

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA

Escuela Profesional de Enfermería



*Una Institución Adventista*

**Accesibilidad a los servicios de salud en tiempos de pandemia y su relación con la percepción de la enfermedad en pobladores con enfermedades crónicas del Centro Poblado Virgen del Carmen La Era, Ñaña, 2021**

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

**Autor:**

Haydee Nelly Guerra Pariona

**Asesor:**

Mg. Janett Virginia Chávez Sosa

Lima, 23 de diciembre de 2021

# DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Janett Virginia Chávez Sosa, de la Facultad de Enfermería, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD EN TIEMPOS DE PANDEMIA Y SU RELACIÓN CON LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN POBLADORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO POBLADO VIRGEN DEL CARMEN LA ERA, ÑAÑA, 2021”** constituye la memoria que presenta la Bachiller Haydee Nelly Guerra Pariona para obtener el título de Profesional de Licenciada en Enfermería, cuya tesis 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 declaración en la ciudad de Lima, a los 9 días del mes de marzo del año 2022.



---

Janett Virginia Chávez Sosa



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a 23 día(s) del mes de diciembre del año 2027, siendo las 14:08 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a):

Dra. Keila Ester Urbando Simodín, el (la) secretario(a): Dra. María Magdalena

Diego Quiñeda y los demás miembros: Mg. Francisco Saborra

Bernal y el (la) asesor(a) Mg. Janet Chang

Losa con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado:

"Accesibilidad a los servicios de salud en tiempos de pandemia y su relación con la percepción de la enfermedad en poblados con enfermedades crónicas del centro poblado Virgen del Carmen La Cruz, María, 2021"

del(los) bachiller(es): a) Haydee Nelly Guerra Pariona

b) c) conducente a la obtención del título profesional de:

Graduada en Enfermería

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (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 al (a la) / a (los) (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:

Bachiller (a): Haydee Nelly Guerra Pariona

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	16	B	Bueno	Muy bueno

Bachiller (b):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

Bachiller (c):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	

(\*) Ver parte posterior esta sustentación fue realizada de manera virtual u online simultánea con el momento de todos los días.

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (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.

\_\_\_\_\_  
Presidente/a

\_\_\_\_\_  
Asesor/a

\_\_\_\_\_  
Bachiller (a)

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Bachiller (b)

\_\_\_\_\_  
Secretaría

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Bachiller (c)

## ÍNDICE

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA .....	2
1.1 Identificación y Justificación del problema .....	2
1.2 Formulación del problema .....	4
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo general .....	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Antecedentes.....	5
2.2 Bases Teóricas .....	6
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	9
3.1 Lugar de ejecución de la investigación .....	9
3.2 Participantes/población y muestra .....	9
3.3 Diseño y tipo de investigación.....	10
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	10
3.5 Operacionalización de las variables.....	12
3.6 Procesamiento y análisis de datos.....	14
3.7 Consideraciones éticas .....	14
3.8 Administración del proyecto .....	15
3.8.1 Cronograma de actividades .....	15
3.8.2 Presupuesto proyectado .....	15
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	16
CAPITULO V: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	23

Acceso a los servicios de salud y percepción de la enfermedad crónica en pobladores peruanos durante la pandemia del COVID-19.

Access to health services and illness perception in Peruvian population with chronic diseases during the COVID 19 pandemic.

## Resumen

**Objetivo.** Determinar la asociación entre el acceso a los servicios de salud y la percepción de la enfermedad crónica en pobladores peruanos. **Material y métodos.** Estudio analítico transversal, con una muestra de 987 pobladores a los que se les aplicaron los cuestionarios "Cobertura de servicios de salud" y "The Brief Illness Perception Questionnaire" (BIPQ). **Resultados.** Tener un seguro de salud (RPa=0.683; IC 95%=0.613-0.761) actúa como un factor protector para una percepción positiva de la enfermedad crónica, sin embargo, un tiempo de espera mayor a 3 meses para obtener una cita médica (RPa=1.417; IC 95%=1.319-1.522) y un deficiente acceso a los servicios de salud (RPa=1.435; IC 95%=1.226-1.681) aumentan la probabilidad de una negativa percepción de la enfermedad crónica. **Conclusiones.** Existe asociación entre el deficiente acceso a los servicios de salud y la percepción negativa de la enfermedad crónica en pobladores peruanos.

