

Percepción del cumplimiento de los atributos de la atención primaria y pertinencia cultural de los servicios públicos de salud por la población afroperuana

Resumen

Introducción. La adecuación de los servicios de salud públicos considerando a la interculturalidad como eje central de la pertinencia cultural permite que poblaciones vulnerables como la afroperuana, tengan mayor acceso a servicios sanitarios y mejor atención en salud. Sin embargo, no se conoce cuánto se ha implementado la competencia cultural para la atención de afroperuanos. **Objetivo.** Determinar la percepción del nivel de cumplimiento de los atributos de la atención primaria y la pertinencia cultural de establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención en la población afroperuana antes y durante la pandemia de COVID-19. **Metodología.** Estudio mixto cuali-cuantitativo, exploratorio-descriptivo. El tamaño de muestra de afroperuanos para el estudio cuantitativo será de 465. En la medición se utilizará la herramienta PCAT-usuarios para medir el cumplimiento de los atributos de la atención primaria, incluyendo la interculturalidad, desde la percepción de usuarios y gestores, respectivamente. Para el estudio cualitativo se entrevistarán 30 afroperuanos para evaluar su percepción de barreras y facilitadores, mediante entrevistas a profundidad. Se seleccionarán 06 regiones del país para obtener representatividad de los resultados del estudio. **Plan de análisis.** Se obtendrán frecuencias y porcentajes para reportar la dimensión interculturalidad, así como, las dimensiones de acceso, longitudinalidad, coordinación e integralidad obtenidas por el PCAT-usuarios. Las entrevistas serán procesadas para obtener un cuaderno de códigos y posteriormente desarrollar los constructos. **Aspectos éticos.** El protocolo será presentado al comité de ética de UPCH y cumplirá con las directivas de la declaración de Helsinki.

I. Introducción

La Política Nacional Multisectorial de salud, denominada “Perú País saludable”; aprobada en el 2021, establece los cuidados y atenciones de salud que deben recibir los peruanos; teniendo como base la Atención Primaria de Salud (APS) y la política de salud intercultural, la cual promueve el derecho a la salud, la inclusión social y la equidad en los servicios de salud para los pueblos indígenas, Andinos y Amazónicos así como para los Afroperuanos y Asiaticoperuanos en la prestación de servicios de salud.

La prestación de servicios es uno de los mecanismos a través de los cuales el Estado cumple con su rol como promotor y garante de derechos, por tanto, se debe garantizar el acceso a los mismos de todas y todos los ciudadanos. Esto implica considerar las particularidades de edad, sexo, y diversidad cultural de los ciudadanos y que los servicios públicos se adecuen a esta realidad.

Aunque la diversidad cultural es parte de nuestras fortalezas como país, no siempre la asumimos como un valor positivo. En lugar de ello, la actitud hacia las diferentes culturas

suele portar estereotipos y prejuicios, con escaso reconocimiento de sus aportes al desarrollo de nuestro país. Además de la presencia actual de culturas originarias, conviven en el país población afroperuana, mestiza, blanca, asiaticoperuana (en su mayoría descendientes de chinos y japoneses) y de otras nacionalidades, con complejas fusiones y mixturas entre sí. No obstante, los pueblos originarios andinos y amazónicos y los afroperuanos han estado históricamente excluidos, lo cual ha afectado y limitado su desarrollo, bienestar, el ejercicio de sus derechos y su ciudadanía. En este sentido, existe evidencia de que las personas que integran estos grupos culturales tienen los mayores niveles de pobreza, un menor acceso a salud, a educación y empleo; y presentan las tasas más altas de desnutrición infantil y analfabetismo, entre otros derechos afectados (1).

