

Análisis de barreras y factores facilitadores para el acceso de las mujeres, niños, niñas y adolescentes a los servicios de salud de primer nivel y hospitales en los distritos de Raymondi y Chachapoyas, Perú 2022.

Resumen

Introducción. El acceso a los servicios de salud públicos evidencia una brecha que debe reducirse urgentemente, más aún para el caso de población vulnerable como mujeres, niñas, niños y adolescentes. Sin embargo, es necesario identificar las barreras y facilitadores relacionados al acceso a los servicios de salud. **Objetivo.** Identificar las principales barreras y factores facilitadores para el acceso de mujeres, niños/niñas y adolescentes a servicios de salud de primer nivel de atención/hospitales y posibles soluciones para la implementación del modelo de atención integral con enfoque intercultural en salud y abordaje de APS en los distritos de Chachapoyas y Raymondi. **Metodología.** Estudio mixto cuali-cuantitativo, observacional, descriptivo. La población serán mujeres de 18 a 49. Se iniciará con entrevistas cara a cara a 36 participantes. Se diseñará un instrumento de medición de barreras y facilitadores a partir de los datos cualitativos. Se realizará validación de contenido y estadística del instrumento. Se aplicará el cuestionario a 366 participantes. Los datos recibidos serán procesados cualitativamente y ordenados y limpiados para el análisis estadístico. **Plan de análisis.** Se describirán con frecuencia y porcentaje las características de las mujeres, así como las características de acceso y otras variables de interés. **Aspectos éticos.** El protocolo será presentado al comité de ética de UPCH y OPS, cumplirá con las directivas de la declaración de Helsinki.

Palabras clave: acceso, barreras y facilitadores, servicios de salud, primer nivel de atención.

Introducción

Alcanzar la salud universal, como estado idóneo para un desarrollo sostenible es la meta que la OPS y

los Estados Miembros han asumido y plasmado en la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud (1). Derecho a la salud, solidaridad y equidad son los valores que dan soporte al compromiso asumido de que los diversos pueblos accedan a servicios de salud de calidad y que se adapten a las particulares necesidades de dichos pueblos. Sin embargo, persisten las limitaciones de los sistemas de salud de las Américas para entregar servicios que aborden las necesidades en salud de diversos grupos de hombres y mujeres. La presencia de barreras que experimentan las personas al pretender identificar y usar servicios de salud cuando lo demandan explica la problemática descrita. Las barreras pueden estar relacionadas a los determinantes sociales de la salud, como organizacionales, socioculturales, económicos, entre otros (2).

Las mujeres y las adolescentes, en particular aquellas en situación de mayor vulnerabilidad, confrontan limitaciones de tipo económicas, sociales, culturales y otras que restringen las opciones de atender sus necesidades sanitarias, restricciones derivadas de la condición de ser mujer. Como corolario de este desafiante contexto, la reciente pandemia de COVID-19 ha significado empeoramiento del ya deficiente acceso a los servicios sanitarios en todos sus niveles. Evitar que algunas de estas barreras de acceso coyunturales dejen consecuencias estructurales en las redes de atención y en los sistemas de salud, y profundicen las brechas de desigualdad, es también un elemento primordial de la agenda de salud mundial (3).

Es así que, el pacto para la salud universal y la Atención Primaria de Salud (APS) de los países de América, hace un llamado a lograr una meta en el 2030: disminuir por lo menos en un 30% las barreras de acceso a la salud. Esta meta ha sido también reflejada en el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, junto con un conjunto de indicadores cuantitativos para el seguimiento de avances en la reducción de barreras de acceso (4). El llamado a reducir y eliminar las barreras de acceso tiene como valor central el concepto de “no dejar a nadie atrás” y por tanto se alinea con los esfuerzos de la Estrategia Mundial 2016-2030 y el Plan de Acción de la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030 de la OPS (5), por ampliar el acceso equitativo de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes a servicios de salud integrales, integrados y de buena calidad que se centren en las personas, las familias y las comunidades. Se reconoce que la aplicación del modelo de APS (6) en un sistema de salud aproxima servicios de salud para todas y todos, permitiendo que se cumpla con acceso, longitudinalidad, coordinación e integralidad, así como enfoque de familia y competencia cultural. Esto resulta en servicios de calidad accesibles y adaptados a las necesidades de la población, sin dejar de lado a las poblaciones vulnerables como mujeres, niñas, niños y adolescentes.

