

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de la atención
primaria en población rural de Ancash, Perú**

Trabajo de investigación

Para obtener el Grado Académico de Maestro en Enfermería con Mención en
Administración y Gestión

Autor:

Edgar Agustín Méndez Nieto

Asesor:

Dra. Jannett Virginia Chavez Sosa

Lima, setiembre de 2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo, Mg. Jannett Virginia Chavez Sosa, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN POBLACIÓN RURAL DE ANCASH, PERÚ”** del autor Licenciado Edgar Agustín Méndez Nieto tiene un índice de similitud de 13% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 10 días del mes de setiembre del año 2026



Mg. Jannett Virginia Chavez Sosa

ACTA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a los 10 días del mes de setiembre del año 2026 siendo las 10:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección de la presidenta: Dra. María Teresa Cabanillas Chávez, el secretario: Mg. Celeste Abigail Mauricio Esteban y los demás miembros: Dra. Delia Luz León Castro y Dra. María Angela Paredes Aguirre del Beltrán y la asesora: Mg. Jannett Virginia Chávez Sosa, con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: "Accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en población rural de Ancash, Perú", el candidato Edgar Agustín Méndez Nieto, conducente a la obtención del Grado Académico de Maestro(a) en: Enfermería con Mención en Administración y Gestión.

La Presidente inició el acto académico de sustentación invitando a la candidata hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, la Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por la candidata. 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: Edgar Agustín Méndez Nieto -(b): -(b):

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
18	18	A-	Muy Bueno	Sobresaliente

(*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó a la candidata a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Presidente/a



Secretario/a

Asesor/a

Miembro

Miembro

Candidato/a (a)

Candidato/a (b)

Candidato/a (c)

Índice

Resumen	vi
Abstract.....	vii
Introducción	8
Materiales y métodos.....	10
Resultados.....	13
Discusión	17
Conclusiones	19
Recomendaciones	19
Limitaciones.....	20
Referencias bibliográficas	21

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Características sociodemográficas de los pobladores del distrito de Llumpa, 2025.....</i>	13
Tabla 2 <i>Distribución del acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en los pobladores del distrito de Llumpa, 2025.</i>	14
Tabla 3 <i>Análisis bivariado entre el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en los pobladores del distrito de Llumpa, 2025.....</i>	14
Tabla 4 <i>Análisis multivariable entre el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en los pobladores del distrito de Llumpa, 2025.....</i>	15
Tabla 5 <i>Análisis multivariable entre las dimensiones del acceso a los servicios de salud y la...</i>	16

Accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en población rural de Áncash, Perú.

Resumen

Introducción: La atención primaria de salud (APS) constituye el eje de la cobertura universal; sin embargo, en zonas rurales persisten barreras de acceso que pueden afectar la calidad de la atención. En el Perú, estas brechas son más evidentes en contextos andinos con dispersión geográfica y limitaciones estructurales del primer nivel de atención. **Objetivo:** Analizar la asociación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en población rural del distrito de Llumpa, Áncash. **Métodos:** Se realizó un estudio analítico transversal en 497 pobladores mayores de 18 años que acudieron a establecimientos del primer nivel de atención entre julio y octubre de 2025. La accesibilidad a los servicios de salud se evaluó mediante el cuestionario de Cobertura de Servicios de Salud de Tanahashi, y la calidad de la atención primaria con el PCAT-A10. Se emplearon análisis descriptivos, correlación Rho de Spearman y regresión lineal múltiple con estimación robusta. **Resultados:** La calidad de la atención primaria fue clasificada como deficiente en el 93,6% de los participantes, mientras que el acceso a los servicios de salud fue deficiente en el 87,7%. Se identificó una correlación negativa significativa entre el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria ($Rho = -0,205$; $p < 0,001$). En el análisis multivariable, el acceso a los servicios de salud se asoció de manera independiente con la calidad de la atención primaria ($B = -0,133$; $p < 0,001$), así como las dimensiones de disponibilidad y contacto. **Conclusiones:** En población rural de Áncash, las barreras de acceso se asocian con una peor calidad percibida de la atención primaria, evidenciando brechas estructurales del sistema de salud. Fortalecer la disponibilidad de servicios y el contacto efectivo con el personal de salud resulta clave para mejorar la APS en contextos rurales.

Palabras clave: (DeCS): Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Población Rural; Perú.

Abstract

Background: Primary health care (PHC) is a key strategy to achieve universal health coverage; however, significant access barriers persist in rural settings, potentially compromising the quality of care. In Peru, these challenges are particularly evident in Andean rural areas characterized by geographic dispersion and structural limitations of first-level health facilities.

