



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD:
PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES PERUANAS
EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN ENDES 2019-2021**

TESIS

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTORA

Cueva Itusaca, Pamela Katherine (0000-0001-7789-0935)

ASESOR

Ramos Muñoz, Willy César (0000-0003-1599-7811)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Autor: Cueva Itusaca, Pamela Katherine

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: 74132709

Datos de asesor

Asesor: Ramos Muñoz, Willy César

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 40287165

Datos del jurado

PRESIDENTE: Medina Chinchon, Mariela

DNI: 10251105

ORCID: ORCID: 0000-0003-3428-8631

MIEMBRO: Hernández Patiño, Rafael Iván

DNI: 09391157

ORCID: 0000-0002-5654-1194

MIEMBRO: Alvarez Mejía, Carolina

DNI: 42784421

ORCID: 0000-0001-5240-3002

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.03.02

Código del Programa: 912017

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, PAMELA KATHERINE CUEVA ITUSACA, con código de estudiante N° 201221039, con DNI N° 74132709, con domicilio en Jr. Los Pinos 180 URB. Jorge Chávez, distrito Callao provincia Callao, en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que:

La presente tesis titulada; **“BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES PERUANAS EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN ENDES 2019-2021”**, es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Mc. RAMOS MUÑOZ, WILLY CÉSAR, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc.; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 13% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 05 junio del 2024



Pamela Katherine Cueva Itusaca

DNI: 74132709

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA DE ANTIPLAGIO TURNITIN

BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES PERUANAS EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN ENDES 2019-2021

ORIGINALITY REPORT

13% SIMILARITY INDEX	13% INTERNET SOURCES	6% PUBLICATIONS	1% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	-----------------------------

PRIMARY SOURCES

1	repositorio.urp.edu.pe Internet Source	8%
2	hdl.handle.net Internet Source	1%
3	rpmesp.ins.gob.pe Internet Source	1%
4	Natalia Houghton, Ernesto Báscolo, Lilia Jara, Catharina Cuellar, Andrés Coitiño, Amalia del Riego, Edgar Ventura. "Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina", Revista Panamericana de Salud Pública, 2022 Publication	1%
5	www.scielo.org.pe Internet Source	1%
6	repositorioacademico.upc.edu.pe Internet Source	1%

Exclude quotes On
Exclude bibliography On

Exclude matches < 1%

DEDICATORIA

A mi mamita por su sacrificio y entrega, tu bendición a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien. Te dedico esta tesis por tu amor incondicional y trabajo arduo para realizarme como profesional. ¡Este logro es tuyo!

AGRADECIMIENTOS

A Dios quien me ha guiado hasta donde estoy y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.

A mi familia, Carlos, Jorge, Patty y Erick mis hermanitos quienes siempre me apoyaron en mi carrera, confiaron en mí y nunca me dejaron. Siempre apoyándome en cumplir mis sueños.

A Carlos, Sadi, quienes me apoyaron y en este camino dándome fortaleza a seguir. Danna y Stefano siempre dándome alegría con sus sonrisas.

A Coqui, quien es muy especial para mí, no solo es un gran hermano sino un amigo, aconsejándome en difíciles decisiones, nunca dejando que nada me falte, siempre bríndame su amor y cuidado como solo un padre lo haría.

A Patty mi hermana siempre me enseñó a no rendirme sin importar cuán difícil sea la situación y André mi mejor amigo que vivió mi carrera tanto como yo, pronto mi futuro colega.

A Erick mi hermanito que me acompañó en mi 1er día de clases, me enseñó a ser perseverante en mi carrera.

A Karen, esta carrera nos unió en los momentos más difícil, solo nosotras sabemos todo lo que vivimos, no hubiera tenido mejor compañía que la tuya.

Al Dr. Willy Ramos quien me apoyo en la realización de mi tesis, me guio y oriento en el campo de la investigación, siempre aconsejándome a ser mejor cada día.

Al Dr. Jhony De la Cruz por incentivarnos a la investigación y su apoyo en nuestra formación.

RESUMEN

Introducción: El acceso a servicios de salud implica que toda la población a nivel nacional tenga acceso sin discriminación alguna a los servicios que ofrece cada establecimiento. Actualmente existe una gran desigualdad con respecto al acceso a los servicios de salud en mujeres en edad fértil (MEF) de los países de América Latina, particularmente en el Perú.

Objetivo: Determinar los factores asociados a barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según las ENDES 2019-2021.

Métodos: Estudio transversal analítico. Se utilizó la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de los años 2019, 2020 y 2021 siendo la población objetivo las mujeres peruanas entre los 12 y 49 años que respondieron a los datos del MEF (REC0111, REC91), inmunización y salud (REC42) y nupcialidad-fecundidad-conyugue y mujer (RE516171). Se realizó análisis multivariado con un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta obteniéndose la razón de prevalencias ajustada (RPa) e intervalos de confianza.

Resultados: Se incluyó en el estudio a 79 170 MEF. La mayoría eran adultas (52,8%), de índice de riqueza medio (21,3%) y que residían en el área urbana (82,0%). Predominaron las MEF de Lima Metropolitana (36,7%), las que tenían un empleo 58,5%, las que tenían educación secundaria (46,0%) y las que eran de raza mestiza (52,3%). La mayoría de las mujeres fueron atendidas en el contexto de la pandemia de la COVID-19 (60,0%) Con respecto a las barreras en el acceso a servicios de salud, la principal fue la percepción posible ausencia de medicamentos (87,3%).

En el análisis multivariado se encontró que ser adolescente (RPa=1,61; IC95%:1,524-1,710), ser el más pobre (RPa=1,42; IC95%:1,307-1,546), residir en Lima metropolitana (RPa=1,43; IC95%:1,332-1,528), en la sierra (RPa=1,38; IC95%:1,294-1,479) y no tener educación (RPa=1,39; IC95%:1,215-1,587) constituyeron factores asociados a mayor prevalencia de dificultad para conseguir permiso para ir al establecimiento de salud. Pertenecer al quintil de riqueza más pobre (RPa=2,05; IC95%:1,979-2,115), no tener educación (RPa=1,29; IC95%:1,241-1,342), haber sido atendida durante la pandemia de la COVID-19 (RPa=1,17;

IC95%:1,159-1,190) constituyeron factores asociados a mayor prevalencia de dificultades para conseguir dinero para el tratamiento en los establecimientos de salud.

Pertenecer al quintil de riqueza más pobre (RPa=2,11; IC95%:2,013-2,115), residir en la zona rural (RPa=1,32; IC95%:1,283-1,363), vivir en Lima Metropolitana (RPa=1,29; IC95%:1,247-1,340) y no tener educación (RPa=1,29; IC95%:1,213-1,365) se asociaron a mayor prevalencia de percepción de lejanía del establecimiento de salud. Ser adolescente (RPa=1,22; IC95%:1,189-1,252), pertenecer al quintil de riqueza más pobre (RPa=1,36; IC95%:1,309-1,409), residir en Lima metropolitana (RPa=1,13; IC95%:1,094-1,161), no tener educación (RPa=1,53; IC95%:1,445-1,610) se asociaron a la percepción de que tal vez no haya personal femenino en el establecimiento de salud. Por otro lado, pertenecer al quintil de riqueza más pobre (RPa=1,19; IC95%:1,167-1,205) y al quintil de riqueza pobre (RPa=1,17; IC95%:1,150-1,182) se asociaron a mayor prevalencia de percepción de que tal vez no haya personal de salud en los establecimientos. Se obtuvo que pertenecer al quintil de riqueza más pobre (RPa=1,19; IC95%:1,173-1,209) y no tener educación (RPa=1,10; IC95%:1,063-1,109) constituyeron factores asociados a mayor prevalencia de percepción de que quizá no haya medicamentos en el establecimiento de salud.

Conclusiones: Existe una muy alta prevalencia de barreras en el acceso a los servicios de salud en las MEF peruanas durante el período 2019-2021 evidenciada a través de las ENDES. Los factores asociados fueron el índice de riqueza muy pobre, pobre y medio, no tener educación superior, residir en Lima Metropolitana, resto de la costa o sierra y haber sido atendida durante la pandemia de la COVID-19. Asimismo, pertenecer a las etnias quechua e indígena amazónica y residir en zona rural se asociaron solamente a la percepción de lejanía al establecimiento de salud. Los factores protectores fueron el estado civil de casada o conviviente, la raza mestiza y el estar actualmente trabajando.

Palabras clave: (fuente: DeCS) Barreras de acceso a los servicios de salud, etnicidad, fertilidad, COVID-19

ABSTRACT

Introduction: Access to health services implies that the entire population at the national level has access without discrimination to the services offered by each facility. Currently, there is great inequality with respect to access to health services for women of fertile age (WFA) in Latin American countries, particularly in Peru.

Objective: To determine the factors associated with barriers to access to health services in Peruvian women of fertile age, according to the ENDES 2019-2021.

Methods: Analytical cross-sectional study. The database of the Demographic and Family Health Survey (ENDES) for the years 2019, 2020 and 2021 was used, the target population being Peruvian women between the ages of 12 and 49 years who responded to the MEF data (REC0111, REC91), immunization and health (REC42) and nuptiality-fertility-spousal and female (RE516171). Multivariate analysis was performed with a Poisson regression model with robust variance, obtaining the adjusted prevalence ratio (aPR) and confidence intervals.

Results: A total of 79 170 FSM were included in the study. Most were adults (52.8%), of medium wealth (21.3%) and residing in urban areas (82.0%). The predominant groups were FSWs from Metropolitan Lima (36.7%), those who were employed (58.5%), those with secondary education (46.0%) and those of mixed race (52.3%). Most of the women were seen in the context of the COVID-19 pandemic (60.0%). With respect to barriers to accessing health services, the main barrier was the perceived absence of medicines (87.3%).

Multivariate analysis found that being an adolescent (PRa=1.61; 95%CI:1.524-1.710), being the poorest (PRa=1.42; 95%CI:1.307-1.546), residing in metropolitan Lima (PRa=1.43; 95%CI:1.332-1.528), in the highlands (PRa=1.38; 95%CI: 1.294-1.479) and having no education (PRa=1.39; 95%CI:1.215-1.587) were factors associated with higher prevalence of difficulty in getting permission to go to the health facility. Belonging to the poorest wealth quintile (PRa=2.05; 95%CI:1.979-2.115), having no education (PRa=1.29; 95%CI:1.241-1.342), having been treated during the COVID-19 pandemic (PRa=1.17; 95%CI:1.159-1.190) were factors associated with higher prevalence of difficulty in getting money for treatment at health facilities.

Belonging to the poorest wealth quintile (PRa=2.11; 95%CI:2.013-2.115), residing in rural areas (PRa=1.32; 95%CI:1.283-1.363), living in Metropolitan Lima (PRa=1.29; 95%CI:1.247-1.340) and having no education (PRa=1.29; 95%CI:1.213-1.365) were associated with a higher prevalence of perception of distance from the health facility. Being an adolescent (PRa=1.22; 95%CI:1.189-1.252), belonging to the poorest wealth quintile (PRa=1.36; 95%CI:1.309-1.409), residing in metropolitan Lima (PRa=1.13; 95%CI:1.094-1.161), and having no education (PRa=1.53; 95%CI:1.445-1.610) were associated with the perception that there might not be female staff at the health facility. On the other hand, belonging to the poorest wealth quintile (PRa=1.19; 95%CI:1.167-1.205) and the poorest wealth quintile (PRa=1.17; 95%CI:1.150-1.182) were associated with a higher prevalence of perception that there might not be health personnel in the facilities. Belonging to the poorest wealth quintile (PRa=1.19; 95%CI:1.173-1.209) and having no education (PRa=1.10; 95%CI:1.063-1.109) were found to be factors associated with higher prevalence of the perception that there may be no drugs in the health facility.

Conclusions: There is a very high prevalence of barriers in access to health services in Peruvian FSM during the period 2019-2021 evidenced through the DHS.

The associated factors were the very poor, poor and medium wealth index, not having higher education, residing in Metropolitan Lima, rest of the coast or highlands and having been attended during the COVID-19 pandemic. Likewise, belonging to the quechua and Amazonian indigenous ethnic groups and residing in a rural area were associated only with the perception of remoteness from the health facility. The protective factors were the marital status of married or cohabiting, mestizo race, and being currently working.

Keywords: (source: MeSH) Barriers to Access of Health Services, Ethnicity, Fertility, COVID-19.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA	5
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA:.....	6
1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	7
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes nacionales	10
2.2. BASES TEÓRICAS	12
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....	22
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	23
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	23
3.1.1. Hipótesis general	23
3.1.2. Hipótesis específicas.....	23
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	23
CAPITULO IV: METODOLOGÍA	25
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	25
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	25
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	25
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS:.....	26
4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	27
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	28
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	29
5.1. RESULTADOS.....	29
5.2. DISCUSIÓN	45

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
6.1. CONCLUSIONES.....	49
6.2. RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	57
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	57
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	58
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	59
ANEXO 4: CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	60
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	61
ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	62
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	63
ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	65
ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS	68
ANEXO 10: BASES DE DATOS - SPSS	70

INTRODUCCIÓN

El acceso a servicios de salud implica que toda la población a nivel nacional tenga acceso sin discriminación alguna a los servicios que ofrece cada establecimiento, con oportunidad, calidad, así como con suficientes insumos, equipamiento y recursos humanos en relación con las necesidades de cada comunidad.

Actualmente existe una gran desigualdad con respecto al acceso a los servicios de salud en los países de América Latina, por lo cual nuestro país no es ajeno a ello, por ello es importante conocer las necesidades de atención de salud de la población y también conocer las principales barreras para el acceso.

La población que ha sido elegida para esta investigación es la población femenina en edad fértil dado que es considerada una población vulnerable. La mujer no sólo es reconocida por su labor en el hogar y a nivel profesional sino también durante su etapa reproductiva. Actualmente, la mujer presenta con mucha frecuencia niveles limitados de autonomía y poder de decisión, especialmente en sus necesidades de salud. Sus condiciones de trabajo las limitan con el tiempo para poder realizarse los controles necesarios e incluso con el gasto sobre la atención e insumos en comparación con los varones.

La pandemia de la COVID-19 no solo repercutió en la salud de las personas, sino que, el aislamiento social y distanciamiento aumentaron las barreras de acceso para las poblaciones más vulnerables, al priorizarse la atención de esta enfermedad dejándose de lado los controles a las gestantes y los servicios de salud en general. A esto se suma que por temor al contagio la población dejó de acudir a los establecimientos de salud.

Es por ello que esta tesis tiene como objetivo analizar las barreras en el acceso al servicio de salud y los factores asociados en mujeres peruanas en edad fértil, según la encuesta nacional ENDES de los años 2019-2021.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante las últimas dos décadas, la mayoría de los países de América Latina han mejorado significativamente la cobertura de los servicios de salud. A pesar de este progreso, las mujeres en situación de vulnerabilidad todavía enfrentan dificultades significativas para acceder a servicios de salud de calidad¹.

A pesar de los avances logrados en el desarrollo económico y social en cada país, la pobreza y las desigualdades siguen siendo desafíos significativos en América Latina. Según datos recientes, esta región continúa siendo la más desigual del mundo, con un 29% de la población viviendo por debajo del umbral de pobreza y un 40% con un nivel económico muy bajo. En los últimos 20 años según las estimaciones de la ONU la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo y esto se debió al aumento de las coberturas de atención. Sin una intervención adecuada y objetivos claros para reformar el sistema de salud, los progresos realizados hasta la fecha no serían suficientes para abordar la inequidad existente en la población².

Según la OMS, garantizar el acceso universal a la atención médica implica que todas las personas puedan acceder a servicios de salud adecuados sin discriminación. Estos servicios deben ser oportunos, bien implementados y estar disponibles en todo el país para satisfacer las necesidades de la población. Además, los suministros médicos, como los medicamentos, deben ser de calidad, seguros y eficaces, y estar disponibles para toda la población. Esto asegura que el uso de los servicios de salud no genere dificultades económicas, especialmente para grupos vulnerables³.

En términos generales, aproximadamente un tercio de la población en las Américas el 29.3% no buscó atención en centros de salud debido a diversas barreras de acceso. Estas barreras incluyen el tiempo de espera en las consultas y la atención en horarios no programados. Otros factores que dificultan el acceso a la atención médica incluyen el bajo nivel socioeconómico, problemas financieros, falta de suministros, dificultades de comunicación, preferencia por la medicina tradicional y dificultades para llegar a los establecimientos de salud³.

Se necesita la implementación de políticas, estrategias y acciones que aborden estos desafíos con un enfoque multisectorial, asegurando que la atención médica llegue a las comunidades más remotas. Esto implica involucrar a toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. Sin un acceso universal, oportuno y efectivo, la meta de la cobertura universal de salud se vuelve inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar⁴.

Las MEF presentan una serie de características que definen no solo su salud y bienestar, sino que están vinculadas con la salud de las futuras generaciones. Especialmente en mujeres embarazadas que viven en un ambiente riesgoso donde no se cuenta con los recursos necesarios para su atención prenatal. Es de gran importancia analizar esta población ya que explora los diferentes aspectos de la etapa de fertilidad femenina, sin embargo, todavía es un reto en el mejoramiento del bienestar de estas mujeres⁹.