La experiencia y percepción de la población peruana en condiciones de vulnerabilidad puede expresar limitaciones por acceso geográfico, económicas, culturales, de idioma, de género, entre otros condicionantes (7), más aún en las regiones de la sierra o la selva. La experiencia de limitación de acceso a los servicios de salud resulta en el evitamiento de uso de los servicios de salud y desenlaces negativos

como una mala calidad de vida relacionada a la salud. Por ejemplo, en el 2021, el 75,3% de la población de Amazonas enfrenta barreras de acceso, mientras que en Ucayali fue el 85,1%, lo que supondría el evitamiento o limitación de uso de los servicios de salud a pesar de los problemas de salud o necesidades preventivas que requieren sean cubiertos (8).

Peor aún, durante la pandemia de COVID-19 se han profundizado las brechas de atención colocando a las poblaciones vulnerables en mayor desventaja a la preexistente (9). Es el caso de la desigualdad de género y la muerte materna, que para el caso de Amazonas y Ucayali han empeorado, más aún en mujeres adolescentes.

Las brechas de un sistema pueden ser medidas, entendidas y analizadas desde el modelo de Atención Primaria de Salud (APS). Para tal fin, es pertinente utilizar un paquete de herramientas de medición conocido como Primary Care Assessments Tool (PCAT). El paquete incluye un cuestionario para los usuarios (adultos y niños), para los proveedores, para centros y equipos de salud (10). Incluso existe un cuestionario reducido respecto a la versión original, validado en español (11). Las herramientas del PCAT han sido diseñadas y adaptadas a muchos países para Canadá, Brasil, España, Corea del Sur, Argentina, Uruguay y China, diferentes idiomas como el español, catalán, portugués, chino mandarín y coreano, se cuenta con una versión armonizada para Iberoamérica que proponemos utilizar. Las características esenciales que evalúa PCAT son primer contacto, continuidad, integralidad y coordinación, así como tres atributos secundarios: enfoque familiar, orientación comunitaria y competencia cultural (12).

En tal sentido, es necesario revisar las barreras de acceso que enfrentan las mujeres, niñas, niños y adolescentes de Chachapoyas y Raymondi, insumo que orientará a los decisores sanitarios para diseñar políticas efectivas e implementar acciones enfocadas en reducir las inequidades, eliminar las barreras de acceso y con ello mejorar los indicadores de salud relevantes.

1. Objetivos

El estudio tiene por objetivo los siguientes:

1.1. Objetivo General

Identificar las principales barreras y factores facilitadores para el acceso de mujeres, niños/niñas y adolescentes a servicios de salud de primer nivel de una red integrada de salud en los distritos de Chachapoyas y Raymondi

1.2. Objetivos Específicos

- 1.2.1. Identificar las barreras de acceso a servicios del primer nivel de atención que experimentan las mujeres para su atención y la de sus hijos/hijas niños y adolescentes, en los distritos de Chachapoyas y Raymondi a través de entrevistas a profundidad.
- 1.2.2. Identificar barreras y facilitadores para la implementación del modelo de cuidado integral con enfoque intercultural y el abordaje de APS en la red de PNA y hospitales en los dos distritos percibidos por el personal de la red de PNA, hospitales y con tomadores de decisión involucrados en la oferta de servicios para las mujeres, adolescentes, niños y niñas en los dos distritos.
- 1.2.3. Determinar el nivel de cumplimiento percibido de los atributos de la atención primaria de mujeres que se atienden en la red de establecimientos del PNA y hospitales de los distritos de Chachapoyas y Raymondi.