Objective: To analyze the association between accessibility to health services and the quality of primary care in a rural population from the district of Llumpa, Áncash, Peru.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted among 497 adults attending first-level health facilities between July and October 2025. Accessibility to health services was assessed using the Tanahashi Health Service Coverage questionnaire, which evaluates accessibility, acceptability, contact, and availability. Primary care quality was measured using the short adult version of the Primary Care Assessment Tool (PCAT-A10). Descriptive analyses were performed, followed by Spearman's rho correlation and robust multiple linear regression models adjusted for sociodemographic variables.

Results: Poor quality of primary care was identified in 93.6% of participants, while 87.7% presented poor access to health services. A significant negative correlation was observed between access to health services and primary care quality ($Rho = -0.205$; $p < 0.001$). In multivariable analysis, access to health services remained independently associated with primary care quality ($B = -0.133$; $p < 0.001$). Additionally, the availability and contact dimensions showed significant negative associations with primary care quality.

Conclusions: In this rural Andean population, barriers to access to health services are strongly associated with poorer perceived quality of primary care, reflecting persistent structural gaps in the health system. Strengthening service availability and effective patient–provider contact is essential to improve primary health care performance in rural settings.

Keywords (MeSH): Health Services Accessibility; Primary Health Care; Quality of Health Care; Rural Population; Peru.

Introducción

En el marco de la cobertura universal de salud, la comunidad internacional reconoce que el fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS) es una vía esencial para garantizar servicios equitativos y eficientes. A pesar de ello, persisten brechas profundas: en 2021, más de la mitad de la población mundial no estuvo plenamente cubierta por servicios esenciales de salud, lo que evidencia desafíos estructurales para lograr acceso efectivo y oportuno [World Health Organization (WHO, 2023), World Bank. Universal Health Coverage, WBUC, 2024]. Frente a este escenario, la Declaración de Astaná reafirma a la APS como eje del sistema sanitario y como puerta de entrada para brindar atención integral, accesible y centrada en las personas (Kumanan & Tim, 2020).

Sin embargo, no basta con ampliar la cobertura si los servicios no aseguran calidad. La calidad de la atención se entiende como el grado en que los servicios incrementan la probabilidad de resultados favorables y se alinean con el conocimiento profesional vigente (Farrokh et al., 2023). Un marco ampliamente utilizado para su evaluación es el modelo de estructura–proceso–resultado, que permite analizar desde las condiciones del establecimiento hasta la interacción clínica y sus efectos en la salud. En países de ingresos bajos y medios, la evidencia muestra que medir solo resultados puede ocultar fallas específicas; por ello, se recomienda fortalecer la medición de procesos de atención (p. ej., diagnóstico, consejería, derivación), especialmente en plataformas de APS donde se resuelven la mayoría de las necesidades sanitarias (Macarayan et al., 2018). A nivel global, la persistencia de atención de baja calidad se asocia con elevada carga de mortalidad evitable y pérdidas sociales y económicas significativas, lo que refuerza la necesidad de priorizar la calidad como componente central de la cobertura universal (Endalamaw et al., 2023).

En América Latina, la preocupación por la calidad es especialmente relevante. Un estudio multicéntrico reportó que, aunque el acceso puede ser relativamente alto, solo alrededor de un tercio de las personas identificó una fuente de atención de alta calidad,

evidenciando desigualdades entre grupos y territorios (Roberti et al., 2024). Esta percepción de baja calidad se vincula a barreras que afectan la relación usuario–servicio, incluyendo problemas de aceptabilidad, accesibilidad, contacto y disponibilidad. Además, las reformas de APS en la región han mostrado avances, pero también desafíos persistentes relacionados con fragmentación, financiamiento, gobernanza y equidad territorial (Juárez-Chávez et al., 2025).

En el Perú, la APS (primer nivel de atención) es el acceso fundamental al sistema y concentra la mayor parte de la oferta de establecimientos; no obstante, enfrenta limitaciones críticas que pueden comprometer la calidad de la atención. Un diagnóstico sectorial del Ministerio de Salud reportó que 94,47% de los establecimientos del primer nivel presentó capacidad instalada inadecuada en 2022, reflejando brechas importantes en infraestructura y equipamiento [Ministerio de Salud (MINSA, 2023)]. Estas limitaciones se hacen más evidentes en territorios con mayores barreras geográficas y menor disponibilidad de recursos humanos, como ocurre con frecuencia en zonas rurales. De hecho, la inequidad dentro de los países suele expresarse en la distribución desigual de establecimientos y personal calificado, afectando especialmente a comunidades rurales y socialmente marginadas (Allen et al., 2024). En el caso peruano, el programa SERUMS busca contribuir a la distribución del personal en áreas rurales y urbano-marginales; sin embargo, se han descrito condiciones laborales y limitaciones del primer nivel que pueden impactar el desempeño y la continuidad de la atención (Bendezu-Quispe et al., 2020).