**Palabras claves:** Acceso a los Servicios de Salud, percepción de la enfermedad, Enfermedades Crónicas, COVID-19, Pandemias.

## Abstrac

**Objective.** To determine the association between access to health services and the illness perception of chronic disease in Peruvian populations. **Material and methods.** Cross-sectional analytical study, with a sample of 987 inhabitants to whom the questionnaires "Coverage of health services" and "The Brief Illness Perception Questionnaire" (BIPQ) were applied. **Results.** Having health insurance (RPa = 0.683; 95% CI = 0.613-0.761) acts as a protective factor for a positive illness perception of chronic disease, however, a waiting time greater than 3 months to obtain a medical appointment (RPa = 1,417; 95% CI = 1,319-1,522) and poor access to health services (RPa = 1,435; 95% CI = 1,226-1,681) resulted in the probability of a negative illness perception of chronic disease. **Conclusions.** There is an association between poor access to health services and the negative illness perception of chronic disease in Peruvian populations.

**Keywords:** Health Services Accessibility, illness perception, chronic disease, COVID-19, pandemic.

## Introducción

La pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto profundo en la salud pública, cobrando la vida de 2,31 millones de habitantes en el mundo en lo que va del año 2021. Sin embargo, no todas las personas se ven igualmente afectadas; uno de los principales grupos de riesgo son las personas con enfermedades crónicas, que tienen entre 2,5 y 3,9 veces mayor probabilidad de expresar la forma grave de la enfermedad y una mayor tasa de mortalidad (1). Debido a que estos pacientes sólo pueden controlar su enfermedad más no curarla, es necesario un seguimiento periódico en los centros de salud, ya sea para la entrega de sus medicamentos, el ajuste de la dosis de los mismos o para la realización de exámenes de rutina (2). Sin embargo, a inicios de la pandemia, el sistema de salud peruano se saturó rápidamente, y el estado peruano, para evitar la propagación de la enfermedad, optó por la inmovilización social obligatoria y la postergación de la atención por consultorios externos en las diferentes instituciones hospitalarias del país, dificultando la atención de los pacientes con enfermedades crónicas (3,4).

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada en el 2019, el Perú cuenta con 13 millones de habitantes que sufren de alguna enfermedad crónica, de los cuales, el 31% son adultos mayores y solo el 44% atienden o busca atención para su padecimiento (5). Esta situación ha empeorado con la pandemia del COVID-19, según el reporte de Condiciones de Vida en el Perú (6), casi la mitad de personas que se atendían por alguna enfermedad crónica en los hospitales públicos del Ministerio de Salud (MINS) y del Seguro Social de Salud (EsSalud) han dejado de hacerlo, y pasaron a buscar atención en farmacias o boticas. Asimismo, para el 2021, el estado ha reducido en más de 91 millones de soles el presupuesto para la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, pese a que existe suficiente evidencia científica de que este es grupo es más vulnerable a las formas graves del COVID-19 (7).

Esta problemática genera una seria preocupación sobre el impacto indirecto del COVID-19 en la salud de la población con enfermedades crónicas debido al limitado acceso a los servicios de salud y la disminución en la atención de salud (8,9). El acceso a los servicios de salud se refiere a la facilidad con que las personas pueden obtener la atención médica necesaria y se define como la oportunidad de utilizar servicios adecuados en proporción a las necesidades de atención médica de la población(10). Por tanto, el nivel de acceso influye en el uso de los servicios médicos y, en consecuencia, en el estado de salud de la población. El acceso era un problema antes de la pandemia. A la fecha, existe evidencia preliminar de disparidades raciales y socioeconómicas en la población afectada por el COVID-19, debido a la reducción del acceso y la utilización de los servicios de salud (11,12). Como resultado, el acceso inadecuado o inaccesible a

los servicios de salud ha exacerbado las desventajas sociales existentes, estresando aún más el sistema.

Como una alternativa a esta problemática se ha tratado de dar más visibilidad a la telemedicina (13); sin embargo, en el Perú, el deficiente enfoque normativo, la escasa viabilidad tecnológica, social y económica; además de la falta de preparación del personal sanitario (14–17) hace difícil el seguimiento y control adecuado de los pacientes con enfermedades crónicas. Por lo tanto, el estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el acceso a los servicios de salud y la percepción de la enfermedad en pobladores peruanos con enfermedades crónicas durante la pandemia del COVID-19.

