



# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

## ESCUELA DE POSGRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



#### TESIS

#### IMPACTO DE LA COVID - 19 EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO, 2020

#### PRESENTADA POR:

**NAYSHA INMACULADA PARICOTO CHAIÑA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**PUNO, PERÚ**

**2023**

## Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**IMPACTO DE LA COVID - 19 EN EL ACCE  
SO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL D  
EPARTAMENTO DE PUNO, 2020.DOCX**

AUTOR

**NAYSHA INMACULADA PARICOTO CHAI  
ÑA**

RECUENTO DE PALABRAS

**23559 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**126826 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**88 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**1.4MB**

FECHA DE ENTREGA

**Sep 21, 2023 6:40 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Sep 21, 2023 6:42 AM GMT-5**

### ● 7% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c


- 5% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 12 palabras)



Dr. Jorge L. Mercado Portal  
COP. 4827  
ESPECIALISTA EN PERIODONCIA  
DOCENTE - UNA



Dr. Jorge L. Mercado Portal  
COP. 4827  
ESPECIALISTA EN PERIODONCIA  
DOCENTE - UNA

Resumen



# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

## ESCUELA DE POSGRADO

### DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

#### TESIS

#### IMPACTO DE LA COVID - 19 EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO, 2020



#### PRESENTADA POR:

NAYSHA INMACULADA PARICOTO CHAIÑA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

APROBADA POR EL JURADO SIGUIENTE:

PRESIDENTE

  
.....  
DR. JOSÉ OSCAR ALBERTO, BEGAZO MIRANDA

PRIMER MIEMBRO

  
.....  
D.SC. MIRELIA JANETH TALAVERA APAZA

SEGUNDO MIEMBRO

  
.....  
DRA. MARTHA YUCRA SOTOMAYOR

ASESOR DE TESIS

  
.....  
DR. JORGE LUIS MERCADO PORTAL

Puno, 13 de junio de 2023

**ÁREA:** Ciencias médicas, ciencias de la salud.

**TEMA:** Acceso a los servicios de salud, covid-19, servicios de salud.

**LÍNEA:** Políticas de salud, servicios de salud.



## DEDICATORIA

A mi madre Alicia, por ser mi gran amor, mi inspiración para seguir adelante, por su apoyo incondicional y por estar siempre a mi lado en los momentos buenos y malos que me toca afrontar, te amo mamá.

A mis tíos, primos y sobrinos, por el apoyo y cariño que me brindan en cada momento de mi vida.



## AGRADECIMIENTOS

A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Altiplano por permitirme continuar con mis estudios de Doctorado, además de brindarme la posibilidad de conocer y aprender de excelentes docentes.

A mi asesor Dr. Jorge Luis Mercado Portal, por brindarme su apoyo incondicional en la realización de la investigación.

Al Dr. Ruly Terán Hilares y al Dr. Benjamín Velazco Reyes, por sus significativos aportes antes, durante y después de la ejecución de la investigación y además por compartir sus conocimientos conmigo.

A los miembros del jurado, por contribuir con sus sabios aportes a la mejora continua de la presente investigación.

A los participantes de la presente investigación, por haber aceptado formar parte de la misma.



## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE TABLAS	i
ÍNDICE DE FIGURAS	iii
ÍNDICE DE ANEXOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1

## CAPÍTULO I

### REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. Marco teórico	3
1.1.1. COVID-19	3
1.1.2. Medidas para evitar el contagio por COVID-19 desde una perspectiva mundial	4
1.1.3. Impacto socioeconómico de la COVID-19	5
1.1.4. Sistema de salud en el Perú	6
1.1.5. Servicios de salud	7
1.1.6. Acceso a servicios de salud	8
1.1.7. Barreras para el acceso a servicios de salud	8
1.1.8. Factores determinantes de la salud	10
1.1.9. Posición socioeconómica	10
	iii



1.2. Antecedentes	11
1.2.1. Antecedentes Nacionales	11
1.2.2. Antecedentes Internacionales	13

## **CAPÍTULO II**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

2.1. Identificación del problema	21
2.2. Enunciados del problema	23
2.3. Justificación	23
2.4. Objetivos	25
2.4.1. Objetivo general	25
2.4.2. Objetivos específicos	25
2.5. Hipótesis	25
2.5.1. Hipótesis general	25
2.5.2. Hipótesis específicas	25

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

3.1. Lugar de estudio	27
3.2. Población	27
3.3. Muestra	27
3.4. Método de investigación	28
3.5. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos	29
a) Técnicas, instrumentos y procedimientos para la recolección de datos de los tres objetivos específicos.	30



b) Aplicación de la prueba estadística.	32
---	----

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. Análisis, presentación de resultados y discusión.	33
4.1.1. Análisis de la distribución por provincia de la población del Departamento de Puno, que presentaron o no, un diagnóstico diferente a la COVID-19.	33
4.1.2. Análisis de los aspectos sociales y el acceso a los servicios de Salud	34
4.1.3. Análisis de los aspectos económicos y el acceso a los servicios de Salud	37
4.1.4. Análisis de los aspectos económicos y el grado de afección económica debido al pago realizado por la atención en salud	39
4.1.5. Análisis de los aspectos culturales y el acceso a los servicios de salud	42
4.1.6. Análisis del establecimiento de salud donde se logra la atención con el seguro de salud, el gasto económico generado y la afección económica debido al pago realizado.	44
4.2. Contratación estadística de las hipótesis	50
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>55</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>69</b>





## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
1. Distribución por provincias de la población del Departamento de Puno, que presentaron o no, un diagnóstico diferente a la COVID-19 en el departamento de Puno, 2020.	34
2. Aspectos sociales y el acceso a los servicios de Salud en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.	35
3. Aspectos económicos y el acceso a los servicios de Salud en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.	38
4. Aspectos económicos y el grado de afección económica debido al pago realizado por la atención en salud, en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.	41
5. Aspectos culturales y el acceso a los servicios de Salud en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.	43
6. Comparación del establecimiento de salud donde se logra la atención con el seguro de salud, el gasto económico generado y la afección económica debido al pago realizado, en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.	46
7. Cálculo del estadístico de prueba. El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto social.	51
8. Cálculo del estadístico de prueba. El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de	



- Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto económico. 53
9. Cálculo del estadístico de prueba. El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto cultural. 54



## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>1. Estructura del sistema de salud del Perú</b>	<b>7</b>



## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
1. Cuestionario del impacto de la COVID-19 en el acceso a los servicios de salud	69
2. Tabla del tipo de consulta requerido por la población del departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.	74
3. Tabla que indica si la prueba de descarte de covid-19 fue condicionante para poder ser atendido, en la población del departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.	74
4. Tabla sobre la perspectiva de la escasez de los servicios de salud en la población del departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.	75
5. Declaración jurada de autenticidad de tesis.	76
6. Autorización para el depósito de tesis o trabajo de investigación en el repositorio institucional.	77



## RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de evaluar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con los aspectos sociales, económicos y culturales. Metodológicamente el estudio es de corte correlacional de diseño no experimental y transversal, por ende la muestra, estuvo constituida por 384 habitantes del Departamento de Puno, mayores de edad; la recolección de datos se realizó con un cuestionario elaborado en base a investigaciones previas y preguntas de elaboración propia, fue sometido a validación por juicio de expertos ( $V$  de Aiken= 0,95) indicando que el instrumento es válido, para la prueba de hipótesis se usó la prueba de Fisher y Chi Cuadrada. Los resultados muestran que 170 habitantes presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19, el 57% no accedieron a los servicios de salud independientemente de los aspectos sociales, económicos y culturales, el 40.6% recibió atención en establecimientos de salud privados a pesar que más del 60.0% contaba con seguro de salud público, para el 68% sus ingresos disminuyeron, el 70% tuvo que pagar por la atención o tratamiento y para el 40.58% este pago no afectó su economía. Se concluye mostrando que el impacto de la COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con los aspectos sociales, económicos y culturales.

**Palabras clave:** Acceso a los servicios de salud, COVID 19, factores culturales, factores económicos, factores sociales, servicios de salud.



## ABSTRACT

The research was carried out to evaluate the impact of the COVID-19 pandemic on the access to health services of the population of the province of Puno that presented a diagnosis other than COVID-19 from March to September 2020, about social, economic, and cultural aspects. Methodologically, the study is of correlational cut of non-experimental and transversal design, therefore the sample was constituted of 384 inhabitants of the Department of Puno, of legal age; the data collection was carried out with a questionnaire elaborated based on previous research and questions of own elaboration, it was submitted to validation by expert judgment (Aiken's  $V = 0.95$ ) indicating that the instrument is valid, the hypothesis test by which Fisher and Chi Square test was used. The results show that 170 inhabitants presented a diagnosis different from COVID-19, 57% did not have access to health services regardless of social, economic, and cultural aspects, 40.6% received care in private health facilities even though more than 60.0% had public health insurance, for 68% their income decreased, 70% had to pay for care or treatment and 40.58% this payment did not affect their economy. We conclude by showing that the impact of COVID-19 is negative on access to health services about social, economic, and cultural aspects.

**Keywords:** Access to health services, COVID-19, cultural factors, economic factors, health services, social factors.

## INTRODUCCIÓN

A fines de diciembre de 2019, en Wuhan, China un grupo de pacientes ingresó en hospitales con un diagnóstico inicial de neumonía de etiología desconocida; los primeros informes predijeron la aparición de un posible brote de coronavirus(1), expandiéndose en muchas ciudades de China y a nivel mundial. La OMS nombra a la enfermedad como COVID-19 (2). El 11 de marzo del 2020 la califica como pandemia (3).

Casi todas las naciones se encuentran luchando para evitar y disminuir la propagación de la enfermedad, adoptando diversas medidas como la toma de pruebas, realizando tratamientos, aplicación de cuarentena, limitación de reuniones (4), el distanciamiento social, toque de queda, etc. El Perú adoptó diversas medidas, entre ellas la suspensión de las consultas externas en hospitales y establecimientos de salud con la finalidad de evitar aglomeraciones y con ello la propagación de contagios (5). Ante esta noticia los servicios de salud quedan limitados y el porcentaje de atenciones en Salud se redujo desde el mes de marzo del 2020 hasta en un 80% (6).

La pandemia del COVID-19, ha causado una profunda conmoción en nuestras economías y sociedades, y ha puesto de manifiesto las desigualdades estructurales en todos los ámbitos, ya sea el económico, el sanitario, o la seguridad y la protección social (7). La COVID-19, que ha provocado un aumento del desempleo y grandes pérdidas económicas (8), las personas que tenían ingresos medios, bajos o ingresos diarios se vieron en la obligación de gastar los últimos ahorros que tenían sumiéndolos en la pobreza extrema (9); la pérdida de un trabajo también podría indicar la pérdida del seguro de salud lo que originaría mayores dificultades para acceder a la atención médica (10), a esto se suma los elevados costos de atención médica, la escasez de equipos de protección, la baja cantidad de equipos médicos, que han expuesto las debilidades en la prestación de atención al paciente (11).

Si la población tuviera algún problema de salud que no fuese por síntomas o diagnóstico de COVID-19, tendría que buscar los medios para acceder a un servicio de salud lo que supondría un gasto económico como lo demuestra el estudio de Ypanaqué y Martins (2015) que generaría cierta afección a la economía familiar, además del aspecto económico, el aspecto social jugaría un papel importante para el acceso a servicios de salud (12).



Por ser un tema de actualidad es preciso conocer si durante marzo a setiembre del 2020 en los cuales las curvas de contagio eran elevados y la reactivación económica se hacía evidente, la población puneña presentó algún problema de salud que no sea por síntomas o diagnóstico de COVID-19, si así fuese entonces qué hizo la población para poder acceder a los servicios de salud y resolver su problema, teniendo en cuenta que los establecimientos de salud fueron reorganizados y suspendieron las atenciones. Por ello es necesario conocer si los aspectos sociales, económicos y culturales intervinieron en el acceso a los servicios de salud durante la pandemia por COVID-19.

El presente estudio, en el capítulo I se detalla el marco teórico y los antecedentes; el capítulo II comprende el planteamiento del problema, justificación, objetivos e hipótesis; el capítulo III referido a los materiales y métodos utilizados en la investigación, como el lugar de estudio, la población, la muestra, los métodos de investigación y la descripción de métodos por objetivos específicos; en el capítulo IV se muestran los resultados y discusión con otros autores, asimismo se precisan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliograficas y finalmente se muestran los anexos.