A la par de los desafíos de calidad, el acceso a los servicios continúa siendo una barrera determinante para el uso oportuno de la APS. Según la Encuesta Nacional de Hogares, para el trimestre julio–agosto–septiembre de 2023, menos de la mitad de la población con algún problema de salud que buscó atención lo hizo en un establecimiento; y una proporción importante recurrió a farmacias o boticas como lugar de consulta (Merino Núñez et al., 2020). Este patrón sugiere limitaciones en el acceso efectivo al primer nivel, que pueden estar

asociadas a factores como distancia, disponibilidad de personal, tiempos de espera y oferta de servicios, aspectos que tienden a intensificarse en entornos rurales [Allen et al (2020), Gizaw et al., (2020)].

En este contexto, resulta prioritario estudiar la relación entre la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en poblaciones rurales. La región Áncash, con territorios andinos dispersos y retos de conectividad, constituye un escenario clave para comprender cómo las barreras de acceso pueden traducirse en experiencias y resultados de atención primaria percibidos como insuficientes. Por ello, el presente artículo analiza la accesibilidad a los servicios de salud y su asociación con la calidad de la atención primaria en población rural de Áncash, Perú, aportando evidencia útil para orientar mejoras de la APS con enfoque territorial y de equidad.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio analítico de corte transversal. La población estuvo conformada por residentes del distrito de Llumpa, ubicado en la provincia de Mariscal Luzuriaga, departamento de Áncash, Perú, quienes acuden a los establecimientos del primer nivel de atención de la jurisdicción.

El distrito de Llumpa se caracteriza por ser una zona predominantemente rural, con población dispersa en comunidades alejadas entre sí y con condiciones geográficas propias de la sierra andina, tales como vías de acceso limitadas, prolongados tiempos de desplazamiento y restricciones en el transporte hacia los establecimientos de salud, factores que influyen directamente en el acceso oportuno a los servicios de atención primaria.

La población estuvo constituida por 2022 pobladores que acudieron a recibir atención en los cinco establecimientos de salud del primer nivel de atención del distrito de Llumpa durante el período julio–octubre de 2025. El tamaño muestral se estimó mediante la fórmula para poblaciones finitas, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$), un margen de error del 5% ($E = 0,05$) y una proporción esperada de 0,5, obteniéndose un tamaño muestral

mínimo de 323 participantes. No obstante, durante el trabajo de campo se alcanzó una muestra final de 497 pobladores, lo que incrementó la precisión de las estimaciones y la potencia estadística del estudio.

Con el tamaño muestral final ($n = 497$), el margen de error efectivo fue menor al inicialmente planificado ($\approx 4,0\%$) y se alcanzó una potencia estadística aproximada del 90% para detectar asociaciones pequeñas a moderadas ($r \geq 0,13$), con un nivel de significancia estadística de 0,05.

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a los pobladores disponibles que aceptaron participar voluntariamente. Se incluyeron personas mayores de 18 años que firmaron el consentimiento informado; se excluyeron quienes no desearon participar y aquellos con discapacidad física o intelectual que dificultara la adecuada aplicación del instrumento.

La recolección de datos se realizó mediante encuesta con cuestionario estructurado, que incluyó variables sociodemográficas y dos instrumentos validados. La accesibilidad a los servicios de salud se evaluó mediante el cuestionario Cobertura de los Servicios de Salud, propuesto por Tanahashi (1978) y replicado en Perú por Chávez et al. (2022). El instrumento consta de 25 ítems, distribuidos en cuatro dimensiones: accesibilidad, aceptabilidad, contacto y disponibilidad, con una escala tipo Likert de cinco puntos (1 = nunca a 5 = siempre). Presentó una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,738). Para la interpretación de los resultados, el acceso a los servicios de salud se clasificó en bueno (50–73 puntos) y deficiente (74–96 puntos).

La calidad de la atención primaria se evaluó mediante el Primary Care Assessment Tool versión corta para adultos (PCAT-A10), adaptación del Primary Care Assessment Tool–Adult Edition, validado por Rocha et al. (2021) y replicado en población peruana por Becerra (2023). El instrumento está conformado por 9 ítems, con alternativas de respuesta que van de 1 (no lo sabe) a 5 (sí, sin duda), y presentó una adecuada confiabilidad (alfa de Cronbach = 0,73). La

puntuación permitió clasificar la calidad de la atención primaria en deficiente (16–29 puntos) y buena (29–42 puntos).