Las mujeres requieren mayor acceso a los servicios especializados en comparación de los hombres, según su etapa de vida, especialmente por los servicios de maternidad, atención prenatal, parto, planificación familiar que se da por un personal calificado. Hasta la fecha sigue existiendo mujeres que dependen de la decisión de sus esposos sobre necesidades básicas entre ellas su salud. Además, tienen una gran responsabilidad ya que se encargan del cuidado de sus hijos, el trabajo en el hogar, así también como las condiciones de trabajo que enfrentan lo cual hace que el tiempo se vea limitado para poder buscar un establecimiento de salud adecuado^{10,11}. Asimismo, el gasto en los servicios de salud es significativamente mayor en las mujeres en comparación con los varones en varios países de América Latina¹².

Una de las etapas de mayor vulnerabilidad es la adolescencia la cual marca el comienzo de la fertilidad que implica diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales, que, por falta de conocimientos sobre educación sexual, servicios de orientación y consejería pueden llegar a tener un embarazo no deseado y no planificado. Sumado a todo esto, el riesgo de complicaciones y muerte podría incrementarse al no tener acceso a los servicios de salud ya sea por falta de conocimiento, lejanía del lugar donde viven o falta de confianza en el personal médico⁸.

Por otro lado, la pandemia de la COVID-19 no solo ha generado un gran retraso a nivel económico y social sino también en el sistema de salud, sobre todo relacionado a la salud de

la mujer en los sectores sociales vinculados a la pobreza y la inequidad⁶. Desde que comenzó la pandemia, los servicios de salud de rutina fueron reorganizados o interrumpidos, muchos dejaron de brindar atención a las personas en tratamiento contra enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes. Asimismo, muchos trabajadores de la salud que suelen brindar esta atención fueron redirigidos a atender exclusivamente casos de COVID-19. Las principales razones mencionadas para la interrupción de los servicios de salud comprenden la cancelación de la atención electiva de servicios de rutina, el personal clínico que fue reasignado a la respuesta de COVID, y pacientes que no se presentaron por temor a contagio⁷.

En la actualidad, en el Perú, son pocas las políticas públicas de salud orientadas a las necesidades y demandas de las mujeres en edad fértil (MEF). Se han encontrado en diversos artículos que, entre las principales barreras en el acceso al servicio de salud, se encuentra la lejanía al establecimiento, dinero para el tratamiento adecuado, percepción de que tal vez no haya medicamentos, permiso para ir al centro de salud y contar con personal médico¹.

Es por ello que se implementaron programas de salud reproductiva y planificación familiar, estas políticas se orientan principalmente a priorizar sectores donde se encuentren poblaciones con servicios insuficientes, donde haya un mayor número de usuarias y siempre haciendo énfasis en los grupos menos protegidos. El Ministerio de Salud es aquel organismo que se encuentra comprometido a mejorar la salud de la población sino también poder orientar estas políticas a poblaciones alejadas, principalmente difundiendo la información necesaria hacia ese sector, así logrando el bienestar y autonomía de la población. de la misma forma siempre apoyando el desarrollo de las comunidades¹⁰.

Se debe considerar, que el género debe tener una consideración mayor en la medición de la igualdad en el acceso a los servicios de salud. A pesar del amplio consenso de que el género es un determinante estructural del acceso como se ha explicado en párrafos anteriores, a la fecha existe muy poca información sobre los factores asociados a las barreras de acceso a los servicios de salud que experimentan las mujeres¹⁴.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Debido al riesgo que trae consigo las barreras en el acceso a los servicios de salud, en donde los factores asociados cumplen un papel importante, nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que se encuentran asociados a las barreras en relación al acceso de los servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil según ENDES 2019-2021?

1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

El proyecto de investigación está enmarcado dentro de los lineamientos de las prioridades nacionales de investigación en salud del Perú para el periodo 2019-2023.

- Salud materna, perinatal y neonatal

El proyecto de investigación está enmarcado dentro de los lineamientos de las prioridades nacionales de investigación de la Universidad Ricardo Palma 2021-2023

- Salud materna, perinatal y neonatal
- Medicina de estilo de vida, medicina preventiva y salud pública.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación busca contribuir en la solución de los principales obstáculos analizados que impiden que haya un libre y equitativo acceso en los servicios de salud, ya que cuando se trata de un problema de salud, el tiempo y la oportunidad de atención en muchos casos son vitales para así poder tener una mejor calidad de atención, menor uso de recursos y mayor calidad de vida.

Es crucial comprender la importancia de una planificación más precisa por parte del Estado en la prestación de los servicios públicos, sobre todo porque estos no son autónomos o excluyentes entre sí. La imposibilidad de acceso a los centros de salud en situaciones de

inequidad, brechas y desigualdades puede cuestionar la legitimidad del gobierno ante la población.

La población femenina es la más vulnerable, ya que sus necesidades de salud cambian a lo largo de sus vidas, el conjunto de varios factores socioeconómicos incrementa la vulnerabilidad y reduce el acceso a unos servicios de salud eficaces y acordes con sus necesidades.

En diversos artículos de investigación se demuestran que las principales barreras están relacionada a la lejanía a los servicios de salud, conseguir dinero para el tratamiento, no se encontró suficientes insumos y tal vez no haya personal médico.

Al identificar los factores que se encuentran asociados a las barreras en el acceso a los servicios de salud en mujeres peruanas de edad fértil, como su nivel de educación, su edad, donde residen, nivel de riqueza, estos factores que dependiendo de la característica de la población se podrán relacionar al embarazo adolescente, unión conyugal temprana y la necesidad temprana de asumir responsabilidades de soporte económico en el hogar. Así también la autoidentificación con respecto a su etnicidad es de gran importancia porque ayuda en la generación de nuevas políticas públicas diferenciadas e inclusivas.

De esta manera los resultados pueden ser útiles para la construcción de políticas por parte del ministerio de salud orientadas a este grupo poblacional.

Cabe recalcar que en la actualidad no contamos con estudios similares a nivel nacional, lo cual enfatiza la importancia de este estudio. Asimismo, se espera que los resultados que se obtengan puedan servir de referencia a otros profesionales de la salud, o del MINSA, de las DIRESAS/GERESAS que de esta manera podrán desarrollar acciones de difusión y comunicación que serán dirigidas a las MEF por medio de los medios de comunicación así también como campañas en distintos lugares especialmente alejados, de extrema pobreza donde los medios de comunicación no pudieran llegar.

1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA:

El presente estudio se realizará a partir de la información obtenida mediante las ENDES a nivel nacional de los años 2019, 2020 y 2021.

1.6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados a las barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de las barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.
- Demostrar la asociación entre los factores sociodemográficos y las barreras en el acceso a servicios de salud de mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.
- Demostrar la asociación entre los factores culturales y las barreras en el acceso a servicios de salud de mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.
- Demostrar la asociación entre los factores vinculados con la atención de salud y las barreras en el acceso a servicios de salud de mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.
- Determinar si la pandemia por COVID-19 constituyó un factor asociado para barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

Houghton N. et al¹, realizaron un estudio con el objetivo de analizar si existe una relación entre los factores que impiden el acceso a los establecimientos de salud y el uso de servicios básicos para mujeres y niños en América Latina en el 2022. El estudio fue transversal usando encuestas de demografía de 8 países. Se encontró que el factor económico (OR=0,89; IC 95%: 0,82 - 0,96) y asistir a un establecimiento de salud contando con el permiso de su

familia (OR=0,77; IC 95%: 0,70 - 0,84) redujeron la posibilidad de tener un parto de buena calidad con un personal médico. Los autores concluyeron que las barreras de acceso redujeron la posibilidad de utilizar servicios básicos de salud tanto para las mismas mujeres como para sus hijos.

Sougou N. et al¹¹, realizaron un estudio con el objetivo de analizar la autonomía de la mujer en tomar decisiones sobre su salud y el acceso a los servicios de planificación en Senegal. Se realizó un estudio transversal por medio de una encuesta el 2017. Se encontró que las mujeres que vivían en zonas rurales tenían menos autonomía en la toma de decisiones sobre su salud (OR=0,54; IC 95 %: 0,43 – 0,68); asimismo, las mujeres con quintil de riqueza más rico (OR=2,74; IC 95 %: 1,59 – 4,70) y quintil de riqueza rico (OR=2,88; IC 95 %: 1,73 – 4,79) tenían más autonomía en la toma de decisiones. Las mujeres con un nivel de educación superior también tenían más autonomía en la toma de decisiones (OR=5.52; IC 95 %: 3.06 – 9.94). Se concluyó que el poder acceder a los servicios de salud estuvo asociado a tener una educación superior, residir en una zona urbana y tener un nivel de riqueza alto.

Weng S. et al¹⁵, realizaron un estudio en el año 2019 con el objetivo de identificar los factores asociados al acceso a servicios de salud en las trabajadoras domésticas en Taiwán mediante un estudio transversal. Se encontró que el estar casado (ORa=2,007; IC 95%: 1,175 – 3,429), pertenecer al nivel de riqueza alto (ORa=2,916; IC 95%: 1,302 – 6,527) y la disponibilidad de un asistente para acompañar al informante a los establecimientos de salud (ORa=1,720; IC 95%: 1,011 – 2,927) se asociaron con el acceso a los servicios de salud. Los autores concluyeron que los costos y la distancia a los establecimientos de salud no eran un problema; estar casado y tener un nivel de riqueza alto están asociados a presentar menores barreras en el acceso a los servicios de salud.

Ozumba B. et al¹⁶, realizaron un estudio con el objetivo de identificar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención materna en el estado de Enugu, Nigeria en el año 2018. El estudio fue analítico, transversal a través de encuestas e investigación cualitativa. Se encontró que residir en una zona urbana incrementaba el acceso a los servicios sanitarios (OR=3,6; IC 95%: 2,9 – 4,4). Sin embargo, residir en área rural (OR=0,7; IC 95%: 0,6 – 0,9), ser pobre (OR= 0,4; IC 95%: 0,3 – 0,6), ser adultas con un (OR=0,7; IC 95%: 0,6 – 0,9) y tener bajo nivel de educación (OR= 0,8; IC 95%: 0,5 – 1,3) dificultaban el acceso a servicios de salud. Los autores concluyeron que las principales

barreras en el acceso a la atención médica en mujeres fértiles fueron la educación, lugar de residencia y el nivel económico.

Geda N. et al¹⁷, realizaron un estudio con el objetivo analizar las desigualdades en el acceso a los servicios materno-infantil en Etiopía en el 2021. El estudio fue transversal por medio de encuestas demográficas y de salud. Se encontró que la utilización de los servicios de salud fue inferior en un 24% para las mujeres en el grupo de edad de 25 a 34 (OR=0,76; IC 95%: 0,72 - 0,81) y un 57% para las mujeres 34 años o más (OR =0,43; IC 95 %: 0,39 - 0,47). Respecto de la región, un 35% entre aquellos que residían en regiones con urbanización intermedia y menos urbanizadas (OR=0,65; IC 95%: 0,56–0,76) y un 69% entre aquellos que residían en regiones rurales (OR=0,31; IC 95 %: 0,26 – 0,38). Las madres con educación primaria tenían mayor acceso a los servicios de salud (OR=1,185; IC 95%: 1,125 – 1,248); mientras que, las madres que vivían en hogares más ricos tenían una probabilidad significativamente mayor de tener visitas de atención prenatal mayor de 4 veces (OR=1,400; IC 95%: 1,155–1,697). Los autores concluyeron que las mujeres en zonas rurales tienen menos posibilidad de recibir atención en su establecimiento de salud, contrario a esto las mujeres que tienen mejor educación y cuenta con el quintil de riqueza más alto tienen más posibilidad de tener mayor acceso a los establecimientos de salud.

Khatiwada J. et al¹⁸, realizaron un estudio con la finalidad de determinar la asociación entre el empoderamiento de las mujeres y el acceso a servicios de parto por un personal calificado en Nepal en el año 2020. Se realizó un estudio transversal por medio de una encuesta demográfica y de salud. En los resultados el factor económico, el factor de los medios y la tecnología de la información fueron más influyentes que el factor sociocultural. Específicamente, la educación superior (ORa=2,65; IC 95 %: 1,92 - 3,67), una ocupación distinta de la agricultura (ORa=1,06; IC 95 %: 0,80 - 1,40), pertenecer a un nivel de riqueza elevado (ORa=1,26; IC 95 %: 1,04 - 1,53), un alto acceso a los medios (ORa=1,63; IC 95 %: 1,22 - 2,18) y el uso de Internet (ORa=2,00; IC 95 %: 1,60 - 2,48) se asociaron significativamente con la atención un establecimiento de salud por un personal de salud calificado. Se concluyó que el factor de los medios y económico fueron más influyentes que el sociocultural y familiar en las mujeres para buscar atención un establecimiento de salud por un personal de salud calificado. Las mujeres que tenían un nivel educativo superior, que residían en zonas urbanas y las que se encontraban en un nivel alto de quintil de riqueza

tenían más posibilidad de ser atendidas en un establecimiento de salud por un personal calificado.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Kobayashi E. et al ¹⁹, realizó un estudio para precisar el acceso a un establecimiento de salud en adolescentes peruanas que estaban gestando en los años 2014-2018. El estudio fue de tipo observacional, analítico y transversal. Con respecto al área de residencia, las gestantes que residían en el área urbana tenían 1.03 veces más posibilidad de tener acceso a un establecimiento de salud que las del área rural (OR=1,036; IC95%:0,880 – 1,200). Según la región natural, las gestantes que residían en Lima Metropolitana tenían 0.66 veces más posibilidad de tener mayor acceso a los establecimientos de salud (OR=0,660; IC95%:0,530 – 0,820). Las gestantes adolescentes que concluyeron su educación primaria tenían un 1.39 veces más de posibilidad de tener acceso a los establecimientos de salud (OR=1,390; IC95%:1,070 – 1,820) comparando con las gestantes que solo tuvieron secundaria y/o estudios superiores. Con respecto a los quintiles de riqueza las gestantes tenían un 1.97 veces más de posibilidad de poder acceder a los establecimientos de salud (OR=1,970; IC95%:1,590 - 2,450). La autora concluyó que respecto al área de residencia no tenían una relación significativa sin embargo con respecto al grado de instrucción, región natural y quintiles de riqueza si tuvieron una relación significativa con el acceso a los servicios de salud.

Hernández A. et al ²⁰, realizaron un estudio para determinar los factores asociados a la calidad del control prenatal en mujeres peruanas en un estudio transversal analítico según la encuesta ENDES 2017. El estudio fue tipo observacional, analítico, transversal. Se encontró que pertenecer a la región de la sierra (RPa=0,85; IC 95%: 0,80 - 0,91), residir en el área rural (RPa=0,94; IC 95%: 0,89 - 0,99) y pertenecer a una etnia nativa (RPa=0,72; IC 95%: 0,66 - 0,79) se asociaron con una menor posibilidad de recibir un control prenatal de calidad comparado con las que viven en Lima metropolitana, residen en el área urbana o no pertenecer a etnia nativa respectivamente. Los autores concluyeron que vivir en la sierra, ser de la zona rural y pertenecer a una etnia nativa disminuyó la posibilidad de recibir un control prenatal de calidad.

Meléndez J. et al²¹, realizaron un estudio para determinar los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en MEF de 15 a 49 años. El estudio fue observacional, analítico, transversal realizado a partir de la ENDES del año 2018 en el Perú. En el estudio se encontró que las mujeres que residían en el área urbana presentaban 4,6% más de posibilidad de usar métodos anticonceptivos que las mujeres que residían en la zona rural (RP= 1,046; IC95%: 1,037 - 1,054). Respecto al estado conyugal, se evidencia que fueron las mujeres casadas o convivientes las que obtuvieron 8% más de posibilidad de usar métodos anticonceptivos que las mujeres solteras o divorciadas (RP= 1,080; IC95%:1,071 - 1,090). En el nivel educativo se registró que las mujeres con estudios superiores tenían una mayor prevalencia de uso de anticonceptivos que las mujeres sin estudios superiores (RP = 1,021, IC95%: 1,016 - 1,026). Los autores concluyeron que existe asociación entre residir en el área urbana, ser casada o conviviente y tener un grado de educación superior con el uso de métodos anticonceptivos.

Torres S. et al²², realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores asociados a conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que usaron un método de planificación familiar según la ENDES del año 2020. El estudio fue de tipo observacional, analítico y transversal. Las mujeres con edades entre los 35-49 años tenían un 9% menos posibilidad de decidir de manera conjunta que las mujeres de 15 – 23 años (RPa=0,91; IC 95%:0,85 – 0,97); asimismo, las mujeres que vivían en la región Costa tenían 13% más posibilidad de tomar la decisión del método a utilizar con su esposo/compañero en comparación a las mujeres de Lima Metropolitana (RPa=1,13; IC 95%: 1,08 – 1,19). Las entrevistadas que residían en el área urbana tenían 7% menos de posibilidad de decidir el método anticonceptivo de manera conjunta en comparación a las mujeres residentes en el área rural (RPa=0,93; IC 95%: 0,87 – 0,99). Las mujeres pertenecientes al índice de riqueza medio tenían 11% menos posibilidad de decidir el método anticonceptivo de forma conjunta que las mujeres más pobres (RPa=0,89; IC 95%:0,93 – 0,97). Las que se reconocieron como de etnia blanca (RPa=1,14; IC 95%:1,06 – 1,22) tuvieron 14% más posibilidad de decidir de forma conjunta que las mujeres que eran quechuas y Aymaras.