## CAPÍTULO I

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 1.1. Marco teórico

##### 1.1.1. COVID-19

A fines de diciembre del año 2019, ingresaron a los hospitales un grupo de pacientes a los cuales se les diagnosticó inicialmente neumonía de etiología desconocida; epidemiológicamente estos pacientes estuvieron vinculados a un mercado mayorista de animales y mariscos. Los primeros informes predijeron la aparición de un posible brote de coronavirus(1), es así que el nuevo coronavirus, surgió de Wuhan, China, y resultó en un brote formidable en muchas ciudades de China y que se expandió a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nombra oficialmente a la enfermedad como Coronavirus Disease-2019 (COVID-19, por la OMS el 11 de febrero de 2020) (2). El 11 de marzo del 2020 tras los elevados casos de contagio del nuevo coronavirus la OMS ha pasado a calificar al brote como pandemia (3)

El coronavirus es un virus de ARN de cadena sencilla positivo envuelto. Perteneciente a la subfamilia *Orthocoronavirinae*, con las características espigas "en forma de corona" en sus superficies. Junto con el SARS (síndrome respiratorio agudo severo)-CoV, el CoV similar al SARS de murciélago y otros también pertenecen al género beta-coronavirus. COVID-19 (causado por la infección 2019-nCoV) se clasifica como una enfermedad transmisible (2).

En los pacientes sintomáticos, asintomáticas y en aquellos que aún no aparecieron los síntomas pueden ser infecciosos incluso durante su recuperación; estos pacientes transmiten la infección por la generación de gotas grandes mientras haya tos y estornudos, estas gotas pueden alcanzar una extensión de 1-2 metros y posarse en las superficies, pudiendo permanecer allí durante días, sin embargo los desinfectantes como el hipoclorito de sodio, el peróxido de hidrógeno, etc, pueden destruirlos en

menos de 60 segundos; la infección se adquiere por dos medios: la inhalación de gotas o por tener contacto con superficies contaminadas, posteriormente tocarse las vías respiratorias, ojos y boca, el período de incubación puede variar entre 2 a 14 días, siendo 5 días la mediana del período de incubación (13).

Debido a la propagación del virus, más del 50% de la población a nivel mundial estuvo sujeto a algún tipo de confinamiento, se impuso el distanciamiento social y el tránsito de personas como de vehículos quedaron paralizadas, lo mismo sucedió con la actividad económica, ocasionando una grave recesión a nivel mundial (14).

### **1.1.2. Medidas para evitar el contagio por COVID-19 desde una perspectiva mundial**

Después del 18 de febrero 2020, cuando se confirmó casos positivos en Corea del Sur, realizaron el Reconocimiento temprano de la amenaza y activación rápida de los protocolos de respuesta nacionales. Ampliaron las medidas para prevenir la transmisión, incluyendo rastreo de contactos, cuarentena y aislamiento; rediseñaron los sistemas de triaje, tratamiento y movilizándolo los recursos necesarios (15). Es así que se pudo controlar la pandemia gracias a pruebas exhaustivas utilizando los últimos kits de diagnóstico molecular y la localización de contactos (16).

En febrero de 2020, Italia se convirtió en el epicentro de la enfermedad, con muchas exportaciones a otros países y una transmisión comunitaria generalizada. Como respuesta de salud pública y parar con la cifra de contagios, el 22 de febrero de 2020, Italia impuso un bloqueo con el cierre de empresas, escuelas y lugares públicos, además del distanciamiento físico en las regiones de "puntos críticos" cerca de Milán y Venecia (17). El 8 de marzo del mismo año, el Gobierno de Italia ejecutó medidas excepcionales para reducir la propagación viral, como restringir el tránsito en Lombardía, y así minimizar el contacto con personas infectadas (18)

En el caso de Perú, Según el Decreto Supremo N°008-2020-SA en el Perú se declara la Emergencia Sanitaria por noventa días calendarios y se dictan medidas de prevención y control de la COVID-19 (19), alargándose hasta el 7 de septiembre del 2020, según Decreto supremo N°044-2020-PCM se dispone el aislamiento social obligatorio (cuarentena) a nivel nacional desde el 15 de marzo, la misma que fue extendiéndose hasta el 30 de junio de 2020, en ella se dictan algunas medidas

restrictivas como el ejercicio a la libertad y seguridad personal, la inviolabilidad de la vivienda, la libertad de reunión y de circular en el país, aquellos establecimientos que aglomeren personas suspenden el acceso al público, se suspenden las actividades en los centros de consumo de alimentos, la clausura provisional de las fronteras y la disminución de la oferta del transporte público (20). El 16 de marzo el Ministerio de Salud (Minsa), EsSalud y las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, anunciaron la suspensión de las consultas externas en hospitales y establecimientos (5). Según el Decreto Legislativo N° 1466 se aprueban disposiciones con la finalidad de fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud, para posibilitar la adecuada y plena prestación de los servicios de salud, tanto de los de prevención, como así también de la atención propiamente dicha, dirigida a los pacientes contagiados y aquellos con peligro de contagio por COVID-19. Se dictan acciones de articulación interinstitucional público – público, público – privado las cuales deben de garantizar el otorgamiento y financiamiento de los servicios de salud que requieran todas las personas a nivel nacional (21).

### **1.1.3. Impacto socioeconómico de la COVID-19**

La pandemia del COVID-19, ha causado una profunda conmoción en nuestras economías y sociedades, y ha puesto de manifiesto las desigualdades estructurales en todos los ámbitos, ya sea el económico, el sanitario, o la seguridad y la protección social (7). El distanciamiento social, el autoaislamiento y las restricciones de viaje han provocado una reducción de la población activa en todos los sectores económicos como en el sector agrícola, industria manufacturera, educación, industria financiera, hotelera, transporte, el sector inmobiliario, etc, trayendo consigo la pérdida de muchos puestos de trabajo (11). La COVID-19, que ha provocado un aumento del desempleo y grandes pérdidas económicas (8), la pérdida del empleo o reducción de horas de trabajo debido a la pandemia pueden provocar una disminución significativa de la reserva económica (10) y aumentar la inestabilidad económica en los hogares (22), las personas que tenían ingresos medios, bajos o ingresos diarios se vieron en la obligación de gastar los últimos ahorros que tenían sumiéndolos en la pobreza extrema (9); la pérdida de un trabajo también podría indicar la pérdida del seguro de salud para el funcionario y su familia, lo que originaría mayores dificultades para acceder a la atención médica (10), causando así las desigualdades en salud (22) a

esto se suma el cierre de clínicas y los hospitales privados, por temor al contagio (9) y con ello los elevados precios por atención médica, la insuficiente cantidad de implementos de protección personal, la baja cantidad de equipos médicos; han mostrado las deficiencias y debilidades en la atención a los pacientes (11).