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa IBM SPSS Statistics versión 25. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se evaluó previamente la normalidad de la distribución mediante la prueba de Kolmogorov–Smirnov; aquellas que no presentaron una distribución normal ($p < 0,05$) se describieron utilizando la mediana y el rango intercuartílico.

Para el análisis bivariado, se evaluó la asociación entre las variables de estudio mediante la correlación Rho de Spearman, estableciéndose un nivel de significancia de $p < 0,05$. Asimismo, se realizó un análisis multivariable mediante un modelo de regresión lineal múltiple con estimación robusta, considerando como variable dependiente el puntaje total de la calidad de la atención primaria. En los modelos se incluyeron como variables independientes las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, condición laboral, ingreso económico, tenencia de hijos y tiempo al establecimiento de salud) y la accesibilidad a los servicios de salud, evaluada tanto como puntaje total como por sus dimensiones.

La bondad de ajuste de los modelos se evaluó mediante la desviación, el chi-cuadrado de Pearson y los criterios de información de Akaike (AIC), Akaike corregido (AICC) y criterio de información bayesiano (BIC), considerando valores menores como indicativos de mejor ajuste. El contraste ómnibus de razón de verosimilitud se utilizó para comparar cada modelo ajustado con el modelo de solo intercepto, y la significancia de los efectos individuales se evaluó mediante el estadístico de Wald, manteniéndose un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

El estudio contó con la autorización de los responsables de la Microred de Salud Piscobamba y la Microred Yanama, y fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión (RS 2025-CEEPG-00080). La participación fue

voluntaria y se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información mediante la firma del consentimiento informado.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 497 pobladores, de los cuales el 53,3% fueron mujeres y el 46,7% varones, con una mediana de edad de 35 años (RIC: 25). En relación con el estado civil, el 58,1% fueron casados o convivientes y el 41,9% solteros. Respecto al nivel educativo, el 52,5% presentó educación básica, el 31,6% educación superior y el 15,9% no contaba con instrucción formal. En cuanto a la condición laboral, el 92,2% reportó encontrarse trabajando. El 94,2% refirió ingresos económicos mensuales menores a 1 130 soles. Asimismo, el 72,6% indicó tener hijos. El tiempo de desplazamiento hacia el establecimiento de salud presentó una mediana de 50 minutos (RIC: 25,5) (Tabla 1).

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los pobladores del distrito de Llumpa, 2025

Variables		n=497	%
Sexo	Femenino	265	53,3
	Masculino	232	46,7
Edad (años)	Me [RIC]	35 [25]	
Estado civil	Casado/Conviviente	289	58,1
	Soltero	208	41,9
Grado de instrucción	Educación superior	157	31,6
	Educación básica	261	52,5
	Sin instrucción	79	15,9
Condición laboral	Con trabajo	458	92,2
	Sin trabajo	39	7,8
Ingreso económico	Mayor a 1130 soles	29	5,8
	Menor a 1130 soles	468	94,2
¿Tiene hijos?	Sí	361	72,6
	No	136	27,4
Tiempo al establecimiento de salud (min)	Me [RIC]	50 [25,5]	

Los valores se expresan como frecuencia absoluta y porcentaje. La edad y el tiempo de desplazamiento al establecimiento de salud se presentan como mediana (Me) y rango intercuartílico (RIC).

La calidad de la atención primaria fue clasificada como deficiente en el 93,6% de los participantes y como buena en el 6,4%, con una mediana de 23 puntos (RIC: 3). En cuanto al

acceso a los servicios de salud, el 87,7% presentó acceso deficiente y el 12,3% acceso bueno, con una mediana de 80 puntos (RIC: 11). Al analizar las dimensiones del acceso, la disponibilidad fue clasificada como deficiente en el 92,8% de los casos, el contacto en el 82,5% y la aceptabilidad en el 92,4%. En contraste, la dimensión accesibilidad fue clasificada como buena en el 53,7% de los participantes (Tabla 2).

Tabla 2.

Distribución del acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en los pobladores del distrito de Llumpa, 2025.

Variables		n=497	%	Mín-Máx	Rango	Me [RIC]
Calidad de la atención primaria	Bueno	32	6,4	16-42	26	23 [3]
	Deficiente	465	93,6			
Acceso a los servicios de salud	Bueno	61	12,3	50-96	46	80 [11]
	Deficiente	436	87,7			
Disponibilidad	Bueno	36	7,2	11-28	17	23 [7]
	Deficiente	461	92,8			
Contacto	Bueno	87	17,5	5-21	16	15 [4]
	Deficiente	410	82,5			
Aceptabilidad	Bueno	38	7,6	8-32	24	22 [2]
	Deficiente	459	92,4			
Accesibilidad	Bueno	267	53,7	12-28	19	19 [5]
	Deficiente	230	46,3			

La clasificación de las variables se realizó según los puntos de corte establecidos en los instrumentos utilizados. Me: mediana; RIC: rango intercuartílico.

