más de siete veces para barreras de acceso (OR = 7.1, IC 95%: 3.9–13.1). Finalmente, la discriminación percibida fue la única barrera constantemente asociada con el cuidado retrasado, renuncia a la atención y falta de atención preventiva.

Loignon y colaboradores (2) elaboraron un estudio en el 2015, titulado: “Barreras percibidas para la atención médica de las personas que viven en la pobreza en Quebec, Canadá: el proyecto EQUIhealThY”. El método empleado fue el cualitativo y para su realización se optó por la acción participativa, utilizando Photovoice, junto con un método conocido como “fusión de conocimiento y práctica” desarrollado por ATD Fourth World, una organización

comunitaria internacional que trabaja para erradicar la pobreza. Se llevó a cabo en dos prácticas docentes de atención primaria en la provincia canadiense de Quebec. Los participantes consistieron en 15 profesionales de la salud y seis miembros de dicha organización. Se llevaron a cabo aproximadamente 60 reuniones de grupo y los datos se procesaron mediante análisis temáticos. Todos los participantes destacaron tres barreras principales para la atención receptiva en un contexto de pobreza: las difíciles condiciones de vida de las personas que viven en la pobreza, la mala calidad de las interacciones entre proveedores y pacientes desatendidos, así como la complejidad de la organización y funcionamiento del sistema de salud.

Taber, Leyva y Persoskie (10), en el 2015, realizaron un estudio en Estados Unidos, titulado: “¿Por qué las personas evitan la atención médica?: Un estudio cualitativo con datos nacionales”. Los datos fueron recolectados como parte de la Encuesta Nacional de Tendencias de Información de Salud 2008, una encuesta nacional transversal. Las razones por las que las personas evitan la atención médica fueron proporcionadas por 1,369 participantes (40% hombres; edad = 48.9 años; 75.1% blancos no hispanos, 7.4% negros no hispanos, 8.5% hispanos o latinos). Los resultados revelaron tres categorías principales de razones. Primero, más de un tercio de los participantes (33.3%) informaron evaluaciones desfavorables de buscar atención médica, como factores relacionados con médicos, organizaciones de atención médica y preocupaciones afectivas. En segundo lugar, un subconjunto de participantes informó una baja necesidad percibida de buscar atención médica (12.2%), a menudo porque esperaban que su enfermedad o síntomas desaparecieran con el tiempo (4%). En tercer lugar, muchos participantes informaron como razones a las barreras

tradicionales de la atención médica (58.4%), como el alto costo (24.1%), la falta de seguro de salud (8.3%) y las limitaciones de tiempo (15.6%).

Musoke, Boynton, Butler y Musoke, en el 2014 (16), elaboraron un trabajo titulado:

“Comportamiento de búsqueda de salud y desafíos en la utilización de instalaciones de salud en el distrito de Wakiso, Uganda”. El estudio fue una encuesta transversal que utilizó un cuestionario estructurado para recopilar datos cuantitativos en 234 participantes. Los resultados indicaron que, si bien el 89% de los participantes sabía que existían clínicas móviles en su comunidad, solo el 28% había recibido dichos servicios en el último mes. La mayoría de los participantes (84%) no sabía si existían trabajadores de salud comunitarios en su localidad. El comportamiento de búsqueda de salud de los participantes la última vez que estuvieron enfermos se asoció con la edad ( $p = 0.028$ ) y la ocupación ( $p = 0.009$ ). Los desafíos más importantes en la utilización de los servicios de salud fueron el desabastecimiento regular de medicamentos, el alto costo de los servicios y la larga distancia a las instalaciones de salud.

Paek y Lim (17), en el 2012, realizaron un estudio en Cleveland, titulado: “Factores asociados con el acceso a la atención médica y los resultados”; con el objetivo de evaluar las diferencias étnicas en el acceso a la atención médica y los resultados de salud entre los estadounidenses de origen asiático y los blancos y entre los subgrupos de estadounidenses de origen asiático; examinar los efectos de los factores culturales e investigar los efectos moderadores de las conductas de riesgo para la salud entre las características culturales y acceso a la atención médica y resultados. El diseño fue transversal y los datos se derivaron de la Encuesta de entrevistas de salud de California del 2007. Se incluyeron asiáticos americanos ( $n = 4,462$ ) y blancos ( $n = 4,470$ ). Los resultados revelaron que hubo diferencias

étnicas significativas en el acceso a la atención médica y la percepción de la salud entre los estadounidenses de origen asiático y los blancos y entre los subgrupos de asiáticos estadounidenses. Las conductas de riesgo para la salud moderaron las relaciones entre los factores culturales y el acceso y los resultados de la atención médica. Los resultados revelan que el origen étnico afecta el acceso a la atención médica y la percepción de salud de un individuo, y sus comportamientos de salud son un factor importante que puede mejorar o empeorar los resultados. Este estudio puede aumentar nuestra base de conocimientos de investigación e intervenciones para mejorar la accesibilidad y percepciones de atención médica de las poblaciones de minorías étnicas.

Bloch, Rozmovits y Giambrone (18) en el 2011, realizaron una investigación en Canadá, titulada: “Barreras para la respuesta de la atención primaria a la pobreza como factor de riesgo para la salud”. El diseño fue cualitativo y se realizaron entrevistas individuales con doce expertos en pobreza y salud en atención primaria en Ontario, una jurisdicción bien dotada de recursos con cobertura de seguro de salud casi universal. Los participantes incluyeron médicos de familia, médicos especialistas, enfermeras practicantes, trabajadores comunitarios, defensores, expertos en políticas e investigadores. Las entrevistas fueron analizadas para temas anticipados y emergentes. Los resultados revelaron barreras estructurales, de actitud y basadas en el conocimiento centradas en el proveedor y el paciente para abordar la pobreza como un riesgo para la salud.

Solís y colaboradores (8), en el 2009, elaboraron una investigación titulado: “Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú”. El diseño fue transversal y descriptivo, con una muestra de 4391 persona de 12 distritos de Lima. El instrumento utilizado fue una encuesta

de 72 ítems creada por los autores del estudio. Los resultados demostraron que, el 48% no contaba con un seguro de salud. Comparado con personas que tenían seguros privados de salud, sanidades o seguridad social, los participantes sin seguro o cubiertos por el seguro público (SIS) tuvieron menor nivel educativo y de vida ( $p < 0,001$ ). Los encuestados sin seguro o con SIS, cuando perciben enfermedad recurren con mayor frecuencia a las farmacias que al médico ( $p < 0,001$ ). El sistema público es el principal sistema de atención médica pues atiende al 62,1% de los encuestados, incluyendo encuestados con seguro social. La percepción de un estado de salud óptimo se asoció con la afiliación a un seguro privado ( $OR=2,5$   $IC_{95\%}=1,87- 3,38$ ) y una edad menor de 35 años ( $OR=2,15$ ;  $IC_{95\%}=1,70-2,58$ ).

Conclusiones. Los sistemas de seguro de salud en los distritos de Lima cubren diferentes segmentos socio-económicos, los asegurados de sistemas privados presentan mejores condiciones de vida y acceso a servicios médicos, con mejor percepción de su salud.

Mezones-Holguín y colaboradores (19), en el 2016, elaboraron una investigación titulada “Diferencias institucionales en el insuficiente acceso efectivo a medicamentos prescritos en instituciones prestadoras de servicios de salud en Perú: análisis de la encuesta nacional de satisfacción de usuarios de los servicios de salud (ENSUSALUD 2014)”. Se ejecutó un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) del año 2014; Se estudiaron 13670 encuestas de usuarios de consulta médica ambulatoria y externa a nivel nacional en IPRESS del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales (MINSA-GR), Seguro Social de Salud (EsSalud), Fuerzas Armadas y Policiales (sanidades), y Clínicas del sector privado, con el objetivo de hallar la prevalencia de insuficiente acceso efectivo a medicamentos y sus factores asociados. El 80,9% ( $IC_{95\%}: 79,9-81,8\%$ ) se le recetaron medicamentos, y el 90,8% de éstos ( $IC_{95\%}: 90,1-91,6\%$ )

acudieron a la farmacia de la institución prestadora de servicios de salud, donde el 30,6% (IC 95%:28,8-32,4%) tuvo insuficiente acceso efectivo a medicamentos. Atenderse en MINSA-GR (RP: 4,8; IC95%: 3,5-6,54) y en sanidades (RP: 3,21; IC 95%: 2,3-4,5), personas de la tercera edad (RP: 1,17; IC 95%: 1,04-1,34) y corresponder al quintil más pobre (RP: 1,21; IC 95%: 1,05-1,41) aumentaron la probabilidad de insuficiente acceso efectivo a medicamentos. Además, se puede agregar que pacientes con una enfermedad de menos de 15 días (RP: 1,37; IC 95%: 1,05-1,79) y de 15 días a más (RP: 1,51; IC 95%: 1,16-1,97) tuvieron una mayor prevalencia de insuficiente acceso efectivo a medicamentos que aquellos atendidos por embarazo u otros controles. Se concluye que el insuficiente acceso efectivo a medicamentos está asociado al subsistema de salud, edad, pobreza y tipo de consulta realizada.

Benites-Zapata, V. y colaboradores (20), en el 2017 publicaron “Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la encuesta nacional de hogares (ENAH) 2015”, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de la no utilización de los servicios formales de prestación de salud (NUSFPS) y sus factores asociados en Perú. Los autores realizaron un análisis secundario de datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2015. Definieron como NUSFPS a personas que no acudieron a los servicios de salud, a pesar de haber presentado algún síntoma, malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica o accidente durante el último mes. Se estudiaron 35 036 sujetos; de estos la prevalencia de NUSFPS fue de 53,9% (IC95%:52,9-54,8). La NUSFPS fue menor en Lima Metropolitana a diferencia de la costa (razón de prevalencia ajustada [RPa] = 1,24; IC95%:1,17-1,31), sierra (RPa = 1,38; IC95%:1,31-1,46) y selva (RP = 1,25; IC95%:1,181,33). Hubo mayor prevalencia de NUSFPS en participantes que no contaban con seguro (RPa = 1,59; IC95%: 1,52-1,66) y

afiliados al seguro integral de salud (RPa = 1,16; IC95%: 1,11-1,22) en comparación con los afiliados a la Seguridad Social. Concluyeron que más de la mitad de los participantes fueron NUSFPS, lo que asociaron a condiciones geográficas adversas y deficiencias en el aseguramiento de salud.