2. Metodología

2.1. Diseño y tipo de estudio

Estudio mixto, cuali-cuantitativo, observacional y descriptivo.

2.2. Población de estudio

La implementación se hará en Chachapoyas y Raymondi, distritos capitales de las provincias de Chachapoyas, departamento de Amazonas, y de Atalaya, departamento de Ucayali respectivamente. Ambos distritos se caracterizan por ser capitales de provincias del oriente y nororiente del país, y tener una población cercana a los 60 mil habitantes. La diversidad de pueblos y comunidades indígenas es una de las características principales de estas provincias y dimensión de interés para el análisis de barreras de acceso a servicios de PNA. En Chachapoyas residen integrantes de los pueblos Awajun, Wampis y Quechuas; mientras que en Raymondi, Atalaya, se encuentran comunidades Shipibo – Konibo, Ashaninka, Kakataibo, Yine, Quechua, Isconahua y Awajún. En este sentido, el grupo de población objetivo son las mujeres, adolescentes, niños y niñas menores de cinco años en situaciones de vulnerabilidad.

La población estará conformada por mujeres de 18 a 49 años de Chachapoyas y Raymondi, incluye a mujeres embarazadas, madres en periodo de lactancia, personas con problemas de salud crónica y personas con discapacidad. El promedio de población peruana de mujeres bordea el 50%, así mismo, el promedio de mujeres entre 18 a 49 años es limítrofe al 50%. La población estimada por distrito de intervención es de 60,000 personas, por lo que se calcula un promedio de 15,000 mujeres entre 18 a 49 años. La extensión de uso de los servicios de salud promedia el 50%, por lo que finalmente se espera una población de 7,500 mujeres como población del estudio.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

Se tendrán los siguientes criterios de inclusión y exclusión para el estudio:

- **Criterios de inclusión:**

- **Fase cualitativa**

- Mujeres que residan en los distritos de Chachapoyas o Raymondi.
- Mujeres que sean usuarias de la red de servicios de salud pública en estos distritos.
- Trabajadores de los establecimientos de salud, que tengan a cargo acciones de cuidado integral de mujeres, niños niñas y adolescentes de Chachapoyas y Raymondi

- **Fase cuantitativa**

- Mujeres que residan en los distritos de Chachapoyas o Raymondi.
- Mujeres que sean usuarias de la red de servicios de salud pública en estos distritos.

- **Criterios de exclusión:**

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

2.4. Muestreo

Las potenciales participantes del estudio, de cada uno de los distritos serán identificadas con el soporte de la DIRESA correspondiente y con el apoyo de la OPS.

A partir del listado general de los potenciales participantes se realizará una estratificación tomando como criterio a la edad.

Se aproximan los rangos de edad de acuerdo con la distribución por percentiles. Se prevén rangos de edad de 5 años, es decir 6 estratos etarios. Una vez identificadas las participantes según rango de edad se procederá a seleccionar a las potenciales participantes empleando el método de aleatorización simple,

utilizando el programa estadístico on-line WinEpi 2.0 (<http://www.winepi.net/index.php>). En el caso de que la participante seleccionada no acepte participar en el estudio se contactará a la potencial participante contigua, en orden ascendente. Este procedimiento se realizará hasta completar el tamaño de muestra determinado para el estudio.

2.5. Muestra

El estudio tendrá la siguiente muestra:

Para la fase cualitativa:

Del total de participantes que acepten participar en el estudio se seleccionarán 03 participantes por cada estrato, lo que resulta en 36 participantes distribuidos en 18 participantes por cada distrito.

La selección de participantes incluirá mujeres, gestantes, lactantes y madres de niños, niñas y adolescentes y personas con discapacidad.