### Material y métodos

El estudio fue analítico, transversal. Se llevó a cabo en el centro poblado Virgen del Carmen La Era del distrito Lurigancho-Chosica en Lima-Perú, que cuenta con una población de 10 000 habitantes, según el último censo nacional (18). Para el cálculo de la muestra se consideró un margen de error de  $\pm 3\%$ , obteniéndose una muestra mínima para el estudio de 964 muestras. Para la selección de los sujetos de estudio, se incluyeron a los pobladores mayores de 18 años, con diagnóstico de enfermedad crónica, y con un tiempo de enfermedad de por lo menos 6 meses. Asimismo, se excluyeron a los pobladores en edad pediátrica, que no residieran permanentemente en el lugar de estudio y que no aceptaran participar de la investigación. La muestra final estuvo conformada por 987 pobladores.

La recolección de datos se llevó a cabo en los meses de mayo a julio del 2021, respetando el distanciamiento social y utilizando el equipo de protección personal requerido de acuerdo a las normas del MINSA. De igual manera, el estudio cuenta con la aprobación del comité de ética (N° 743-2021/UPEU-FCS-CF) y se consideró el consentimiento informado previa aplicación de los instrumentos.

La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Para la variable acceso a los servicios de salud se utilizó el cuestionario “Cobertura de servicios de salud” creado por Tanahashi (19) en 1978 y replicado por Mancilla (20) en Perú el 2016. 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 una escala Likert: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4) y Siempre (5). La escala final de puntuación clasifica el acceso a los servicios de salud en: Bueno (53-105 puntos) y deficiente (21-52 puntos).

Para la variable percepción del estado de salud se empleó el cuestionario “The Brief Illness Perception Questionnaire” (BIPQ) creado por Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne (21), traducido y validado en España (22) y Colombia (23). Se compone de 8 ítems, uno para el apartado identidad y siete para la percepción de la enfermedad en general, representado por las subescalas consecuencias, duración, control personal y control del tratamiento, representaciones emocionales y coherencia. Se mide en una escala del 0 al 10, en función del grado de acuerdo con los enunciados propuestos. Los resultados se pueden expresar como la suma global de los ocho ítems, invirtiendo los ítems 3, 4 y 7. La escala final de puntuación considera como una percepción negativa a valores entre 51 y 63 puntos; y como positiva a valores entre 39 y 50 puntos.

## Resultados

De un total de 987 encuestados, el 51% fueron del sexo femenino y el 49% masculino. Asimismo, el 73% tuvo una edad mayor a los 60 años, el 45,1% se encontraban casados o convivían y el 94,5% presentaba educación básica. En torno a la actividad laboral, el 53,9% manifestó estar desempleado y el 54,7% percibía un ingreso mensual menor a 950 soles. Por otro lado, un 54,6% de los pobladores contaba con un seguro de salud y el 77,3% señaló un tiempo de espera menor a 3 meses para conseguir una cita médica. La enfermedad crónica más prevalente fue la enfermedad metabólica y endocrina en un 29,6% de los pobladores, seguido de la enfermedad cardiovascular en un 16,5% y de la enfermedad respiratoria en un 14,6% (tabla I).

En relación al acceso a los servicios de salud, el 70,3% de los pobladores la calificaron de deficiente al igual que en sus dimensiones accesibilidad, aceptabilidad, contacto y disponibilidad, con el 74,7%, 71,5%, 81,7% y 78,7%, respectivamente (figura 1). En tanto, para la percepción de la enfermedad crónica, los pobladores identificaron como aspectos más negativos: la identidad ( $8.4 \pm 1.8$ ), consecuencias ( $8.3 \pm 1.7$ ), duración ( $6 \pm 2.1$ ), control personal ( $5.9 \pm 1.3$ ) y preocupación ( $5.9 \pm 1.6$ ) por la enfermedad; y como positivo, la coherencia ( $2.5 \pm 1.9$ ), control del tratamiento ( $4.4 \pm 1.9$ ) y representación emocional ( $4.9 \pm 1.6$ ) de la misma. A su vez, la percepción de la enfermedad crónica en su puntuación global obtiene un valor de  $47,5 \pm 3.3$ , que lo ubica en la categoría de percepción positiva (tabla II).