Ypanaque-Luyo y colaboradores (21), en el 2015 elaboraron una investigación titulada: “Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana”. Estudio transversal descriptivo que analizó datos de la encuesta nacional de hogares del 2011, la información se fraccionó en 5 grupos: afiliados al Seguro Social de Salud (EsSalud), Seguro Integral de Salud (SIS), Seguro de Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales (FA-FP), los seguros privados de salud (SPS) y personas no aseguradas. El objetivo fue describir los patrones y perfil de necesidad al momento de utilizar los servicios de salud ambulatorios tanto de la población afiliada como la no afiliada a algún seguro de salud. Se encontró que los asegurados y los afiliados a EsSalud tenían más probabilidad de acceder a una consulta ambulatoria que cualquier participante no asegurado y afiliado al SIS. Además, los participantes afiliados al SIS hicieron uso en su mayoría de centros y puestos de salud (47%,1), en comparación a los afiliados a otros seguros, que utilizaron mayormente hospitales y clínicas mientras que las personas no aseguradas acudieron en su mayoría a farmacias y boticas (46.7%) en busca de solución a su enfermedad. En la totalidad de los seguros el pago por la consulta fue de bolsillo, así como fármacos y pruebas complementarias. La percepción de no estar aparentemente enfermo de gravedad fue la principal razón para no acudir en búsqueda de ayuda profesional en los asegurados (40%) y levemente más alta en los no asegurados (41,4%), sin embargo, el factor de falta de recursos económicos mostró una marcada diferencia entre asegurados (10.6%) y no asegurados (16.3%). Concluyeron que el perfil de

uso de los servicios de salud en la población peruana tiene diferencias relacionadas al tipo de seguro y la economía del individuo.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Acceso a la salud**

#### **2.2.1.1. Definición**

El acceso a la salud es un problema de salud pública a nivel mundial sobre todo en los países de mediano y bajo ingreso, en general se define como la capacidad y derecho de una persona o de un grupo de personas para poder acceder al servicio de salud de su comunidad o ciudad en donde esté viviendo (11). Por otro lado, Andersen, lo considera como “la capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”, sin embargo, a pesar de los múltiples conceptos que se han generado a lo largo de los tiempos, aún el 35% de la población mundial, no tiene esta facilidad de acceso a cualquier tipo de atención a la salud, por distintas causas entre algunas de estas al acceso se destaca el carácter multidimensional del concepto, pues este incluye cuestiones como disponibilidad, accesibilidad, acomodación y aceptabilidad, lo cual hace posible acercamientos multidisciplinarios y transversales desde varios campos o disciplinas del conocimiento, que pueden incluir la salud pública, la antropología, la psicología y la economía, entre otras (22). A su vez, la equidad universal de salud es un concepto amplio, multidimensional e inclusivo, compuesto por aspectos relacionados con lograr la buena salud a través de procesos, que no solo tengan que ver con la distribución de la atención sanitaria, sino también con la justicia social y total ausencia de discriminación en la prestación de esa asistencia. La salud no es únicamente una función del sector salud, porque para alcanzarla intervienen factores tales como las condiciones de vida y

de trabajo, el estado psicosocial y factores socioeconómicos. En otras palabras, equidad universal en salud es lograr salud sin que ninguna circunstancia social lo impida (11,23)

#### **2.2.1.2. Dimensiones del acceso a la salud**

- **Disponibilidad**

Actualmente, con la ayuda de la tecnología, el ser humano puede llegar a zonas donde antiguamente no podía, ha construido caminos de tierra, cemento, asfalto, piedras, entre otros materiales, solo con el hecho de poder mantener comunicados a los individuos de zonas aledañas unos a otros, sin embargo, por más creciente que ha sido el desarrollo, no todas las personas permanecen comunicadas temporal ni permanentemente, esto es debido a que muchos pueblos y comunidades viven alejados de la tecnología, por ende es poco probable que el acceso no solo de la salud sino de distintas entidades lleguen a esos lugares (12).

En los países de medio y escasos recursos económicos, los también llamados países de tercer mundo, hay alrededor de 75 comunidades que no tienen acceso disponible a los servicios de salud, debido al difícil acceso para llegar a estas zonas. En consecuencia, la prevalencia de enfermedades y la mortalidad por estas, ha ido en aumento en los últimos años; también dentro de las comunidades andinas en los distintos países, los números son alarmantes, ya que alrededor de 85 de esas no tienen fácil acceso a los servicios de salud (24).

Sin embargo, el vivir alejado en estas zonas solo constituye uno de varias trabas que existe para no tener un adecuado acceso a los servicios de salud, ya que también existe el factor disponibilidad de personal médico apto para poder ejercer su función en el país donde labora, es decir la falta de profesionales de la salud, también es un problema grande hoy en día (25).

Actualmente, la falta de pago o la mala remuneración por su trabajo al personal de la salud, es un principal indicador de la falta de disponibilidad de la salud, cabe resaltar que en algunos países el pago remunerado es un poco mayor para el personal que desea ir a estos lugares, sin embargo hay mucha demanda pero poco personal disponible para estos centros, a pesar del aumento salarial que se brinda, esto es debido a que el personal de la salud evita esos lugares debido al tipo y estilo de vida que ellos desean llevar, para sí mismos y sus familias, en conclusión se habla de que no solo exista el beneficio monetario para el personal de la salud que tome el reto de ir a estos lugares sino también que exista la condición para que las personas, sin distinción, puedan satisfacer su necesidad de atención médica, lo que hace pensar, en que la preocupación por sí misma es la de cumplir con la disponibilidad, es decir, contar con centros de atención médica, servicios de salud y personal que atienda las necesidades de la población (24,25).

- **Accesibilidad**

En la accesibilidad a los servicios de atención médica interactúan condiciones como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios. Por ejemplo: son diferentes las necesidades de atención de una persona que vive en la costa a la que vive en la sierra. La geografía manda y determina el estado de salud de sus poblaciones, así como los problemas de accesibilidad. La geografía influye de manera importante sobre las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional, limitando la integración política y económica, por lo que las inequidades y la exclusión social continúan (26). Ahora bien, la propuesta de tener un servicio de salud universal va en función de satisfacer esa necesidad, pero también de cumplir con los derechos de las personas, además de cumplir con una política pública integral. Se considera que la salud se ve afectada por las

políticas e instituciones imperantes, el nivel de capital humano (educación, principal promotor de la salud), el nivel de tecnología de la sociedad, especialmente en el sector salud, y el propio crecimiento de los ingresos y la reducción de la pobreza, lo cual genera una mejor salud. Por otro lado, la política de salud, como parte de la estructura básica de la sociedad también se debe regir por principios de justicia, ya que genera condiciones que afectan la realización de los proyectos de vida de las personas (27).

La prestación de los servicios de salud es a través del sistema de salud, el cual según la OMS “debe ofrecer servicios equitativos y de calidad que protejan de modo no excluyente ni desigual a los ciudadanos de enfermar y de la desprotección financiera y las implicaciones que pueden generar, buscando que se logre a través de la eficiencia” (22). Es importante recalcar que la política de los centros de salud debe ser regularizada por el estado o la entidad que preste este tipo de servicios, debido a que muchas veces, las convocatorias de trabajo sufren muchas irregularidades durante el proceso y al final el veredicto de la selección no siempre obedece a la capacidad que presentan para el trabajo, sino por las amistades, favores devueltos, entre otras cosas que afectan este sistema de salud, dando así una mala prestación de los servicios de la salud por el personal a cargo, una de estas consecuencias es que los profesionales de la salud que trabajen en una comunidad x, deben vivir cerca o a los alrededores de la comunidad x, y no fuera de esta o alejados o en otras comunidades debido a que al momento de una emergencia o solicitar sus servicios puedan estar aptos y presentes para poder darlos, al no ser así, no se podrá brindar los servicios necesarios y urgentes que los miembros de la población amerita (25).

Otro problema son los horarios, el personal de salud que queda en guardia en las noches debe ser capaz de solventar cualquier necesidad de la población que se le presente, o en todo caso

la logística del centro de salud debe acomodar los horarios del personal de manera que haya atención las 24 horas, muchas veces o hay poco personal especializado en estos centros de salud o no los hay, lo que conlleva a una verdadera negligencia del estado para con la población (22,24).

- **Contacto**

Esta entidad se refiere a la atención primaria brindada al paciente, este debe ser proporcionado por médicos, enfermeras y personal técnico mejor formados y entrenados en Atención Primaria (26).

La mayoría de países industrializados tienen sistemas sanitarios basados en Atención Primaria con resultados positivos, los cuales cuentan con médicos familiares que coordinan su labor con médicos especialistas de otros niveles de atención (13). En el sistema sanitario peruano, muchas veces se tienen a especialistas del nivel secundario en centros de Atención Primaria, esto sucede sobre todo en Lima y otras ciudades, donde se saturan de algunos especialistas, que son ubicados en centros de primer nivel de atención; sin duda, esto trae desventajas para el sistema, para los pacientes y para el mismo profesional quien no puede hacer uso de todas sus competencias en beneficios de los pacientes. Además, los médicos especialistas no generalistas tienden a sobreestimar la posibilidad de enfermedades graves (por su formación en centros de atención terciaria donde se encuentran pacientes con enfermedades no comunes) y tratar en exceso, buscando sólo a un agente específico sin tomar en cuenta el entorno en el que aparece y vive el paciente (26).