En el análisis bivariado se identificó una correlación negativa significativa entre el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria ($Rho = -0,205$; $p < 0,001$). Asimismo, se observaron asociaciones significativas entre la calidad de la atención primaria y las dimensiones de accesibilidad ($Rho = -0,106$; $p = 0,018$), contacto ($Rho = -0,165$; $p < 0,001$) y disponibilidad ($Rho = -0,200$; $p < 0,001$). La dimensión aceptabilidad no mostró asociación estadísticamente significativa ($p = 0,073$) (Tabla 3).

Tabla 3.

Análisis bivariado entre el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en los pobladores del distrito de Llumpa, 2025

Calidad de la atención primaria

Acceso a los servicios de salud	Rho	-,205**
	p	,000
Accesibilidad	Rho	-,106*
	p	,018
Aceptabilidad	Rho	,080
	p	,073
Contacto	Rho	-,165**
	p	,000
Disponibilidad	Rho	-,200**
	p	,000

El análisis multivariable evidenció que el acceso a los servicios de salud se asoció de manera significativa con la calidad de la atención primaria ($B = -0,133$; IC 95%: $-0,192$ a $-0,075$; $p < 0,001$), tras ajustar por variables sociodemográficas. Esto indica que, por cada incremento de un punto en el puntaje de acceso a los servicios de salud, el puntaje de calidad de la atención primaria disminuyó en promedio 0,13 puntos, manteniendo constantes las demás variables del modelo. De igual manera, el tiempo de desplazamiento al establecimiento de salud mostró una asociación significativa ($B = 0,011$; IC 95%: $0,003$ a $0,019$; $p = 0,005$), lo que sugiere que, por cada minuto adicional de desplazamiento, el puntaje de calidad de la atención primaria aumentó en 0,01 puntos. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas con el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, la condición laboral, el ingreso económico ni la tenencia de hijos (Tabla 4).

Tabla 4.

Análisis multivariable entre el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en los pobladores del distrito de Llumpa, 2025.

Variables		B	IC 95%	p-valor
Acceso a los servicios de salud		-0,133	-0,192 ; -0,075	<0,001
Sexo	Femenino	0,521	-0,166 ; 1,209	0,137
	Masculino		1 (Referencia)	
Edad (años)	Me [RIC]	0,016	-0,012 ; 0,045	0,255
Estado civil	Casado/Conviviente		1 (Referencia)	0,458
	Soltero	0,298	-0,489 ; 1,084	
Grado de instrucción	Educación superior	0,028	-0,562 ; 0,983	0,964
	Educación básica		1 (Referencia)	
	Sin instrucción	0,079	-0,450 ; 1,863	
Condición laboral	Con trabajo		1 (Referencia)	0,196
	Sin trabajo	0,734	-0,378 ; 1,845	
Ingreso económico	Mayor a 1130 soles		1 (Referencia)	0,628
	Menor a 1130 soles	-0,265	-1,336 ; 0,806	
¿Tiene hijos?	Sí		1 (Referencia)	

	No	-0,789	-1,735 ; 0,157	0,102
Tiempo al establecimiento de salud (min)	Me [RIC]	0,011	0,003 ; 0,019	0,005

B: coeficiente de regresión; IC 95%: intervalo de confianza al 95%. Modelo ajustado por

variables sociodemográficas y tiempo de desplazamiento al establecimiento de salud.

Por otro lado, en el modelo que incorporó las dimensiones del acceso a los servicios de salud, se identificó que la disponibilidad ($B = -0,202$; IC 95%: $-0,349$ a $-0,054$; $p = 0,008$) y el contacto ($B = -0,210$; IC 95%: $-0,383$ a $-0,037$; $p = 0,017$) se asociaron de manera significativa con la calidad de la atención primaria. En términos prácticos, por cada incremento de un punto en las dimensiones de disponibilidad y contacto, el puntaje de calidad de la atención primaria disminuyó en aproximadamente 0,20 puntos, respectivamente. La aceptabilidad y la accesibilidad no mostraron asociaciones estadísticamente significativas. El tiempo de desplazamiento al establecimiento de salud mantuvo una asociación significativa en este modelo ($B = 0,014$; IC 95%: $0,006$ a $0,023$; $p = 0,001$), indicando que cada minuto adicional de desplazamiento se asoció con un incremento promedio de 0,01 puntos en el puntaje de calidad de la atención primaria (Tabla 5).