La autora concluyó que en el estudio hubo asociación entre la toma de decisión sobre los métodos anticonceptivos y residir en área urbana, encontrarse en el índice de riqueza medio, ser de raza blanca y tener edad entre 35-49 años.

2.2. BASES TEÓRICAS

NECESIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EN MUJERES EN EDAD FERTIL

El sistema de salud tiene como finalidad ayudar en el análisis de la situación de la población vulnerable, su prevención y control de diversos riesgos. Así también como posibles daños en la salud pública; sin embargo, sus esfuerzos por mejorar el nivel de salud y la satisfacción de las necesidades de la población no han progresado significativamente en los últimos años. Las mujeres son la población que más utiliza los servicios de salud ya que suelen estar expuestas en las diversas etapas de su vida a cambios fisiológicos, por lo cual deben conocer sobre métodos anticonceptivos, planificación familiar, controles prenatales y salud materna, donde gran porcentaje de mujeres no tienen conocimiento de tener el derecho de acceder a los servicios de salud gratuitamente ²⁴.

En estos últimos años las mujeres están enfrentando diversos desafíos como la morbilidad materna extrema, violencia de género y el aumento de las enfermedades no transmisibles que ponen en riesgo su vida y que requieren respuesta de los servicios de salud ²⁵.

SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los países de bajos y medianos ingresos, como el Perú con respecto a la salud sexual y reproductiva, se estima que por lo menos 18 millones de pacientes que usan anticonceptivos modernos descontinuarían el uso de estos métodos de planificación familiar, trayendo consigo embarazos no deseados con secuelas de abortos inseguros, hijos no deseados y aumento de la mortalidad materna ²⁶.

Los servicios de salud sexual y reproductiva son importantes para el bienestar de la población, estos servicios se encargan de dar prevención y tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual, dando acceso a los anticonceptivos. Su principal función es poder garantizar a la población de gozar de buena salud sexual, así también como el bienestar e independencia de la mujer ²⁷.

PLANIFICACION FAMILIAR

En nuestro país todavía sigue siendo un reto aun cuando es un derecho de toda persona contar con los métodos anticonceptivos adecuados para poder evitar embarazos no deseados, pero

es por la falta de desinformación que aún sigue siendo un desafío. La OMS indica que toda persona sea hombre o mujer tiene el derecho de poder decidir cuantos hijos desea tener, recibir la información y los servicios necesarios. Cabe recalcar que este no es el único obstáculo ya que en los establecimientos de salud no se ha logrado un correcto asesoramiento o no están disponibles y esto es debido a las limitaciones sociales que presenta nuestro país. Por ello es importante que el personal asignado a los servicios de planificación tenga un asesoramiento adecuado para poder brindar recomendaciones necesarias e información actualizada para los usuarios que lo soliciten. Desde el 2011 existe la disponibilidad de una amplia cantidad de anticonceptivos que puede elegir la usuaria con seguridad y que lo solicite orientándose con el personal asignado a los servicios de salud ²⁸.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

La OMS indica que es de vital importancia tener acceso a todos los métodos anticonceptivos, no solo es su derecho de la población, sino que así garantiza su bienestar. Se sabe que aún sigue siendo una difícil tarea para muchos países ya sea por la mala atención o poca disponibilidad de los servicios. La accesibilidad de los anticonceptivos se vio disminuidos y a veces interrumpidas por la pandemia, que limito el no poder acudir al establecimiento de salud por temor al contagio. Aun así, el personal médico tiene el compromiso de informar a la población y así evitar embarazos no planificados, por ello se debe otorgar el acceso haciéndoles recordar su derecho a estos servicios. Los métodos anticonceptivos ayudan a tomar mejores decisiones y ser más responsables e informados con respecto a la fertilidad así logrando evitar embarazos no deseados y alcanzar una vida sexual satisfactoria. Especialmente se debe hacer énfasis en la etapa de la adolescencia donde es una etapa llena de cambios y donde usualmente no se tiene una pareja estable. Principalmente en esta etapa es donde ocurren los embarazos no deseados y el contagio de enfermedades de transmisión sexual ²¹.

SERVICIOS DE TAMIZAJE DE CUELLO UTERINO Y MAMA

En los países menos desarrollados las tasas de incidencia y mortalidad de cáncer en mujeres está aumentando, el cáncer de cuello uterino ocupa el 4to puesto en ser el cáncer más común

en mujeres en el mundo. Según Globocan 2018 en Perú ocupa el 2do puesto que más casos nuevos presenta por año. Su principal factor de riesgo es el virus del papiloma humano, tener parejas inestables e inicio temprano de las relaciones sexuales, esto es de gran interés para el personal de salud que según las normal del ministerio se deben realizar los programas de tamizaje que son determinantes para la prevención y detección de esta enfermedad. Lamentablemente los programas de tamizaje no han tenido el impacto debido a la escasez de recursos económicos, falta de comunicación e insuficiente entrenamiento del personal de salud. La promoción de salud se ve afectada por barreras que imposibilitan el seguimiento y monitoreo de las mujeres ²⁹.

El cáncer de mama es la neoplasia de mayor incidencia en mujeres a nivel mundial, teniendo la mayor mortalidad, al año se registra 1,38 millones de nuevos casos. Su origen es multifactorial como los factores genéticos, ambientales y de estilo de vida, una reducción drástica en su mortalidad se ha visto en la población que tiene acceso a una detección oportuna principalmente ofreciéndoles una adecuada información para que puedan realizar el autoexamen de mamas, así también tenemos los programas de tamizaje para reducir la mortalidad y brindarle un tratamiento oportuno ³⁰.

Para poder reducir la mortalidad en una fase temprana y poder buscar un tratamiento adecuado es importante el uso de la mastografía que es la base en la prevención del cáncer de mama, puesto que nos permite percibir tumores antes que puedan ser palpables o antes que se manifiesten algún síntoma. Por lo tanto, debe haber una alta cobertura en este programa de tamizaje para todas las mujeres en edad de riesgo, teniendo en cuenta un adecuado interrogatorio y exploración física de la paciente para así poder aumentar la esperanza de vida en esta población ³¹.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNDO

La Organización Panamericana de Salud (OPS) identifico 4 causas que remarcan el escaso acceso a los servicios de salud: no contar con una buena infraestructura del establecimiento de salud, no tener los suministros médicos en el establecimiento de salud, deficiencia con la calidad de servicio que se otorga a los pacientes y la lejanía de la población a sus respectivos establecimientos, que evita que se logre un equitativo acceso a los servicios de salud.

La pobreza ha sido identificada como un componente crítico del bajo acceso en los países de bajos ingresos, destacando la importancia de la barrera financiera. Este estudio también documenta cómo los bajos ingresos dificultan el acceso a la atención médica y están asociados también al bajo nivel educativo de la población ³².

La adquisición y el uso de información relacionada con la atención de la salud estaba limitada por el analfabetismo y la falta de acceso a muchas tecnologías. Estos desafíos fueron identificados tanto por hombres como por mujeres, pero parecían ser más fuertes entre las mujeres. La migración causó una barrera cognitiva en sobre sus habilidades lingüísticas ya que algunas poblaciones que habían sido migrantes en otros países, presentaban un idioma diferente al resto lo cual dificultaba el poder comunicarse y expresar sus necesidades. Es por ello que en algunos países extranjeros contaban con una persona que se encargaba de la traducción trabajando en conjunto con el personal médico para poder proporcionarle una atención médica adecuada ³³.

BARRERAS EN EL ACCESO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19

La pandemia del COVID-19 que tuvo un gran impacto a nivel mundial y mantuvo a todos en profunda preocupación ya que ha cobrado la vida de 249.092 personas en todo el mundo. No solo afecto en el ámbito económico y social sino también en el ámbito de salud pública. En el Perú se vienen tomando ciertas medidas de salud pública para poder frenar la pandemia, uno de los principales problemas que tuvo que enfrentar el sector salud fue que muchos de los centros de salud estuvieron paralizados ante la alta demanda de casos por COVID-19 en el cual se trataba de priorizar ya que era una enfermedad muy contagiosa y asociada a complicaciones. De hecho, años anteriores se evidencia que cuando aparecía una nueva enfermedad desconocida se centraba toda su atención en ella y se dejaba de lado los demás cuidados que necesitaba la población, esto sería la raíz del problema ya que ocasionaría que las condiciones de salud empeoren y persistan con el tiempo ²⁶.

Aunque toda la población se vio afectada, se puede decir que la población femenina fue la que sufrió más con esta falta de acceso. Ha sido pasado por alto las consejerías en planificación familiar, distribución de suministros como los preservativos para las mujeres en edad fértil, las mujeres embarazadas al no llevar un control prenatal adecuado experimentaban riesgos en su embarazo, y esto las llevaba a resultados infortunados como

abortos y hemorragias. Es de vital importancia una atención adecuada y oportuna para evitar situación de embarazo no deseado y violencia ³⁴.

FACTORES ASOCIADOS A LAS BARRERAS

1. Género

La igualdad de género está relacionada a la igualdad de derechos, tanto hombres como mujeres tienen las mismas oportunidades, de acceder libremente a los servicios de salud. El género es uno de los principales factores que intervienen en la inequidad sanitaria, las desigualdades injustificadas son resultado de distintos aspectos como culturales, sociales y económicos que una población las experimenta y tratan de eliminar cuando impiden el correcto desarrollo humano ^{1,35}.

El género femenino ha sido considerado el más vulnerable y aun en este siglo las mujeres siguen luchando contra diversas barreras, la sociedad ha hecho que las mujeres acepten de manera natural al ser sometidas y a la constante discriminación como algo propio de ellas, mientras que los varones toman el rol de ser los dominantes ajustándose a estereotipos difíciles de romper. En algunos países, las mujeres requieren pedir permiso de los hombres para acceder a los establecimientos de salud y poder utilizar anticonceptivos. Muchas de ellas no cuentan con autonomía propia, al ser dependientes de sus esposos, no cuentan con recursos económicos propios lo cual les impide acceder a los establecimientos de salud y esto conlleva a que se retrase su atención médica ³⁶.

2. Edad

La adolescencia marca la transición entre la niñez y la adultez, abarcando cambios significativos tanto físicos como en la percepción del mundo por parte de los jóvenes. Esta etapa implica una serie de transformaciones físicas, sexuales, cognitivas, sociales y emocionales que pueden generar expectativas y ansiedades tanto en los adolescentes como en sus familias. Comprender las diferentes etapas de este proceso puede fomentar un desarrollo saludable durante la adolescencia y al inicio de la adultez. Para que los adolescentes crezcan y se desarrollen de manera saludable, es crucial proporcionarles información adecuada, especialmente en temas de sexualidad acorde a su edad; oportunidades para adquirir habilidades para la vida; acceso a

servicios de salud que sean aceptables, equitativos, pertinentes y efectivos; así como la creación de entornos seguros y favorables. Además, es necesario brindarles oportunidades para participar de forma positiva en la planificación e implementación de medidas que mejoren y mantengan su salud. Ampliar estas oportunidades es esencial para satisfacer las necesidades y derechos específicos de los adolescentes ³⁹.

3. Área de residencia

Dentro de los principales factores relacionados el impedimento en el acceso a la atención en centros de salud se tiene a los establecimientos de salud localizados en áreas rurales y alejados del lugar de procedencia de los usuarios, falta de vías de transporte hacia los establecimientos y la dificultad que tiene el personal médico para poder intervenir y ayudar a las comunidades indígenas. En los lugares más alejados las mujeres tenían acceso inoportuno a la atención con respecto a los horarios del establecimiento de salud, ya que en casos de emergencias obstétricas y dificultades en el parto no había atención los fines de semana lo cual podía generar consecuencias graves ¹⁰.

4. Etnia/raza

Los pueblos indígenas del Amazonas son reconocidos como población vulnerable con respecto a los problemas de salud, por medio de las estrategias sanitarias se busca implementar centros de salud interculturales para evitar las desigualdades y combatir la exclusión, aumentando el personal de salud que deberá involucrarse con las comunidades indígenas ³⁷.

5. Región natural

Cada espacio de crecimiento y desarrollo de una persona determina las prácticas de cuidado de su propia salud. Las distintas regiones existentes en un territorio pueden estar expresando necesidades de servicios de planificación familiar, mayor educación para una toma de decisiones adecuada, mitos y creencias relacionados a todos los tipos de métodos, acceso limitado a información, ideas erróneas y consciencia insuficiente. El análisis regional no debe discriminar los determinantes

de salud, puesto que son claves para la comprensión del estado de bienestar de la persona, familia y comunidad ⁴⁰.

6. Nivel económico

La pobreza se define como la "falta o carencia de recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas", como la "privación de capacidades básicas" o como la "falta de ingresos". El SIS solo atiende a las personas que son categorizadas como pobres o pobres extremos. Desde el punto de vista monetario, en el Perú se considera que una persona en situación de pobreza es aquella que gana menos de 300 soles mensuales aproximadamente (Pobreza monetaria). La mayoría de la fuerza laboral peruana está constituida por personas subempleadas que ganan menos del sueldo mínimo, que no aportan a ningún seguro y que, sin embargo, no entran en la categoría de pobreza, pues ganan más de 10 soles diarios ³⁸.

La realidad de los hospitales del Ministerio de Salud peruano dista mucho de los estándares de calidad recomendados, con notables deficiencias en la capacidad resolutive debido a la falta de métodos de ayuda diagnóstica, falta de equipamiento y deficiencia en la adquisición de medicamentos e insumos⁴².

7. Estado civil

La convivencia en pareja puede influenciar sobre las decisiones de la mujer, el conocimiento de ambos acerca de los métodos anticonceptivos y la actitud hacia los mismos favorecen el uso de métodos de acción prolongada. No obstante, es probable que algunas parejas masculinas no logren comprender del todo sus beneficios e incluso tener ideas equivocadas, las cuales, según el estado conyugal formal o no formal, podría presentarse un escenario de dialogo, negociación y resolución de diferencias para el bienestar de su salud sexual y reproductiva, y satisfacción personal ⁴¹.

8. Nivel de educación

El estatus social de la persona se suele atribuir esencialmente a términos laborales y económicos, los cuales están asociados al nivel educativo alcanzado. La importancia

del nivel educativo está asociado a las desigualdades sociales en salud, siendo a nuestro modo de ver un factor que condiciona y justifica, en gran medida, la existencia de estas desigualdades.

Las personas que tienen un nivel educativo bajo tienden a no tomar la importancia necesaria con respecto a su salud, al verse afectadas en mayor medida por la falta comprensión sobre la información que les puede ser brindada por medios de comunicación; mientras que, en las personas con un nivel educativo alto la salud es percibida como de suma importancia. Por lo tanto, la educación debería ser uno de los factores clave para cualquier política orientada al desarrollo del bienestar de los ciudadanos ⁴⁴.

9. Ocupación y empleo:

Con respecto al ámbito laboral las mujeres trabajan por más horas en comparación con los hombres, ya que gran parte de su trabajo se centra en las tareas del hogar en el cual no reciben sueldo alguno, por ello confrontan diversas dificultades para acceder al ingreso económico de manera autosuficiente debido a la falta de reconocimiento de su trabajo en el hogar, y las mujeres que cuentan con un trabajo propio presentan menos barreras en el acceso a los establecimientos de salud ya que al ser más autónomas velan por su salud y la de sus hijos principalmente. Los trabajadores tienen derecho a que el Estado y los empleadores aseguren condiciones de trabajo dignas que les garanticen un estado de vida saludable, en forma continua ⁴⁸.

10. Antepasados y costumbres

En las comunidades de los Andes peruanos, la enfermedad se entiende como parte de las interacciones entre el hombre y las deidades, así como de su relación con la sociedad. Este mismo enfoque se observa en el mundo amazónico, donde la cosmovisión del hombre y su entorno interactúan mediante la reciprocidad y el respeto para mantener el equilibrio y preservar la salud. Las mujeres indígenas enfrentan diversos obstáculos, como la limitada participación en el mercado laboral, dificultades geográficas y económicas para acceder a servicios de salud y educación,

así como acceso restringido a programas y servicios sociales. Además, enfrentan altas tasas de analfabetismo, escasa participación en la vida política y marginación social.

En las comunidades andinas del Perú, la percepción y concepción de la salud y la enfermedad difieren notablemente del enfoque occidental. Las mujeres en estas comunidades rurales consideran el parto como un desafío físico y creen que el cuidado óptimo después del parto implica una dieta sin sal durante un mes, acompañada del uso de hierbas medicinales y, a veces, frotaciones. Estas creencias y prácticas en torno al embarazo y el parto se han transmitido a lo largo del tiempo, y las mujeres embarazadas participan en diversos rituales y creencias populares. Además, adoptan una variedad de cuidados y prácticas con el objetivo de asegurar un embarazo saludable y un parto sin complicaciones. Sin embargo, el proceso de concepción a menudo está rodeado de temores debido a los riesgos e incertidumbres relacionados con la salud materna y perinatal ⁴⁶.

11. Discapacidades

A nivel global, la discapacidad se percibe como un desafío de salud significativo. Aquellos con discapacidades físicas enfrentan una variedad de problemas de salud ⁵⁴. Las personas con discapacidad física son más propensas a experimentar una serie de problemas de salud que pueden resultar en un deterioro progresivo, rápido y temprano de su condición. Este deterioro tiene un impacto significativo en su percepción de calidad de vida. A pesar de ser identificados como un grupo prioritario por las autoridades de salud del país, su acceso a los servicios de salud es inferior al de la población en general. Los estudios sobre el acceso a los servicios de salud para personas con discapacidad señalan barreras económicas y geográficas, dificultades de transporte, costos elevados de consultas médicas, falta de equipos especializados, experiencias negativas con el personal médico, problemas de calidad en los servicios, escaso conocimiento por parte de los profesionales de la salud y negación de servicios ⁵⁵.