Todo empieza desde el personal encargado de dar las citas, servicio social que pueda haber en el local donde se presta el servicio de la salud, muchas veces el hecho de no tener un seguro gratuito o de trabajador, evita que las personas puedan ser atendidas por el personal de

la salud que está gustoso en hacerlo, este hecho debe de cambiar en nuestro país, no es posible que hasta hoy en día se pierdan muchas vidas por causa de esta negligencia, el estado debe de cambiar las normas y leyes que hacen este mal uso de las normal hacia la población y condenan prácticamente a la población de bajos recursos económicos de nuestro país, no solo en el Perú este problema es prevalente, países como El Salvador y Nicaragua, han dejado de lado estas leyes, y han propuesto y hecho una realidad que primero se brinde la atención al individuo que lo necesite y luego haga el respectivo control de regularización correspondiente a la atención, esto en 3 años de estudio, disminuyó en un 15% la mortalidad infantil de dichos países (26,28).

- **Aceptabilidad**

La aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, que incluyen el nivel social y económico de la persona, vestimenta, manera de hablar, de caminar, lenguaje y pronunciación de este, otros factores son los culturales y religiosos, por ejemplo la atención al individuo testigo de Jehová no es completa debido a que ellos ponen distintas negativas a los diferentes tratamientos sobre la salud, debido a su ética religiosa, la cual hoy en día se respeta, sin embargo hace que el servicio de la salud se restrinja de manera no voluntaria a ese tipo de personas. Además, las creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros (27).

Dentro de estos factores que influyen negativamente en la aceptabilidad por parte de las personas y del personal al servicio de la salud son también el temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud, creencias y mitos, incompatibilidad cultural entre los usuarios y equipo de salud, por último, la desconfianza en los equipos de salud en el tratamiento prescrito (12,26–28).

La demografía es el estudio estadístico de las poblaciones humanas según su estado y distribución en un momento determinado, dicho estudio estadístico está compuesto por datos que provienen y a su vez se pueden disgregar gracias a los múltiples factores que interactúan para así determinan a una población y su dinámica en la realidad. Teniendo conocimiento de los diversos factores, en el siguiente trabajo se consideran los siguientes (29).

#### **2.2.1.2. Factores**

- **Sociales**

Hay muchos de estos factores que ejercen una influencia ya sea de mayor o menor grado dentro del acceso a la salud, dentro de ellos hay que considerar a la edad, en un recién nacido y aproximadamente hasta los cinco años de edad, los padres a cargo de ellos, acuden aproximadamente de 9 a 12 veces por año a un centro de salud, para que sus hijos puedan ser atendidos, muchas de estas consultas simplemente son por pequeños procesos virales, entre otros insignificantes detalles, por otra parte la población entre la niñez y la juventud, es la población que menos porcentaje de consulta hace hacia alguna entidad de salud, siendo esta del 20% de la población mundial atendida, por otro lado la población adulta tiene una tasa de atención por cualquier profesional médico de la salud en un 78% en el Perú, y en un 67% a nivel de Sudamérica, más que todo por problemas respiratorios, crónicos, neoplásicos, entre otros (30,31)

El sexo también es otro factor importante, para Luis Llanos el quien realizó un estudio en Cajamarca, encontró que el varón parecería más propenso a percibir enfermedad que la mujer, y no es el único autor que llegó a estos resultados, sin embargo se sabe por teoría que la mujer tiene un nivel hormonal elevado de estrógenos que por medios aún no totalmente detallados ejercen un nivel de protección contra enfermedades sobre todo en el ámbito

cardiovascular, vascular y venoso, es decir en el hombre la prevalencia de alguna enfermedad cardiovascular como infarto agudo de miocardio, miocardiopatías, son más prevalentes en valor de 3:1 en comparación con la mujer, asimismo la insuficiencia venosa conocida como várices y la enfermedad arterial periférica son más prevalentes en el varón que en la mujer. Sin embargo esta protección contra estas enfermedades decae hasta el momento de la menopausia de la mujer, es en este contexto que la prevalencia de estas enfermedades toma un sentido invertido y la prevalencia aumenta en las mujeres, es por ello que en la población adulta la prevalencia de enfermedades es más común en el género femenino (30,32).

El lugar de donde proviene la persona, también es un factor que impide o ayuda al acceso a la salud en nuestro país, en el Perú, hay más de 60 comunidades tanto andinas como selváticas, con diferentes denominaciones, entre los dialectos que predominan en las comunidades andinas son el quechua y el aimara, entre las comunidades de la selva el idioma que predomina es el shipibo, es por ello que el hecho de pertenecer a una de estas comunidades y tener este dialecto hace que la comunicación no sea totalmente eficaz con el personal de salud, que a pesar de lo muy gustoso que este por ayudar al o a la paciente lamentablemente por un tema de entendimiento en su lengua no lo puede atender satisfactoriamente, y es incluso mucho peor ya que estas personas ni siquiera pueden llegar a la sala de emergencias o al consultorio debido al problema a través del contacto con el personal de servicio social de la entidad de salud, otro aspecto es la raza, esto en países como el Perú ya no sigue siendo un problema al momento de atenderse en cualquier establecimiento de salud, por el contrario está siendo erradicado de nuestro país, sin embargo las leyes deben seguir cambiando y aplicando severos castigos al personal que ponga resistencia a la atención de un paciente por el hecho de discriminación (31).

El grado de instrucción y la ocupación de una persona también es un importante factor para el acceso a la salud, y ya no depende en sí del profesional de la salud en su gran parte, primeramente las personas analfabetas no constituyen un problema para su atención debido a que tienen la capacidad de comunicarse más no de poder escribir, es por esto que al ser acompañados por un familiar ayudaría en gran parte a la tarea del personal, también el hecho del bajo nivel de educación que pueden tener las personas, debido a que se ha podido observar en los diferentes estudios que existe una asociación entre un nivel más bajo de educación con el mayor porcentaje de enfermedades y mortalidad por estas, y no porque no se haya diagnosticado a tiempo sino porque la ignorancia del que la padece hace que esta enfermedad se haga más crónico y solo en estadíos avanzados de esta acuda a un establecimiento de salud, en donde solamente queda por dar un tratamiento paliativo mas no curativo; la ocupación también es un factor que influye debido a que esto depende en gran parte del nivel de educación de la persona, individuos en trabajos de profesional se ha visto que tienen menor porcentaje de padecer enfermedades, de los individuos que laboran en construcción, carpintería, choferes, obreros, etc. Es decir, mientras el individuo tenga menos nivel de educación y una ocupación que ocupa gran parte del día menor será el porcentaje de que este acuda a un centro de salud cuando padezca de alguna dolencia (33).

El estado civil de una persona, aparentemente no influye en el acceso a la salud, debido a que la salud es un derecho de cada persona, sin embargo tiene leve influencia sobre el acceso a la salud, debido a que, si hacemos una comparación entre una persona soltera con una casada, las responsabilidades son distintas para cada una, y esto depende en gran parte del número de hijos que tenga la persona en casa, debido a que son más gastos que genera un hijo, por ejemplo una persona que tiene 5 hijos, será más fácil que cuando sus hijos se enfermen vaya

y los haga atender en un establecimiento de salud para salir de cualquier preocupación, y que puedan recuperarse lo más pronto posible, por el contrario cuando esta se enferma, es mucho más difícil que vaya a atenderse debido a que tiene otras responsabilidades como el colegio de los hijos, la pensión, la comida, el alquiler del hogar, la vestimenta; es decir en pocas palabras el casado vela más por el bienestar de su familia que por el propio (30,33).

- **Económicos**

Existen muchos influyentes dentro de este rango, principalmente el ingreso mensual del individuo, esto puede influir de cierta manera tanto negativa como positivamente, dando un ejemplo claro, un individuo que gana 1000 soles mensuales pero que tiene un gasto de 1100 soles mensuales se entiende claramente que la canasta familiar de este individuo no alcanza para la existencia mínima, sin embargo hoy en día en nuestro país existe lo que es el Seguro Integral de Salud (SIS), que es un seguro gratuito del gobierno que otorga a las personas pobres y extremadamente pobres de nuestro país, esto es una ayuda fundamental en gran manera ya que antes si era un problema de salud pública debido a que tenías que tener un seguro de salud para poder atenderse; el influir positivamente es que si el individuo si genera mucho más ingreso que los gastos tendrá dinero para poder optar por servicios de seguro personal y familiar, para optar por preservar el bienestar de su familia. Otro factor es que la canasta familiar como ya vimos antes, que vendría a ser el ingreso mensual que percibe el paciente contra los gastos mensuales que el individuo hace, si el balance es positivo el individuo tendrá reserva de dinero para poder acceder a un seguro de salud, que ofrecen diferentes empresas, pero si el balance es negativo el individuo solo le alcanzará para vivir, por lo que optar por un seguro implicaría que este tuviera que privarse de los servicios básicos para la existencia (34,35). Los servicios básicos como agua, luz, entre otros, no

influyen dentro del acceso a la salud, ya que como se describió antes el seguro gratuito por parte del estado es disponible para personas que no gozan de estos servicios (36).

- **Geográfico**

Es uno de los factores más prevalentes en las zonas rurales de los países de medio y bajo recursos económicos, la distancia es el principal inconveniente debido a que el establecimiento de salud más cercano está a horas de la zona rural donde vive la mayor parte de la población, los caminos de trocha, piedras, barro, hacen casi imposible el acceso a estos sitios, es por ello que las personas optan por no ir a los establecimientos y quedarse cerca en casa a tratar de curar estas enfermedades. La mortalidad en estos pacientes es más alta que la de las otras poblaciones, sin embargo, este factor depende en gran manera de los funcionarios públicos dentro de esa ciudad, para poder construir caminos que hagan posible el acceso fácil a este tipo de población rural (37).