Tanto los pacientes curados del COVID-19 como los trabajadores de salud que han tratado a pacientes infectados han sido objeto de odio y rechazo social siendo evitados y discriminados (9,22). Algunos propietarios desalojan al personal de salud de sus apartamentos alquilados por temor a la propagación del COVID-19 en su vecindario (22). El miedo al rechazo y la discriminación puede llevar a ocultar los síntomas y evitar la búsqueda de atención médica, aumentando el sufrimiento de las personas y conduciendo a fatiga, estrés y otros trastornos mentales (22).

Como resultado del cierre prolongado de las escuelas muchos padres tienen opciones limitadas de cuidado de niños, lo que ejerce una presión adicional financiera, de salud y social sobre las familias (10). Por otro lado, las medidas de bloqueo y distanciamiento social para prevenir la propagación del COVID-19 han aumentado los niveles de violencia doméstica (23), el tiempo que pasan encerrados por la cuarentena significa que las personas vulnerables están más expuestas al abuso y les resulta más difícil buscar ayuda (11).

#### **1.1.4. Sistema de salud en el Perú**

Abarca a aquellos que ofrecen tanto servicios públicos como privados, y cada uno anexa un grupo de mecanismos financieros y de suministro de servicios integrados verticalmente. Para la prestación de los servicios de salud, el sector público está organizado en cinco sectores: Primero, el estado peruano ofrece los servicios de salud a la población no asegurada y en situación de pobreza, mediante el Seguro Integral de Salud (SIS) el cual provee de servicios de salud en establecimientos o instituciones de propiedad de los Gobiernos Regionales, así como también en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) (24,25). Los cuatro siguientes subsistemas son: i) el Seguro Social de Salud - EsSalud; ii) las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) como lo son la Marina de Guerra, la Fuerza Aérea y el Ejército; iii) la Sanidad de la Policía Nacional del Perú (PNP); y iv) instituciones del sector privado: entidades prestadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil, (24–26) clínicas, centros médicos, policlínicos y

consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de imagenología para diagnóstico y los establecimientos de salud de ciertas empresas azucareras, mineras y petroleras (25).

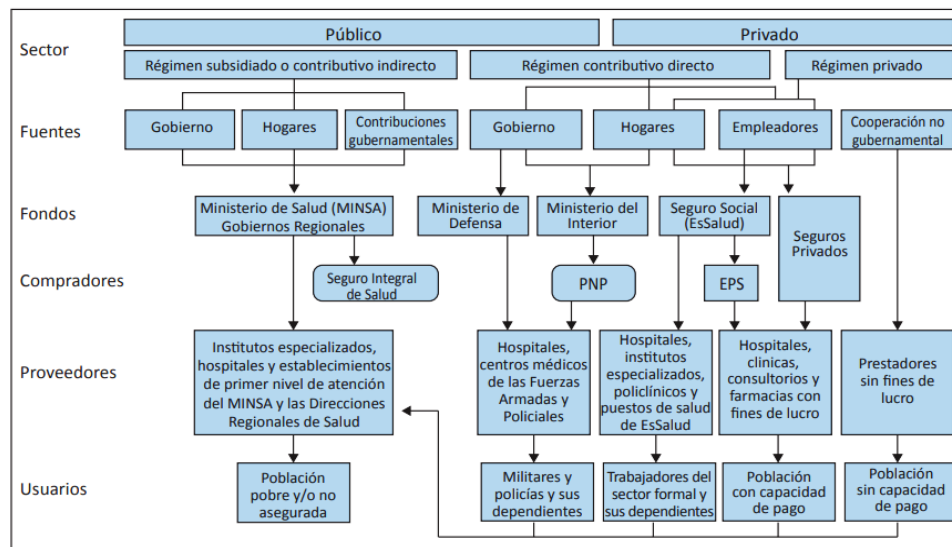


Figura 1. Estructura del sistema de salud del Perú

Fuente: El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos (27).

### 1.1.5. Servicios de salud

Los servicios de salud, son particularmente aquellos encargados de mantener y promover la salud, así también de prevenir las enfermedades contribuyendo a la salud (28), de pacientes, familias y comunidades, por ende, contribuye a la salud de la población (29). Asimismo, deben considerar todo lo relacionado con la atención, como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, la rehabilitación y además los cuidados paliativos, el autocuidado, la atención: domiciliaria, comunitaria, primaria, a largo plazo, hospitalaria (29). Los servicios de salud diseñados para sanar enfermedades y mejorar la salud ayudan también a mantener varones y mujeres saludables (28).

En Perú se reconocen dos tipos de atención en salud (30):

- Atención formal: Aquella recibida en un establecimiento de salud e Minsa, puesto o centro de Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), EsSalud, hospitales de seguro, FFAA-PNP, consultorios particulares o clínicas privadas.
- Tención informal: Se consideran como informales los atendidos en domicilios por comadronas, parteras, curanderos.

### **1.1.6. Acceso a servicios de salud**

A diferencia de la cobertura sanitaria universal, que es el desarrollo de sistemas de financiamiento sanitario que posibilita el acceso a los servicios de salud de todas las personas, el acceso debe implicar: tanto actividades de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación. Entonces se dice que el acceso es la inexistencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, de organización o de género (31). También tiene que ver la capacidad de las personas para buscar y obtener asistencia médica (32). El acceso comprende la inexistencia de las barreras y la obtención de una atención en salud, considerando varios factores que pueden estar asociados a la atención, desde las condiciones sociales, culturales, y económicas.

Se definen cuatro dimensiones para el acceso a servicios de salud (33): Disponibilidad de los servicios: El acceso a la atención de la salud está relacionado con la oportunidad de obtener atención médica cuando es requerido; esta dimensión es medida utilizando indicadores como la cantidad de médicos o camas del hospital. La utilización del servicio, es decir gozar del servicio, y no solamente la disponibilidad de una infraestructura. Los resultados en salud, el objetivo final es promover o preservar la salud, mediante el acceso óptimo a los servicios de salud. Y las barreras existentes para el acceso a servicios de salud.