Por otro lado, se encontraron diferencias significativas para las variables seguro de salud ( $p=0,000$ ), tiempo que demora en obtener una cita ( $p=0,000$ ) y el acceso a los servicios de salud ( $p=0,016$ ) con la percepción positiva o negativa de la enfermedad crónica (tabla III). Seguidamente, al análisis bivariado con razón de prevalencia cruda (RPc) se halló asociación entre las variables edad (RPc=1.152;



IC 95%=1.011-1.313), seguro de salud (RPc=0.644; IC 95%=0.576-0.721), tiempo que demora en obtener una cita (RPc=0.431; IC 95%=0.347-0.536) y el acceso a los servicios de salud (RPc=1.156; IC 95%=1.031-1.295) con la percepción de la enfermedad crónica (tabla IV).

Por último, al análisis multivariado con razón de prevalencia ajustada de Poisson, se mantuvo la asociación entre seguro de salud (RPa=0.683; IC 95%=0.613-0.761), el tiempo para conseguir una cita (RPa=1.417; IC 95%=1.319-1.522) y el acceso a los servicios de salud (RPa=1.435; IC 95%=1.226-1.681) con la percepción de la enfermedad crónica (tabla IV). Lo que significa que, contar con un seguro de salud actúa como un factor protector para una percepción positiva de la enfermedad crónica, sin embargo, un tiempo de espera mayor a 3 meses para obtener una cita médica y un deficiente acceso a los servicios de salud aumentan la probabilidad de una negativa percepción de la enfermedad crónica.

Tabla I. Características generales de los pobladores de un centro poblado de Lima-Perú, 2021.

Variables		n=987	%
Sexo	Masculino	484	49,0
	Femenino	503	51,0
Edad	< 60 años	266	27,0
	≥ 60 años	721	73,0
Estado civil	Soltero	88	8,9
	Casado/Conviviente	445	45,1
	Separado/Divorciado	308	31,2
	Viudo	146	14,8
Grado de instrucción	Educación básica	933	94,5
	Superior	54	5,5
Actividad laboral	Desempleado	532	53,9
	Empleado	258	26,1
	Pensionado	197	20,0
Ingreso económico mensual (soles)	< 950	540	54,7
	≥ 950	447	45,3
¿Tiene seguro de salud?	Sí	539	54,6
	No	448	45,4
Tiempo que demora en conseguir una cita	Menos de 3 meses	763	77,3
	Más de 3 meses	224	22,7
Enfermedad crónica que padece	Enfermedad cardiovascular	163	16,5

Enfermedad respiratoria	144	14,6
Enfermedad metabólica y endocrina	293	29,6
Enfermedad osteoarticular	126	12,8
Enfermedad renal	111	11,2
Neoplasias	100	10,1
Otros	50	5,2

Imagen 1. Acceso a los servicios de salud de los pobladores de un centro poblado de Lima-Perú, 2021.

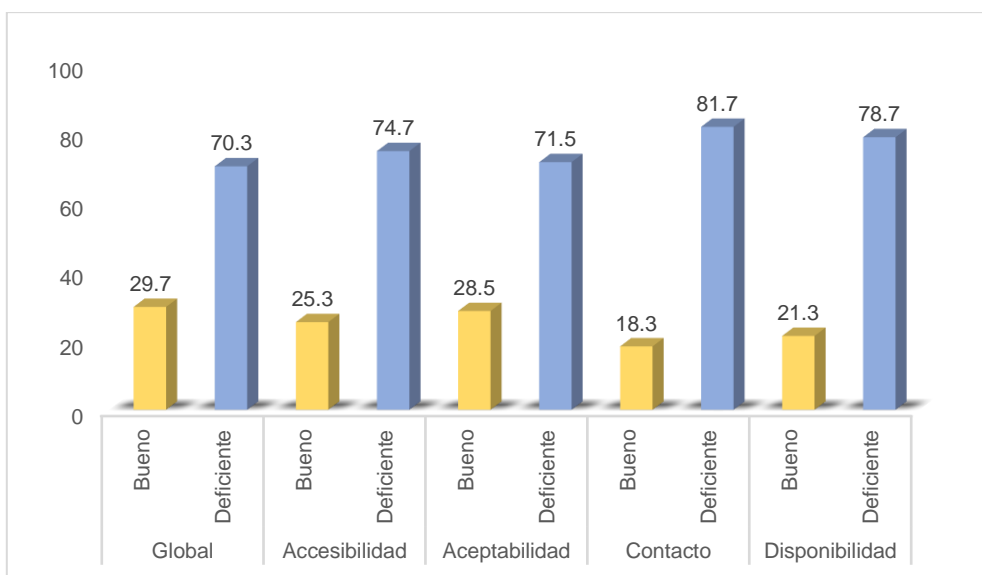


Tabla II. Percepción de la enfermedad crónica de los pobladores de un centro poblado de Lima-Perú, 2021.