- **Creencias**

La medicina casera o natural hoy en día es muy prevalente y es una de las condiciones que influyen en porque las personas dejan de atenderse en establecimientos de salud. Esta medicina, al igual que el curanderismo, implica un conjunto de saberes y conocimientos terapéuticos y rituales que hacen de la medicina casera la opción más común al iniciarse el tratamiento de cualquier afección. Dentro de la medicina doméstica podemos distinguir la autoatención, esta incluye el consumo de fármacos de laboratorio y recetas tradicionales de la medicina casera que van desde infusiones, hasta aplicación de parches, cataplasmas, pasando por baños de asiento, prácticas que puede ejecutar el enfermo individualmente o con la ayuda de familiares (36).

Otro factor es la práctica de los legos conocedores de terapéuticas particulares: se trata de personas adultas, cuyo saber específico en el tratamiento de la salud es reconocido por los miembros de su comunidad, quienes recurren a ellos para que los auxilien en el tratamiento de problemas particulares. Los conocimientos que poseen les permiten tratar un número limitado de desequilibrios o enfermedades y recetar remedios, generalmente preparados tradicionales, hechos a base de productos vegetales en su mayoría, aunque pueden incluir elementos minerales y animales. Usualmente, no cobran por sus servicios, pero si el usuario lo decide, en contraprestación al servicio recibido contribuye espontáneamente. Además, funciona un sistema de reciprocidades indirectas por el cual los miembros de una comunidad rural participan en la atención de la salud de acuerdo a sus saberes, con plena conciencia de que recibirán la ayuda necesaria por parte de otros miembros cuando ellos lo necesiten (36).

Además de ello, las personas optan más por ir a establecimientos como farmacias que no poseen médico a cargo sino a lo mucho un químico farmacéutico, el cual le dice a las personas que acuden que tomar para su padecimiento, esto no está permitido ya que este personal no está capacitado para poder recetar fármacos a la población, diciéndolo de otro manera, este personal maneja la rama de los medicamentos sin embargo no domina cuando recetarlos y cuando no, dependiendo del estado del paciente, comorbilidades, entre otros factores, incluso en muchos de estos establecimientos no hay un químico farmacéutico presente, solo el personal de ventas receta estos medicamentos sin tener el más mínimo estudio sobre estos, siendo así que puede cometer negligencia e incluso la muerte del paciente; sin embargo la población hace caso omiso ante estos anuncios y sigue optando por consumir lo que el personal de la farmacia les receta (32,33).

Resulta apremiante que el personal de salud tome mayor conciencia acerca de que el apego a los valores éticos y humanísticos le permiten incorporar las expectativas y necesidades de los pacientes a su quehacer cotidiano y contribuir a que su institución ofrezca servicios con la más alta calidad, independientemente del estrato económico o sociocultural de sus pacientes. Para alcanzar un trato adecuado, con base en la bioética, la calidad y calidez humana, debemos partir del reconocimiento de que la práctica médica enfrenta un nuevo reto hoy en día, el de reconocer a la corporeidad humana no sólo como el vehículo para mantener la vida desde el ámbito biológico, sino también como aquello que posibilita el más complejo y abstracto elemento que hace posible la vida humana, la identidad. La mayor parte de las instituciones de salud en el mundo moderno han relegado y desestimado la percepción, usos y costumbres tradicionales que sobre la salud y la enfermedad mantienen los individuos (34).

Por lo tanto, el enfermo y sus familiares suelen sentirse indefensos, o siguiendo uno de los conceptos creados por Bourdieu, se encuentran frente a un habitad, que, al excluirlos, resta importancia a uno de los engranes fundamentales de la calidad de la atención: las expectativas del paciente como parte inherente del trato adecuado. Es necesario por medio de un cambio en la percepción del profesional de la salud acerca de lo que cree como esencial en la tarea del tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento de la salud, que de acuerdo a los resultados de recientes investigaciones han sido los aspectos técnicos, más que el trato adecuado. Asimismo, hay que lograr un cambio de actitud que trascienda la línea que divide dos campos simbólicos que forman la parte de una misma realidad, la realidad humana y la comunicación interpersonal en el proceso de atención. Es por ello que en la actualidad el maltrato del personal de la salud hacia el paciente hace que este, no quiera o no acceda al servicio de salud que este ofrezca y opte por otro medio tratar de curar su dolencia (35).

### 2.2.2. Definición de términos

- Acceso a los servicios de salud: según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) es “el grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica”(27)
- Factores sociales: “son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren” (38).
- Factores económicos: “son actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas” (39).
- Factores geográficos: “espacio físico organizado por la sociedad. Es el entorno en el que se desenvuelven los grupos humanos en su interrelación con el medio ambiente” (40).
- Factor creencias: “es la convicción de que algo es verdadero y cierto. Es una valoración personal que puede basarse en elementos racionales o en una sensación interna” (31).

## **Capítulo 3 Materiales y métodos**

### **3.1. Diseño y tipo de investigación**

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que los datos son producto de mediciones y se utiliza métodos estadísticos para probar hipótesis; de diseño no experimental, ya que se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un momento determinado; y por último, de tipo analítica explicativa porque permite establecer asociaciones estadísticas (41).

### **3.2. Delimitación geográfica**

El Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, pertenece al distrito de Lurigancho-Chosica, provincia de Lima, situada en la parte oriental de la misma, en la cuenca media del río Rímac. Limita por el norte y este con el distrito de Chaclacayo, por el sur con Ate, y por el Oeste con el distrito de San Juan de Lurigancho.

### **3.3. Participantes**

#### **3.3.1. Población**

Según la Municipalidad de Lurigancho – Chosica que cuenta con 240 814 habitantes, Ñaña cuenta con un aproximado de 192 182 habitantes (42), de los cuales aproximadamente 1050 se ubican en el Asentamiento Humano San Francisco según datos suministrados por parte de los dirigentes de la comunidad mencionada.

#### **3.3.2. Muestra**

El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico aleatorio sistemático. Probabilístico, es decir, todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser escogidos; y de tipo

sistemático, ya que se escogió un individuo inicial de forma aleatoria entre la población y, a continuación, se seleccionó al siguiente individuo según la constante calculada (43).

Se aplicó la siguiente fórmula para la obtención de la muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \delta^2}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot \delta^2}$$

N Total, de la población

Z Nivel de confianza

$\sigma$  Desviación estándar

e Porcentaje de error

$$n = \frac{1050(1,96)^2 (0,5)^2}{(1050-1)(0,05)^2 + (1,96)^2 (0,5)^2}$$

$$n = 281,5$$

Posterior a esto se halló la constante, es decir, el patrón numérico que se siguió para entrevistar a los seleccionados sistemáticamente.

$$(Población\ total / muestra) = (1050/281.5) = 3.7$$

La recolección cubrió la cantidad de 302 encuestados, superando la muestra calculada.

### 3.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron:

- Personas mayores a 18 años
- Personas residentes en Asentamiento Humano San Francisco.

Se excluyeron:

- Personas con alguna enfermedad mental o física que les impida llenar el cuestionario
- Personas que se encuentren de visita
- Personas que no firmen el consentimiento informado

### 3.4. Variables

**Tabla 1.** Operacionalización de variables

Variables	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala
Acceso a los servicios de salud	Se refiere a las barreras que afronta el paciente para lograr atenderse en algún centro de salud.  Será medido a través del cuestionario: “Cobertura de servicios de salud” creado por Tanahashi (44) en 1978 y replicado por Mancilla (12) en Perú el 2016  La escala final de puntuación clasifica el acceso a los servicios de salud en:  Bajo: 17-44 ptos	Acceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud.</li> <li>—Creencias y mitos.</li> <li>—Incompatibilidad cultural entre los usuarios y equipo de salud.</li> <li>—Desconfianza en los equipos de salud en el tratamiento prescripto.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siente temor en un centro de salud nacional.</li> <li>2. Siente vergüenza por atender en el centro de salud.</li> <li>3. Ha sentido que sus creencias han sido vulneradas en el centro de salud donde se atiende.</li> <li>4. Existe incompatibilidad entre sus creencias y aquellos que lo informan en el centro de salud.</li> <li>5. Está conforme con las indicaciones del médico que lo trata.</li> <li>6. El personal que lo atiende no está preparado.</li> <li>7. La receta que le han dado es la adecuada</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0.Nunca</li> <li>1.Casi nunca</li> <li>2.A veces</li> <li>3.Casi siempre</li> <li>4.Siempre</li> </ol>
		Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes.</li> <li>—Horarios de atención inadecuados.</li> <li>—Distancias largas entre la residencia del usuario y el lugar de atención.</li> <li>—Escasez y dificultad del transporte.</li> <li>—Largas listas y tiempo de espera excesivos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Los exámenes médicos que le solicitan están muy caros.</li> <li>9. El tratamiento médico que le indica esta fuera de su alcance.</li> <li>10. La consulta médica tiene costo elevado.</li> <li>11. Los horarios de atención no son los adecuados.</li> <li>12. El centro de salud queda muy lejos de su domicilio.</li> <li>13. Tiene dificultad para conseguir transporte que lo lleve al centro de salud.</li> <li>14. Las colas para la atención los desaniman.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0.Nunca</li> <li>1.Casi nunca</li> <li>2.A veces</li> <li>3.Casi siempre</li> <li>4.Siempre</li> </ol>
		Contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad.</li> <li>- Falta de conciencia de la enfermedad en los usuarios.</li> <li>- Efectos secundarios de los medicamentos.</li> <li>- Sensación de bienestar que llevar a dejar el tratamiento y controles</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Usted siente que la atención es de mala calidad.</li> <li>16. Los dolores o malestar no constituyen un peligro.</li> <li>17. Ha sentido efectos no deseados luego de tomar su medicamento.</li> <li>18. Las dosis prescritas no son las adecuadas.</li> <li>19. Cuando siente mejora deja el tratamiento aun cuando no se completa la dosis.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>0.Nunca</li> <li>1.Casi nunca</li> <li>2.A veces</li> <li>3.Casi siempre</li> <li>4.Siempre</li> </ol>