### **1.1.7. Barreras para el acceso a servicios de salud**

Carrillo y col. propusieron el 'Modelo de barreras de acceso a la atención médica' (HCAB) que describe tres categorías de barreras: Financieras (barreras de costo de atención y estado del seguro de salud); Barreras estructurales (disponibilidad del sistema de atención médica, incluidas las barreras institucionales y organizativas); Barreras cognitivas (conocimiento, comunicación, lenguaje) (34). Las barreras adicionales pueden incluir cuestiones culturales y de actitud (incorporan aspectos de discriminación en cuanto a: posición socioeconómica, creencias individuales, grupos sociales, idioma, profesión, etnicidad y religión) (35).

Gulliford y col determinan cuatro tipos de barreras:

- Barreras personales: Se refiere a la posibilidad de usar los servicios, pero depende de las percepciones individuales además de las necesidades, las actitudes, las creencias y por supuesto de las experiencias previas(33).

- Barreras económicas: El gasto económico afecta a diferentes estratos socioeconómicos de diferentes formas, para algunas personas no afecta la economía familiar pero para otros el impacto puede ser elevado. Si bien los servicios públicos de salud generalmente son gratuitos, existen gastos extras como son el tiempo perdido en el trabajo, los pasajes para llegar al establecimiento de salud (33).
- Barreras organizacionales: También llamada barrera administrativa, relacionada con las disposiciones administrativas para la atención, como la forma para la obtención de citas y horarios de atención (36) , el tiempo de espera, las referencias de un nivel de atención a otro, la reprogramación de citas (33).
- Barreras sociales y culturales: Referido a las disposiciones sociales y los factores culturales de las personas que limitan el acceso a los servicios de salud (33,37). Las barreras culturales se ponen de manifiesto cuando el nexo entre el usuario y el sistema de salud se dificulta debido a las creencias, el idioma, las conductas, los símbolos o tradiciones (38,39). El lenguaje es el componente principal de la cultura, la comunicación ineficaz puede conducir a intervenciones inadecuadas e incluso a diagnósticos erróneos (40). Comunicarse de manera efectiva y culturalmente apropiada resulta en menos confusión y malentendidos (39,40), así como en una atención en salud de calidad.

Las diferentes creencias, comprensión e interpretaciones sobre la salud y la identidad hacen que los pueblos indígenas estén menos dispuestos a utilizar las instalaciones de salud convencionales (41). La identidad cultural se refiere al sentimiento de pertenencia de las personas a un grupo. Las diferencias físicas y biológicas también pueden impedir que la población participe activamente en su tratamiento. Las personas tienden a confiar en quienes son de su mismo país, practican la misma religión, provienen de la misma clase social, tienen la misma etnia. Es más complicado crear un ambiente cálido y confortable, una mejor conexión y una relación más íntima con alguien de un grupo cultural claramente diferente (39)

Hirmas Adauy, identifica las barreras más recurrentes en personas con menor nivel socioeconómico: Como el precio de los medicamentos, las consultas médicas y los exámenes; el temor o la vergüenza al atenderse en un servicio de salud; la

desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento indicado, el estigma social, las creencias y los mitos (36).

#### **1.1.8. Factores determinantes de la salud**

El Informe Lalonde estableció en 1974, los determinantes de la salud: los estilos de vida, el medio ambiente, la biología humana y los servicios de salud. Para una población saludable también intervienen otros factores como son las condiciones de vivienda y trabajo. Es decir, los factores decisivos que contribuyen a la salud de las personas son los ingresos económicos y la posición social, las redes de apoyo social, la educación, el trabajo y las condiciones de trabajo, ambientes físicos seguros y pulcros, la biología humana y las particularidades genéticas, los hábitos saludables y la capacidad para adaptarse, el desarrollo del niño y los servicios de salud (28).

#### **1.1.9. Posición socioeconómica**

La “posición socioeconómica” son aquellos factores tanto sociales, como económicos que intervienen en las posiciones que ocupan las personas o grupos dentro de la organización de una sociedad. La educación, la tenencia de vivienda, las condiciones de vivienda, los servicios con los que cuenta el domicilio, el salario, el trabajo; son considerados como indicadores de la posición socioeconómica (42,43).

Se puede decir que el acceso al tratamiento está vinculado al estado socioeconómico y, por lo tanto, varía con los diferentes quintiles de riqueza (44). Al parecer estos dos elementos (sociales y económicos) son los factores determinantes más importantes (28) y una causa fundamental de salud (45), los individuos que cuentan con un nivel socioeconómico bajo corren el riesgo de recibir una atención hospitalaria y de rehabilitación de mala calidad, en comparación con aquellos que poseen un nivel socioeconómico más alto (46,47). Un estado socioeconómico bajo se asocia con una menor esperanza de vida (48). La razón de la asociación de estado socioeconómico y salud, es que implican la utilización de recursos con la finalidad de evitar riesgos o reducir las secuelas de la enfermedad una vez que ocurra. Estos recursos incluyen el dinero, conocimiento, poder, prestigio; la raza, la etnia y el género, están tan estrechamente vinculadas a estos recursos (48,49).

La relación del ingreso económico, la posición social y la salud persiste, aun cuando el motivo de la enfermedad o fallecimiento varían (28). El pago o gasto de bolsillo



constituye una barrera de acceso que impide o retrasa la atención y la hace más costosa para los pacientes y el sistema. Además, tiene un impacto relativamente mayor en los pobres, ya que incluso el pago más pequeño puede representar una parte sustancial de su presupuesto (50). El mejoramiento de la economía de las personas interviene favorablemente en la educación y la capacitación laboral, estas dotan a los individuos de mayor dominio y control de sus vidas en el hogar, en el trabajo y en la comunidad. El nivel de educación está fuertemente relacionado con la posición socioeconómica, a su vez este ayuda a aumentar o mejorar el estado de la salud mental. La educación aumenta las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos; el desempleo se asocia con un estado de salud deficiente (28).