En respuesta, el Estado Peruano ha elaborado diferentes lineamientos con definiciones y pautas de acción. Por ejemplo, el documento “Orientaciones para la implementación de políticas públicas para la población afroperuana” (2) menciona que la persona afrodescendiente es aquella de origen africano que vive en las Américas y en todas las zonas de la diáspora africana; se identifican tres elementos centrales de la afrodescendencia i) la ancestralidad africana y la experiencia de esclavización; ii) la trayectoria histórica marcada por la discriminación racial —estructural y simbólica— y la exclusión social; y iii) la existencia de valores culturales compartidos que emergen del particular episodio de la “diáspora africana”. Se puede afirmar que una persona es “afrodescendiente” en tanto “desciende” del proceso que aquí se ha señalado como la ‘diáspora africana’ o se asume así por libre ejercicio de autorreconocimiento o autoidentificación. En tal sentido, se entiende como afroperuana o afroperuano a la persona afrodescendiente natural de Perú.

Por ejemplo, el Plan Nacional de Desarrollo para la Población Afroperuana 2016-2020 (2), establece entre sus objetivos estratégicos implementar programas de investigación, prevención y atención enfocados en las enfermedades prevalentes en población afroperuana, así como generar conocimiento sobre la incidencia de estos tipos de enfermedades a fin de que los servicios públicos de salud implementen protocolos especializados para la atención médica de la población afroperuana.

La situación de la población afroperuana es concebida como un problema público pues su situación de inequidad y desigualdad en cuanto al acceso a servicios públicos posee características de multicausalidad, multidimensionalidad e interdependencia. Respecto a condiciones de salud, el Estudio Especializado para Población Afroperuana del año 2014 (3) identificó que el 25.60% de los jefes de hogar afroperuanos sufren de hipertensión arterial y el 41.28%, de alguna enfermedad crónica. Además, el estudio “Aquí Estamos: niñas, niños y adolescentes Afroperuanos” (2013) elaborado por UNICEF, Plan Internacional y CEDET (4) mostró altos porcentajes de enfermedades crónicas y alta ocurrencia de enfermedades en la primera infancia.

De manera general, el Ministerio de Salud ha establecido que los servicios públicos con pertinencia cultural son aquellos que incorporan el enfoque intercultural en sus procesos de gestión y prestación. Esto implica la adaptación de todos los procesos del servicio a

las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) del ámbito de atención del servicio, la valoración e incorporación de la cosmovisión y concepciones de desarrollo y bienestar de los diversos grupos de población que habitan en la localidad, incluyendo tanto las poblaciones asentadas originalmente como las poblaciones que han migrado de otras zonas. Para valorar ello, ha establecido estándares, de manera que aquel establecimiento de salud que cumple más del 80% de estos criterios estandarizados, es considerado un establecimiento “con pertinencia cultural” (5).

Sistema de Salud, Atributos de Atención Primaria y PCAT

Las disposiciones señaladas buscan implementarse en un sistema de salud que ya funciona bajo dinámicas similares a las de los países de la región. En este sentido, se señala que los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles para los recursos invertidos. El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la estrategia a nivel mundial con mejores resultados, diversos estudios han demostrado que en los países que invierten más en una Atención Primaria de Salud (APS) sólida, son más costo-efectivos y tiene mejores niveles de salud poblacional (6).

Según la Declaración de Alma Ata, la Atención Primaria es la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un costo aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo. De manera complementaria, el documento APS Renovada de la OPS, señala que la APS es una de las vías más eficientes y equitativas de organizar un sistema. Su implementación exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención (6).

Aún pocos estudios han intentado evaluar la fortaleza de la APS. En este sentido, el modelo teórico de APS de Starfield (pionera en el estudio de la estrategia) define una serie de dominios centrales y auxiliares que deben cumplirse. En cuanto a los dominios centrales, la APS debe ser el punto de entrada al sistema de salud (excepto en situaciones de emergencia); brindar una atención centrada en la persona, que sea longitudinal (basada en una relación personal de largo plazo), integral y coordinada con otros niveles de atención. Para los dominios auxiliares, APS debe enfocarse en la salud de los individuos en el contexto de su familia y comunidad y ser capaz de adaptarse y desarrollar una relación con los diversos grupos sociales presentes en la comunidad, demostrando competencia cultural. Bajo esta línea de ideas se han desarrollado las Herramientas de Evaluación de Atención Primaria (PCAT) con la finalidad de evaluar la implementación de los dominios de APS. Se desarrollaron tres versiones para permitir la evaluación desde los puntos de vista de la población (versión del usuario), gerentes (versión de la gestión) y profesionales de la salud. (versión del proveedor) (7). Las herramientas del PCAT fueron

desarrolladas en los Estados Unidos de América (EUA) y se están utilizando en muchos países, entre los que Brasil y Canadá son ya referentes por su producción científica en esta línea. Además, 03 países de habla hispana realizaron un cuidadoso proceso de adaptación de estos instrumentos: España, Argentina y Uruguay y han venido implementando estudios con estas herramientas para evaluar la atención primaria de la salud (8).