	Alto: 45-71 ptos	Disponibilidad	- Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención y medicamentos. - Escasez de información. - Falta de formación y capacitación de los equipos médicos.	20. El centro de salud no cuenta con buen equipo médico. 21. El local del centro de salud no es adecuado para atender a los usuarios. 22. No existen muchos turnos de atención. 23. En la farmacia del centro de salud no se encuentran disponibles todos los medicamentos que le han recetado. 24. No existe buen servicio de información 25. El personal no está bien entrenado en el uso de los equipos médicos del centro de salud	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre
Factores sociales	Se refiere a las características de edad, sexo, raza, instrucción, estado civil, religión, tipo de trabajo y número de hijos de una comunidad.	Edad		1. Edad	Valor numérico
		Sexo		1. Sexo	0.Masculino 1.Femenino
		Raza		5. Raza	1.Blanca 2.Negra 3.Mestizo
		Grado de instrucción		3. Grado de instrucción	1.Sin instrucción 2.Primaria incompleta 3.Primaria completa 4.Secudaria incompleta 5.Secundaria completa 6.Superior
		Estado civil		4. Estado civil	1.Soltero 2.Casado 3.Conviviente 4.Viudo 5.Divorciado
		Religión		6. Religión	1.Adventista 2.Católico 3.Testigo de jehová 4.Otros

		Trabajo	12. Su trabajo es:	1.Independiente 2.Dependiente 3.No trabaja
		Número de hijos	7. Número de hijos	Valor numérico
Factores económicos	Se refiere a la capacidad de generar bienes que permitan al individuo satisfacer sus necesidades	Ingreso económico mensual	8. Ingreso mensual:___ soles	Valor numérico
		Canasta básica familiar	10. Canasta básica familiar:___ soles	Valor numérico
		Tipo de vivienda	11. Tipo de vivienda	1.Material noble 2.Pre-faricado 3.Esteras, adobes, otros
		Acceso a servicios básicos de sanidad: agua, luz, desagüe, asfalto	12. ¿Cuenta con los servicios basicos de sanidad: agua, luz, desagüe, asfalto	0.No 1.Sí
		Seguro de salud (SIS, EsSalud, privado)	9. ¿Cuenta con algun seguro de salud (sis, essalud, privado)?	0.No 1.Sí
Factores geográficos	Se refiere al área que debe a travesar el poblador para llegar al centro de salud	Tiempo (en minutos) de su casa al centro de salud	14. ¿Cuanto tiempo tarda en llegar de su casa al centro de salud?:_____minutos	Valor numérico
Factor creencias	Se refiere a los principios o costumbres de una persona.	Uso de remedios naturales	15. ¿Usa remedios naturales?	0.No 1.Sí
		Compra de medicamentos en farmacias sin receta	16. ¿Compra medicamentos en farmacias sin receta?	0.No 1.Sí
		Prefiere consultar al chaman, curandero, abuela, vecino, boticario, etc.	17. ¿ Prefiere consultar al chaman, curandero, abuela, vecino, boticario, etc?	0.No 1.Sí

### **3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos**

La técnica usada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario: “Cobertura de servicios de salud” creado por Tanahashi (44) en 1978 y replicado por Mancilla (12) en Perú el 2016 que cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738 catalogándolo de moderada confiabilidad.

El cuestionario consta de un total de 25 preguntas, y está dividido en 4 dimensiones: Accesibilidad (1-7 ítems), aceptabilidad (8-14 ítems), contacto (15-19 ítems) y disponibilidad (20-25 ítems). Todas las escalas de respuestas corresponden a la escala de Likert: Nunca =0, Casi nunca =1, A veces =2, Casi siempre =3 y Siempre =4.

La escala final de puntuación clasifica el acceso a los servicios de salud en:

- BAJO: 18-44 PTS
- ALTO: 45-71 PTS

### **3.6. Proceso de recolección de datos**

Después de haber obtenido la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del estudio, se inició con la aplicación de los instrumentos.

Una vez el individuo acepto participar y firmo el consentimiento se procedió a la aplicación del cuestionario, se tomó un promedio de 10 min por persona. El recojo de información se llevó a cabo durante el mes de febrero del año 2020.

Se usó el patrón de muestra calculado para abordar a los participantes por casas es decir cada 4 casas. Se inició por la casa número 1 ubicada al principio de la localidad de San Francisco, siguiendo con la casa número 6 colindante a la inicial, así sucesivamente alcanzando

encuestar un total de 302 participantes que cumplieran con criterios de inclusión superando el número de muestra calculado.

### **3.7. Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico Statistix de Analytical Software versión 10 en español para Windows.

Para el análisis univariado, se empleó tablas de frecuencia para las variables categóricas y medidas de tendencia central y de variabilidad para las numéricas.

Para el análisis bivariado, se empleó la prueba chi cuadrado, dependiendo del análisis exploratorio de datos.

Para el análisis multivariado se empleó regresión logística binaria.

### **3.8. Consideraciones éticas**

En concordancia con el Artículo 10 y 11 del Código de Ética para la Investigación (CoEIn) del 2016 de la Universidad Peruana Unión se respetará la autonomía de los participantes, por lo que se elaboró y entregó a los sujetos del estudio un consentimiento informado, en el que se explicó el objetivo del trabajo, la seguridad y el anonimato de los participantes; así mismo, se aclaró que la información obtenida no se empleará para ningún propósito fuera de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio (45).

## Capítulo 4 Resultados y Discusión

### 4.1. Resultados

**Tabla 2** Factores sociales, económicos, geográficos y de creencias de los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020

Factores		Escala	n=302	%
Sociales	Edad	Me ± DS	41,6 ± 16,09	
	Sexo	Masculino	141	46,7
		Femenino	161	53,3
	Grado de instrucción	Sin instrucción	4	1,3
		Con instrucción	298	98,7
	Estado civil	Casado/Conviviente	188	62,3
		Soltero	114	37,7
	Religión	Adventista	55	18,2
		Católico	147	48,7
		Testigo de Jehová	30	9,9
		Otros	70	23,2
	Trabajo	Independiente	162	53,6
		Dependiente	64	21,2
No cuenta con trabajo		76	25,2	
Número de hijos	Me ± DS	2,4 ± 1,7		
Económicos	Ingreso mensual	Me ± DS	1538,2 ± 832,8	
	Canasta básica familiar	Me ± DS	999,6 ± 422,2	
	Tipo de vivienda	Material noble	194	64,2
		Pre fabricada	91	30,1
		Esteras, adobes, otros	17	5,6
	Acceso a servicios básicos	No	3	1,0
		Sí	299	99,0
	Seguro de salud	No	124	41,1
Sí		178	58,9	
Geográfico	Tiempo en minutos al puesto de salud	Me ± DS	22,3 ± 17,6	
Creencias	Uso de remedios naturales	No	40	13,2
		Sí	262	86,8
	Compra de medicamentos en farmacia sin receta	No	59	19,5
		Sí	243	80,5
	Prefiere consultar al chaman, curandero, abuela, vecino, boticario, etc.	No	173	57,3
		Sí	129	42,7

\*Me: media aritmética; DS: desviación estándar

En la tabla 2, en relación a los factores sociales, el 53,3% fueron del sexo femenino, con una edad promedio de 41,6 años, el 98,7% contaron con algún grado de instrucción y el 62,3% estuvieron casados/convivientes. Del mismo modo, el 48,7% refirieron ser católicos, el 53,6% manifestaron tener un trabajo independiente y tuvieron alrededor de 2,6 hijos.

Por otro lado, en los factores económicos, se encontró que los pobladores perciben un ingreso promedio de S/ 1538,2, con una canasta básica familiar de S/999,6. Asimismo, el 64,2% tuvieron una casa hecha de material noble, el 99% contaba con los servicios básicos de sanidad y el 58,9% contaba con algún tipo de seguro de salud.

Con respecto, al factor geográfico, se identificó que los pobladores tardan aproximadamente 22,3 min en llegar al puesto de salud más cercano.

Finalmente, el factor creencias, revelo que el 86,8% de los pobladores sí usaba remedios naturales para curar su salud, el 80,5% compraba medicamentos en la farmacia sin receta médica y el 42,7% prefería consultar al chaman, curandero, abuela, vecino, boticario, etc sobre su estado de salud.

**Tabla 3.** Cobertura de los servicios de salud de los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020

Cobertura a los servicios de salud	Alto		Bajo	
	n	%	n	%
Global	87	28,8	215	71,2
Accesibilidad	16	5,3	286	94,7
Aceptabilidad	114	37,7	188	62,3
Contacto	85	28,1	217	71,9
Disponibilidad	140	46,4	162	53,6

En la tabla 3, se observa que del 100% de los encuestados, el 71,2% presentó una cobertura a los servicios de salud baja y el 28,8% alta. Asimismo, al análisis de sus dimensiones, se observa que, el 94,7% tuvo una baja accesibilidad al centro de salud, el 62,3% percibió una baja aceptabilidad, el 71,9% consideró que el contacto recibido fue bajo y el 53,6% calificó como baja la disponibilidad tanto del personal sanitario como del mismo centro de atención.