## 1.2. Antecedentes

### 1.2.1. Antecedentes Nacionales

Ypanaqué y Martins (2015) en su investigación tuvieron como objetivo de describir el perfil de necesidad y los patrones de utilización de los servicios de salud (SS) ambulatorios en la población afiliada y no afiliada a los seguros de salud. La metodología empleada fue la de un estudio transversal y descriptivo, para la recogida productiva de datos usaron los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del 2011. En sus resultados hallaron que los individuos asegurados y afiliados a EsSalud mostraron mayores posibilidades de utilización de la consulta ambulatoria que aquellos afiliados al SIS y no asegurados. Los que contaban con SIS acudieron a los centros y puestos de salud (42,6%), aquellos afiliados a otros seguros usaron en su mayoría las clínicas y los hospitales. Aquellos que no contaban con seguro acudieron primeramente a boticas y farmacias (46,7%). Pagaron por la consulta, medicamentos y exámenes de laboratorio, en todos los seguros. El estudio concluye indicando que el uso de los SS está relacionado con la tenencia y el tipo de seguro (51).

Hernandez *et al.* (2016) realizaron su investigación con el objetivo de explorar los patrones de acceso a servicios de salud odontológicos (SSO) en menores de doce años en Perú. En cuanto a la metodología empleada, los datos fueron obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2014, de los cuales se trabajó con una muestra de 25285 niños. Realizaron un análisis exploratorio espacial para proyectar las proporciones de menores con acceso a los SSO. Los resultados obtenidos

muestran que durante los últimos seis meses el 26,7% tuvo acceso a los SSO. El 39,6% tenía entre 0 a 4 años, el 58,3% vivía en la zona urbana y el 40,6% vivía en las zonas andinas. Los departamentos que tuvieron mayor acceso a los SSO fueron Apurímac, Lima, Huancavelica, Pasco y Ayacucho. Concluyen su estudio indicando que existe un bajo acceso a los SSO para los menores de 12 años (52).

Hernández *et al.* (2018) en su estudio tuvo por objetivo estimar el gasto de bolsillo e identificar sus factores asociados en adultos mayores peruanos. En cuanto a la metodología empleada, fue un estudio transversal analítico de la ENAHO-2017, se incluyeron 18386 AM. En sus resultados muestra que, el 56,5% indicó GBS, con una media y mediana de S/140.80 soles y S/34.50 soles respectivamente, la probabilidad de realizar el GBS aumenta con el mayor nivel de educación, la procedencia urbana o tener enfermedades crónicas, en los afiliados al SIS disminuye el GBS en 63 soles. El estudio concluye indicando que seis de cada diez AM indican GBS generando inequidad en el acceso a los SS, sobre todo en los grupos socioeconómicamente desfavorecidos (53).

Westgard *et al.* (2019) realizó su investigación con el objetivo de evaluar la utilización de servicios de salud (SS), perspectivas y comportamiento de búsqueda de salud para SS materno-infantil en la Amazonía del Perú. En cuanto a la metodología, emplearon un diseño de métodos mixtos mediante la realización de 50 entrevistas estructuradas con madres de niños menores de 4 años. Los resultados evidencian que la utilización de los SS fue relativamente alta. Las progenitoras lograron identificar diversos factores individuales y contextuales los cuales podrían afectar la búsqueda de SS de otras progenitoras en sus comunidades: (i) la vergüenza, el miedo y la confianza, (ii) escasa cantidad de personal de salud, así mismo la mala actitud que muestra dicho personal, (iii) reducida cantidad de medicamentos y materiales, y (iv) poca cantidad de bienes y servicios de planificación familiar y reducido conocimiento de servicios disponibles para personas entre 12 y 17 años 11 meses. El estudio concluye indicando que casi todas las madres informaron que llevaron a sus niños a controles de monitoreo del crecimiento infantil, asistieron a sus controles de salud prenatales y buscaron asistencia en el centro de salud local cuando su hijo estaba enfermo (54).

Guerrero (2020) en su estudio se planteó el objetivo de determinar la relación entre gasto de bolsillo en salud (GBS) y riesgo de pobreza. En cuanto a la metodología empleada, realizó un estudio descriptivo, no experimental transversal, trabajó con una muestra de 27 563 viviendas seleccionadas de la ENAHO-2017, Sus resultados muestran que en cuanto al aseguramiento: el 44.2% contaba con SIS, el 28.3% con EsSALUD, el 24.2% no contaba con seguro y el 3,3% contaba con otro seguro, el 63%. Indica un GBS. El estudio concluye indicando que el GBS se presenta mayormente debido a la compra de medicinas y consultas, por ello el GBS incrementa la posibilidad de empobrecimiento (55).

### **1.2.2. Antecedentes Internacionales**

Arrivillaga *et al.* (2016) en su investigación tuvo por objetivo: Diseñar y validar una encuesta de acceso a servicios de salud dirigida a hogares en Colombia. En su metodología indican haber realizado un estudio de validación con expertos y un estudio piloto, además de un muestreo tipo probabilístico, poli-etápico, estratificado y por conglomerados, trabajaron con 215 hogares como muestra, aplicaron una prueba piloto para validar el instrumento La encuesta estuvo compuesta por 63 preguntas divididas en: perfil sociodemográfico del jefe o jefa de hogar, y socioeconómico de la casa, acceso a servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, así como también el gasto económico. Sus resultados muestran que los servicios preventivos fueron usados en mayor medida por niños de 1 – 10 años de edad. El 82% tuvo la necesidad de atención para los servicios de urgencias y, el 85% para los servicios de hospitalización, el 52,9% realizó pago de cuotas moderadoras y copagos por el servicio de salud entre 0,60 dólares americanos y 173 dólares americanos El estudio concluye indicando que la cobertura en salud no implica que exista el acceso real y efectivo a los SS (56)

Saeed *et al.* (2016) se plantearon el objetivo de explorar el uso de instalaciones de salud entre hombres y mujeres adultos mayores de Ghana en relación con factores socioeconómicos. En su metodología indican haber realizado un estudio exploratorio, los datos fueron obtenidos de la encuesta sobre el envejecimiento global y la salud de los adultos SAGE Wave 1 de Ghana, se entrevistaron 5573 personas. Los resultados muestran que encontraron que los hombres con ingresos más altos prefirieron los establecimientos de salud privados, los que tenían seguro médico

prefirieron el establecimiento público. Las mujeres con educación primaria y secundaria, prefirieron los establecimientos de salud privados. Las mujeres con seguro médico, las que se encuentran en clase media y alta prefieren las instalaciones públicas. En ambos sexos, los que no tienen seguro y los residentes rurales prefieren la farmacia y el tratamiento tradicional. El estudio concluye indicando que estas diferencias pueden estar relacionadas con las desigualdades socioeconómicas, pero también pueden indicar que las instalaciones sanitarias existentes no siempre se utilizan de manera óptima. (57)