Afrodescendientes y COVID-19

Esta pandemia ha revelado disparidades de larga data en el impacto de la enfermedad entre los afroamericanos; en países como Estados Unidos COVID-19 infecta y mata desproporcionadamente a los afroamericanos. El racismo estructural ha existido desde la fundación de la América colonial, lo que se traduce en diversas desigualdades en la salud que hacen que los afroamericanos sean particularmente vulnerables frente a la pandemia de COVID-19.

En EEUU, la mayoría de las ciudades y estados no informan sobre la raza en las estadísticas de casos confirmados y muertes, por lo que se ha propuesto un llamado a la acción para que los estados divulguen dicha información al público. Por ejemplo, se propone que todos los departamentos de salud estatales proporcionen datos sobre raza/etnicidad en los resultados en personas que se someten a pruebas de COVID-19. Debe haber un compromiso a largo plazo y un esfuerzo intencional para disminuir las disparidades en la atención médica en las comunidades minoritarias a través de la colaboración con los gobiernos locales y federales al abordar las desigualdades estructurales (9).

Para mayor detalle, los datos preliminares indican tasas de mortalidad por COVID-19 más altas entre los afroamericanos en los Estados Unidos, que probablemente se relacionan con afecciones subyacentes como diabetes tipo 2, hipertensión y asma, de las cuales los afroamericanos tienen tasas desproporcionadamente más altas. Estas disparidades a menudo se relacionan con desigualdades basadas en la raza en aspectos de educación, situación económica, vivienda, contexto comunitario y acceso a la atención médica. Además, se menciona la existencia de un sesgo implícito por parte de los proveedores de atención médica que puede afectar la toma de decisiones clínicas en el diagnóstico, el tratamiento, el manejo del dolor y la derivación. Respecto a los usuarios afroamericanos, se señala que tienen menos probabilidades de estar asegurados y de utilizar los servicios de atención médica debido a la desconfianza hacia los proveedores de salud arraigada en una historia de racismo sistémico en la atención (10).

En el Perú, 3,6% de los mayores de 12 años, se identificó como afroperuano (828 894) en el censo del 2017; uno de cada cuatro vive en Lima. En el contexto de COVID-19, mientras que la población afrodescendiente está expuesta a mayor contagio por ser más urbana, esto se contrarresta con el hecho de que es relativamente más joven que los no afrodescendientes, haciéndola potencialmente menos vulnerable en Latinoamérica.

Existen condiciones propias de los servicios públicos en el Perú que podrían dificultar el acceso a los servicios de salud en la población afroperuana, identificadas en por GRADE en el 2015 como relacionadas a la poca disponibilidad de servicios en el primer nivel de atención, falta de medicamentos y la percepción de que la calidad es insuficiente; esta situación ha podido verse incrementada durante la pandemia de COVID 19, tal como se ha señalado en otros países.

Si bien se ha descrito que una de las estrategias que contribuyen a mejorar el acceso a los servicios de salud y la equidad en general es el fortalecimiento de la APS, se desconoce cómo percibe la población afroperuana el cumplimiento de los atributos propios de esta estrategia antes y durante la pandemia COVID 19 en el primer nivel de atención, así como la percepción de competencia cultural por ellos y los tomadores de decisiones (gestores) de dichos establecimientos.

Justificación

Diversas organizaciones han destacado la importancia de generar estudios y estadísticas específicas de las condiciones de acceso a los servicios públicos de salud en poblaciones de minorías étnicas, como son los afroperuanos, para una mejor definición de la problemática y generación de intervenciones acordes a cada realidad y con pertinencia cultural.