**Tabla 4.** Análisis bivariado de los factores sociales, económicos, geográficos y de creencias con la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020

Factores		X <sup>2</sup>	gl	p
Sociales	Edad	3,963	1	,047
	Sexo	,009	1	,923
	Grado de instrucción	,029	1	,866
	Estado civil	,320	1	,571
	Religión	10,317	3	,016
	Trabajo	1,948	2	,378
	Número de hijos	12,769	1	,000
Económicos	Ingreso mensual	16,311	1	,000
	Canasta básica familiar	3,349	1	,067
	Tipo de vivienda	26,868	2	,000
	Acceso a servicios básicos	2,118	1	,146
	Seguro de salud	22,289	1	,000
Geográfico	Tiempo en minutos al puesto de salud	,541	1	,462
Creencias	Uso de remedios naturales	,032	1	,858
	Compra de medicamentos en farmacia sin receta	1,641	1	,200
	Prefiere consultar al chaman, curandero, abuela, vecino, boticario, etc.	31,466	1	,000

\*X<sup>2</sup>: Chi cuadrado; gl: grados de libertad

En la tabla 4, se observa que los factores sociales que se relacionan a la accesibilidad de los servicios de salud fueron: la edad, la religión y el número de hijos. Por otro lado, los factores económicos que sí tuvieron relación fueron: el ingreso mensual, el tipo de vivienda y el seguro de salud. Finalmente, del factor creencias, se halló relación con la variable a quién prefiere consultar sobre su estado de salud.

**Tabla 5.** Análisis multivariado de los factores sociales, económicos, geográficos y de creencias con la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020

Factores	p	Exp(B)	IC 95% para EXP(B)		
			Inferior	Superior	
Sociales	Edad	,865	,998	,972	1,025
	Sexo	,842	1,064	,578	1,960
	Grado de instrucción	,188	7,123	,382	132,814
	Estado civil	,338	1,408	,699	2,835
	Religión	,110			
	Adventista	,301	,574	,200	1,645
	Católico	,102	,540	,258	1,130
	Testigo de Jehová	,374	1,626	,557	4,751
	Tipo de trabajo	,835			
	Independiente	,570	1,245	,585	2,650
	Dependiente	,882	1,075	,413	2,795
Económicos	Número de hijos	,039	1,305	1,014	1,679
	Ingreso mensual	,005	,999	,998	1,000
	Canasta básica familiar	,005	1,002	1,001	1,003
	Tipo de vivienda	,067			
	Material noble	,036	,220	,053	,909
	Prefabricada	,020	,200	,052	,779
	Acceso a servicios básicos	,069	,077	,005	1,224
Geográfico	Seguro de salud	,068	,535	,273	1,048
	Tiempo en minutos al puesto de salud	,322	1,009	,991	1,027
Creencias	Uso de remedios naturales	,077	,434	,172	1,094
	Compra de medicamentos en farmacia sin receta	,179	1,799	,765	4,233
	Prefiere consultar al chaman, curandero, abuela, vecino, boticario, etc	,000	3,179	1,693	5,970

\* *Exp(B) = Estimación de la OR (odds-ratio)*

En la tabla 5, se observa que el factor social: número de hijos; los factores económicos: canasta básica familiar y el tipo de material de vivienda; y el factor creencias a quién consulta sobre su estado de salud se asociaron significativamente con la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, con p valor menor a 0,05.

## 4.2. **Discusión**

El acceso a la atención médica es fundamental en el desempeño de los sistemas de atención médica en todo el mundo. De hecho, la importancia de la prestación de servicios para las personas ha dado como resultado que la medición de la utilización y el acceso tengan un papel destacado en la literatura sobre políticas de salud.

Asimismo, el acceso puede concebirse como la interfaz entre los usuarios potenciales y los recursos de atención médica, y estaría influenciado por las características de quienes suministran y de quienes utilizan los servicios (46).

El trabajo de investigación encontró que el 71,2% de los pobladores percibió la accesibilidad a los servicios de salud como baja y el 28,8% alta (ver tabla 2) . De igual manera, la encuesta nacional de hogares (ENAH) indicó que el 53,9% de pobladores peruanos no utilizan los servicios de salud a pesar de sentirse mal (20).

Asimismo, un estudio realizado en 11 países (Australia, Canadá, Francia, Alemania, Noruega, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos) demostraron que uno de cada cinco adultos (21%) experimenta múltiples barreras antes de llegar a los puestos de atención primaria (47). Por el contrario, un estudio en Sudáfrica, encontró que el 57,5% de los pobladores afirma que los servicios de salud (incluidos los servicios públicos y privados) son accesibles (48).

Seguidamente en Colombia, el estrato socio-económico, tener una enfermedad diagnosticada y crónica; y el tener que esperar por 30 minutos o menos para ser atendidos, fueron también factores asociados al uso de los servicios de atención primaria en salud (49). Del mismo modo, en Guatemala, las barreras de acceso fueron más interrelacionales siendo las geográficas (transporte, distancia), económicas (costo

de las visitas al consultorio y la medicina) y culturales (idioma) las más importantes (50).

En torno a los resultados encontrados, se sabe que la pobreza ha sido identificada como la mayor amenaza para la salud. Los pobres, que utilizan las instalaciones públicas, tienen menos acceso a la atención médica que los más ricos, que a menudo están cubiertos por un seguro de asistencia médica; esto remarca el protagonismo de poseer un seguro de salud así como el factor económico relacionado a la accesibilidad a los servicios de salud que está influenciado en gran proporción por el ingreso mensual y somete a variaciones a la canasta básica familiar. (51).

Si bien es cierto, la cobertura de salud universal ha contribuido a mejorar la salud de la población al reducir las barreras financieras del acceso a los servicios (atención preventiva, consulta y hospitalización) y por favorecer mejores resultados en la población pobre. No obstante, esto se ve muy influenciado por el marco institucional y la gobernanza lograda en cada país; así como, la existencia de mecanismos de riesgo compartido (fondos de salud) (21). De igual manera, cuando se acumulan barreras de acceso en la atención, hay impactos en los patrones de uso de los servicios de salud. Es así que, diversos estudios han encontrado que un mayor número de barreras de acceso se asocian con un uso más intensivo de la atención de emergencia en general (52).

El no acceder a servicios de salud en los establecimientos de baja complejidad, donde se enfatiza la prevención primaria, así como en otros centros de mayor complejidad que enfatizan la prevención secundaria, traen consecuentemente a este escenario la manifestación de patologías potencialmente prevenibles o manejables en tiempos

tempranos junto con sus complicaciones, lo cual podría estar relacionado directa o indirectamente al uso en mayor proporción de las atenciones por emergencia (52).

Al ser la accesibilidad un proceso multidimensional, se deben considerar factores financieros, organizativos, sociales y culturales que limiten la utilización de estos servicios. Por tal motivo, el análisis multivariado de la investigación, encontró que el número de hijos, la canasta básica familiar, el tipo de vivienda y a quién consulta sobre su estado de salud se asociaron con la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores del AAHH San Francisco (ver Tabla 4) (30).

Uno de los puntos a resaltar sobre el aumento en la accesibilidad a los servicios de salud es el asociado al número de hijos así como su edad. (30) El tamaño de la familia afecta considerablemente la demanda de los servicios, pues se supone que una familia grande tendrá un menor ingreso per cápita que una familia pequeña con igual ingreso. Este factor afecta diferencialmente la demanda de servicios de salud según el nivel socioeconómico (21).

Los usuarios de servicios de salud, dependiendo de la edad, demandan distintos servicios de salud. Es decir que la relación entre la edad y el uso de los servicios no es simplemente lineal ni es la misma para cada tipo de servicio (21). Que los niños sufran de constantes infecciones o la necesidad de asistir a los controles de desarrollo podría influenciar a que los tutores tengan contacto frecuente con los servicios de salud, llegando incluso a 12 consultas anuales en niños menores a 5 años, aumentando la accesibilidad de los tutores (30). Por otro lado, el sexo marca diferencias muy importantes en la necesidad de atención médica; así, la mujer en edad

reproductiva necesita de atención obstétrica; sin embargo, el grado en que la demanda dependerá de su conducta dentro de una sociedad determinada (21).

La accesibilidad a los servicios de salud se relaciona al tipo de vivienda puesto que esta es el marco donde se desarrolla un individuo condicionando su salud incluso el curso de su enfermedad, claro está que las características de la vivienda depende de multiples variantes empezando por el material hasta el espacio que ocupa; el material de vivienda está influenciado fuertemente por el factor económico dado que al tener mayor poder adquisitivo se puede construir una vivienda con mejores condiciones y materiales ,así mismo esta disposición de recursos económicos se interrelaciona a la accesibilidad a los servicios de salud(53,54).

Un estudio hecho en países africanos reveló que la falta de transporte, la disponibilidad de servicios, medicamentos o equipos inadecuados y los costos son barreras que interfieren en el acceso a los servicios de salud (55). Por otro lado, en Australia, se identificaron cuatro barreras principales y facilitadores para el acceso y uso de la atención médica: la influencia de otras personas significativas, creencias socioculturales y religiosas únicas, experiencias con proveedores de atención médica y falta de conocimiento sobre los servicios de atención médica; en concordancia con el presente estudio la asociación significativa con la accesibilidad a los servicios de salud al factor religioso y a la persona de preferencia al momento de consultar por un problema de salud, obedece en parte al grado de instrucción y factor socio-cultural incluso a las experiencias previas de los pobladores con los servicios de salud. Dentro del aspecto religioso a modo de ejemplo, los Testigos de Jehova y su negativa

respecto a las transfusiones de sangre entre otras prácticas medicas repercuten en su accesibilidad a los servicios de salud (27,56).

Las creencias y percepciones sobre los beneficios y barreras de utilizar los servicios, se considera que las decisiones a tomar serán influenciadas por las creencias con respecto a la efectividad de conocer alternativas disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad a la cual el individuo se siente sujeto; un individuo puede pensar que una acción dada será efectiva para reducir la amenaza de la enfermedad, pero al mismo tiempo ve los inconvenientes, como el costo, lo desagradable y el dolor (51).

Seguidamente, dependiendo de la percepción de la enfermedad, el usuario activará mecanismos en torno al deber de satisfacer la necesidad y esto lo hará en relación con su estado, con su entorno psicosocial, su cultura, poder de compra y personalidad (57).