Awoke, *et al.* (2017) en su estudio se plantearon el objetivo de examinar los factores asociados con el uso de los SS públicos y privados, y la capacidad de respuesta del sistema de salud percibida resultante. En cuanto a la metodología empleada indican haber realizado un análisis de datos transversales del Estudio de la OMS sobre el envejecimiento global y la salud de los adultos (SAGE) Wave 1 en Ghana. Muestran en sus resultados que de 2517 encuestados que durante el último año usaron atención de salud, el 51,7% de los encuestados utilizó una instalación pública, el 17,8% una instalación privada y el 30,5% utilizó otras instalaciones. El grupo de mayor edad, la educación superior y la mayor riqueza se asociaron con el uso de SS privados. La impresión de la capacidad de respuesta del sistema de salud fue mejor en los establecimientos privados con fines de lucro. El estudio concluye indicando que una mayor riqueza y multimorbilidad fueron predictores significativos de la utilización de la atención médica ambulatoria pública y privada (58).

Filippidis *et al.* (2017) en su estudio se plantearon el objetivo de examinar el impacto a mediano plazo de la crisis económica en un conjunto integral de indicadores de salud, incluida la mortalidad; salud mental; factores de riesgo conductuales; y acceso a la asistencia sanitaria. En su metodología indican haber utilizado los datos de las encuestas “Hellas Health”. Sus resultados indican que la mortalidad por enfermedades respiratorias ( $p = 0,053$ ) y accidentes de transporte ( $p = 0,067$ ) disminuyó. La prevalencia de la necesidad insatisfecha de atención médica aumentó significativamente del 10,0% al 21,9% (RR = 2,10) y la proporción de personas que pagan de su bolsillo por la atención sanitaria del 34,4% al 58,7% (RR = 1,69) entre 2010 y 2015. El estudio concluye indicando que es necesario identificar e implementar estrategias efectivas para mitigar los impactos adversos de las crisis económicas en la salud (59).

Luque *et al.* (2018) en su investigación se plantearon el objetivo de explorar el acceso de las mujeres inmigrantes latinas sin seguro a la atención médica y las estrategias de tratamiento alternativas en la costa de Carolina del Sur. En cuanto a la metodología planteada, realizaron una entrevista cualitativa, su muestra estuvo constituida por 30 mujeres. Los resultados obtenidos muestran que las participantes demostraron determinación para acceder a la atención, pero informaron que sus barreras de acceso a la atención primaria de salud incluían el alto costo de los servicios, la falta de seguro médico, las responsabilidades familiares, laborales, las barreras del idioma y la falta de transporte público como obstáculo para acceder a los SS. El estudio concluye indicando que las participantes superaron obstáculos para obtener atención médica para ellas y sus familiares a pesar de las múltiples barreras presentadas; las redes sociales fueron aprovechadas disminuir las barreras financieras para el acceso a la atención médica (60).

Sandfer *et al.* (2018) en su estudio se plantearon como objetivo describir la utilización general de la Atención Médica Personal (AMP) y comparar las características individuales asociadas con la AMP en grupos sin afecciones crónicas notificadas, con 1 afección crónica y con 2 o más de esas afecciones. En su metodología indican haber obtenidos los datos de 47.814 individuos, extraídos de la Encuesta nacional de entrevista de salud, se analizaron mediante regresión logística múltiple para determinar el nivel de uso de AMP en relación con factores demográficos, socioeconómicos o relacionados con la salud. En cuanto a los resultados, el 12.19% (5737 / 47,814) usaban AMP, las personas con niveles más altos de educación e ingresos informaron tasas más altas de uso. Aquellos con educación universitaria tenían 2.5 veces más probabilidades de usar AMP que los encuestados sin educación universitaria. Las personas con seguro médico contaban con más posibilidades de usar AMP que las personas sin seguro médico. Las personas sin afecciones crónicas no experimentaron barreras para acceder a la atención médica, comparado con las personas con 1 o más afecciones crónicas. Concluyen su estudio indicando que los hallazgos de este estudio ilustraron las disparidades en el uso de AMP en función del número de afecciones crónicas, la economía y la educación (12).

Kohlenberger *et al.* (2019) desarrollaron su estudio con el objetivo de determinar la utilización del servicio de los refugiados y las barreras para el acceso a la atención

médica. En su metodología utilizaron datos de la Encuesta de entrevista de salud austriaca (ATHIS) y la Encuesta de salud e integración de refugiados (ReHIS). Los resultados muestran que las mujeres informaron que utilizan los SS con más frecuencia que los varones, el 13% de las mujeres informaron con mayor frecuencia la consulta de psicólogos, psicoterapeutas o psiquiatras que los hombres 5%. Los dentistas fueron consultados con menos frecuencia por los refugiados (27–28%) que por los austriacos (70–78%). Dos de cada diez varones y cuatro de cada diez mujeres refugiadas reportaron necesidades de atención médica insatisfechas El tiempo fue un factor relevante para dejar los problemas de salud sin tratamiento: el 23% de las mujeres y el 20% de los refugiados masculinos el 19% de las mujeres y 15% de hombres consideraba una larga lista de espera para recibir tratamiento. El idioma, también fue una barrera para el acceso a SS 11-12%. El estudio concluye indicando que el acceso de los refugiados a la atención médica en Austria se puede mejorar y racionalizar mejorando el flujo de información (61).

Yang (2020) en su estudio se plantearon por objetivo evaluar el estado de la provisión de servicios de salud de los hospitales dentales públicos terciarios durante la epidemia de COVID-19 en China y evaluar la diferencia regional de telesalud. En su metodología, registraron y analizaron el estado de los servicios dentales que no son de emergencia, los servicios dentales de emergencia y la consulta profesional en línea y la distribución geográfica de los hospitales. Sus resultados muestran que los 48 hospitales dentales suspendieron el tratamiento dental general que no era de emergencia y solo brindaron servicios dentales de emergencia. El 90% notificó el cambio de los servicios dentales en línea, y el 69% de ellos ofreció consultas profesionales gratuitas en línea. El uso de telesalud fue usado en mayor medida en la región oriental que en las regiones central y occidental. El estudio concluye mencionando que hubo un cambio significativo en la provisión de los SS de los hospitales dentales públicos chinos durante la pandemia de COVID-19 y el uso más amplio de la telesalud en la región oriental (62).