Percepción de la enfermedad	Mín.	Máx.	Me	DS
Global	39	62	47,5	3,3
Consecuencias	2	10	8,3	1,7
Duración	2	10	6,8	2,1
Control personal	1	10	5,9	1,3
Control del tratamiento	1	10	4,4	1,9
Identidad	2	10	8,4	1,8
Preocupación	2	10	5,9	1,6
Coherencia	1	10	2,5	1,9
Representación emocional	1	10	4,9	1,6

\*Me=Media aritmética; DS=Desviación estándar. Las puntuaciones más altas indican una percepción de la enfermedad más amenazante

Tabla III. Análisis de las variables generales y de acceso a los servicios de salud según la percepción de la enfermedad crónica de los pobladores de un centro poblado de Lima-Perú, 2021.

Variables		Total		Percepción de la enfermedad				p-valor
		n=987	%	Positiva n=552	%	Negativa n=435	%	
Sexo	Femenino	503	51	277	50,2	226	52	0,580
	Masculino	484	49	275	49,8	209	48	
Edad	< 60 años	266	27	142	25,7	124	28,5	0,328
	≥ 60 años	721	73	410	74,3	311	71,5	
Estado civil	Con pareja	445	45,1	242	43,8	203	46,7	0,376
	Sin pareja	542	54,9	310	56,2	232	53,3	
Grado de instrucción	Educación básica	933	94,5	519	94	414	95,2	0,430
	Superior	54	5,5	33	6	21	4,8	
Actividad laboral	Empleado	258	26,1	145	26,3	113	26	0,405
	Desempleado	532	53,9	305	55,3	227	52,2	
	Pensionado	197	20	102	18,5	95	21,8	
Ingreso económico	< 950	540	54,7	290	52,5	250	57,5	0,122
	≥ 950	447	45,3	262	47,5	185	42,5	
¿Tiene seguro de salud?	Sí	539	54,6	241	43,7	298	68,5	0,000
	No	448	45,4	311	56,3	137	31,5	
Tiempo que demora en conseguir una cita	Menos de 3 meses	763	77,3	490	88,8	273	62,8	0,000
	Más de 3 meses	224	22,7	62	11,2	162	37,2	

Acceso a los servicios de salud	Bueno	293	29,7	181	32,8	112	25,7	0,016
	Deficiente	694	70,3	371	67,2	323	74,3	
Accesibilidad	Bueno	250	25,3	95	17,2	155	35,6	0,000
	Deficiente	737	74,7	457	82,8	280	64,4	
Aceptabilidad	Bueno	281	28,5	194	35,1	87	20	0,000
	Deficiente	706	71,5	358	64,9	348	80	
Contacto	Bueno	181	18,3	114	20,7	67	15,4	0,034
	Deficiente	806	81,7	438	79,3	368	84,6	
Disponibilidad	Bueno	210	21,3	123	22,3	87	20	0,384
	Deficiente	777	78,7	429	77,7	348	80	

Tabla IV. Análisis de regresión de Poisson de las variables generales y de acceso a los servicios de salud según la percepción de la enfermedad crónica de los pobladores de un centro poblado de Lima-Perú, 2021.

Variables	Análisis bivariado			Análisis Multivariado		
	RPc	IC 95%	p-valor	RPa	IC 95%	p-valor
Sexo	Femenino	1	(Referencia)	1	(Referencia)	
	Masculino	0,969	0,868-1,083	0,580	0,989	0,895-1,094
Edad	< 60 años	1	(Referencia)	1	(Referencia)	
	≥ 60 años	1,152	1,011-1,313	0,033	1,065	0,936-1,212
¿Tiene seguro de salud?	Sí	1	(Referencia)	1	(Referencia)	
	No	0,644	0,576-0,721	0,000	0,683	0,613-0,761
Tiempo que demora en conseguir una cita	Menos de 3 meses	1	(Referencia)	1	(Referencia)	
	Más de 3 meses	0,431	0,347-0,536	0,000	1,417	1,319-1,522

Acceso a los servicios de salud	Bueno	1	(Referencia)		1	(Referencia)	
	Deficiente	1,156	1,031-1,295	0,013	1,435	1,226-1,681	0,000