12. Pandemia

La pandemia de la COVID-19 impactó de manera específica en los derechos sexuales y reproductivos dependiendo de la interacción con otras vulnerabilidades, especialmente con la pobreza y la exclusión social. Las dificultades en las relaciones interpersonales debido al miedo y la falta de información, asociadas con el distanciamiento social, pueden llevar a un aumento de las disfunciones sexuales. Aunque todavía no existen estudios que evalúen el impacto de la pandemia en las disfunciones sexuales ya existentes o en tratamiento, así como en la aparición de nuevas alteraciones sexuales, es razonable suponer que las disfunciones no tratadas o en tratamiento podrían experimentar retrasos en su resolución, recaídas o empeoramiento, de manera similar a otras enfermedades. Es importante destacar que el aspecto relacional se ve especialmente desafiado durante esta pandemia, especialmente si la relación ya estaba en una situación de inestabilidad ⁶.

BARRERAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN MUJERES PERUANAS

El estado peruano se ha comprometido con el cumplimiento de diversas metas en estos últimos años, dentro de los cuales están las relacionadas con el sistema de salud. Según la OMS la falta de igualdad se vio representada por las diferentes posiciones de la población de acuerdo con su nivel de educación, ingreso, ocupación y género ⁵¹. Las condiciones en el Perú no han progresado significativamente en los últimos años, en especial en la población indígena de la sierra y selva los cuales tienen aún problemas de sanidad, lo cual agrava su condición de vida y salubridad. Usualmente estos grupos poblacionales presentan elevadas tasas de analfabetismo y pobreza, por lo cual es de vital orientarlos a las actividades sanitarias, brindándoles información y medicina preventiva ⁵².

Con respecto a las principales barreras de acceso en el año 2011, el 40,5% de la población consideró que no era necesario recibir atención, un 27,8% uso remedios o se automedicó comprando productos de la farmacia, el 15,3% no acudió al centro de salud por la lejanía, falta de confianza con el personal de salud o el tiempo de espera en la atención y en el 12,9% la principal barrera era el dinero. Otras barreras son la falta de cobertura por el seguro integral de salud, falta de tiempo debido a su empleo y mala atención por el personal de salud ⁵³.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Barreras en el acceso a los servicios de salud de las MEF: Impedimentos sociodemográficos, culturales y vinculados con la atención de salud que limitan la capacidad que desarrolla una mujer peruana en edad fértil para buscar y utilizar los servicios integrales de salud.

Índice de riqueza: Permite comparar las carencias de cada uno de estos segmentos de población, para ver en detalle la situación de distintas comunidades.

Área de residencia: Persona entrevistada que al momento de la encuesta se encuentra viviendo en zona urbana o rural.

Región Natural: Persona entrevistada que al momento de la encuesta se encuentra en la Lima metropolitana, resto de la costa, sierra o selva.

Estado civil: Situación jurídica de una persona en la familia y en la sociedad, que establece ciertos derechos y deberes.

Ocupación: Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo

Idioma: Lengua de un pueblo o nación.

Grado de instrucción: Persona que al momento de la encuesta refiere educación primaria o educación secundaria/educación superior.

Etnia y raza: Características sociales y culturales, la procedencia o las experiencias compartidas por un grupo de personas.

Cobertura por algún seguro de salud: Prestación de servicios de medicina profesional, la cual ayuda en los gastos de atención médica, incluye consultas, medicamentos, emergencia y otros beneficios.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS

3.1.1. Hipótesis general

- Existen factores asociados a las barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.

3.1.2. Hipótesis específicas

- Existe alta prevalencia de las barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.
- Existe asociación entre factores sociodemográficos y las barreras en el acceso a servicios de salud de mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.
- Existe asociación entre los factores culturales y las barreras en el acceso a servicios de salud de mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.
- Existe asociación entre los factores vinculados con la atención de salud y las barreras en el acceso a servicios de salud de mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.
- La pandemia por la COVID-19 constituyó factor asociado para barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Factores sociodemográficos

- Edad
- Índice de riqueza
- Área de residencia
- Región Natural
- Estado civil
- Actualmente trabaja

Factores culturales

- Nivel educativo
- Etnia/raza

Factores vinculados con la atención de salud

- Pandemia de la COVID-19

Factores vinculados con la discapacidad

- Dificultad para ver
- Dificultad para oír
- Dificultad para hablar
- Dificultad para moverse
- Dificultad para entender
- Dificultad para relacionarse

VARIABLES DEPENDIENTES:

- ✓ Barreras en el acceso a servicios de salud
 1. Conseguir permiso para ir al establecimiento de salud
 2. Conseguir dinero para el tratamiento
 3. Percepción de lejanía de los servicios de salud
 4. Percepción de que tal vez no haya personal femenino
 5. Percepción de que tal vez no haya personal de salud
 6. Tal vez no haya medicamentos

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio

Estudio de tipo observacional, transversal y analítico basado en la información contenida en la base de datos de las ENDES 2019 – 2021.

Diseño de investigación

- Observacional: Porque no se interviene en las variables.
- Analítico: Porque se buscará asociaciones significativas entre variables.
- Transversal: Porque se estudiarán las variables en un solo tiempo determinado.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población objetivo fueron todas las MEF peruanas entre los 12 y 49 años que respondieron a las encuestas ENDES en el periodo 2019-2021, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

Selección de la muestra:

Criterios de inclusión:

- Mujeres que respondieron a las encuestas de las ENDES 2019-2021
- Mujeres en edad fértil 12 a 49 años que realizaron la encuesta de ENDES 2019-2021

Criterios de exclusión:

- MEF con datos incompletos o inconsistentes
- Mujeres en edad fértil extranjeras

4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

La operacionalización de variables se presenta en el anexo 7

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos utilizados provienen de las bases de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), específicamente de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondientes a los años 2019, 2020 y 2021. Estas bases de datos están disponibles en la página web oficial del INEI: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>. Se accedió a estas bases de datos para seleccionar las variables de estudio mediante la revisión de los cuestionarios del hogar, de salud e individuales.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de datos se realizó mediante el acceso al portal del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se buscó “Bases de Datos” y se prosiguió en “Realiza tu consulta”, seguidamente se seccionó los apartados de Encuesta: “ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES”, Año: “2019” y periodo : “Único” pudiendo visualizar todos los módulos que conformaron la encuesta pudiendo descargar la ficha técnica, el diccionario de variables y los módulos de interés para la presente investigación. De la misma manera se prosiguió con la recolección de datos para los años “2020” y “2021”.

Se trabajó con 2 de los 13 módulos encontrados en la ENDES 2019; dichos módulos fueron i) “Datos básicos MEF” , que contenía la base datos REC91 y REC0111; ii) “Nupcialidad – Fecundidad – Conyugue y Mujer” , que contenían la base de datos RE516171.

Para el año 2020 se utilizaron de la misma manera 2 de 13 módulos encontrados

i) “Datos básicos MEF”, que contenía la base datos REC91 y REC0111; ii) “Nupcialidad – Fecundidad – Conyugue y Mujer”, que contenían la base de datos RE516171.

Finalmente, para el año 2021 se utilizó lo módulos: i) Datos básicos MEF”, que contenía la base datos REC91 y REC0111; ii) “Nupcialidad – Fecundidad – Conyugue y Mujer”, que contenían la base de datos RE516171.

Se requirió 3 bases de datos para cada año, fueron descargadas en SPSS para proceder a obtener las variables. De la base de datos REC91 contenida en el módulo 66 del año 2019 y el módulo 1631 en el año 2020 y 2021, fueron recuperadas las variables:

- Edad (código V012), la cual será recodificada más adelante para formar parte de la variable dependiente (joven, adolescente, adulta)
- Etnia y Raza (S119D), se agrupó para fines prácticos recodificándose como “ETNIA_REC” donde 1= Quechua y Aymara, 2= Indígena amazónico u otro pueblo indígena, 3= Negra o afroperuano, 4: Mestizo, 5: Otros, 6: Blanco
- Índice de riqueza (código V190), la cual estuvo codificada como 1= El más pobre, 2= Pobre, 3= Medio, 4= Rico, 5= Más rico
- Área de residencia (código V025), recodificada como 0=urbano, 1=rural
- Región natural (SREGION), la cual estuvo recodificada como 1=Sierra, 2= Selva, 3=Costa y 4=Lima metropolitana
- Nivel educativo (código V106), recodificada como 1= Sin educación, 2= Primaria, 3= Secundaria, 4= Superior

La variable Pandemia se construyó teniendo en cuenta los años de la encuesta, codificándose 0= No pandemia (año 2019) y 1= Pandemia (año 2020 y 2021)

4.6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Las bases de datos REC91, REC0111 y RE516171 fueron descargadas contenidas en sus correspondientes módulos y con extensión “.SAV”, la cual es editable mediante el software IBM SPSS versión 27. Fue en dicho software donde se realizó la unión de las 3 bases de datos utilizando la variable clave CASEID por cada año. Luego la base de datos unida fue sometida a un proceso de depuración de información ausente y/o incoherente; así como también recategorización de las variables y creación de la variable dependiente “Barreras en el acceso a servicios de salud” y las variables independientes “Pandemia” y “Discapacidad”. Para el análisis descriptivo, las variables cualitativas fueron analizadas por recuentos ponderados y estimaciones porcentuales n (%) a través del muestreo complejo. Se consideró un intervalo de confianza del 95% y el coeficiente de variación ($\leq 15\%$).

Para el análisis bivariado se utilizó el estadístico Chi cuadrado y se calcularon razones de prevalencia crudas (RPC) acompañadas de sus intervalos de confianza del 95% con el fin de identificar la posible asociación entre las variables de interés. Finalmente, se realizó el

análisis multivariado usando un modelo de regresión Poisson con varianza robusta obteniéndose la razón de prevalencias ajustada (RPa) e intervalos de confianza.

Se tomó un nivel de significancia del 5%, donde un valor p menor a 0.05 se consideró como significativo.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma (**Código del comité: PG 125-2022**). Esta información se utilizó únicamente para propósitos académicos, siguiendo los principios de bioética y cumpliendo con las normas de investigación científica establecidas por la declaración de Helsinki.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

Se incluyo en el estudio a 79 170 MEF entrevistadas en las ENDES 2019-2021. De acuerdo con sus características sociodemográficas, la mayor frecuencia eran adultas (52,8%), de índice de riqueza medio (21,3%) y que residían en el área urbana (82,0%). La mayoría de las MEF eran de Lima Metropolitana (36,7%), eran casadas o convivientes (52,5%), al momento de la entrevista tenían un empleo (58,5%), predominaba el nivel de educación secundario (46,0%) y eran de raza mestiza (52,3%). Esto se muestra en la tabla 1.

Tabla 1: Características sociodemográficas de las MEF peruanas. ENDES 2019-2021.

Factores Sociodemográficos	Frecuencia no ponderada	% ponderado	IC 95%	CV (%)
Edad				
<i>Adolescente</i>	9695	13,4	12,9 – 13,8	1,7
<i>Joven</i>	29 546	33,8	33,2 – 34,5	0,9
<i>Adulto</i>	39 929	52,8	52,2 – 53,4	0,6
Índice de riqueza				
<i>El más pobre</i>	21 250	16,8	16,2 – 17,4	1,9
<i>Pobre</i>	20 168	20,3	19,5 – 21,0	1,9
<i>Medio</i>	15 939	21,3	20,5 – 22,1	1,9
<i>Rico</i>	12 531	21,1	20,2 – 21,9	2,0
<i>Más Rico</i>	9282	20,6	19,6 – 21,6	2,5
Área de Residencia				
<i>Rural</i>	23 368	18,0	17,3 – 18,7	2,0
<i>Urbano</i>	55 802	82,0	81,3 – 82,7	0,4
Región Natural				
<i>Selva</i>	19 287	13,2	12,6 – 13,9	2,5
<i>Sierra</i>	25 627	23,9	22,9 – 24,8	2,0
<i>Costa</i>	23 942	26,3	25,3 – 27,3	2,0
<i>Lima metropolitana</i>	10 314	36,7	35,3 – 38,0	1,9
Estado Civil				
<i>Casadas / viven juntos</i>	49 603	52,5	51,8 – 53,2	0,7
<i>Viudas / Divorciadas</i>	301	0,5	0,4 – 0,7	11,5
<i>Nunca casada / no viven juntos</i>	29 266	46,9	46,3 – 47,6	0,7
Actualmente trabaja				
<i>Sí trabaja</i>	44 369	58,5	57,7 – 59,2	0,6
<i>No trabaja</i>	34 801	41,5	40,8 – 42,3	0,9
Nivel educativo				
<i>Sin educación</i>	1132	1,1	1,0 – 1,2	5,2
<i>Primaria</i>	14 516	15,0	14,6 – 15,5	1,7

<i>Secundaria</i>	38 011	46,0	45,3 – 46,8	0,8
<i>Superior</i>	25 511	37,8	37,0 – 38,6	1,1
Antepasados y costumbres				
<i>Quechua o aymara</i>	25 231	25,1	24,4 – 25,8	1,5
<i>Nativo de amazonia u otro pueblo indígena</i>	2645	2,2	2,0 – 2,5	5,1
<i>Negro, mulato, zambo, afroperuano</i>	9321	12,4	11,9 – 12,9	2,0
<i>Mestizo</i>	36 484	52,3	51,5 – 53,1	0,8
<i>Blanco</i>	5489	8,1	7,7 – 8,5	2,5

Con relación a los factores vinculados a la atención de salud, se observó que la mayoría de las mujeres fueron atendidas en el contexto de la pandemia de la COVID-19 (60,0%); asimismo, el 0,9% presentaron alguna discapacidad (Tabla 2).

Tabla 2: Características vinculadas con la atención de salud en MEF peruanas. ENDES 2019-2021.

Factores vinculados a la atención de salud	Frecuencia no ponderada	% ponderado	IC 95%	CV (%)
Pandemia				
<i>Sí</i>	47 947	60,0	58,8 – 61,2	1,0
<i>No</i>	31 223	40,0	38,8 – 41,2	1,5
Discapacidad				
<i>Sí</i>	547	0,9	0,7 – 1,0	8,4
<i>No</i>	78 623	99,1	99,0 – 99,3	0,1

Con respecto a las barreras en el acceso a servicios de salud, el 15,3% presentaban gran problema para conseguir permiso para ir al establecimiento de salud, el 55,1% presentaba gran problema para conseguir dinero para el tratamiento y el 36,5% presentaba gran problema por la lejanía a servicios de salud. Por otro lado, el 46,3% presentaba gran problema debido a la posible ausencia de personal femenino en el establecimiento de salud, el 81,0% presentaba gran problema porque tal vez no hubiera personal de salud en el establecimiento y el 83,7% presentaban gran problema por la posible ausencia de medicamentos como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3: Barreras en el acceso a servicios de salud en MEF peruanas. ENDES 2019-2021.

Barreras en el Acceso	Frecuencia no ponderada	% ponderado	IC 95%	CV (%)
Conseguir permiso para ir				
Gran problema	10 667	15,3	14,8 – 15,8	1,7
No hay problema	68 503	84,7	84,2 – 85,2	0,3
Conseguir el dinero para el tratamiento				
Gran problema	45 776	55,1	54,3 – 55,9	0,7
No hay problema	33 394	44,9	44,1 – 45,7	0,9
Lejanía a servicios de salud				
Gran problema	29 961	36,5	35,7 – 37,3	1,1
No hay problema	49 209	63,5	62,7 – 64,3	0,6
Tal vez no haya personal femenino				
Gran problema	35 623	46,3	45,6 – 47,1	0,8
No hay problema	43 547	53,7	52,9 – 54,4	0,7
Tal vez no haya personal de salud				
Gran problema	66 852	81,0	80,3 – 81,7	0,4
No hay problema	12 318	19,0	18,3 – 19,7	1,9
Tal vez no haya medicamentos				
Gran problema	68 540	83,7	83,0 – 84,4	0,4
No hay problema	10 630	16,3	15,6 – 17,0	2,1

ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LAS BARRERAS PARA EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

En el análisis multivariado se encontró que ser adolescente (RPa=1,61; IC95%:1,524-1,710), ser el más pobre (RPa=1,42; IC95%:1,307-1,546), residir en Lima metropolitana (RPa=1,43; IC95%:1,332-1,528), en la sierra (RPa=1,38; IC95%:1,294-1,479), trabajando actualmente (RPa=1,64; IC95%:1,580-1,710), no tener educación (RPa=1,39; IC95%:1,215-1,587) y tener discapacidades (RPa=1,22; IC95%:1,045-1,435) constituyeron factores asociados a mayor prevalencia de dificultad para conseguir permiso para ir al establecimiento de salud. Sin embargo, ser casada o conviviente (RPa=0,79; IC95%:0,757-0,819), tener educación secundaria (RPa=0,871; IC95%:0,832-0,910), ser mestizo (RPa=0,862; IC95%:0,811-0,917) se asociaron a menor prevalencia de dificultad para conseguir permiso para ir al establecimiento de salud.