Por tanto, consideramos que es necesario evaluar la percepción de la población afroperuana de regiones priorizadas respecto al cumplimiento de los atributos de la APS y la incorporación del enfoque de competencia cultural en el primer nivel de atención del sistema de salud. Para tal fin se pretende realizar un estudio nacional utilizando las herramientas del PCAT para el usuario y gestores, con la finalidad de evaluar el nivel de cumplimiento de los atributos de la APS y la competencia cultural en población afroperuana de establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención antes y durante la pandemia de COVID-19. Así mismo se complementará la información con estrategias de investigación cualitativa.

De esta manera, buscamos contribuir a responder la pregunta: ¿Qué resultados ha tenido la incorporación del enfoque intercultural en los servicios públicos, antes y durante la pandemia del COVID-19?

I. Objetivos

2.1. Objetivo General

Determinar la percepción del nivel de cumplimiento de los atributos de la atención primaria y pertinencia cultural en población afroperuana de establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención antes y durante la pandemia de COVID-19, utilizando el instrumento PCAT-usuarios y entrevistas a profundidad para generar información de interés nacional sobre la atención sanitaria que perciben los afroperuanos.

2.2. Objetivos Específicos

Identificar el nivel de cumplimiento de los atributos de la atención primaria en sus dimensiones de accesibilidad, longitudinalidad, coordinación, integralidad y competencia cultural en establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención responsables de población afroperuana durante la pandemia de COVID-19, utilizando el instrumento PCAT-usuarios y para generar información de interés nacional sobre la atención sanitaria que perciben los afroperuanos.

Describir las características sociodemográficas, epidemiológicas y familiares de la población afroperuana usuaria de servicios de salud públicos del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19, por medio de una ficha de recolección de datos para generar información de interés nacional.

Conocer los facilitadores y barreras percibidos por la población afroperuana para el acceso y uso de los servicios de salud del primer nivel de atención públicos antes y durante la pandemia de COVID-19, mediante entrevistas a profundidad para entender la fenomenología detrás de la percepción de los usuarios de salud afroperuanos.

Determinar la pertinencia cultural de los servicios de salud públicos del primer nivel de atención desde la percepción de los usuarios afroperuanos antes y durante la pandemia de COVID-19, mediante entrevistas a profundidad para entender la fenomenología detrás de la percepción de los usuarios de salud afroperuanos.

II. Material y métodos

3.1. Diseño del estudio

Estudio mixto cuali-cuantitativo, exploratorio-descriptivo.

3.2. Población

La población estará conformada por adultos autoidentificados como afroperuanos de las regiones de Lima (220,795), Piura (124,964), La Libertad (102,035), Lambayeque (78,639), Callao (38,350) e Ica (33,280), considerando la mayor concentración de la población afroperuana según datos del INEI, representando al 72% del total de la población afroperuana.

Criterios de inclusión:

Personas de 18 años a más.

Criterios de exclusión:

Personas con deterioro cognitivo que impida responder a los cuestionarios o que no les permita participar de las entrevistas del estudio.

Muestreo

Los participantes para la evaluación cuantitativa serán reclutados de la provincia con mayor concentración de afroperuanos autoidentificados en las regiones de estudio según el reporte de INEI del 2017. El muestreo será por conveniencia hasta alcanzar el tamaño de muestra definido para el presente estudio.

Muestra

Para la parte cuantitativa:

Se definió un tamaño de muestra de 465 participantes, considerando la máxima probabilidad (50%), con un nivel de significancia de 95%, un error aceptado de 5% y una tasa de respuesta de 80%. La submuestra para cada región del estudio se distribuirá de la siguiente manera: Lima 160 personas, Piura 85 personas, La Libertad 70 personas, Lambayeque 50 personas, Callao 50 personas e Ica 50 personas.

Para la parte cualitativa:

Se considera cinco participantes de cada región incluida en el estudio, invitado de la provincia seleccionada por tener mayor concentración de población afroperuana, haciendo un total de 30 participantes.

3.3. Definición operacional de variables

Componente cuantitativo

Variable principal: atributos de la atención primaria, dividido en las dimensiones acceso, longitudinalidad, coordinación, integralidad, interculturalidad, familia y comunidad.