Además se entrevistará a trabajadores de salud a cargo del cuidado de este grupo poblacional en centros de primer nivel de los distritos seleccionados

Para la fase cuantitativa:

El tamaño de muestra considera a la variable acceso a servicios de salud como indicador principal del contacto con los servicios de salud. Con un nivel de significancia de 95%, un error aceptado de 5%, potencia de 80% y una prevalencia de dificultad de acceso máxima esperada de 50% se estima un tamaño de muestra de 366 participantes, los que se distribuirían en 183 para cada distrito.

2.6. Operacionalización de variables

Variables principales:

Cumplimiento de los atributos de a atención primaria

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valores posibles
Edad	Autoreporte de años de vida al momento de la encuesta	Numérica continua	De razón	0 a más
Sexo	Autoreporte de sexo biológico	Categórica dicotómica	Nominal	Femenino Masculino

Estado civil	Autoreporte de la condición civil	Catagórica politómica	Nominal	Soltero Conviviente Casado Divorciado
Grado de instrucción	Autoreporte del máximo nivel de estudio alcanzado	Catagórica politómica	Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Autoreporte de la actividad laboral	Catagórica politómica	Nominal	Trabajador de salud Independiente Otra ocupación
Lugar de residencia	Autoreporte del lugar de vivienda predominante	Catagórica politómica	Nominal	Lugar 1 Lugar 2 ... Lugar X
Tipo de familia	Clasificación de la categoría de familia indagada por el encuestador	Catagórica politómica	Nominal	Mononuclear Nuclear Ampliada Extendida Reconstituida
Número de hijos	Autoreporte del número de hijos vivos	Numérica discreta	De razón	0 a más
Seguro de salud	Autoreporte del tipo de seguro de salud	Catagórica politómica	Nominal	EsSalud SIS Privado Otro
Enfermedad crónica	Autoreporte de las enfermedades existentes	Catagórica politómica	Nominal	Enfermedad 1 Enfermedad 2 ... Enfermedad X
Gestación	Autoreporte de encontrarse gestando al momento del estudio	Catagórica dicotómica	Nominal	No Si
Lactancia	Autoreporte de encontrarse en lactancia al momento del	Catagórica dicotómica	Nominal	No Si

	estudio			
Discapacidad	Autoreporte de presentar discapacidad al momento del estudio	Categoría politómica	Nominal	Discapacidad 1 Discapacidad 2 ... Discapacidad X

2.7. Herramientas y técnicas

El estudio constará de dos fases:

2.7.1. Fase cualitativa

Entendiendo como “constructo” la construcción teórica que se desarrolla para entender un problema o fenómeno, esta fase busca recoger las experiencias de las usuarias en torno al acceso a los servicios de salud de primer nivel para poder identificar barreras y facilitadores en dos niveles: institucional y a nivel de usuaria. El recojo de esta información permitirá el diseño de cuestionarios mejor orientados a los objetivos del estudio.

Se utilizará el enfoque fenomenológico que permite acercarnos a conocer situaciones vividas y encuentros con el servicio público de salud en el primer nivel de atención. El diseño fenomenológico permite la comprensión e interpretación de las experiencias y significados de las personas. Se considera que es muy adecuado para localizar los significados que las personas dan a los eventos, procesos y estructuras de sus vidas y sus percepciones, presuposiciones y suposiciones. Se emplearán entrevistas a profundidad a cada participante. Estas entrevistas incluyen los principales ejes temáticos del estudio a manera de guía. Antes de la aplicación de las entrevistas, se hará lectura del consentimiento informado a cada participante. Esto con la finalidad de disipar cualquier duda y garantizar la transparencia del estudio y anonimato de las participantes.