Se encontró que pertenecer al quintil de riqueza más pobre (RPa=2,05; IC95%:1,979-2,115), no tener educación (RPa=1,29; IC95%:1,241-1,342), haber sido atendida durante la pandemia de la COVID-19 (RPa=1,17; IC95%:1,159-1,190) constituyeron factores asociados a mayor prevalencia de dificultades para conseguir dinero para el tratamiento en los establecimientos de salud. Sin embargo ser adolescente (RPa=0,65 ; IC95%:0,638-0,671), ser joven (RPa=0,84 ; IC95%:0,829-0,855), residir en el área rural (RPa=0,98 ; IC95%:0,959-0,998) se asociaron a menor prevalencia de estas dificultad.

Se encontró que pertenecer al quintil de riqueza más pobre (RPa=2,11; IC95%:2,013-2,115), residir en la zona rural (RPa=1,32; IC95%:1,283-1,363), vivir en Lima Metropolitana (RPa=1,29; IC95%:1,247-1,340), no tener educación (RPa=1,29; IC95%:1,213-1,365), ser de las etnias Quechua o Aymara (RPa=1,17; IC95%:1,130-1,215), ser atendida durante la pandemia de la COVID-19 (RPa=1,23; IC95%:1,209-1,257) se asociaron a mayor prevalencia de percepción de lejanía del establecimiento de salud. Sin embargo, ser adolescente (RPa=0,80; IC95%:0,770-0,827) y ser joven (RPa=0,86; IC95%:0,837-0,876) constituyeron factores protectores.

Se observó que ser adolescente (RPa=1,22; IC95%:1,189-1,252), pertenecer al quintil de riqueza más pobre (RPa=1,36; IC95%:1,309-1,409), residir en Lima metropolitana (RPa=1,13; IC95%:1,094-1,161), no tener educación (RPa=1,53; IC95%:1,445-1,610) se asociaron a la percepción de que tal vez no haya personal femenino en el establecimiento de salud; sin embargo, tener un trabajo (RPa=0,96; IC95%:0,946-0,978) y ser casadas o vivir juntos (RPa=0,87; IC95%:0,858-0,890) constituyeron factores protectores.

Se observó que pertenecer al quintil de riqueza más pobre (RPa=1,19; IC95%:1,167-1,205) y pertenecer al quintil de riqueza pobre (RPa=1,17; IC95%:1,150-1,182) se asociaron a mayor prevalencia de percepción de que tal vez no haya personal de salud en los establecimientos. Sin embargo, ser adolescente (RPa=0,97; IC95%:0,955-0,980), ser viuda o divorciada (RPa=0,98; IC95%:0,928-1,038), ser nativo de la amazonia (RPa=0,97; IC95%:0,945-0,997) constituyeron factores protectores.

Se obtuvo que pertenecer al quintil de riqueza más pobre (RPa=1,19; IC95%:1,173-1,209) y no tener educación (RPa=1,10; IC95%:1,063-1,109) constituyeron factores asociados a mayor prevalencia de percepción de que quizá no haya medicamentos en el establecimiento de salud; sin embargo, ser adolescente (RPa=0,95; IC95%:0,938-0,960) y residir en Lima Metropolitana (RPa=0,94 ; IC95%:0,933-0,955) constituyeron factores protectores.

Tabla 4: Barreras para conseguir permiso para ir al establecimiento de salud en MEF peruanas. ENDES 2019-2021.

Factores Sociodemográficos	RPc	IC 95%	Valor p	RPa	IC 95%	Valor p
Edad						
<i>Adolescente</i>	1,336	1,279 – 1,397	<0,001	1,61	1,524 – 1,710	<0,001
<i>Joven</i>	0,770	0,740 – 0,802	<0,001	0,78	0,747 – 0,814	<0,001
<i>Adulto (Ref.)</i>	1			1		
Índice de riqueza						
<i>El más pobre</i>	1,334	1,261 – 1,411	<0,001	1,42	1,307 – 1,546	<0,001
<i>Pobre</i>	1,220	1,155 – 1,289	<0,001	1,35	1,265 – 1,433	<0,001
<i>Medio</i>	1,206	1,142 – 1,273	<0,001	1,30	1,229 – 1,377	<0,001
<i>Rico</i>	1,237	1,172 – 1,305	<0,001	1,28	1,216 – 1,356	<0,001
<i>Más Rico (Ref.)</i>	1			1		
Área de Residencia						
<i>Rural</i>	1,089	1,043 – 1,138	<0,001	0,92	0,863 – 0,983	0,014
<i>Urbano (Ref.)</i>	1			1		
Región Natural						
<i>Lima metropolitana</i>	1,222	1,148 – 1,301	<0,001	1,43	1,332 – 1,528	<0,001
<i>Sierra</i>	1,412	1,324 – 1,506	<0,001	1,38	1,294 – 1,479	<0,001
<i>Costa</i>	1,049	0,982 – 1,121	0,156	1,17	1,089 – 1,250	<0,001
<i>Selva (Ref.)</i>	1			1		
Estado Civil						
<i>Casadas / viven juntos</i>	0,768	0,743 – 0,795	<0,001	0,79	0,757 – 0,819	<0,001
<i>Viudas / Divorciadas</i>	0,947	0,762 – 1,177	0,623	0,81	0,659 – 1,005	0,056
<i>Nunca casada / no viven juntos (Ref.)</i>	1			1		
Actualmente trabaja						
<i>Si trabaja</i>	1,419	1,368 – 1,471	<0,001	1,64	1,580 – 1,710	<0,001
<i>No trabaja (Ref.)</i>	1			1		

Nivel educativo						
<i>Sin educación</i>	1,588	1,401 – 1,800	<0,001	1,39	1,215 – 1,587	<0,001
<i>Primaria</i>	1,299	1,239 – 1,362	<0,001	1,15	1,082 – 1,214	<0,001
<i>Secundaria</i>	1,005	0,967 – 1,044	0,809	0,87	0,832 – 0,910	<0,001
<i>Superior (Ref.)</i>	1			1		
Antepasados y costumbres						
<i>Quechua o aymara</i>	1,122	1,052 – 1,196	<0,001	1,01	0,950 – 1,083	0,668
<i>Nativo de amazonia u otro pueblo indígena</i>	1,033	0,913 – 1,169	0,606	1,07	0,948 – 1,214	0,265
<i>Negro, mulato, zambo, afroperuano</i>	0,959	0,892 – 1,032	0,263	0,95	0,884 – 1,021	0,164
<i>Mestizo</i>	0,839	0,790 – 0,893	<0,001	0,86	0,811 – 0,917	<0,001
<i>Blanco (Ref.)</i>	1			1		
Pandemia						
<i>Si</i>	0,990	0,957 – 1,025	0,583	0,99	0,960 – 1,028	0,710
<i>No (Ref.)</i>	1			1		
Todas las discapacidades						
<i>Si</i>	1,256	1,072 – 1,470	0,005	1,22	1,045 – 1,435	0,012
<i>No (Ref.)</i>	1			1		

Tabla 5: Barreras para conseguir dinero para el tratamiento en establecimientos de salud para MEF peruanas. ENDES 2019-2021.

Factores Sociodemográficos	RPc	IC 95%	Valor p	RPa	IC 95%	Valor p
Edad						
<i>Adolescente</i>	0,782	0,764 – 0,799	<0,001	0,65	0,638 – 0,671	<0,001
<i>Joven</i>	0,834	0,821 – 0,846	<0,001	0,84	0,829 – 0,855	<0,001
<i>Adulto (Ref.)</i>	1			1		
Índice de riqueza						
<i>El más pobre</i>	2,358	2,298 – 2,419	<0,001	2,05	1,979 – 2,115	<0,001
<i>Pobre</i>	2,080	2,026 – 2,135	<0,001	1,85	1,795 – 1,900	<0,001
<i>Medio</i>	1,907	1,857 – 1,958	<0,001	1,75	1,703 – 1,799	<0,001
<i>Rico</i>	1,587	1,543 – 1,632	<0,001	1,51	1,464 – 1,549	<0,001
<i>Más Rico (Ref.)</i>	1			1		
Área de Residencia						
<i>Rural</i>	1,385	1,366 – 1,404	<0,001	0,98	0,959 – 0,998	0,034
<i>Urbano (Ref.)</i>	1			1		
Región Natural						
<i>Lima metropolitana</i>	0,738	0,722 – 0,754	<0,001	1,01	0,989 – 1,036	0,291
<i>Sierra</i>	1,020	0,999 – 1,041	0,057	1,06	1,037 – 1,081	<0,001
<i>Costa</i>	0,924	0,905 – 0,944	<0,001	1,07	1,048 – 1,094	<0,001
<i>Selva (Ref.)</i>	1			1		
Estado Civil						
<i>Casadas / viven juntos</i>	1,129	1,114 – 1,144	<0,001	0,93	0,912 – 0,939	<0,001
<i>Viudas / Divorciadas</i>	1,102	1,011 – 1,200	0,027	1,00	0,926 – 1,089	0,918
<i>Nunca casada / no viven juntos (Ref.)</i>	1			1		
Actualmente trabaja						
<i>Si trabaja</i>	1,009	0,996 – 1,023	0,171	0,99	0,975 – 1,001	0,079
<i>No trabaja (Ref.)</i>	1			1		

Nivel educativo						
<i>Sin educación</i>	1,905	1,837 – 1,975	<0,001	1,29	1,241 – 1,342	<0,001
<i>Primaria</i>	1,771	1,740 – 1,802	<0,001	1,34	1,310 – 1,365	<0,001
<i>Secundaria</i>	1,390	1,367 – 1,413	<0,001	1,24	1,215 – 1,258	<0,001
<i>Superior (Ref.)</i>	1			1		
Antepasados y costumbres						
<i>Quechua o Aymara</i>	1,110	1,082 – 1,139	<0,001	1,05	1,025 – 1,077	<0,001
<i>Nativo de amazonia u otro pueblo indígena</i>	1,116	1,066 – 1,168	<0,001	1,06	1,013 – 1,105	0,011
<i>Negro, mulato, zambo, afroperuano</i>	1,144	1,113 – 1,176	<0,001	1,05	1,020 – 1,075	<0,001
<i>Mestizo</i>	0,906	0,883 – 0,928	<0,001	1,00	0,980 – 1,028	0,769
<i>Blanco (Ref.)</i>	1			1		
Pandemia						
<i>Si</i>	1,171	1,154 – 1,187	<0,001	1,17	1,159 – 1,190	<0,001
<i>No (Ref.)</i>	1			1		
Todas las discapacidades						
<i>Si</i>	1,125	1,058 – 1,196	<0,001	1,07	1,009 – 1,135	0,023
<i>No (Ref.)</i>	1			1		

Tabla 6: Percepción de lejanía del establecimiento de salud en MEF peruanas. ENDES 2019-2021.

Factores Sociodemográficos	RPC	IC 95%	Valor p	RPa	IC 95%	Valor p
Edad						
<i>Adolescente</i>	0,863	0,838 – 0,890	<0,001	0,80	0,770 – 0,827	<0,001
<i>Joven</i>	0,815	0,797 – 0,833	<0,001	0,86	0,837 – 0,876	<0,001
<i>Adulto (Ref.)</i>	1			1		
Índice de riqueza						
<i>El más pobre</i>	2,888	2,791 – 2,988	<0,001	2,11	2,013 – 2,215	<0,001
<i>Pobre</i>	2,052	1,979 – 2,127	<0,001	1,85	1,774 – 1,923	<0,001
<i>Medio</i>	1,713	1,650 - 1,778	<0,001	1,64	1,575 – 1,703	<0,001
<i>Rico</i>	1,449	1,394 – 1,507	<0,001	1,40	1,347 – 1,457	<0,001
<i>Más Rico (Ref.)</i>	1			1		
Área de Residencia						
<i>Rural</i>	1,911	1,876 – 1,946	<0,001	1,32	1,283 – 1,363	<0,001
<i>Urbano (Ref.)</i>	1			1		
Región Natural						
<i>Lima metropolitana</i>	0,763	0,739 – 0,788	<0,001	1,29	1,247 – 1,340	<0,001
<i>Sierra</i>	1,171	1,136 – 1,208	<0,001	1,18	1,139 – 1,213	<0,001
<i>Costa</i>	0,849	0,821 – 0,877	<0,001	1,14	1,099 – 1,176	<0,001
<i>Selva (Ref.)</i>	1			1		
Estado Civil						
<i>Casadas / viven juntos</i>	1,213	1,190 – 1,237	<0,001	1,01	0,992 – 1,036	0,218
<i>Viudas / Divorciadas</i>	1,133	0,998 – 1,287	0,053	1,04	0,928 – 1,175	0,470
<i>Nunca casada / no viven juntos (Ref.)</i>	1			1		
Actualmente trabaja						

<i>Si trabaja</i>	1,022	1,003 – 1,043	0,026	1,03	1,010 – 1,051	0,004
<i>No trabaja (Ref.)</i>	1			1		
Nivel educativo						
<i>Sin educación</i>	2,372	2,246 – 2,504	<0,001	1,29	1,213 – 1,365	<0,001
<i>Primaria</i>	2,038	1,986 – 2,091	<0,001	1,30	1,256 – 1,337	<0,001
<i>Secundaria</i>	1,411	1,378 – 1,445	<0,001	1,16	1,128 – 1,188	<0,001
<i>Superior (Ref.)</i>	1			1		
Antepasados y costumbres						
<i>Quechua o aymara</i>	1,267	1,220 – 1,315	<0,001	1,17	1,130 – 1,215	<0,001
<i>Nativo de amazonia u otro pueblo indígena</i>	1,272	1,192 – 1,357	<0,001	1,16	1,088 – 1,234	<0,001
<i>Negro, mulato, zambo, afroperuano</i>	1,228	1,179 – 1,279	<0,001	1,12	1,077 – 1,162	<0,001
<i>Mestizo</i>	0,859	0,828 – 0,891	<0,001	1,00	0,966 – 1,037	0,954
<i>Blanco (Ref.)</i>	1			1		
Pandemia						
<i>Si</i>	1,219	1,195 – 1,244	<0,001	1,23	1,209 – 1,257	<0,001
<i>No (Ref.)</i>	1			1		
Todas las discapacidades						
<i>Si</i>	1,203	1,101 – 1,313	<0,001	1,17	1,076 – 1,281	<0,001
<i>No (Ref.)</i>	1			1		

Tabla 7: Percepción de las MEF peruanas de que tal vez no haya personal femenino en el establecimiento de salud. ENDES 2019-2021.

Factores Sociodemográficos	RPC	IC 95%	Valor p	RPa	IC 95%	Valor p
Edad						
<i>Adolescente</i>	1,441	1,413 – 1,469	<0,001	1,22	1,189 – 1,252	<0,001
<i>Joven</i>	1,091	1,072 – 1,110	<0,001	1,10	1,082 – 1,124	<0,001
<i>Adulto (Ref.)</i>	1			1		
Índice de riqueza						
<i>El más pobre</i>	1,691	1,648 – 1,735	<0,001	1,36	1,309 – 1,409	<0,001
<i>Pobre</i>	1,455	1,417 – 1,493	<0,001	1,29	1,252 – 1,328	<0,001
<i>Medio</i>	1,300	1,265 – 1,335	<0,001	1,20	1,163 – 1,230	<0,001
<i>Rico</i>	1,181	1,148 – 1,214	<0,001	1,12	1,088 – 1,151	<0,001
<i>Más Rico (Ref.)</i>	1			1		
Área de Residencia						
<i>Rural</i>	1,349	1,327 – 1,372	<0,001	1,06	1,032 – 1,088	<0,001
<i>Urbano (Ref.)</i>	1			1		
Región Natural						
<i>Lima metropolitana</i>	0,882	0,859 – 0,906	<0,001	1,13	1,094 – 1,161	<0,001
<i>Sierra</i>	1,128	1,098 – 1,159	<0,001	1,13	1,103 – 1,166	<0,001
<i>Costa</i>	0,985	0,959 – 1,013	0,292	1,13	1,101 – 1,165	<0,001
<i>Selva (Ref.)</i>	1			1		
Estado Civil						
<i>Casadas / viven juntos</i>	0,864	0,851 – 0,878	<0,001	0,87	0,858 – 0,890	<0,001
<i>Viudas / Divorciadas</i>	0,984	0,892 – 1,087	0,755	1,10	1,000 – 1,216	0,049
<i>Nunca casada / no viven juntos (Ref.)</i>	1			1		
Actualmente trabaja						

<i>Si trabaja</i>	0,870	0,857 – 0,884	<0,001	0,96	0,946 – 0,978	<0,001
<i>No trabaja (Ref.)</i>	1			1		
Nivel educativo						
<i>Sin educación</i>	1,769	1,681 – 1,861	<0,001	1,53	1,445 – 1,610	<0,001
<i>Primaria</i>	1,591	1,557 – 1,626	<0,001	1,38	1,345 – 1,417	<0,001
<i>Secundaria</i>	1,343	1,318 – 1,368	<0,001	1,18	1,155 – 1,205	<0,001
<i>Superior (Ref.)</i>	1			1		
Antepasados y costumbres						
<i>Quechua o aymara</i>	1,108	1,075 – 1,141	<0,001	1,11	1,076 – 1,142	<0,001
<i>Nativo de amazonia u otro pueblo indígena</i>	1,106	1,047 – 1,169	<0,001	1,11	1,051 – 1,172	<0,001
<i>Negro, mulato, zambo, afroperuano</i>	1,104	1,069 – 1,141	<0,001	1,05	1,016 – 1,083	0,003
<i>Mestizo</i>	0,902	0,876 – 0,928	<0,001	1,00	0,972 – 1,030	0,968
<i>Blanco (Ref.)</i>	1			1		
Pandemia						
<i>Si</i>	1,033	1,016 – 1,049	<0,001	1,00	0,987 – 1,018	0,750
<i>No (Ref.)</i>	1			1		
Todas las discapacidades						
<i>Si</i>	0,996	0,917 – 1,083	0,929	1,01	0,928 – 1,094	0,859
<i>No (Ref.)</i>	1			1		

Tabla 8: Percepción de las MEF peruanas de que tal vez no haya personal de salud en los establecimientos. ENDES 2019-2021.