Covariables:

Variables sociodemográficas que comprende edad, sexo, estado civil, número de hijos, distrito de residencia, tipo de seguro.

Características epidemiológicas que comprende enfermedad crónica, covid-19, hospitalización, vacunación contra covid-19.

Características familiares: vivir solo, funcionalidad familiar.

Componente cualitativo

Percepción de barreras y facilitadores para el acceso y uso de servicios de salud del primer nivel de atención antes y durante la pandemia

Pertinencia cultural de los servicios del primer nivel de atención

3.4. Procedimientos y técnicas

La Mesa de Trabajo Afroperuana proporcionará el listado de personas afroperuanas para cada región participante en el estudio, así como de los líderes de cada región para favorecer la comunicación. Así mismo, enviará una carta de presentación del estudio, de los investigadores y encuestadores a los líderes de la comunidad afroperuana de cada región considerada para el estudio.

Los investigadores y/o monitor del estudio coordinarán *in situ* el inicio del trabajo de campo en cada región seleccionada, así mismo, se realizará una segunda visita de monitoreo durante el trabajo de campo.

Componente cuantitativo

A partir de la información proporcionada por la MTA los encuestadores se comunicarán con los potenciales participantes del estudio vía telefónica para explicarles el objetivo del estudio y de permitirlo se coordinará una reunión presencial o virtual para solicitar el consentimiento informado y de otorgarlo proceder a la aplicación de la ficha de recolección de datos y la herramienta PCAT-usuarios. La herramienta PCAT-usuarios se encontrará en un documento de REDCap al que accederán los encuestadores a través de una Tablet y registrarán las respuestas con dicho dispositivo móvil, sea que los datos sean brindados presencialmente o de manera telefónica.

Encuestadores: los encuestadores serán seleccionados y capacitados por el equipo de investigación en el proceso de realización de las encuestas y uso del REDCap. Los encuestadores serán personal de salud, idealmente afroperuanos.

Componente cualitativo

A partir de los resultados obtenidos en el estudio cuantitativo se determinará los segmentos y características de los afroperuanos que serían elegibles para evaluar la fenomenología de la percepción sobre acceso, uso y pertinencia cultural de los servicios públicos de salud.

Se utilizará el enfoque fenomenológico por medio del cual nos acercaremos a conocer situaciones vividas y encuentros con el servicio público de salud en el primer nivel de atención.

Se invitará a un grupo representativo de las personas que realizaron la encuesta PCAT a participar en una entrevista a profundidad para recoger sus percepciones sobre las barreras y facilitadores para el acceso y uso de

establecimiento de salud públicos en el Primer nivel de atención y sobre cómo estas barreras y facilitadores se relacionan con aspectos culturales

Las dimensiones y contenido se detallan a continuación

Dimensiones de Análisis	Contenido
Acceso y Uso de servicios de salud del primer nivel de atención	Barreras y facilitadores para el acceso y uso previo a la pandemia COVID 19 Barreras y facilitadores para el acceso y uso durante la pandemia COVID 19
Pertinencia cultural de los servicios	Aspectos culturales que influyen en el uso de servicios de salud del primer nivel de atención

Se realizarán entrevistas cara a cara, en un lugar acordado con el entrevistado, tendrán una duración de 30 a 45 minutos y serán audiograbadas.

3.5. Aspectos éticos

El protocolo del presente estudio se registrará en el Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación (SIDISI) - Dirección Universitaria de Investigación, Ciencia y Tecnología (DUICT), y será evaluado por el Comité de Ética de la UPCH (CIE-UPCH) previamente a su ejecución. Durante la implementación del estudio se respetarán los principios éticos delineados en la Declaración de Helsinki, y se seguirán estrictamente las recomendaciones realizadas por el CIE-UPCH.

3.6. Plan de análisis

Componente cuantitativo

El análisis descriptivo de los datos sociodemográficos y epidemiológicos se realizará con medias y desviación estándar o medianas y rango intercuartílico para las variables numéricas, según sea la distribución de los datos normal o no normal, así como, frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. El análisis

descriptivo de la herramienta PCAT-usuarios se realizará con medias y desviación estándar desagregando para cada dimensión de los cuestionarios, luego los valores obtenidos serán trasladados a categorías según las dimensiones correspondientes para ser presentados como frecuencias y porcentajes. Así mismo, se generarán figuras de la distribución espacial de los encuestados y las dimensiones reportadas.