Tabla 5.

Análisis multivariable entre las dimensiones del acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria en los pobladores del distrito de Llumpa, 2025.

Variables	B	IC 95%	p-valor
Disponibilidad	-0,202	-0,349 ; -0,054	0,008
Contacto	-0,210	-0,383 ; -0,037	0,017
Aceptabilidad	-0,200	-0,414 ; 0,013	0,066
Accesibilidad	0,088	-0,090 ; 0,265	0,333
Sexo	Femenino	0,591	-0,100 ; 1,281
	Masculino	1 (Referencia)	0,094
Edad (años)	Me [RIC]	0,019	-0,009 ; 0,048
Estado civil	Casado/Conviviente	1 (Referencia)	0,181
	Soltero	0,210	-0,562 ; 0,983
Grado de instrucción	Educación superior	0,147	-0,562 ; 0,983
	Educación básica	1 (Referencia)	0,722
	Sin instrucción	0,092	-0,450 ; 1,863
Condición laboral	Con trabajo	1 (Referencia)	0,888
	Sin trabajo	0,707	-0,450 ; 1,863
Ingreso económico	Mayor a 1130 soles	1 (Referencia)	0,231
	Menor a 1130 soles	-0,221	-1,399 ; 0,956
¿Tiene hijos?	Sí	1 (Referencia)	0,713
	No	-0,709	-1,633 ; 0,214
			0,132

Tiempo al establecimiento de salud (min)	Me [RIC]	0,014	0,006 ; 0,023	0,001
--	----------	-------	---------------	-------

B: coeficiente de regresión; IC 95%: intervalo de confianza al 95%. Modelo ajustado por variables sociodemográficas y tiempo de desplazamiento al establecimiento de salud.

Discusión

El estudio evidenció que el acceso a los servicios de salud se asoció de manera independiente con la calidad de la atención primaria, incluso después de ajustar por variables sociodemográficas. Estudios multicéntricos realizados en países de ingresos bajos y medianos han documentado que las deficiencias en el acceso suelen coexistir con bajos niveles de calidad, especialmente en los dominios relacionados con la experiencia del usuario y la capacidad resolutoria de los servicios (Macarayan et al., 2018). De manera complementaria, investigaciones cualitativas desarrolladas en comunidades rurales de África y América del Norte han mostrado que barreras estructurales, como la escasez de personal de salud, el desabastecimiento de medicamentos, la limitada oferta de servicios y la dispersión geográfica de la población, afectan simultáneamente el acceso y la calidad percibida de la atención, generando experiencias asistenciales fragmentadas y poco satisfactorias [(Maganty et al., 2023), (Ameh et al., 2021)].

Asimismo, estudios realizados en poblaciones rurales de Asia han demostrado que una menor accesibilidad a los servicios de atención primaria se asocia con mayor vulnerabilidad sanitaria y con evaluaciones más desfavorables del sistema de salud, especialmente entre grupos socialmente vulnerables, como personas con menor nivel educativo y bajos ingresos económicos (Zhu et al., 2025). De manera concordante, revisiones sobre disparidades entre áreas rurales y urbanas han documentado que residir en zonas rurales se relaciona con una menor disponibilidad de servicios, menor continuidad del cuidado y una peor percepción de la calidad de la atención, en comparación con contextos urbanos (Zhu et al., 2025).

En esta misma línea, el análisis de desviación positiva realizado por Lewis et al. (2023) en 2 929 establecimientos de salud de seis países de ingresos bajos y medianos evidenció

que, incluso en contextos de recursos limitados, existen centros con un desempeño superior en la calidad de la atención primaria. Este mejor desempeño se explicó principalmente por factores organizacionales y sistémicos como una gestión eficiente, liderazgo institucional sólido y mayor participación comunitaria más que por características individuales de los usuarios (Lewis et al., 2023). En conjunto, estos hallazgos refuerzan la interpretación de que las brechas en la calidad de la atención primaria observadas en el distrito de Llumpa responden fundamentalmente a condiciones estructurales del sistema de salud, estrechamente vinculadas al acceso y a la disponibilidad de los servicios.

En el contexto peruano, estos resultados son consistentes con lo reportado en la Amazonía, donde se ha observado que los usuarios que enfrentan mayores barreras de acceso —particularmente aquellas relacionadas con la distancia geográfica y las limitaciones en la infraestructura de los establecimientos— presentan menores niveles de satisfacción con la atención recibida (Ramos-Huanca et al., 2025).