Factores Sociodemográficos	RPC	IC 95%	Valor p	RPa	IC 95%	Valor p
Edad						
<i>Adolescente</i>	1,028	1,018 – 1,039	<0,001	0,97	0,955 – 0,980	<0,001
<i>Joven</i>	0,989	0,981 – 0,997	<0,001	0,99	0,985 – 1,002	0,111
<i>Adulto (Ref.)</i>	1			1		
Índice de riqueza						
<i>El más pobre</i>	1,33	1,314 – 1,347	<0,001	1,19	1,167 – 1,205	<0,001
<i>Pobre</i>	1,262	1,247 – 1,278	<0,001	1,17	1,150 – 1,182	<0,001
<i>Medio</i>	1,212	1,196 – 1,227	<0,001	1,15	1,136 – 1,166	<0,001
<i>Rico</i>	1,129	1,114 – 1,144	<0,001	1,10	1,083 – 1,113	<0,001
<i>Más Rico (Ref.)</i>	1			1		
Área de Residencia						
<i>Rural</i>	1,159	1,151 – 1,167	<0,001	1,02	1,010 – 1,031	<0,001
<i>Urbano (Ref.)</i>	1			1		
Región Natural						
<i>Lima metropolitana</i>	0,838	0,829 – 0,847	<0,001	0,93	0,914 – 0,937	<0,001
<i>Sierra</i>	0,992	0,982 – 1,002	0,114	1,01	0,994 – 1,016	0,349
<i>Costa</i>	0,965	0,955 – 0,975	<0,001	1,01	0,998 – 1,021	0,103
<i>Selva (Ref.)</i>	1			1		
Estado Civil						
<i>Casadas / viven juntos</i>	1,027	1,020 – 1,035	<0,001	1,00	0,989 – 1,006	0,598
<i>Viudas / Divorciadas</i>	0,949	0,898 – 1,003	0,066	0,98	0,928 – 1,038	0,517
<i>Nunca casada / no viven juntos (Ref.)</i>	1			1		
Actualmente trabaja						
<i>Si trabaja</i>	0,965	0,958 – 0,971	<0,001	0,98	0,977 – 0,991	<0,001
<i>No trabaja (Ref.)</i>	1			1		

Nivel educativo						
<i>Sin educación</i>	1,199	1,169 – 1,230	<0,001	1,05	1,020 – 1,076	0,001
<i>Primaria</i>	1,214	1,203 – 1,226	<0,001	1,09	1,075 – 1,099	<0,001
<i>Secundaria</i>	1,133	1,123 – 1,142	<0,001	1,07	1,061 – 1,081	<0,001
<i>Superior (Ref.)</i>	1			1		
Antepasados y costumbres						
<i>Quechua o aymara</i>	1,030	1,016 – 1,045	<0,001	1,02	1,003 – 1,031	0,018
<i>Nativo de amazonia u otro pueblo indígena</i>	0,990	0,963 - 1,018	0,480	0,97	0,945 – 0,997	0,030
<i>Negro, mulato, zambo, afroperuano</i>	1,060	1,044 – 1,075	<0,001	1,02	1,007 – 1,036	0,004
<i>Mestizo</i>	0,968	0,955 – 0,981	<0,001	1,01	0,995 – 1,021	0,230
<i>Blanco (Ref.)</i>	1			1		
Pandemia						
<i>Si</i>	1,088	1,079 – 1,096	<0,001	1,08	1,070 – 1,086	<0,001
<i>No (Ref.)</i>				1		
Todas las discapacidades						
<i>Si</i>	1,023	0,987 – 1,061	0,205	1,03	0,991 – 1,066	0,136
<i>No (Ref.)</i>	1			1		

Tabla 9: Percepción de las MEF peruanas de que tal vez no haya no haya medicamentos en los establecimientos de salud. ENDES 2019-2021.

Factores Sociodemográficos	RPC	IC 95%	Valor p	RPa	IC 95%	Valor p
Edad						
<i>Adolescente</i>	1,017	1,007 – 1,026	0,001	0,95	0,938 – 0,960	<0,001
<i>Joven</i>	0,982	0,975 – 0,990	<0,001	0,99	0,978 – 0,993	<0,001
<i>Adulto (Ref.)</i>	1			1		
Índice de riqueza						
<i>El más pobre</i>	1,314	1,299 – 1,329	<0,001	1,19	1,173 – 1,209	<0,001
<i>Pobre</i>	1,262	1,248 – 1,277	<0,001	1,17	1,158 – 1,188	<0,001
<i>Medio</i>	1,227	1,212 – 1,242	<0,001	1,17	1,153 – 1,182	<0,001
<i>Rico</i>	1,155	1,140 – 1,170	<0,001	1,12	1,108 – 1,137	<0,001
<i>Más Rico (Ref.)</i>	1			1		
Área de Residencia						
<i>Rural</i>	1,133	1,126 – 1,140	<0,001	1,02	1,005 – 1,025	0,003
<i>Urbano (Ref.)</i>	1			1		
Región Natural						
<i>Lima metropolitana</i>	0,860	0,852 – 0,869	<0,001	0,94	0,933 – 0,955	<0,001
<i>Sierra</i>	0,982	0,972 – 0,991	<0,001	0,99	0,980 – 1,000	0,047
<i>Costa</i>	0,965	0,956 – 0,974	<0,001	1,01	0,996 – 1,016	0,246
<i>Selva (Ref.)</i>	1			1		
Estado Civil						
<i>Casadas / viven juntos</i>	1,023	1,016 – 1,030	<0,001	0,99	0,981 – 0,996	0,003
<i>Viudas / Divorciadas</i>	0,983	0,937 – 1,030	0,469	1,01	0,961 – 1,054	0,794
<i>Nunca casada / no viven juntos (Ref.)</i>	1			1		
Actualmente trabaja						
<i>Si trabaja</i>	0,970	0,964 – 0,976	<0,001	0,99	0,979 – 0,993	<0,001

<i>No trabaja (Ref.)</i>	1			1		
Nivel educativo						
<i>Sin educación</i>	1,220	1,195 – 1,245	<0,001	1,10	1,063 – 1,109	<0,001
<i>Primaria</i>	1,203	1,192 – 1,214	<0,001	1,10	1,084 – 1,107	<0,001
<i>Secundaria</i>	1,148	1,139 – 1,157	<0,001	1,10	1,084 – 1,102	<0,001
<i>Superior (Ref.)</i>	1			1		
Antepasados y costumbres						
<i>Quechua o aymara</i>	1,047	1,034 – 1,061	<0,001	1,04	1,024 – 1,050	<0,001
<i>Nativo de amazonia u otro pueblo indígena</i>	0,990	0,964 – 1,017	0,456	0,97	0,947 – 0,996	0,023
<i>Negro, mulato, zambo, afroperuano</i>	1,064	1,050 – 1,079	<0,001	1,03	1,015 – 1,042	<0,001
<i>Mestizo</i>	0,982	0,969 – 0,994	0,004	1,02	1,005 – 1,030	0,005
<i>Blanco (Ref.)</i>	1			1		
Pandemia						
<i>Si</i>	1,068	1,060 – 1,075	<0,001	1,06	1,053 – 1,068	<0,001
<i>No (Ref.)</i>	1			1		
Todas las discapacidades						
<i>Si</i>	1,005	0,971 – 1,040	0,771	1,00	0,971 – 1,037	0,831
<i>No (Ref.)</i>	1			1		

5.2. DISCUSIÓN

En la presente investigación se muestra que existe una muy alta prevalencia de barreras en el acceso a los servicios de salud en las MEF peruanas, particularmente de barreras como la percepción de que tal vez no haya medicamentos en el establecimiento, la percepción de que tal vez no haya personal de salud en el establecimiento y conseguir el dinero para el tratamiento. Los factores asociados a barreras en el acceso a servicios de salud fueron el índice de riqueza muy pobre, pobre y medio, el no tener educación superior, residir en Lima Metropolitana, costa o sierra, así como haber sido atendida durante la pandemia de la COVID-19. Las etnias quechuas e indígenas de la Amazonía, así como la residencia en zona rural se asociaron solamente a la percepción de lejanía al establecimiento de salud. Asimismo, se identificó factores protectores como el estado civil de casada o conviviente, la raza mestiza y el estar actualmente trabajando.

Con respecto a la barrera de conseguir permiso para ir al establecimiento de salud se observó una gradiente con respecto al índice de riqueza, de modo que existieron más barreras a medida que disminuyó el índice de riqueza encontrándose también un efecto similar con la edad y el nivel educativo. Residir en Lima Metropolitana y tener al menos una discapacidad también se asociaron a grandes problemas para conseguir permiso; por otro lado, el ser de raza mestiza y el nivel educativo secundaria constituyeron factores protectores. Esto coincide con lo reportado por Houghton et al. en ocho países de América Latina (Incluyendo Perú) quienes encontraron que las mujeres de 15 a 18 años comunicaron con mayor frecuencia barreras para obtener permiso para acudir al médico en el establecimiento de salud. En este estudio también se identificó que las mujeres con nivel educativo superior y del quintil de riqueza más alto comunicaron un porcentaje significativamente menor de barreras. Por otro lado, los resultados obtenidos difieren de Sougou et al. en Senegal quienes encontraron que la autonomía de la mujer en tomar las decisiones sobre su salud contribuyó a disminuir las barreras en los establecimientos de salud observándose que las mujeres en situación de riqueza tenían más autonomía en la toma de decisiones; de la misma manera, las mujeres que tenían primaria, secundaria o estudios superiores tenían más autonomía en la toma de decisiones sobre su salud que las que no tenían estudios.

Con respecto a las barreras para conseguir dinero para el tratamiento, se encontró una gradiente con el índice de riqueza y el nivel educativo, observándose más barreras a medida que disminuyeron el índice de riqueza y el nivel educativo; asimismo, el haber sido atendidas durante la pandemia de la COVID-19 constituyó factor asociado. Los grupos de edad adolescente y joven constituyeron factores protectores de barreras para conseguir dinero para el tratamiento. Esto coincide con lo reportado por Weng et al. en Taiwán quienes observaron que los que completaron la educación secundaria tenían mayores probabilidades de acceder a los servicios de salud, ya que no era un problema el costo/pago. De la misma manera, Geda et al. en un estudio realizado en Etiopía encontraron que las madres que vivían en hogares de mayor riqueza presentaban una probabilidad significativamente mayor de tener más visitas de atención prenatal en comparación con aquellas que residían en hogares de mayor pobreza.

Con respecto a la barrera percepción de lejanía del establecimiento de salud, se observó una gradiente con el índice de riqueza y el nivel educativo observándose más barreras en las mujeres del estrato más pobre y en las que no tenían educación; también existió asociación entre el residir en zona rural, presentar al menos una discapacidad y haber sido atendida durante la pandemia de la COVID-19. El residir en cualquier región distinta de la selva, así como el pertenecer a las etnias quechuas, Aymaras, nativos de la Amazonía u otros pueblos indígenas, así como los de raza negra, mulata, zamba o afroperuana también se asociaron a la barrera percepción de lejanía del establecimiento de salud; mientras que, las etapas de vida adolescente y joven constituyeron factores protectores.

Los resultados de esta tesis coinciden con los obtenidos por Hernández et al. en gestantes peruanas quienes encontraron que vivir en la sierra, vivir en zona rural y pertenecer a una etnia nativa disminuyeron la probabilidad de recibir un control prenatal de calidad, particularmente en las mujeres que no contaban con una movilidad que las pueda transportar, constituyendo factor de riesgo para mortalidad materna al afectar el cumplimiento de los controles prenatales correspondientes. También coinciden con los resultados obtenidos por Kobayashi et al. en Perú quienes encontraron que las mujeres que residían en Lima Metropolitana tenían más posibilidad de tener acceso a los servicios de salud en comparación con la sierra y la selva. Esto también coincide con lo reportado por Juárez et al. en México y con lo reportado por Ozumba et al. en Nigeria quienes encontraron que una de las barreras

en el acceso a servicios de salud fue la accesibilidad geográfica, observándose menos barreras en zonas urbanas. También coincide con lo reportado por Kathiwada et al. en Nepal quienes encontraron que las mujeres con educación superior tenían más posibilidad de acceso al servicio de parto calificado.

Con respecto a la barrera de percepción de ausencia de personal femenino en el establecimiento de salud, ser adolescente y ser joven se asociaron a mayor prevalencia de dicha barrera. Se observó una gradiente entre el índice de riqueza y el nivel educativo con la percepción de ausencia de personal femenino. En cuanto al estado civil, ser casadas o convivientes fue un factor protector ya que tuvieron menor prevalencia de afectación por esta barrera. Esto coincide con Matassini et al. en Perú quienes reportaron asociación con el nivel de pobreza y la falta de educación. Esto también ha sido observado por Juárez et al. en México quienes encontraron asociación con pobreza, etnias indígenas y nula escolaridad.

Para el caso de la barrera de percepción de ausencia de personal de salud en el establecimiento, se observó una gradiente con el índice de riqueza de modo que existieron más barreras a medida que disminuyó el índice de riqueza; por otro lado, ser adolescente, joven y encontrarse trabajando al momento de la encuesta constituyeron factores protectores. Esta percepción se ve reforzada por la ausencia real del personal de salud en los establecimientos evidenciada en estudios como el de Murillo en el Perú, por lo que la población encuestada refirió esperar un tiempo prolongado hasta la atención, principalmente en zonas de bajo nivel socioeconómico. Esto coincide también con lo reportado por Juárez et al. en México quienes reportaron que una de las principales barreras para que las mujeres pudieran acceder a los servicios de salud fue la disponibilidad del personal de salud, puesto que en varias oportunidades no se contaba con un personal de salud calificado o estos no solían estar en el centro de salud en el horario de atención lo cual generó consecuencias negativas para las mujeres que requirieron atención de emergencia, pues debieron trasladarse al centro de salud de la siguiente localidad. Por otro lado, los resultados obtenidos difieren de Weng et al. en Taiwán quienes encontraron que los trabajadores de salud se encontraban presentes en el establecimiento respetando sus horarios y brindando atención de manera adecuada e integral.

Respecto de la percepción de que tal vez no haya medicamentos en el establecimiento, se observó asociación entre el índice de riqueza más pobre, pobre y medio en comparación con el más rico, encontrándose una gradiente con dicha barrera; también se encontró asociación con el nivel educativo. Esto también se ve reforzado por la ausencia de medicamentos como la reportada por Arias et al. en Colombia quienes encontraron que la dispensación de medicamentos estaba asociada a la lejanía del establecimiento de salud y a la situación de pobreza, observándose que cuando la disponibilidad era limitada había que desplazarse a otros centros para obtenerlos lo que podía conllevar a que desistan de sus tratamientos.

Dentro de limitaciones de la presente tesis se tiene a que los análisis fueron realizados a partir de fuentes secundarias, lo que podría implicar algún nivel de subregistro e inconsistencias en variables vinculadas a temas como a las barreras en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, el hecho de que la recolección de datos haya estado a cargo del Instituto Nacional de Estadística e Informática y que esta institución cuente con encuestadores capacitados reduce el impacto de estas limitaciones. Por otro lado, el diseño de estudio transversal hace que no pueda evaluarse causalidad entre las variables quedando estas limitadas sólo a asociaciones.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Existe una muy alta prevalencia de barreras en el acceso a los servicios de salud en las MEF peruanas durante el período 2019-2021 evidenciada a través de las ENDES.
- Los factores asociados a barreras en el acceso a servicios de salud fueron el índice de riqueza muy pobre, pobre y medio, el no tener educación superior, residir en Lima Metropolitana, costa o sierra, así como haber sido atendida durante la pandemia de la COVID-19.
- Las etnias quechuas e indígenas de la Amazonía, así como la residencia en zona rural se asociaron solamente a la percepción de lejanía al establecimiento de salud.
- Los factores protectores para barreras en el acceso a servicios de salud fueron el estado civil de casada o conviviente, la raza mestiza y el estar actualmente trabajando.

6.2. RECOMENDACIONES

- Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de fortalecer las políticas de salud pública, particularmente en aspectos como la eficiencia y equidad geográfica en la distribución de los recursos para mejorar el acceso de las MEF a los servicios de salud, principalmente en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad en los que debe fortalecerse la atención primaria de salud.
- Se recomienda mejorar el acceso a los servicios de salud de las gestantes de los lugares más alejados del país, mediante la creación de nuevos establecimientos y el incremento de la densidad de recursos humanos en salud, especialmente en las zonas rurales y en los sectores más pobres que son los de mayor vulnerabilidad.
- Mejorar la formación de los profesionales de salud con respecto a las necesidades de las mujeres que demandan atención con énfasis en el cumplimiento de sus horas laborales lo que podría contribuir a mejorar la confianza de la población en los servicios de salud públicos.