Tabla 1: Las dimensiones y contenido

Dimensiones de Análisis	Contenido
-------------------------	-----------

Acceso servicios de salud de primer nivel	<p>Barreras y facilitadores institucionales (servicios de salud, relación usuaria- proveedor de salud, pertinencia cultural de los servicios, infraestructuras, comunicación, costos, etc.)</p> <p>Barreras y facilitadores de la usuaria (aspectos socioeconómicos, familiares, culturales, experiencias previas en el sistema de salud, etc.)</p>
---	---

Se realizarán entrevistas cara a cara, en un lugar acordado con la entrevistada, tendrán una duración de 60 a 90 minutos y serán audiograbadas previo consentimiento de las participantes

2.7.2. Fase cuantitativa

La fase cuantitativa tendrá los siguiente componentes:

- A. Con los datos generados por el estudio cualitativo, el equipo de investigación construirá el cuestionario de barreras y facilitadores, empleando una validación de contenido para afinar el instrumento. La ficha de recolección de datos y el instrumento del estudio serán creados en el aplicativo informático REDCap versión 8.1.8, con acceso desde la Universidad Peruana Cayetano Heredia (<https://redcap.upch.edu.pe/>) con el objetivo de realizar una adecuada gestión de los datos, así como para maximizar la seguridad de los datos de las participantes.
- B. Se recolectarán los siguientes datos generales de las mujeres participantes: edad, estado civil, cantidad de hijos, si cuenta con seguro de salud o no, tipo de aseguramiento en salud, lugar de residencia, idioma(s), religión, grado de instrucción, tipo de familia, condición clínica (morbilidad, gestación, lactancia, discapacidad). Estas características serán recogidas en una ficha de recolección de datos diseñada para el estudio.
- C. Se aplicará el PCAT reducido para evaluar el cumplimiento de atributos de Atención Primaria y un cuestionario de barreras y facilitadores para el uso de los servicios de salud desarrollado a partir de la fase cualitativa. La versión corta para usuarios del PCAT será la identificada por Vázquez Peña y colaboradores; esta contiene 6 dimensiones de la atención primaria en salud con 23 ítems: Primer contacto (3 ítems), continuidad (5 ítems), coordinación (5 ítems), integralidad (7 ítems), enfoque familiar (2 ítems) y orientación comunitaria (1 ítem). Cada ítem se responde en una escala de Likert del 1 al 4 (No en absoluto, generalmente no, generalmente sí, y sí absoluto). Además, es posible responder con un no sé a cada ítem, que no es contabilizado para el puntaje global. Un mayor puntaje

en la sumatoria del puntaje global de todos los ítems significa una mejor valoración de atención primaria en salud.

2.7.3. Ejecución del estudio

La DIRESA con apoyo de OPS proporcionará el listado de mujeres entre 15 a 49 años de edad de cada distrito participante en el estudio, que incluye características relevantes para el muestreo como edad, gestación, lactancia, morbilidad y discapacidad. Luego de realizadas las coordinaciones entre el equipo de investigación, OPS y demás actores clave se procederá a desarrollar la primera fase del estudio. Se capacitará y distribuirá a los encuestadores en los distritos del estudio para iniciar la fase cuantitativa, fase principal del estudio. Los encuestadores aplicarán la ficha de recolección de datos, el PCAT-AE y el instrumento de barreras y facilitadores empleando dispositivos móviles (tablets) con acceso a la aplicación REDCap. Los investigadores y/o monitores del estudio coordinarán in situ el inicio del trabajo de campo en cada distrito del estudio, así mismo, se realizarán monitoreos presenciales y virtuales durante el trabajo de campo y en ambas fases del estudio.

2.8. Plan de análisis

2.8.1. Componente cualitativo

Una vez concluida la etapa de recolección de datos se iniciará con el proceso de transcripción Verbatim de todas las entrevistas a un documento de Word. Posteriormente, se realizará el análisis temático conforme a las categorías orientadoras de la guía de entrevistas (abordaje deductivo); pero a su vez admitiendo categorías emergentes desde la voz de las mismas participantes (abordaje inductivo).

La codificación continuará hasta que el punto de saturación se haya obtenido, es decir el momento en que nueva codificación no lleva a la obtención de nueva información.