## Capítulo 5 Conclusiones y recomendaciones

### 5.1. Conclusiones

- Los factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en los pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020 fueron: la edad, religión, número de hijos, ingreso mensual, canasta básica familiar, tipo de vivienda, seguro de salud y a quien prefiere consultar sobre su estado de salud.
- El 71,2% presentó una cobertura a los servicios de salud baja y el 28,8% alta. Asimismo, al análisis de sus dimensiones, se observa que, el 94,7% tuvo una baja accesibilidad al centro de salud, el 62,3% percibió una baja aceptabilidad, el 71,9% consideró que el contacto recibido fue bajo y el 53,6% calificó como baja la disponibilidad tanto del personal sanitario como del mismo centro de atención.
- Los factores sociales que se relacionan a la accesibilidad de los servicios de salud fueron: la edad ( $p=0.047$ ), la religión ( $p=0.016$ ) y el número de hijos ( $p=0,039$ ;  $OR=1,305$ ).
- Los factores económicos que sí tuvieron relación fueron: el ingreso mensual ( $p=0.005$ ;  $OR= 0.999$ ), canasta básica familiar ( $p=0.005$ ;  $or=1.002$ ), el tipo de vivienda ( $p=0.000$ ) material noble ( $p=0.036$ ;  $OR= 0.220$ ), pre fabricado ( $p=0.020$ ;  $OR=0.200$ ) y el seguro de salud ( $p=0.068$ ;  $OR=0.535$ ).
- Del factor geográfico, la variable tiempo en minutos al puesto de salud no se relaciona con la accesibilidad de los servicios de salud.
- Del factor creencias, se halló relación con la variable a quién prefiere consultar sobre su estado de salud. ( $p=0.000$ ;  $or=3.179$ ) con la accesibilidad de los servicios de salud.

## **5.2. Recomendaciones**

Se recomienda a los directivos del puesto de salud de la zona, considerar los factores sociales, económicos, geográficos y de creencias para la mejora de la accesibilidad de los pobladores del AAHH San Francisco. Asimismo, a reforzar los esfuerzos en el trabajo extramural y a mejorar el flujograma de atención para disminuir el tiempo de espera de los pacientes.

Por otro lado, se sugiere conocer más sobre las creencias y cultura de los pobladores de la zona, ya que se ha visto que prefieren el uso de la medicina natural y las sugerencias de diferentes agentes de la comunidad sobre su estado de salud. De igual manera, a informar a los pacientes de los peligros de la compra de medicamentos sin receta médica en las diferentes farmacias de la zona con la finalidad de mejorar la salud de la población.

Finalmente, se espera que los diversos actores sociales de la comunidad (municipalidad, Universidad Peruana Unión, colegios, tiendas, etc.) unan esfuerzos para mejorar la calidad de vida de sus habitantes, ya sea con la búsqueda de reducción de brechas económicas, la fiscalización de la venta indiscriminada de medicamentos y la implementación de programas educativos que mejoren la accesibilidad a los servicios de salud.

## Referencias

1. The World Bank. Tracking universal health coverage : 2017 global monitoring report [Internet]. Washington, D.C.; 2017 [cited 2020 Feb 7]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/Tracking-universal-health-coverage-2017-global-monitoring-report>
2. Loignon C, Hudon C, Goulet É, Boyer S, De Laat M, Fournier N, et al. Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: the EQUIhealThY project. Int J Equity Health [Internet]. 2015 Dec 17 [cited 2020 Jan 30];14(1):4. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-015-0135-5>
3. OPS. OPS insta a mejorar el acceso a los servicios de salud para prevenir 600 mil muertes anuales en las Américas [Internet]. OPS. 2018 [cited 2020 Feb 9]. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14284:ops-insta-a-mejorar-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-para-prevenir-600-mil-muertes-anuales-en-las-americas&Itemid=135&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14284:ops-insta-a-mejorar-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-para-prevenir-600-mil-muertes-anuales-en-las-americas&Itemid=135&lang=es)
4. OMS, OPS. Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad [Internet]. Salud en las Americas 2017. 2017 [cited 2020 Feb 9]. Available from: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=311&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=es)
5. OMS. Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas [Internet]. OMS. 2017 [cited 2020 Feb 9]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>

6. TeleSUR - SH. Salud en Estados Unidos [Internet]. teleSUR - SH. 2017 [cited 2020 Feb 9]. Available from: <https://www.telesurtv.net/telesuragenda/Salud-en-Estados-Unidos-20170328-0036.html>
7. Galewitz P. Turistas de la salud: los estadounidenses que cruzan la frontera para operarse en México - The New York Times [Internet]. The New York Times. 2019 [cited 2020 Feb 9]. Available from: <https://www.nytimes.com/es/2019/08/13/espanol/negocios/turismo-medico-mexico.html>
8. Solís R, Sánchez SE, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez-Zubiate R, Rodríguez M. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2009;26(2):136–44. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342009000200003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200003)
9. Velásquez A. Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016 Aug 12 [cited 2020 Mar 8];33(3):397. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2339>
10. Taber JM, Leyva B, Persoskie A. Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2015 Mar 12 [cited 2020 Jan 30];30(3):290–7. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-014-3089-1>
11. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 2014 Dec 19 [cited 2020 Jan 30];13(27):236–59. Available from:

<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11970>

12. Mancilla Ponce T del C. Barreras asociadas al acceso de los servicios de salud en los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa 2016 [Internet]. Universidad César Vallejo. Universidad César Vallejo; 2018 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/24722?show=full>
13. Levy H, Janke A. Health Literacy and Access to Care. *J Health Commun* [Internet]. 2016 Mar 28 [cited 2020 Jan 30];21(sup1):43–50. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2015.1131776>
14. White EG. *Spiritual Gifts*. 4 vol. Washington D.C.: Review and Herald Publishing Association; 1945. 52 p.
15. Allen EM, Call KT, Beebe TJ, McAlpine DD, Johnson PJ. Barriers to Care and Health Care Utilization Among the Publicly Insured. *Med Care* [Internet]. 2017 Mar [cited 2020 Jan 30];55(3):207–14. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005650-201703000-00002>
16. Musoke D, Boynton P, Butler C, Musoke M. Health seeking behaviour and challenges in utilising health facilities in Wakiso district, Uganda. *Afr Health Sci* [Internet]. 2015 Jan 16 [cited 2020 Jan 30];14(4):1046. Available from: <http://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/111429>
17. Paek M-S, Lim J-W. Factors Associated With Health Care Access and Outcome. *Soc Work Health Care* [Internet]. 2012 Jul [cited 2020 Jan 30];51(6):506–30. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00981389.2012.671244>
18. Bloch G, Rozmovits L, Giambrone B. Barriers to primary care responsiveness to poverty as

- a risk factor for health. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2011 Dec 29 [cited 2020 Jan 30];12(1):62. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-12-62>
19. Mezones-Holguin E, Solis-Cóndor R, Benites-Zapata VA, Garnica-Pinazo G, Márquez-Bobadilla E, Tantaleán-Del-Águila M, et al. Diferencias institucionales en el insuficiente acceso efectivo a medicamentos prescritos en instituciones prestadoras de servicios de salud en Perú: Análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de los Servicios de Salud (ENSUSALUD 2014). *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016 Jun 3 [cited 2020 Feb 2];33(2):205. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000200003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000200003&script=sci_abstract)
  20. Benites-Zapata VA, Lozada-Urbano M, Urrunaga-Pastor D, Márquez-Bobadilla E, Moncada-Mapelli E, Mezones-Holguin E. Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2015. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2017 Oct 9 [cited 2020 Feb 6];34(3):478. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2864>
  21. Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2015 [cited 2020 Feb 2];32(3):464–70. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000300008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300008)
  22. Sánchez-Torres DA. [Accessibility to health services: theoretical debate on determinants and implications in the public health policy]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 30];55(1):82–9. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28092252>

23. Mendoza-Parra S. Coverage, universal access and equity in health: a characterization of scientific production in nursing. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24(e2669). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-02669.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-02669.pdf)
24. Rosero Bixby L. Acceso y disponibilidad de servicios de salud en Costa Rica 2000. In: Rosero Bixby L, editor. *Costa Rica a la Luz del Censo del 2000* [Internet]. San José: Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica; 2004 [cited 2020 Jan 30]. p. 289–314. Available from: [http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec\\_institucional/publicaciones/14\\_acceso\\_y\\_disponibilidad\\_de\\_servicios\\_de\\_salud\\_en\\_costa\\_rica\\_2000.pdf](http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos/inec_institucional/publicaciones/14_acceso_y_disponibilidad_de_servicios_de_salud_en_costa_rica_2000.pdf)
25. Wallace SP, Enriquez-Haass V. Availability, accessibility, and acceptability in the evolving health care system for older adults in the United States of America. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2001 Jul [cited 2020 Jan 30];10(1):18–28. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892001000700004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000700004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
26. Rosas Prieto AM, Zarate VN, Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 30];30(1):42–7. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172013000100008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008)
27. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2015 Mar 3;57(2):180. Available from:

<http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7415>

28. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013 Mar [cited 2020 Jan 30];33(3):223–9. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892013000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
29. Palladino AC. Introducción a la demografía [Internet]. *Corrientes*; 2010 [cited 2020 Mar 9]. Available from: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/INTRODUCCIÓN A LA DEMOGRAFÍA APS.pdf>
30. LLanos Zavalaga LF, Contreras Ríos CE, Velásquez Hurtado JE, Peinado Rodríguez J, Contreras Rios CE, Velasquez Hurtado JE, et al. Factores asociados a la demanda de salud en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2013 Jan 3 [cited 2020 Jan 30];15(1):11. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/813>
31. Yance Atauje AC, Atauje Yance CA. Factores asociados al uso de servicios de salud por adultos mayores de comunidades en los andes peruanos [Internet]. Universidad de San Martín de Porres – USMP. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú.; 2017 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3006>
32. Rivera Felix LM, Burgos López NH, Gomez Diaz JZ, Moquillaza Alcántara VH. Factores