---

RPC, razón de prevalencia crudo para análisis de regresión de Poisson con varianza robusta

RPa, razón de prevalencia ajustado para análisis de regresión de Poisson con varianza robusta para todas las variables incluidas. \* Significación estadística  $p < 0.05$

## Discusión

El acceso a los servicios de salud es un determinante social fundamental para mejorar la disponibilidad y oportunidad de una atención médica de calidad (24). Diversos estudios han demostrado que el acceso oportuno y/o adecuado a dichos servicios permiten una detección y tratamiento precoz de enfermedades, posponen el deterioro de la función fisiológica con la enfermedad, restauran la función inmunológica y, en última instancia, prolongan la supervivencia (25). Por otro lado, el acceso inadecuado se ha asociado con una mayor angustia psicológica, niveles más bajos de salud física, tasas más altas de rehospitalización y, en general, mayores riesgos de morbilidad y mortalidad (23, 24).

El estudio encontró que el 70,3% de los pobladores calificaron el acceso a los servicios de salud como deficiente al igual que en sus dimensiones accesibilidad, aceptabilidad, contacto y disponibilidad (figura 1). De igual manera, una revisión sistemática(28) reveló que durante la pandemia del COVID-19 hubo una reducción del 37% en el acceso a los servicios de salud, siendo mayor en las personas con enfermedades menos graves. Por otro lado, un estudio en Reino Unido(29), encontró que las mujeres y las personas con una enfermedad crónica, experimentaron significativamente más cancelaciones de sus citas médicas durante la cuarentena por el COVID-19; y que las minorías étnicas y las personas con enfermedades crónicas necesitaron un mayor número de horas de atención durante la misma.

En torno a la percepción de la enfermedad crónica, el estudio reveló que los pobladores tuvieron una percepción negativa de su enfermedad en las dimensiones identidad, consecuencias, duración, control personal y preocupación por la misma, y como positivas la coherencia, control del tratamiento y representación emocional. A su vez, la percepción de la enfermedad crónica en su puntuación global fue positiva (tabla II). Resultados similares se encontraron en un estudio de Navarra-España(30), donde la mayoría de pacientes con enfermedad crónica creían que su enfermedad iba a durar toda la vida, que tenían un control importante sobre la misma, que el tratamiento era muy útil y que comprendían en qué consistía su enfermedad. Por el contrario, en Medellín(23), un estudio evidenció que las personas con enfermedades crónicas tienden a presentar una alta comprensión de su enfermedad, además de percibir que sus acciones y el tratamiento les permiten controlarla.

Por otro lado, el estudio también halló que contar con un seguro de salud actúa como un factor protector para una percepción positiva de la enfermedad crónica (tabla IV). A contraposición, un estudio en Estados Unidos (31) demostró que la falta de un seguro médico se asocia con tasas más bajas de atención preventiva, retrasos en la atención, abandono del tratamiento, quiebra médica y aumento de la mortalidad; que se traducen en una peor percepción de la enfermedad.

Seguidamente, nuestro estudio también demostró que un tiempo de espera mayor a 3 meses para obtener una cita médica y un deficiente acceso a los servicios de salud aumentan la probabilidad de una negativa percepción de la enfermedad crónica (tabla IV). Un estudio en China (32) reveló que los pacientes urbanos que recibieron atención médica en un tiempo no mayor a dos semanas perciben mejor su calidad de vida y salud, especialmente en los pacientes con mala salud. De igual manera, un estudio Canadiense(33) informó que los pacientes con afecciones médicas crónicas tienen más probabilidades de informar una necesidad de atención médica no satisfecha, que podría repercutir en la percepción de su enfermedad.

Finalmente, podemos concluir que si existe asociación entre un deficiente acceso a los servicios de salud y la percepción negativa de la enfermedad crónica en pobladores peruanos.