Para lograr consistencia entre los analistas, se hará un primer análisis a una o dos entrevistas, que nos permitan unificar los criterios y el manejo del libro de códigos. Una vez que esto se haya logrado, se procederá a hacer el análisis de la data restante.

Para el procesamiento y análisis de la información obtenida se usará el software Atlas ti versión 10.1.

2.8.2. Componente cuantitativo

Se realizará el análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, clínicos y de barreras y

facilitadores empleando 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 del instrumento del estudio desagregado según posibles dimensiones, lo que será presentado como frecuencias y porcentajes. Así mismo, se generarán figuras de la distribución espacial de los encuestados y las dimensiones reportadas, generando finalmente un Dashboard.

Se realizará un análisis exploratorio adicional para evaluar si existe relación entre los resultados obtenidos con el instrumento de barreras y facilitadores y las variables sociodemográficas y clínicas. Dicho análisis será realizado con los estadísticos Chi cuadrado y ANOVA o con estadísticos no paramétricos, según corresponda.

3. Cronograma

Actividad	Producto	Semanas														Responsable	Indicador		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			15	16
Elaboración del plan de trabajo (Metodología, cronograma de actividades)	Plan y cronograma de trabajo																	Equipo consultor	100% de documentos planificados elaborados
Acciones de coordinación entre el equipo consultor, la DIRESA y la OPS para la entrega del listado de la población de intervención	Actas de reuniones																	Equipo consultor DIRE A OPS	100% de coordinaciones efectivas
Envío y aprobación de Comité Ética local y de la OPS (PAHOERC)	Actas de reuniones																	Equipo consultor Hospitales	100% de coordinaciones efectivas
Muestreo e identificación de muestra de estudio cualitativo	Muestra cualitativa																	Equipo consultor	100% de muestreo
1. Plan de trabajo y protocolo completo del estudio donde deberá detallarse el diseño conceptual, la metodología a emplear en la encuesta y grupos focales, criterios para la selección de la muestra y de los grupos focales, propuesta de instrumentos de recolección de datos y cronograma de actividades.																			
Recolección de datos a través de entrevistas cara a cara	Entrevista																	Encuestadores cualitativos Traductor	100% de entrevistas realizadas
Monitoreo del trabajo de campo	Informe de																	Especialista en monitoreo	100% de entrevistas

4. Bibliografía

1. OPS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 2 de octubre de 2014; Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
2. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. marzo de 2013;33(3):223-9.
3. PAHO. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. 2017; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169>
4. Valdes A, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Pacto 30.30.30. APS para la Salud Universal [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2019 [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15470:compact-30-30-30-phc-for-universal-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
5. PAHO. Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030. 2018. [citado 20 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49609>
6. Smith J. Primary care: balancing health needs, services and technology. *Int J Integr Care*. 1 de septiembre de 2001;1:e36.
7. Núñez MM, Chirinos JWC, Pintado JMA, Yovera AJG, Ñiquen KEL. Nivel de percepción sobre la Pobreza en el Perú, causas y efectos sociales. *Universidad y Sociedad*. 2 de diciembre de 2020;12(6):46-53.
8. PAHO. 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. 2021 [citado 20 de noviembre de 2022]; Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56108/OPSPERHSS220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. CEPAL/ONU. El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala. Entre la invisibilización y la resistencia colectiva. 2020. :87.
10. Smith M, Health JBS of P. The Johns Hopkins Primary Care Policy Center - PCA Tools [Internet]. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. [citado 20 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
11. Vázquez Peña F, Harzheim E, Terrasa S, Berra S. Validación psicométrica en español de la versión corta brasileña del cuestionario Primary Care Assessment Tools: usuarios para la

evaluación de la orientación de los sistemas de salud hacia la atención primaria. Atención Primaria. 1 de febrero de 2017;49(2):69-76.

12. Rosas Prieto AM, Narciso Zarate V, Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Médica Peruana. enero de 2013;30(1):42-7.