Por otro lado, el hallazgo de que la disponibilidad y el contacto fueron las dimensiones del acceso más fuertemente asociadas con la calidad de la atención primaria es consistente con la literatura internacional. Estudios cualitativos realizados desde la perspectiva de los proveedores en zonas rurales han identificado que la escasez de personal, la alta rotación de profesionales y el agotamiento laboral afectan la continuidad del cuidado y debilitan el vínculo entre los usuarios y los servicios de salud (Maganty et al., 2023). Asimismo, investigaciones sobre calidad del servicio en atención primaria han demostrado que la insuficiencia de recursos humanos y materiales limita la capacidad de los servicios para satisfacer las expectativas de los usuarios, deteriorando la percepción global de la calidad asistencial (Değer y İşsever, 2024). Estos hallazgos coinciden con estudios realizados en diversos contextos rurales, donde la discontinuidad en la atención y la limitada oferta de servicios influyen negativamente en la experiencia del usuario (Ameh et al., 2021).

Un resultado que merece especial atención es la asociación positiva entre el tiempo de desplazamiento al establecimiento de salud y la calidad de la atención primaria. Aunque el efecto observado fue pequeño, este hallazgo podría interpretarse a la luz del contexto rural del distrito de Llumpa, donde los pobladores que recorren mayores distancias podrían acudir con menor frecuencia, pero hacerlo cuando perciben una mayor necesidad o expectativa de resolución, lo que podría influir en una evaluación relativamente más favorable de la atención recibida. No obstante, estudios previos han reportado resultados opuestos, señalando que mayores distancias se asocian con menor satisfacción y peor percepción de la atención, como se evidenció en la Amazonía peruana y en revisiones internacionales sobre disparidades rurales–urbanas [(Zhu et al., 2025), (Ramos-Huanca et al., 2025)]. Estas diferencias sugieren que la relación entre distancia y calidad percibida puede estar mediada por factores contextuales, culturales y territoriales específicos, propios de cada comunidad rural.

Conclusiones

Los hallazgos sugieren que en distritos rurales como Llumpa persisten brechas significativas en el acceso y la calidad de la atención primaria, particularmente relacionadas con la disponibilidad de servicios y el contacto efectivo con el personal de salud, lo que resalta la necesidad de fortalecer la atención primaria con un enfoque territorial, orientado a reducir las desigualdades estructurales y mejorar la experiencia de los usuarios en zonas rurales.

Recomendaciones

Investigaciones futuras deberían orientarse hacia diseños longitudinales que permitan seguir la evolución de las barreras de acceso en el tiempo y comprobar si existe una relación de causa y efecto real sobre la calidad de la atención. Para profundizar en la experiencia de los usuarios y superar los límites de los cuestionarios de percepción, sería ideal plantear enfoques mixtos que contrasten los testimonios de la comunidad con datos objetivos de los propios establecimientos, como los tiempos de espera reales o el abastecimiento de insumos. Con el fin de que estos datos reflejen la realidad de otras zonas de la región, se sugiere implementar

muestreos probabilísticos que incluyan de forma equitativa a las comunidades más dispersas de la sierra de Áncash. Por último, en el plano de la gestión pública, es urgente que las redes de salud locales diseñen estrategias enfocadas en mejorar la permanencia del personal en sus puestos y optimizar los recursos disponibles, asegurando que el contacto entre el médico y el paciente rural sea continuo y de confianza.

Limitaciones

Los resultados del presente estudio deben interpretarse considerando algunas limitaciones. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención primaria. En segundo lugar, el uso de instrumentos basados en la percepción de los usuarios puede estar sujeto a sesgos de recuerdo o deseabilidad social. Asimismo, la aplicación de un muestreo no probabilístico limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. No obstante, el estudio aporta evidencia relevante desde un contexto rural andino poco explorado, con un tamaño muestral adecuado y un enfoque analítico que permitió identificar factores estructurales asociados a la calidad de la atención primaria.