## Referencias

1. Danhieux K, Buffel V, Pairon A, Benkheil A, Remmen R, Wouters E, et al. The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium. *BMC Fam Pract*. 2020 Dec;21(1):255.
2. Ramal-Moreno JS, Urdy-Fernández D, Ricapa-Guerrero M, Sánchez-Salazar R, Cuba-Fuentes MS, Ramal-Moreno JS, et al. Abordaje de problemas crónicos en atención primaria mediante el modelo tareas orientadas a los procesos de cuidado (TOPIC). *Rev Medica Hered [Internet]*. 2020 Oct 16 [cited 2021 Sep 7];31(3):193–200. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2020000300193&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2020000300193&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
3. Pesantes MA, Lazo-Porras M, Cárdenas MK, Diez-Canseco F, Tanaka-Zafra JH, M.carrillo-Larco R, et al. Healthcare challenges for people with diabetes during the national state of emergency due to covid-19 in lima, peru: Primary healthcare recommendations. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020 Jul 1;37(3):541–6.
4. Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, Salazar De La Cruz M, Cuba-Fuentes MS, Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, et al. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *An la Fac Med [Internet]*. 2020 [cited 2021 Sep 7];81(3):337–41. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832020000300337&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000300337&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2019 [Internet]. Lima; 2019 [cited 2021 Sep 7]. Recuerado de: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-nacional-de-hogares-enaho-2019-instituto-nacional-de-estadística-e-informática-inei>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de Vida en el Perú [Internet]. Lima; 2021 [cited 2021 Sep 7]. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/condiciones-de-vida/1/>
7. Ciriaco M. Enfermedades no transmisibles y VIH: la epidemia descuidada y olvidada en los tiempos de COVID-19 . *El Comercio [Internet]*. 2021 Jun 22 [cited 2021 Sep 7]; Recuperado de: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/enfermedades-no-transmisibles-y-vih-la-epidemia-descuidada-y-olvidada-en-los-tiempos-de-covid-19-ec-data-noticia/>
8. Kamulegeya LH, Bwanika JM, Musinguzi D, Bakibinga P. Continuity of health service delivery during the COVID-19 pandemic: the role of digital health technologies in Uganda. *Pan Afr Med J*. 2020 May;35(Supp 2).
9. Wright A, Salazar A, Mirica M, Volk LA, Schiff GD. The Invisible Epidemic: Neglected Chronic Disease Management During COVID-19. Vol. 35, *Journal of General Internal Medicine*. Springer; 2020. p. 2816–7.
10. Núñez A, Sreeganga SD, Ramaprasad A. Access to Healthcare during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health [Internet]*. 2021 Mar 2 [cited 2021 Sep 7];18(6):1–12. Recuperado de: [/pmc/articles/PMC7999346/](https://pmc/articles/PMC7999346/)
11. Abedi V, Olulana O, Avula V, Chaudhary D, Khan A, Shahjouei S, et al. Racial, Economic, and Health Inequality and COVID-19 Infection in the United States. *J racial Ethn Heal disparities [Internet]*. 2021 Jun 1 [cited 2021 Sep 7];8(3):732–42.



Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32875535/>

12. Kristen M, Zijun S, Romanelli J, Lockhart S, Smits K, Robinson S, et al. Disparities In Outcomes Among COVID-19 Patients In A Large Health Care System In California. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Sep 7];39(7):1253–62. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32437224/>
13. Organización Panamericana de la Salud. Teleconsulta durante una pandemia [Internet]. PAHO. PAHO; 2020 [cited 2021 Sep 7]. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52007>
14. Curioso WH. Building capacity and training for digital health: Challenges and opportunities in Latin America. *J Med Internet Res*. 2019 Dec 1;21(12).
15. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1679–81.
16. Bautista C. La Telesalud en Perú. Diagnóstico y Propuestas de Mejora. *Rev Gob Y GESTIÓN PÚBLICA* [Internet]. 2015 [cited 2021 Sep 7];2(1). Recuperado de: <https://revistagobiernoygestionpublica.usmp.edu.pe/index.php/RGGP/article/view/10>
17. Curioso WH, Galán-Rodas E, Curioso WH, Galán-Rodas E. El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2020 Aug 18 [cited 2021 Sep 7];37(3):366–75. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000300366&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300366&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
18. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil Sociodemográfico Informe Nacional. Lima; 2018 Aug.
19. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978;56(2):295–303.
20. Mancilla T. Barreras asociadas al acceso de los servicios de salud en los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa 2016. Universidad César Vallejo; 2018.
21. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Heal*. 1996;11(3):431–45.
22. Pacheco-Huergo V, Viladrich C, Pujol-Ribera E, Cabezas-Peña C, Núñez M, Roura-Olmeda P, et al. Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Aten Primaria*. 2012 May;44(5):280–7.
23. Lemos M, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE, Barbosa A. Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. *Psicogente*. 2019;22(42):1–20.
24. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jul 27];129 Suppl(Suppl 2):19–31. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24385661/>
25. Zhang C, Lei X, Strauss J, Zhao Y. Health Insurance and Health Care among the Mid-Aged and Older Chinese: Evidence from the National Baseline Survey of CHARLS. *Health Econ* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2021 Jul 27];26(4):431–49. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hec.3322>
26. Dupre M, Xu H, Granger B, Lynch S, Nelson A, Churchill E, et al. Access to routine care and risks for 30-day readmission in patients with cardiovascular disease. *Am Heart J* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2021 Jul 27];196:9–17. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29421019/>
27. Premji K, Ryan BL, Hogg WE, Wodchis WP. Patients' perceptions of access to