- asociados al acceso a la atención prenatal en los hospitales de Huaral y Chancay, Perú. An la Fac Med [Internet]. 2018 Jul 29 [cited 2020 Jan 30];79(2):131. Available from: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/14939>
33. Rivera Mejía PT, Carvajal Barona R, Mateus Solarte JC, Arango Gómez F, Valencia Bernal JA. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal. *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2014;19(1):84–98. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a07.pdf>
  34. García Péreza MÁ, Morenoa VM, Ramírez Puertac D, González Martínez Y, Hidalgo Vicarioe I, Escribano Ceruelog E, et al. Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. *Gac Sanit* [Internet]. 2007 [cited 2020 Jan 31];21(3):219–26. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0213-91112007000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112007000300008)
  35. Herrera-Kiengelher L, Villamil-Álvarez M, Pelcastre-Villafuerte B, Cano-Valle F, López-Cervantes M. Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009 Aug [cited 2020 Jan 31];43(4):589–94. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400004&lng=es&tlng=es)
  36. Arteaga F. *Rituales Y Remedios Naturales: Las Prácticas Del Autotratamiento En La Pampa (Argentina)*. *Mitológicas* [Internet]. 2010;XXV:9–26. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14615247001> Abstract
  37. Ministerio de Salud del Perú. *Análisis de situación de salud 2012: Dirección de Salud II Lima Sur* [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2014 [cited 2020 Jan 31]. 215 p. Available

- from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/314109-analisis-de-situacion-de-salud-2012-direccion-de-salud-ii-lima-sur>
38. Santos Padron H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2011;37(2):136–44. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007)
  39. Gharama Al-Rae M, Más Bermejo P. Factores económicos y sociales relacionados con los indicadores de salud en la República de Yemen. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2005;43(2). Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223214845001%0ACómo>
  40. Romero Placeres M, Álvarez Toste M, Álvarez Pérez A. Los factores ambientales como determinantes del estado de salud de la población [Internet]. Vol. 45, *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2007. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032007000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200001)
  41. Sampieri RH, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación* [Internet]. 5th ed. Mares Chacón J, editor. México: McGRAW-HILL; 2014. 613 p. Available from: [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia de la investigación 5ta Edición.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edici3n.pdf)
  42. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Resultados definitivos de los censos nacionales 2017 [Internet]. INEI. Lima; 2018. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1544/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/)
  43. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int J Morphol*

- [Internet]. 2017 Mar [cited 2020 Jan 31];35(1):227–32. Available from:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
44. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ [Internet]. 1978 [cited 2020 Jan 31];56(2):295–303. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/96953>
45. Universidad Peruana Unión. Código de ética para la investigación [Internet]. Universidad Peruana Unión Lima, Perú: con el proposito de normar el comportamiento ético durante el proceso de investigacion en la Universidad Peruana Unión; 2016. Available from:  
[https://drive.google.com/file/d/0B\\_9dRZmkTMQbS0VjSDR4VFVJQW8/view](https://drive.google.com/file/d/0B_9dRZmkTMQbS0VjSDR4VFVJQW8/view)
46. 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 [Internet]. 2013 Mar 11 [cited 2020 Feb 28];12(1):18. Available from:  
<http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>
47. Corscadden L, Levesque JF, Lewis V, Strumpf E, Breton M, Russell G. Factors associated with multiple barriers to access to primary care: An international analysis. Int J Equity Health [Internet]. 2018 Feb 20 [cited 2020 Feb 28];17(1):28. Available from:  
<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0740-1>
48. Stellenberg EL. Accessibility, affordability and use of health services in an urban area in South Africa. Curationis [Internet]. 2015 Feb 27 [cited 2020 Feb 28];38(1). Available from:  
<http://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/102>
49. Melguizo Herrera E, Castillo Avila I. Factores asociados al uso de servicios de atención

- primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. *Rev salud pública* [Internet]. 2012 [cited 2020 Feb 28];14(5):765–75. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0124-00642012000500004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642012000500004)
50. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2007 Apr [cited 2020 Feb 28];49(2):86–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17522734>
51. Kristiansson C, Gotuzzo E, Rodriguez H, Bartoloni A, Strohmeyer M, Tomson G, et al. Access to health care in relation to socioeconomic status in the Amazonian area of Peru. *Int J Equity Health* [Internet]. 2009 Apr 15 [cited 2020 Feb 28];8(1):11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19368731>
52. Huot S, Ho H, Ko A, Lam S, Tactay P, MacLachlan J, et al. Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. *Int J Circumpolar Health* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2020 Feb 28];78(1):1571385. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30696379>
53. OMS. Directrices de la OMS obre la vivienda y salud. Resumen de Orientación [Internet]. Ginebra; 2018 [cited 2020 Mar 9]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279743/WHO-CED-PHE-18.10-spa.pdf?ua=1>
54. Barceló Pérez C. Vivienda saludable: un espacio de salud pública. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2011 [cited 2020 Mar 9];50(2):131–5. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032012000200001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032012000200001)

55. Eide AH, Mannan H, Khogali M, van Rooy G, Swartz L, Munthali A, et al. Perceived Barriers for Accessing Health Services among Individuals with Disability in Four African Countries. Federici S, editor. PLoS One [Internet]. 2015 May 20 [cited 2020 Feb 28];10(5):e0125915. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25993307>
56. Alzubaidi H, McNamara K, Browning C, Marriott J. Barriers and enablers to healthcare access and use among Arabic-speaking and Caucasian English-speaking patients with type 2 diabetes mellitus: A qualitative comparative study. *BMJ Open*. 2015 Nov 1;5(11):e008687.
57. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does “access to health care” mean? *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2002 Jul 23 [cited 2020 Feb 28];7(3):186–8. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135581902760082517>

## Anexos

### Anexo 1: Cuestionario

1. Sexo
  - Femenino
  - Masculino
2. Edad: \_\_\_\_\_ años
3. Grado de instrucción
  - Sin instrucción
  - Primaria incompleta
  - Primaria completa
  - Secundaria incompleta
  - Secundaria completa
  - Superior
4. Estado civil
  - Soltero
  - Casado
  - Conviviente
  - Viudo
  - Divorciado
5. Raza:
  - Blanca
  - Negra
  - Mestizo
6. Religión
  - Adventista
  - Católico
  - Testigo de jehová
  - Otros
7. Número de hijos: \_\_\_\_\_
8. Ingreso mensual: \_\_\_\_\_ soles
9. ¿cuenta con algun seguro de salud (sis, essalud, privado) ?
  - Sí
  - No
10. Canasta básica familiar: \_\_\_\_\_ soles
11. Tipo de vivienda
  - Material noble
  - Pre-faricado
  - Esteras, adobes, otros
12. Su trabajo es:
  - Independiente
  - Dependiente
  - No cuenta con trabajo
13. ¿Cuenta con lo servicios básicos de sanidad: agua, luz, desagüe?
  - Sí
  - No
14. ¿Cuánto tiempo tarda en llegar desde su casa al centro de salud?: \_\_\_\_\_ minutos
15. ¿Usa remedios naturales?
  - Sí
  - No
16. ¿Compra de medicamentos en farmacias sin receta?
  - Si
  - No
17. ¿Prefiere consultar al chaman, curandero, abuela, vecino, boticario, etc?
  - Sí
  - No

Ítems	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1. Siente temor al asistir a un centro de salud					
2. Siente vergüenza de atenderse en el centro de salud					
3. Ha sentido que sus creencias han sido vulneradas en el centro de salud donde se atendió					
4. Existe incompatibilidad entre sus creencias y aquellos que lo atienden en el centro de salud.					
5. Esta conforme con las indicaciones del médico que lo trata					
6. El personal que lo atiende no está muy preparado					
7. La receta que le han dado es la adecuada					
8. Los exámenes médicos que le solicitan están muy caros					
9. El tratamiento médico que le indican está fuera de su alcance					
10. La consulta médica tiene costo elevado					
11. Los horarios de atención no son los adecuados					
12. El centro de salud queda muy lejos de su domicilio					
13. Tiene dificultad para conseguir transporte que los lleve al centro de salud					
14. Las colas para la atención lo(a) desaniman					
15. Usted siente que la atención es de mala calidad					
16. Los dolores o malestar no constituyen un peligro					

17. Ha sentido efectos no deseados luego de tomar su medicamento					
18. Las dosis pre-escritas no son las adecuadas					
19. Cuando siente mejorar deja el tratamiento aún cuando no se completa la dosis					
20. El centro de salud no cuenta con buen equipo médico					
21. El local del centro de salud no es el adecuado para atender a los usuarios					
22. No existen muchos turnos de atención					
23. En la farmacia del centro de salud no se encuentran disponibles todos los medicamentos que le han recetado					
24. No existe buen servicio de información					
25. El personal no esta bien entrenado en el uso de los equipos médicos del centro de salud.					

## **Anexo 2: Consentimiento**

### **CONSENTIMIENTO ABREVIADO**

Factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020.

#### **INTRODUCCIÓN:**

Buenos días/tardes, nosotros somos, egresados de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Peruana Unión. Este cuestionario tiene como propósito determinar los factores que se asocian a la accesibilidad que Ud. tiene a los puestos de salud de su zona. Dicha información será de mucha importancia para desarrollar el estudio.

Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a [dmjotas@gmail.com](mailto:dmjotas@gmail.com)

*He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.*

---

Firma

A continuación, detallan las instrucciones o explicaciones para el llenado del cuestionario.

#### **INSTRUCCIONES:**

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que usted crea conveniente.

#### **Observación:**

Cada participante de la investigación debe recibir una copia de este consentimiento.