- Promover políticas que prioricen la protección económica de las mujeres de escasos recursos, que podrían ser utilizados para costear servicios que no cubren los seguros médicos públicos como el SIS y el Seguro Social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, Del Riego A, et al. Barriers to access to health services for women and children in Latin America Barreiras de acesso aos serviços de saúde para mulheres e crianças na América Latina. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 23];46:e94. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56152>
2. Salud en las Américas 2017 [Internet]. Paho.org. [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/mhp-inequities-es.html>
3. Salud Universal [Internet]. Paho.org. [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
4. Del Carmen Sara José Carlos. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Nov 23] ; 36(2): 288-295. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>.
5. Soto Alonso. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Nov 23] ; 36(2): 304-311. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200020&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>.
6. Briozzo Leonel, Nozar Fernanda, Fiol Verónica, Ben Sebastián, Greif Diego, Stapf Cecilia et al . Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Nov 25] ; 36(4): 249-274. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000400249&lng=es. Epub 01-Dic-2020. <https://doi.org/10.29193/rmu.36.4.12>.
7. Pujolar G, Oliver-Anglès A, Vargas I, Vázquez M-L. Changes in access to health services during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 23];19(3):1749. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/3/1749/htm>

8. A Mujeres en edad fértil: Etapa crucial en la vida para el desarrollo óptimo de las futuras generaciones [Internet]. Org.ve. [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2017/2/art-5/>
9. Lugones Botell Miguel. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2018 Mar [citado 2022 Nov 25] ; 44(1): 1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100001&lng=es.
10. Norma técnica de salud de planificación familiar / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva -- Lima: Ministerio de Salud; 2017. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
11. Sougou NM, Bassoum O, Faye A, Leye MMM. Women's autonomy in health decision-making and its effect on access to family planning services in Senegal in 2017: a propensity score analysis [Internet]. Nih.gov. [cited 2022 Dec 7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275346/>
12. Bedoya Ruiza LA, Agudelo Suárez AA. Relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 23];18(36):1–28. Available from: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20\(2019-I\)/54559086010/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20(2019-I)/54559086010/)
13. Las brechas de género y el empoderamiento femenino en México [Internet]. Ucol.mx. [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/71/53>
14. Desigualdad de Género en Salud [Internet]. Edu.mx. [cited 2022 Nov 25]. Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa1/article/view/4362/6134>
15. Weng S-F, Malik A, Wongsin U, Lohmeyer FM, Lin L-F, Atique S, et al. Health service access among Indonesian migrant domestic workers in Taiwan. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23];18(7):3759. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33916514/>
16. Ozumba BC, Onyeneho NG, Chalupowski M, Subramanian SV. Inequities in access to maternal health care in Enugu State: Implications for universal health coverage to meet vision 2030 in Nigeria. Int Q Community Health Educ [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 23];39(3):163–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30582725/>
17. Geda NR, Feng CX, Henry CJ, Lepnurm R, Janzen B, Whiting SJ. Inequalities in adherence to the continuum of maternal and child health service utilization in

Ethiopia: multilevel analysis. *J Health Popul Nutr* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 23];40(1):45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34717779/>

18. Khatiwada J, Muzembo BA, Wada K, Ikeda S. Dimensions of women's empowerment on access to skilled delivery services in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 7];20(1):622. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-020-03309-9>
19. Kobayashi G, Lisset E. Acceso a los servicios de salud de gestantes adolescentes: análisis socioeconómicos utilizando la encuesta ENDES – INEI, PERU 2014-2018 [Internet]. *Edu.pe*. [cited 2022 Nov 26]. Available from: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3146/T030_70887706_T%20KOBAYASHI%20GAMBOA%20ESTEFAN%c3%8da%20LISSET.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Hernández-Vásquez Akram, Vargas-Fernández Rodrigo, Bendezu-Quispe Guido. Factores asociados a la calidad de la atención prenatal en Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Dic 06] ; 36(2): 178-187. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4482>.
21. Meléndez-Asipali Josué A., Espinoza Rubén, Rivadeneyra-Romero Rosa, Vela-Ruiz José M., De La Cruz-Vargas Jhony A.. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según encuesta demográfica en Perú. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA* [Internet]. 2022 Abr [citado 2024 Mayo 26] ; 15(2): 180-184. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312022000200003&lng=es. Epub 10-Jun-2022. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.152.1174>.
22. Saavedra T, Juliet S. Factores asociados a conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil que actualmente usan un método de planificación familiar: análisis del ENDES 2020. Universidad Ricardo Palma; 2023. https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/6247/T030_71064627_T%20TORRES%20SAAVEDRA%20SCARLETT%20JULIET.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Rivera Felix Lauro Marcoantonio, Burgos López Nancy Haydee, Gomez Diaz Jossy Zulema, Moquillaza Alcántara Victor Hugo. Factors associated to the access of prenatal care in the hospitals of Huaral and Chancay, Peru. *An. Fac. med.* [Internet]. 2018 Abr [citado 2022 Nov 28] ; 79(2): 131-137. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v79i2.14939>.
24. Romero-Albino Zoila Olga, Domínguez-Samamés Rafael Omar, Ortiz-Arica Maritza, Cuba-Fuentes María Sofía. Necesidad de revisar las intervenciones sanitarias promovidas por el estado para mujeres en Perú. *Rev. perú. med. exp. salud*

- publica [Internet]. 2020 Ene [citado 2022 Nov 25]; 37(1): 129-135. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000100129&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.5097>.
25. Alayo Huatay HK. Efecto del programa: “cuidando mi salud” en el nivel de información y ansiedad en gestantes programadas para cesárea [Internet]. Edu.pe. [cited 2022 Nov 26]. Available from: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14920/2E%20603.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 26. Correa CLM. Impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva [Internet]. Revistamaternofetal.com. 2020 [cited 2022 Nov 26]. Available from: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/173/179>
 27. Cruz AMS, Alvarado MM. Factores socioculturales que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva en el puesto de salud Santa Carmela de Mashangay, 2015. RIU [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 26];9(2):243–51. Available from: <http://www.revistas.unu.edu.pe/index.php/iu/article/view/53>
 28. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Washington: CCP y OPS, 2019.
 29. Matassini Eyzaguirre Silvana M., Luna Víctor. Barreras para diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en un hospital público de Lima, Perú: un estudio cualitativo. Acta méd. Peru [Internet]. 2020 Oct [citado 2022 Nov 26]; 37(4): 463-470. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000400463&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.374.1835>.
 30. Palmero Picazo Joaquín, Lassard Rosenthal Jareth, Juárez Aguilar Leslie Aylin, Medina Núñez Carlos Alonso. Cáncer de mama: una visión general. Acta méd. Grupo Ángeles [revista en la Internet]. 2021 Sep [citado 2022 Nov 26]; 19(3): 354-360. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300354&lng=es. Epub 04-Abr-2022.
 31. Riganti Paula, Discacciati Vilda, Terrasa Sergio, Kopitowski Karin. Factores motivacionales que influyen sobre las mujeres en la realización de mamografías de tamizaje de cáncer de mama. Rev. argent. salud pública [Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Nov 26]; 9(37): 22-28. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2018000400004&lng=es.
 32. Fox H, Topp SM, Lindsay D, Callander E. Ethnic, socio-economic and geographic inequities in maternal health service coverage in Australia. Int J Health Plann Manage

- [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 26];36(6):2182–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34270134/>
33. Westgard CM, Rogers A, Bello G, Rivadeneyra N. Health service utilization, perspectives, and health-seeking behavior for maternal and child health services in the Amazon of Peru, a mixed-methods study. *Int J Equity Health* [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 26];18(1):155. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31615516/>
34. Briozzo Leonel, Nozar Fernanda, Fiol Verónica, Ben Sebastián, Greif Diego, Stapf Cecilia et al . Análisis del impacto de la pandemia COVID-19 sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Nov 26] ; 36(4): 249-274. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000400249&lng=es. Epub 01-Dic-2020. <https://doi.org/10.29193/rmu.36.4.12>.
35. Género y salud [Internet]. Who.int. [cited 2022 Nov 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
36. Castañeda Abascal Ileana Elena, Díaz Bernal Zoe. Desigualdad social y género. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Nov 25] ; 46(4): e1991. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400018&lng=es. Epub 08-Feb-2021
37. Barreras y opciones de política para el acceso a los servicios de salud mental de adolescentes y jóvenes de los pueblos indígenas de la provincia de Condorcanqui [Internet]. Gob.pe. 2021 [cited 2022 Nov 26]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5863.pdf>
38. Pavone, Margarita Petrerá y Sánchez, Eduardo Jiménez. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [Accedido 18 Noviembre 2022] , e20. Disponible en: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>>. Epub 11 Oct 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>.
39. Salud del adolescente [Internet]. Who.int. [citado el 27 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
40. Gashaye KT, Tsegaye AT, Abebe SM, Woldetsadik MA, Ayele TA, Gashaw ZM. Determinants of long acting reversible contraception utilization in Northwest Ethiopia: An institution-based case control study. *PloS one*. 2020;15(10):e0240816. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240816>
41. Endriyas M, Eshete A, Mekonnen E, Misganaw T, Shiferaw M. Where we should focus? Myths and misconceptions of long acting contraceptives in southern nations,

- nationalities and People's region, Ethiopia: qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18(1):98. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1731-3>
42. Guerrero-Ojeda GA. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD Y RIESGO DE POBREZA EN HOGARES PERUANOS. PERÚ 2017. *Salud & Vida Sipanense* [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 26];7(2):27–40. Available from: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/1459>
43. Inga-Berrosipi, Fiorella y Rodríguez, Carlos Arosquipa. Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [online]. 2019, v. 36, n. 2 [Accedido 26 Noviembre 2022] , pp. 312-318. Disponible en: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4493>>. Epub 26 Ago 2019. ISSN 1726-4642. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4493>.
44. De la Cruz-Sánchez, Ernesto, Feu, Sebastián, & Vizquete-Carrizosa, Manuel. (2013). El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31-40. Retrieved November 26, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000100004&lng=en&tlng=es.
45. Bernal I. El desabastecimiento y la escasez de medicamentos [Internet]. *Medicosdelmundo.org*. 2020 [cited 2022 Nov 26]. Available from: https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/informe_desabastecimientos_nes.pdf
46. Maquera Maquera Yuselino, Calderón Torres Alfredo, Maquera Yolynda Maquera, Zuñiga Vasquez María Emma, Vásquez Pauca Mario José. Percepción cultural del embarazo, parto y puerperio en las comunidades de los Andes peruano. *Vive Rev. Salud* [Internet]. 2022 Ago [citado 2022 Nov 26] ; 5(14): 456-469. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432022000200456&lng=es. Epub 04-Ago-2022. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i14.160>.
47. Areche, R., Barazorda, J. y Lozano, N. (2020). Percepción de los servicios de salud en pacientes quechua-hablantes. Trabajo de investigación para optar el grado académico de Bachiller en Psicología, Escuela Académico Profesional de Psicología, Universidad Continental, Huancayo, Perú.
48. Castañeda Abascal Ileana Elena, Díaz Bernal Zoe. Desigualdad social y género. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2020 Dic [citado 2022 Nov 25] ; 46(4): e1991. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400018&lng=es. Epub 08-Feb-2021
49. Del Carmen Sara José Carlos. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 Nov 26] ; 36(2): 288-295. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449>.

50. Jumba-Armas David. Aseguramiento universal en salud en el Perú: una aproximación a 10 años de su implementación. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2019 Jul [citado 2022 Nov 26] ; 19(3): 75-80. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000300012&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i3.2158>.
51. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú [Internet]. Gob.pe. [cited 2022 Nov 26]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0387/indice.htm
52. Guzmán Alfredo. La salud pública y la mujer peruana. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2021 Jul [citado 2022 Nov 26] ; 67(3): 00006. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322021000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v67i2337>.
53. Munayco Escate César Vladimir UUG. Analisis de situacion de salud del Peru 2019 [Internet]. Gob.pe. 2019 [cited 2022 Nov 26]. Available from: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf
54. Hidalgo Bonifaz Johana Andrea, Mena Ayala María Belén, Mejía Rodríguez Verónica Fernanda. Barreras y facilitadores en la atención primaria de salud en personas con discapacidad física. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2022 Ago [citado 2024 Mayo 28] ; 24(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000200007&lng=es. Epub 01-Oct-2022.
55. Rocío Hurtado, Lina y Arrivillaga, Marcela Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018, v. 44, n. 1, pp. 100-109. Disponible en: <>. Epub Jan-Mar 2018. ISSN 1561-3127

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

53 años
1969 - 2022

ACTA DE APROBACION DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES PERUANAS EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN ENDES 2019-2021", que presenta la Srta. PAMELA KATHERINE CUEVA ITUSACA, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

DR. WILLY RAMOS MUÑOZ
ASESOR DE LA TESIS

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS

Lima, 28 de Noviembre de 2022

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana Pamela Katherine Cueva Itusaca de acuerdo a los siguientes principios.

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando **asesoramiento y mentoría** para superar los POSIBLES puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y ver que cumplan con la metodología establecida y la calidad de la tesis y el artículo derivado de la tesis.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dr. WILLY RAMOS MUÑOZ

Lima, 28 de Noviembre de 2022

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 048-2014-SURIDUPA/CD

53 años
1914-2014

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio electrónico N° 2316-2022-FMH-D

Lima, 01 de diciembre de 2022.

Señorita
PAMELA KATHERINE CUEVA ITUSACA
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES PERUANAS EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN ENDES 2019-2021", desarrollado en el contexto del IX Curso Taller de Titulación por Tesis Modalidad Híbrida para Internos y Pre Internos 2022, Grupo N°02, presentado ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, ha sido aprobado por Acuerdo de Consejo de Facultad N°250-2022-FMH-D, de fecha 01 de diciembre de 2022.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular.

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"FORMAMOS CERES SUMAMOS 2020 AÑO CULTURAL DE PAZ"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco | Central: 708-0000
Línea 33 - Perú / www.up.edu.pe/medicina | Anexo: 6010

ANEXO 4: CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

La Presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES PERUANAS EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN ENDES 2019-2021

Investigadora: PAMELA KATHERINE CUEVA ITUSACA

Código del Comité: PG 125 - 2022

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría exento de revisión por un período de 1 año.

Exhortamos a la investigadora a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 14 de diciembre 2022

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada **“BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES PERUANAS EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN ENDES 2019-2021”**, que presenta la Señorita PAMELA KATHERINE CUEVA ITUSACA para optar el Título Profesional de Médica Cirujana, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Mc. Mariela Medina Chinchon
PRESIDENTA

Mg. Rafael Iván Hernández Patiño
MIEMBRO

Mc. Carolina Álvarez Mejía
MIEMBRO

Phd, MSc, MD. Jhony De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE TESIS

Mc. Willy Cesar Ramos Muñoz
ASESOR DE TESIS

Lima, 30 de Mayo de 2024

ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

IX CURSO TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS – MODALIDAD HÍBRIDA

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la señorita:

PAMELA KATHERINE CUEVA ITUSACA

Ha cumplido con los requisitos del Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre 2022 - enero y febrero 2023 con la finalidad de desarrollar el proyecto de tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis: **“BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES PERUANAS EN EDAD FÉRTIL, SEGÚN ENDES 2019-2021”**.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva, según Acuerdo de Consejo Universitario N°0287-2023, que aprueba el IX Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida.

Lima, 01 de marzo de 2023.



Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director
Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas
IX Curso Taller de Titulación por Tesis



Dra. María del Socorro Alatrística Gutiérrez Vda. De Bambarén
Decana(e)

ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTOS
<p>¿Cuáles son los factores que se encuentran asociados a las barreras en relación al acceso de los servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil según ENDES 2019-2021?</p>	<p><u>Objetivo General:</u></p> <p>-Determinar los factores asociados a las barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <p>-Determinar la prevalencia de las barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p> <p>-Demostrar la asociación entre los factores sociodemográficos y las barreras en el acceso a servicios de salud de</p>	<p><u>Hipótesis general:</u></p> <p>-Existen factores asociados a las barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p> <p><u>Hipótesis específicas:</u></p> <p>-Existe alta prevalencia de las barreras en el acceso a servicios de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p> <p>-Existe una asociación entre factores sociodemográficos y las barreras en el acceso a servicios de salud de</p>	<p><u>VARIABLES independientes:</u></p> <p>Factores sociodemográficos:</p> <p>-Edad</p> <p>-Índice de riqueza</p> <p>-Área de residencia</p> <p>-Región Natural</p> <p>-Estado civil</p> <p>-Actualmente trabaja</p> <p>Factores culturales:</p> <p>-Etnia/raza</p> <p>-Nivel educativo</p>	<p>Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico y transversal. Utilizando la información contenida en la base de datos pública de ENDES 2019-2021</p> <p>•Cuantitativo: Porque usa métodos estadísticos para analizar las variables.</p> <p>•Observacional: Porque no se interviene en las variables.</p> <p>•Analítico: Porque se buscará asociaciones significativas entre variables.</p> <p>•Transversal: Porque se estudiarán las variables en un solo tiempo.</p>	<p>La población objetivo serán todas las mujeres peruanas en edad fértil entre 12 a 49 años que respondieron la encuesta ENDES en el periodo 2019-2021.</p> <p>Tamaño de la muestra:</p> <p>Se utilizará la muestra total utilizada por la Encuesta Demográfica y de salud familiar, que respondieron a la pregunta referente a si tenían acceso a los servicios de salud, las cuales</p>	<p>Para la recolección de datos del presente estudio se ingresó a la página web del INEI, en la opción "MICRODATOS". Seguido se ingresó a "consultas por encuesta", se selecciona los años 2019, 2020, 2021. Posterior se descargan las bases de datos en formato SPSS que contenían las variables necesarias para la ejecución del estudio. Así mismo se emplearán solo las bases de datos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.</p>

	<p>mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p> <p>-Demostrar la asociación entre los factores culturales y las barreras en el acceso a servicios de salud de mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p> <p>-Demostrar la asociación entre los factores vinculados con la atención de salud y las barreras en el acceso a servicios de salud de mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p> <p>-Identificar si la pandemia por COVID-19 constituyó un factor asociado para barreras en el servicio de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p>	<p>mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p> <p>-Existe una asociación entre los factores culturales y las barreras en el acceso a servicios de salud de mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p> <p>-Existe una asociación entre los factores vinculados con la atención de salud y las barreras en el acceso a servicios de salud de mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p> <p>-La Pandemia por COVID-19 constituyó un factor asociado para las barreras en el servicio de salud en mujeres peruanas en edad fértil, según ENDES 2019-2021.</p>	<p>-Etnia y raza</p> <p>Factores vinculados con la atención de salud:</p> <p>-Pandemia de la COVID-19</p> <p>Factores vinculados con la discapacidad</p> <p>-Dificultad para ver, oír, hablar, moverse, entender y relacionarse.</p> <p><u>Variables dependientes:</u></p> <p>-Barreras en el acceso a servicios de salud</p>		<p>cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Tipo de muestreo:</p> <p>El muestreo es bietápico, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural.</p>	
--	--	---	---	--	---	--

ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición teórica	Definición operacional	Tipo de variable	Naturaleza	Escala	Valor	Instrumento de medición o recolección de datos	Fuente de información
Barreras en el acceso a los servicios de salud	Barreras que impidan que todas las comunidades tengan libre acceso a sus servicios integrales de salud.	Que presenten cualquiera de los siguientes ítems: “Conseguir permiso para ir al establecimiento de salud”, “Conseguir dinero para el tratamiento”, “Lejanía de los servicios de salud”, “Tal vez no haya personal de salud”, “Tal vez no haya medicamentos”	Dependiente	Cuantitativa	Nominal	Si no	Verificar en la encuesta ítem V467B, V467C, V467D, V467H, V467I	Encuesta ENDES 2019-2021
Índice de riqueza	Situaciones específicas entre grupos poblacionales. Permite comparar las carencias de cada uno de estos segmentos de población, para ver en detalle la situación de distintas comunidades.	Abundancia de recursos que posee la persona	Independiente	Cualitativa	Nominal	Los más pobres Pobre Medio Rico Mas rico	Verificar en la encuesta ítem V190	Encuesta ENDES 2019-2021
Área de residencia	Población residente en grupos homogéneos respecto a una serie de características que atañen a su modo de vida	Área geográfica en la que la persona vive actualmente	Independiente	Cualitativa	Nominal	Zona Urbana Zona Rural	Verificar en la encuesta ítem HV025	Encuesta ENDES 2019-2021

Región Natural	Zona delimitada por criterios de geografía física, principalmente los que tienen que ver con el relieve y, en menor grado, con el clima, la hidrografía, la vegetación, los suelos y otros elementos.	Área en que vive una persona según sus características geográficas	Independiente	Cualitativa	Nominal	Costa Lima metropolitana Selva Sierra	Verificar en la encuesta ítem SREGION	Encuesta ENDES 2019-2021
Estado civil	Situación jurídica de una persona en la familia y en la sociedad, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación de una persona en relación con la situación de convivencia	Independiente	Cualitativa	Nominal	Conviviente Casado Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) Soltero(a)	Verificar en la encuesta ítem V501	Encuesta ENDES 2019-2021
Actualmente trabaja	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquella se lleve a cabo	Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de trabajo desempeñado	Independiente	Cualitativa	Nominal	Si No	Verificar en la encuesta ítem V714	Encuesta ENDES 2019-2021
Nivel educativo	Máximo nivel que un individuo ha alcanzado en sus años de estudio	Grado de estudio más alto obtenido.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Sin educación Primaria Secundaria Superior	Verificar en la encuesta ítem V106	Encuesta ENDES 2019-2021

Etnia y raza	Características sociales y culturales, la procedencia o las experiencias compartidas por un grupo de personas.	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Quechua Aymara Indígena amazónico Afroperuano Mestizo	Verificar en la encuesta ítem V131	Encuesta ENDES 2019-2021
Discapacidad	Situación de la persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales, encuentran dificultades para su participación e inclusión social.	Cualquier restricción o impedimento de la capacidad para realizar una actividad.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Si No	Verificar en la encuesta ítem V467B, V467C, V467D, V467G, V467H, V467I	Encuesta ENDES 2019-2021

4268	¿Por qué no acudió Ud. a un Hospital, Centro o Puesto de Salud del Ministerio de Salud para dar a luz a (NOMBRE)?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD... 11	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD... 11	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD... 11
		QUEDABA MUY LEJOS..... 12	QUEDABA MUY LEJOS..... 12	QUEDABA MUY LEJOS..... 12
		NO HABÍA PERSONAL..... 13	NO HABÍA PERSONAL..... 13	NO HABÍA PERSONAL..... 13
		ESTABA AFILIADA A OTRO	ESTABA AFILIADA A OTRO	ESTABA AFILIADA A OTRO
		SERVICIO DE SALUD..... 14	SERVICIO DE SALUD..... 14	SERVICIO DE SALUD..... 14
		PERSONAL DABA MALOS	PERSONAL DABA MALOS	PERSONAL DABA MALOS
		TRATOS..... 15	TRATOS..... 15	TRATOS..... 15
		NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16	NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16	NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... 16
		ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO... 17	ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO... 17	ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO... 17
		POR TRADICIÓN..... 18	POR TRADICIÓN..... 18	POR TRADICIÓN..... 18
		NO ERA HIGIÉNICO..... 19	NO ERA HIGIÉNICO..... 19	NO ERA HIGIÉNICO..... 19
		NO CONFÍA EN LA ATENCIÓN... 20	NO CONFÍA EN LA ATENCIÓN... 20	NO CONFÍA EN LA ATENCIÓN... 20
		PERSONAL ES DESCUIDADO... 21	PERSONAL ES DESCUIDADO... 21	PERSONAL ES DESCUIDADO... 21
		CONGESTIÓN DEL SERVICIO... 22	CONGESTIÓN DEL SERVICIO... 22	CONGESTIÓN DEL SERVICIO... 22
		NO TENÍA DINERO..... 23	NO TENÍA DINERO..... 23	NO TENÍA DINERO..... 23
		NO LA QUISIERON ATENDER... 24	NO LA QUISIERON ATENDER... 24	NO LA QUISIERON ATENDER... 24
		IBA CAMINO A ESTABLECIM./ PARTO SE ADELANTÓ..... 25	IBA CAMINO A ESTABLECIM./ PARTO SE ADELANTÓ..... 25	IBA CAMINO A ESTABLECIM./ PARTO SE ADELANTÓ..... 25
		OTRO..... 96	OTRO..... 96	OTRO..... 96
		(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)	(ESPECIFIQUE)

DISCAPACIDAD				
#	VEA EN 212 Y 215 EL NÚMERO DE ORDEN Y FECHA DE NACIMIENTO DE LOS MENORES DE 6 AÑOS, Y ANOTE EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>
	VEA EN 212, 216 Y 218 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑA(O) MENOR DE 6 AÑOS Y REGISTRE LA INFORMACIÓN EN LA COLUMNA RESPECTIVA	NOMBRE <input type="text"/> VIVO / VIVE CON LA MADRE <input type="checkbox"/> MUERTO / NO VIVE CON LA MADRE <input type="checkbox"/>	NOMBRE <input type="text"/> VIVO / VIVE CON LA MADRE <input type="checkbox"/> MUERTO / NO VIVE CON LA MADRE <input type="checkbox"/>	NOMBRE <input type="text"/> VIVO / VIVE CON LA MADRE <input type="checkbox"/> MUERTO / NO VIVE CON LA MADRE <input type="checkbox"/>
SI NO HAY NIÑA(O) MENOR DE 6 AÑOS PREGUNTE SOLO A LA MUJER DE 12 A 49 AÑOS	MUJER ELEGIBLE (12 A 49 AÑOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A continuación le haré algunas preguntas para saber si Usted (o alguna de sus hijas o hijos, menores de 6 años) presenta alguna dificultad o limitación PERMANENTE, que le impide desarrollarse normalmente en sus actividades diarias. (NOMBRE) ¿ Tiene alguna dificultad o limitación permanente para:				
1. Ver, aún usando anteojos?	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2
2. Oír, aún usando audifonos?	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2
3. Hablar o comunicarse, aún usando la lengua de señas u otro?	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2
4. Moverse o caminar para usar brazos y /o piernas?	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2
5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2
6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2	SI.....1 NO...2
SI TIENE MENOR DE 6 AÑOS PASE A LA SIGUIENTE COLUMNA, SI NO HAY MENOR DE 6 AÑOS Y ES MUJER DE 15 A 49 AÑOS PASE 300, SI NO HAY MENOR DE 6 AÑOS Y ES MUJER DE 12 A 14 PASE AL SIGUIENTE FILTRO.	SI NO HAY OTRO MENOR DE 6 AÑOS, PASE A LA 300. CASO CONTRARIO CONTINUE EN LA SIGUIENTE COLUMNA,	SI NO HAY OTRO MENOR DE 6 AÑOS, PASE A LA 300. CASO CONTRARIO CONTINUE EN LA SIGUIENTE COLUMNA,	SI NO HAY OTRO MENOR DE 6 AÑOS, PASE A LA 300. CASO CONTRARIO CONTINUE EN LA SIGUIENTE COLUMNA,	SI NO HAY OTRO MENOR DE 6 AÑOS, PASE A LA 300. CASO CONTRARIO CONTINUE EN LA SIGUIENTE COLUMNA,

* SI ES MUJER DE 12 A 14 AÑOS Y RESPONDIO EN 201 = 2, 206 = 2, 226= 2 U 8 Y 230 = 2, CONCLUYA CON LA ENTREVISTA Y PASE A 1043 (HORA DE TÉRMINO)

ANEXO 10: BASES DE DATOS - SPSS

Marzo_24.sav [ConjuntoDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	ID1	Númerico	4	0	Año	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
2	CASEID	Cadena	18	0	Identificación C...	Ninguna	Ninguna	20	Izquierda	Nominal	Entrada
3	HHID	Cadena	15	0	Identificación C...	Ninguna	Ninguna	17	Izquierda	Nominal	Entrada
4	V001	Númerico	8	0	Conglomerado	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Escala	Entrada
5	V022	Númerico	8	0	Estratos	Ninguna	Ninguna	11	Derecha	Escala	Entrada
6	V005	Númerico	9	0	Factor de pond...	Ninguna	Ninguna	10	Derecha	Escala	Entrada
7	factpon	Númerico	8	2		Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
8	edadrecod	Númerico	8	0	edad recodificada	{1, Adulto}...	Ninguna	11	Derecha	Nominal	Entrada
9	RESIDENCIA	Númerico	8	0	Area de residen...	{0, Rural}...	Ninguna	16	Derecha	Nominal	Entrada
10	REGION_R...	Númerico	8	0	Region natural	{1, Selva}...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
11	TRABAJA...	Númerico	1	0	Actualmente se...	{0, No trabaj...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
12	PANDEMIA...	Númerico	8	0	PANDEMIA	{0, Si}...	Ninguna	14	Derecha	Nominal	Entrada
13	DISCAPACI...	Númerico	8	0	Todas las disca...	{0, NO}...	Ninguna	15	Derecha	Nominal	Entrada
14	BARRERA...	Númerico	8	0	Barreras en el ...	{0, No}...	Ninguna	14	Derecha	Nominal	Entrada
15	VER_REC	Númerico	8	0	Dificultad para ver	{0, Si}...	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
16	OIR_REC	Númerico	8	0	Dificultad para oir	{0, Si}...	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
17	COMUNICA...	Númerico	8	0	Dificultad para ...	{0, Si}...	Ninguna	17	Derecha	Nominal	Entrada
18	CAMINAR...	Númerico	8	0	Dificultad para ...	{0, Si}...	Ninguna	13	Derecha	Nominal	Entrada
19	ENTENDER...	Númerico	8	0	Dificultad para ...	{0, Si}...	Ninguna	14	Derecha	Nominal	Entrada
20	RELACION...	Númerico	8	0	Dificultad para r...	{0, Si}...	Ninguna	18	Derecha	Nominal	Entrada
21	GRUPO_E...	Númerico	8	0	Grupo de edad	{1, Adolesc...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
22	AREA_RES...	Númerico	8	0	Area de residen...	{0, Urbano}...	Ninguna	21	Derecha	Nominal	Entrada
23	V012	Númerico	2	0	Edad actual - e...	Ninguna	Ninguna	6	Derecha	Escala	Entrada
24	S119	Númerico	2	0	Idioma o lengua...	{1, Quechua...	99	6	Derecha	Nominal	Entrada
25	V131	Númerico	2	0	Etnicidad	{1, Quechua...	99	6	Derecha	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

Marzo_24.sav [ConjuntoDatos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
25	V131	Númerico	2	0	Etnicidad	{1, Quechua...	99	6	Derecha	Nominal	Entrada
26	V467B	Númerico	1	0	Cuando Ud. se ...	{0, No hay p...	9	12	Derecha	Nominal	Entrada
27	V467C	Númerico	1	0	Cuando Ud. se ...	{0, No hay p...	9	13	Derecha	Nominal	Entrada
28	V467D	Númerico	1	0	Cuando Ud. se ...	{0, No hay p...	9	12	Derecha	Nominal	Entrada
29	V467G	Númerico	1	0	Cuando Ud. se ...	{0, No hay p...	9	13	Derecha	Nominal	Entrada
30	V467H	Númerico	1	0	Cuando Ud. se ...	{0, No hay p...	9	13	Derecha	Nominal	Entrada
31	V467I	Númerico	1	0	Cuando Ud. se ...	{0, No hay p...	9	13	Derecha	Nominal	Entrada
32	Barreras_ac...	Númerico	8	0	Barreras en el ...	{1, Si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
33	V025	Númerico	1	0	Tipo de lugar d...	{1, Urbano}...	Ninguna	6	Derecha	Nominal	Entrada
34	SREGION	Númerico	2	0	Región natural	{1, Lima me...	Ninguna	9	Derecha	Nominal	Entrada
35	V501	Númerico	1	0	Estado civil act...	{0, Nunca c...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
36	V106	Númerico	1	0	Nivel educativo ...	{0, Sin educ...	9	6	Derecha	Nominal	Entrada
37	QD333_1	Númerico	12	0	Alguna dificulta...	{1, Si}...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
38	QD333_2	Númerico	12	0	Alguna dificulta...	{1, Si}...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
39	QD333_3	Númerico	12	0	Alguna dificulta...	{1, Si}...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
40	QD333_4	Númerico	12	0	Alguna dificulta...	{1, Si}...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
41	QD333_5	Númerico	12	0	Alguna dificulta...	{1, Si}...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
42	QD333_6	Númerico	12	0	Alguna dificulta...	{1, Si}...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
43	S119D	Númerico	2	0	Por sus antepa...	{1, Quechua...	99	7	Derecha	Nominal	Entrada
44	EDAD_24	Númerico	8	0	EDAD24	{1, Adolesc...	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
45	RIQUEZA...	Númerico	2	0	Índice de riqueza	{1, El más p...	Ninguna	7	Derecha	Nominal	Entrada
46	RESID_24	Númerico	8	0	RESID24	{1, Rural}...	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
47	REGION_24	Númerico	8	0	REGION24	{1, Lima me...	Ninguna	11	Derecha	Nominal	Entrada
48	ECIVIL_REC	Númerico	8	0	Estado civil	{1, Casadas...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
49	TRABAJO_24	Númerico	8	0	TRABAJO24	{1, Sin trab...	Ninguna	14	Derecha	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

Marzo_24.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
48	ECIVIL_REC	Númérico	8	0	Estado civil	{1, Casadas...	Ninguna	12	Derecha	Nominal	Entrada
49	TRABAJ_24	Númérico	8	0	TRABAJ24	{1, Si trabaj...	Ninguna	11	Derecha	Nominal	Entrada
50	EDUCACIO...	Númérico	8	0	Nivel educativo	{1, Sin educ...	Ninguna	15	Derecha	Nominal	Entrada
51	ETNIA_ANT...	Númérico	8	0	Antepasados y ...	{1, Quechua...	Ninguna	19	Derecha	Nominal	Entrada
52	PAND_24	Númérico	8	0	PAND24	{1, Si}...	Ninguna	10	Derecha	Nominal	Entrada
53	DISCAP_24	Númérico	8	0	DISCAP24	{1, Si}...	Ninguna	11	Derecha	Nominal	Entrada
54											
55											
56											
57											
58											
59											
60											
61											
62											
63											
64											
65											
66											
67											
68											
69											
70											
71											
72											

Vista de datos **Vista de variables**