Referencias bibliográficas

- World Health Organization. Billions left behind on the path to universal health coverage. WHO 2023. <https://www.who.int/news/item/18-09-2023-billions-left-behind-on-the-path-to-universal-health-coverage> (accessed January 30, 2026).
- World Bank. Universal Health Coverage (UHC): Overview. WHO 2024. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (accessed January 30, 2026).
- Rasanathan K, Evans TG. Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19. *Bull World Health Organ* 2020;98:801–8. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.252932>.
- Farrokhi P, Zarei E, Bagherzadeh R, et al. Development and validation of primary health care quality assessment tool. *BMC Health Services Research* 2023 23:1 2023;23:1156-. <https://doi.org/10.1186/S12913-023-10162-X>.
- Macarayan EK, Gage AD, Doubova S V., et al. Assessment of quality of primary care with facility surveys: a descriptive analysis in ten low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 2018;6:e1176–85. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30440-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30440-6).
- Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, et al. Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2023;23:893-. <https://doi.org/10.1186/S12913-023-09917-3/TABLES/1>.
- Roberti J, Leslie HH, Doubova S V., et al. Inequalities in health system coverage and quality: a cross-sectional survey of four Latin American countries. *Lancet Glob Health* 2024;12:e145–55. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00488-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00488-6).
- Juárez-Chávez E, Villalobos Ruiz JH, Konda KA, et al. Perceptions of primary care services among Afro-Peruvians in Lima, Peru. *Prim Health Care Res Dev* 2025;26:e9. <https://doi.org/10.1017/S1463423625000076>.
- Ministerio de Salud. Diagnóstico de la Situación de Brechas de infraestructura o de acceso a servicios del Sector Salud 2026-2028. MINSA 2023.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/5887860-diagnostico-de-la-situacion-de-brechas-de-infraestructura-o-de-acceso-a-servicios-del-sector-salud-2026-2028> (accessed January 30, 2026).

Allen LN, Pettigrew LM, Exley J, et al. Global health inequity and primary care. *BJGP Open* 2024;8:BJGPO.2024.0189. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0189>.

Bendezu-Quispe G, Mari-Huarache LF, Taype-Rondan Á, et al. Percepción de médicos que realizan el Servicio Rural y Urbano-Marginal de salud en Perú sobre el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2020;37:636–44. <https://doi.org/10.17843/RPMESP.2020.374.5294>.

Merino Núñez M, Córdova Chirinos JW, Aguirre Pintado JM, et al. Nivel de percepción sobre la pobreza en el Perú, causas y efectos sociales. *Revista Universidad y Sociedad* 2020;12:46–53.

Gizaw Z, Astale T, Kassie GM. What improves access to primary healthcare services in rural communities? A systematic review. *BMC Primary Care* 2022;23:313. <https://doi.org/10.1186/S12875-022-01919-0>.

Chávez Sosa J V., Guerra Pariona HN, Huancahuire-Vega S. Association Between Perceived Access to Healthcare and the Perception of Illness Among Peruvian Adults with Chronic Diseases During COVID-19 Pandemic. *Inquiry* 2022;59:00469580221112832. <https://doi.org/10.1177/00469580221112832>.

Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Berra S, et al. Evaluación de la atención primaria, versión modificada del instrumento PCAT-A10. *Aten Primaria* 2021;53:3–11. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2019.10.004>.

peruana Bladimir Becerra-Canales población, Hernández-Huaripaucar E, Enrique Melgarejo-Ángeles W, et al. Adaptación y validación del índice Primary Care Assessment Tool (PCAT-A10) en población peruana. *Iatreia* 2025;1. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.347>.

- Maganty A, Byrnes ME, Hamm M, et al. Barriers to rural health care from the provider perspective. *Rural Remote Health* 2023;23. <https://doi.org/10.22605/RRH7769>.
- Ameh S, Akeem BO, Ochimana C, et al. A qualitative inquiry of access to and quality of primary healthcare in seven communities in East and West Africa (SevenCEWA): perspectives of stakeholders, healthcare providers and users. *BMC Fam Pract* 2021;22:45. <https://doi.org/10.1186/S12875-021-01394-Z>.
- Zhu N, Li J, Liu X, et al. Effects of access to primary healthcare services on health vulnerability among older adults in China: focusing on demographic differences. *Front Public Health* 2025;13:1656886. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2025.1656886>.
- Kaneko M, Ohta R, Mathews M. Rural and urban disparities in access and quality of healthcare in the Japanese healthcare system: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2025;25. <https://doi.org/10.1186/S12913-025-12848-W>.
- Lewis TP, McConnell M, Aryal A, et al. Health service quality in 2929 facilities in six low-income and middle-income countries: a positive deviance analysis. *Lancet Glob Health* 2023;11:e862–70. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00163-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00163-8).
- Ramos-Huanca W, Copaja-Corzo C, Palomino-Guerra G, et al. Patient Satisfaction in Primary Healthcare Centers: A Cross-Sectional Study in the Peruvian Amazon. *Health Serv Insights* 2025;18. <https://doi.org/10.1177/11786329251405984>;WEBSITE:WEBSITE:SAGE;ISSUE:ISSUE:DOI.
- Değer MS, İşsever H. Service Quality and Related Factors in Primary Health Care Services: A Cross-Sectional Study. *Healthcare* 2024, Vol 12, 2024;12. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE12100965>.