5. ANEXOS

ANEXO N° 3: GUÍA DE ENTREVISTA PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL Y HOSPITALES EN LOS DISTRITOS DE RAYMONDI Y CHACHAPOYAS

DIMENSIONES	PREGUNTAS
Datos sociodemográficos	Identidad de género • Edad • Identidad étnico-racial (hablante de lengua indígena / no hablante de lengua indígena) • ¿Cuántas personas viven en su hogar?
Perfil económico y laboral	• ¿Cuánto gana aproximadamente al mes? (establecer un rango)
Acceso a servicios de salud	• ¿Qué tan frecuentemente acude usted a los servicios de salud? ¿Cuándo asiste, por cuáles razones lo hace? • ¿A qué tratamientos y servicios puede acceder en su centro de salud más cercano?
Perfil de salud	• ¿Tiene usted algún padecimiento de salud que requiera tratamiento continuo? • ¿Ha tenido usted o alguien de su familia algún evento de emergencia de salud? (incluyendo COVID-19) • Comúnmente, para padecimientos de salud que no requieren internarse o no son de emergencia ¿Dónde acude?
Accesibilidad, disponibilidad y calidad	• ¿Qué tan cerca de su domicilio se encuentra el servicio de salud más cercana al cual puede acudir? • En caso de haber asistido a su servicio de salud en los últimos 24 meses ¿Pudo ser atendida regularmente? Si tuvo alguna dificultad, ¿nos podría compartir su experiencia? ¿Cuál ha sido su experiencia asistiendo al servicio de salud de su distrito? ¿Cómo considera usted su relación con los proveedores de salud? • En caso de haber asistido a su servicio de salud en los últimos 24 meses ¿Cuál fue el tiempo que tuvo que esperar para poder ser atendida? • En caso de haber asistido a su servicio de salud en los últimos 24 meses ¿Cuál

	<p>fue su percepción sobre el equipamiento y personal del centro de salud?</p> <p>¿Contaba con los médicos, enfermeras y especialistas necesarios para poderle atender?</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de haber asistido a su servicio de salud en los últimos 24 meses ¿Se le pidió pagar una cuota o tarifa extraordinaria para recibir el servicio? • En caso de haber recibido un mal tratamiento, tenido una mala experiencia, o no haber sido recibido en una clínica pública ¿Conoce usted algún mecanismo de queja o centro de atención para poder exigir a las autoridades de salud alguna reparación o solución en el servicio?
<p>Discriminación y desigualdad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de haber asistido usted o algún familiar a algún centro de salud para tratamiento, ¿Le ha sido negado el servicio? • ¿Alguna vez le han negado el servicio o recibido malos tratos por parte de autoridades de salud en hospitales públicos? Desearía compartirmos su experiencia (tratar de ver si existe un componente de racismo o clasismo en dicha respuesta)
<p>Gasto de bolsillo e impactos en la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando usted o alguien de su familia se enferma de algún padecimiento que requiera hospitalización o tratamiento médico ¿Recibe de manera gratuita medicamentos por parte del sistema público de salud? En caso contrario ¿Cuánto gasta en promedio de sus propios ingresos? • ¿Ha tenido usted alguna complicación o consecuencia negativa a nivel laboral, de salud o emocional producto de una mala atención en materia de salud?

**ANEXO N° 4: CUESTIONARIO DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE
PRIMER NIVEL EN LOS DISTRITOS DE RAYMONDI Y CHACHAPOYAS**

Número de ficha: _____

Código para estudio (dejar en blanco): _____

DATOS GENERALES

Edad:	Lugar de residencia:	Idioma(s):
Estado civil:	Grado de instrucción:	Tipo de familia:
Solera(o) (___)	Analfabeta (___)	Monoparental (___)
Casada(o) (___)	Primaria (___)	Nuclear (___)
Divorciada(o) (___)	Secundaria (___)	Extendida (___)
Conviviente (___)	Superior (___)	Ampliada (___)
		Reconstituida (___)
Cantidad de hijos: _____	Ocupación	Tipo de seguro de salud
Religión:	Trabajador de salud	EsSalud (___)
	Independiente	SIS (___)
	Otro	Seguro privado (___)
		Otro
Condición clínica:		
Enfermedad		crónica:
Sí	(___)	Especificar:
No (___)		
Gestación:		
Sí		(___)
No (___)		
Lactancia:		
Sí		(___)
No (___)		
Discapacidad:		
Sí	(___)	Especificar:
No (___)		

ASPECTOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

N°	RESPUESTA
1	No en absoluto
2	Generalmente No
3	Generalmente Sí
4	Sí en absoluto
5	No sé

B. PRIMER CONTACTO - UTILIZACIÓN									
Por favor marque la respuesta más adecuada:					1	2	3	4	5
B2	Cuando tiene un nuevo problema de salud, ¿va a su CAPS antes de asistir a otro lado?								
C. PRIMER CONTACTO - ACCESO									
Por favor marque la respuesta más adecuada:					1	2	3	4	5
C4	Cuando su CAPS está abierto, ¿puede recibir indicaciones médicas por teléfono de manera rápida si lo necesita?								
C1 1	Cuando lo necesita, ¿resulta difícil ser atendido en su CAPS?								
D. CONTINUIDAD - CONTINUIDAD INTERPERSONAL									
Por favor marque la respuesta más adecuada:					1	2	3	4	5
D1	Cuando va a su CAPS, ¿siempre lo/la atiende el mismo profesional de salud?								
D6	¿Se siente cómodo/a hablando de sus preocupaciones o problemas con el médico/a o profesionales de su CAPS?								
D9	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS conocen cuáles son los problemas más importantes para Ud. y su familia?								
D1 5	¿Cambiaría de CAPS si fuera fácil?								
E. COORDINACIÓN - INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN									
Por favor marque la respuesta más adecuada:					1	2	3	4	5
E6	¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS le recomendaron que consultara al especialista o servicio de especialidad médica?								
E1 0	¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS le dieron alguna información por escrito acerca del motivo de consulta para el especialista?								
E1 1	¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS conocen cuáles fueron los resultados de esa consulta?								
E1 3	¿Su médico/a o algún profesional de su CAPS se interesan en la calidad de la atención que Ud. recibe cuando va al especialista o servicio de especialidad médica?								
F. COORDINACIÓN - SISTEMAS DE INFORMACIÓN									
Por favor marque la respuesta más adecuada:					1	2	3	4	5

F3	Cuando va a su CAPS, ¿su historia clínica está siempre disponible?					
G. INTEGRACIÓN O GLOBALIDAD - SERVICIOS DISPONIBLES						
Por favor marque la respuesta más adecuada:		1	2	3	4	5
G8	Si hay servicios disponibles para asesorarlo en cuestiones de salud mental.					
G19	Si hay servicios disponibles para asesorarlo sobre el consumo de tabaco					
G23	Si hay servicios disponibles para asesorarlo sobre los cambios con el envejecimiento					
H. INTEGRACIÓN O GLOBALIDAD - SERVICIOS PRESTADOS						
Por favor marque la respuesta más adecuada:		1	2	3	4	5
H1	Si conversó con su proveedor de salud sobre hábitos saludables (alimentación y descanso)					
H5	Si conversó con su proveedor de salud sobre la práctica de ejercicio físico.					
H7	Si conversó con su proveedor de salud sobre los medicamentos que consume					
H10	Si conversó con su proveedor de salud sobre la prevención de caídas					
I. ENFOQUE FAMILIAR						
Por favor marque la respuesta más adecuada:		1	2	3	4	5
I1	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS le preguntan sus opiniones e intenciones para planificar la atención y tratamiento para Ud. o alguien de su familia?					
I3	¿Su médico/a o profesionales de su CAPS se reunieron con alguien de su familia para ayudar en su tratamiento?					
J7	Si se realizan encuestas a los pacientes para determinar si los servicios responden a las necesidades de la gente					