- primary care: Analysis of the QUALICOPC Patient Experiences Survey. *Can Fam Physician* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2021 Jul 27];64(3):212. Recuperado de: [/pmc/articles/PMC5851400/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33727273/)
28. Moynihan R, Sanders S, Michaleff Z, Scott A, Clark J, To E, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Mar 16 [cited 2021 Sep 7];11(3). Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33727273/>
  29. Topriceanu C, Wong A, Moon J, Hughes A, Bann D, Chaturvedi N, et al. Evaluating access to health and care services during lockdown by the COVID-19 survey in five UK national longitudinal studies. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Mar 18 [cited 2021 Sep 7];11(3). Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33737441/>
  30. Adrián-Arrieta L, Casas-Fernández de Tejerina JM. Autopercepción de enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas. *Med Fam Semer* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Jul 27];44(5):335–41. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-autopercepcion-enfermedad-pacientes-con-enfermedades-S1138359317302836>
  31. Christopher AS, McCormick D, Woolhandler S, Himmelstein DU, Bor DH, Wilper AP. Access to Care and Chronic Disease Outcomes Among Medicaid-Insured Persons Versus the Uninsured. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2021 Jul 27];106(1):63. Recuperado de: [/pmc/articles/PMC4695932/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20523146/)
  32. Zhang T, Liu C, Ni Z. Association of Access to Healthcare with Self-Assessed Health and Quality of Life among Old Adults with Chronic Disease in China: Urban Versus Rural Populations. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 Jul 2 [cited 2021 Jul 27];16(14). Recuperado de: [/pmc/articles/PMC6679116/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20523146/)
  33. Sibley L, Glazier R. Many Canadians feel healthcare needs are not being met. *Healthc Q* [Internet]. 2010 [cited 2021 Jul 27];13(3):19–22. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20523146/>

ANEXO



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

Una Institución Adventista

## RESOLUCIÓN N° 743-2021/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña, 27 de abril de 2021

### VISTO:

El expediente de **HAYDEE NELLY GUERRA PARIONA**, identificada con código universitario N° **200010434**, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión;

### CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la aprobación e inscripción del perfil de proyecto de tesis en formato artículo y la designación o nombramiento del asesor para la obtención del título profesional;

Que **HAYDEE NELLY GUERRA PARIONA**, ha solicitado: la inscripción del perfil de proyecto de tesis titulado “*Accesibilidad a los servicios de salud en tiempos de pandemia y su relación con la percepción de la enfermedad en pobladores con enfermedades crónicas del centro poblado virgen del Carmen la era, Ñaña 2021*” y la designación del Asesor, encargado de orientar y asesorar la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo;

Estando a lo acordado en la sesión del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 27 de abril de 2021, y en aplicación del Estatuto y el Reglamento General de Investigación de la Universidad;

### SE RESUELVE:

Aprobar el perfil de proyecto de tesis en formato artículo titulado “*Accesibilidad a los servicios de salud en tiempos de pandemia y su relación con la percepción de la enfermedad en pobladores con enfermedades crónicas del centro poblado virgen del Carmen la era, Ñaña 2021*” y disponer su inscripción en el registro correspondiente, designar a la **Mg. JANNETT VIRGINIA CHAVEZ SOSA** como **ASESORA**, para que oriente y asesore la ejecución del perfil de proyecto de tesis en formato artículo el cual fue dictaminado por la *Mg. María Magdalena Díaz Orihuela* y la *Dra. Keila Ester Miranda Limachi*, otorgándoles un plazo máximo de doce (12) meses para la ejecución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



**Dr. Roger Albornoz Esteban**  
DECANO



**MSc. Mary Luz Solorzano Aparicio**  
SECRETARIA ACADÉMICA

CC:

- Interesado
- Asesor
- Archivo