Adicionalmente, se realizará un análisis exploratorio para evaluar si existe relación entre los resultados obtenidos con la herramienta PCAT-usuarios y las variables sociodemográficas y epidemiológicas. El análisis se realizará con los estadísticos Chi cuadrado y ANOVA, considerando un intervalo de confianza del 95%, un error estándar de 5% y un valor de $p < 0.05$ para considerar un resultado estadísticamente significativo.

Componente cualitativo

Se codificarán las transcripciones de los audios de forma secuencial. En primer lugar, examinaremos nuestros datos buscando precisar los contenidos de las dimensiones propuestas, incluyendo otros subtemas emergentes para finalmente constituir las dimensiones en categorías que den coherencia a la interpretación de los contenidos descritos.

Se revisará el orden, estructura temática y significado a los datos recogidos con codificación abierta, estableciendo acuerdos acerca de las relaciones de las dimensiones y su construcción como categorías de análisis.

Se continuará con este proceso iterativo hasta que se logre la saturación teórica de información.

III. Referencias bibliográficas

1. 2015. USAID. Ministerio de Cultura. Servicios públicos con pertinencia cultural: Guía para la aplicación del enfoque Intercultural en la gestión de servicios públicos.
2. 2014. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, -Ministerio de Cultura. Orientaciones para la Implementación de Políticas Públicas para la Población Peruana.
3. 2014. Grupo de Análisis para el Desarrollo-Ministerio de Cultura. Estudio Especializado sobre Población Afroperuana.
4. 2013. Centro de Desarrollo Étnico (CEDET)-Plan Internacional-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). ¡Aquí estamos! Niñas, niños y adolescentes.
5. Directiva Administrativa N°261-MINSA/2019/DGIESP aprobada con RM N° 228-2019-MINSA. Adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el Primer Nivel de Atención.

6. Rosas Prieto, Alex Moisés, Narciso Zarate, Victor, & Cuba Fuentes, María Sofía. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es&tlng=es.
7. Pasarín, María Isabel Berra, Silvina González, Angelina Segura Benedicto, Andreu Tevé, Cristian García Altés, Anna Vallverdú, Inma Starfield, Barbara (2013). Evaluación de la atención primaria de salud. *Gaceta sanitaria. Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* Vol. 27 Núm. 1 Pág. 12-18.
8. Colaboración Iberoamericana para la Investigación en Atención Primaria de la Salud 2014. *Hacia la Promoción de la Salud*, 19(2), 9-11. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772014000200001&lng=en&tlng=es
9. Kullar, R., Marcelin, J. R., Swartz, T. H., Piggott, D. A., Macias Gil, R., Mathew, T. A., & Tan, T. (2020). Racial Disparity of Coronavirus Disease 2019 in African American Communities. *The Journal of infectious diseases*, 222(6), 890–893. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa372>
10. Maness, S. B., Merrell, L., Thompson, E. L., Griner, S. B., Kline, N., & Wheldon, C. (2021). Social Determinants of Health and Health Disparities: COVID-19 Exposures and Mortality Among African American People in the United States. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*, 136(1), 18–22. <https://doi.org/10.1177/0033354920969169>.

IV. Presupuesto y cronograma

N°	ACTIVIDADES	Meses											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Firma de Cartas de presentación, Intención o Respaldo, Anexos, Declaraciones Juradas, entre otros	■											
2	Revisión de contratos y firma respectiva	■											
3	Aprobación de Comité de ética		■										
4	Gestión de compras		■										
5	Coordinación con Líderes de las regiones			■									
6	Reclutamiento y capacitación de encuestadores			■									
7	Reclutamiento de participantes				■	■	■						
8	Aplicación de encuestas (estudio cuantitativo)				■	■	■	■					
9	Monitoreo de trabajo de campo				■	■	■	■	■				
10	Envío de Informe de avances							■					