Ahmed *et al.* 2020. en su estudio se plantearon el objetivo de determinar el impacto de la respuesta social al COVID-19 en el acceso a la atención médica para problemas de salud distintos del COVID-19 en dos períodos: antes y durante del COVID-19. En su metodología, recogieron datos de siete barrios marginales de Bangladesh, Kenia, Nigeria y Pakistán, exploraron las perspectivas y experiencias sobre el acceso a la

atención. Los resultados muestran que con COVID-19, hubo una disminución en el acceso a los SS, incluidos los servicios preventivos. El costo de la atención médica aumentó mientras que los ingresos familiares se redujeron. Los residentes tuvieron dificultades para llegar a los centros de salud. El miedo a ser diagnosticado con COVID-19 desanimó la búsqueda de atención médica. El estudio concluye indicando que la capacidad de los residentes de buscar atención médica para afecciones distintas de COVID-19 se ha reducido durante el cierre de los SS (63).

Sutherland *et al.* (2020) su objetivo fue cuantificar los cambios en la actividad observados en el sistema de salud de Nueva Gales del Sur durante el primer semestre de 2020. En su metodología, los datos de atención médica se obtuvieron de múltiples fuentes, incluida la atención primaria, ambulancias, departamentos de emergencia y entornos hospitalarios. Los volúmenes de actividad sanitaria en 2020, se compararon con las cifras del mismo período en 2019. Sus resultados muestran que durante los meses de marzo hasta junio del 2020, comparado con el 2019, hubo una reducción del 22,1% en las consultas presenciales, un 51,5% en la actividad de detección de mamas, un 7,2% en los incidentes de ambulancia, un 13,9% en urgencias, un 14,3% en internamiento hospitalario y en un 32,6% la actividad quirúrgica planificada. El estudio concluye indicando que hubo disminuciones sustanciales en una extensa gama de actividades de asistencia médica en el sistema de salud público a causa de la pandemia COVID-19 (64).

Abuzeineh *et al.* (2020) en su estudio se plantearon el objetivo de evaluar a la Telemedicina en la atención de receptores de trasplante renal con enfermedad por COVID-19. Realizaron tres reportes de casos clínicos. La telemedicina ha aumentado drásticamente desde la pandemia en un esfuerzo por mantener la atención al paciente y minimizar el peligro de exposición frente al COVID-19. Sus resultados indican que la telemedicina ayudó a incrementar el acceso a la atención para los receptores de trasplantes de riñón durante y después de la pandemia, ya que ofreció una plataforma rápida, segura y conveniente para brindar atención a estos pacientes. El estudio concluye indicando que para aumentar la implementación generalizada de la telemedicina, las barreras regulatorias y financieras existentes deben eliminarse de forma permanente (65).

Jiménez *et al.* (2020) tuvieron por objetivo explorar la percepción de los profesionales sanitarios españoles sobre la implantación de las video consultas. En su metodología indican haber realizado una investigación cualitativa, observacional descriptivo, a partir de los testimonios de 53 profesionales de la salud, se utilizó una entrevista estructurada, que constaba de cuatro preguntas cerradas y cuatro abiertas. En los resultados indican que las video consultas evitan la propagación de la enfermedad, las consultas se hacen más eficientes, evitan aglomeraciones y listas de espera, se resuelven rápidamente las enfermedades comunes y menores, El estudio concluye indicando que las video consultas pueden arrojar información sobre el futuro de la telemedicina con el objetivo de brindar atención médica no solo a pacientes crónicos, sino también a aquellos con enfermedades agudas (66).

Tullo *et al.* (2020) Ejecutaron su investigación con el objetivo de determinar la magnitud del impacto de la pandemia por COVID-19 en la prestación de servicios de salud esenciales. En su metodología indican haber realizado una investigación observacional descriptiva y transversal, donde emplearon datos de los meses de enero a abril durante los años 2017 al 2020. En sus resultados muestran que pudieron observar una reducción de servicios de salud públicos durante enero-abril del 2020. Hubo una reducción de las consultas ambulatorias en un 20,1%, a pesar que durante los meses de enero-abril de los años 2017-2019 se incrementaron. Concluyen su estudio indicando que la atención sanitaria estuvo afectada por la pandemia pues se observa una disminución del número de consultas por causas diferentes al COVID-19 (67).

Lee *et al.* (2020) en su estudio tuvieron por objetivo evaluar los esfuerzos de control de infecciones comparando los datos recopilados durante 20 semanas durante una pandemia. En su metodología indican haber realizado un estudio transversal, adquirieron datos de registros médicos de 20 semanas antes y después de la aparición de COVID-19 y se compararon dichos datos. Sus resultados muestran una disminución de pacientes sin COVID-19 que visitaron el departamento de emergencias en un 37,6% ( $P < 0,01$ ) desde que ingresaron casos de COVID-19. Sin embargo, los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM), accidente cerebrovascular, traumatismo grave y apendicitis aguda que acuden a urgencias no disminuyeron. Concluyen su estudio indicando que es crucial comprender las realidades de brindar servicios médicos esenciales mientras se combate una mayor



propagación de infecciones mediante el establecimiento de contramedidas apropiadas dentro del sistema (68).

Langellier *et al.* (2020) en su estudio se plantearon el objetivo de evaluar la relación entre el logro educativo y el acceso y uso de la atención médica entre las poblaciones de origen mexicano, en cuanto a la metodología fue un estudio comparativo, para la recolección de datos usaron los resultados obtenidos por tres encuestas: Estudio Nacional de Salud y Nutrición de México de 2012, la Encuesta de Acceso y Utilización de Atención Médica del Proyecto Migrante de 2013 y la Encuesta de Entrevistas de Salud de California de 2013–2014; del estudio obtuvieron como resultado que los migrantes mexicanos que se dirigen al norte con educación universitaria tienen probabilidades significativamente mayores ( $OR = 3.64$ ;  $p < 0.001$ ) de ser atendidos o tener seguro en relación con sus contrapartes con una educación inferior a la secundaria. Concluyen su estudio indicando que hay una asociación directa entre el logro educativo y el acceso a la atención médica (69)

Okereke *et al.* (2021) realizaron su estudio con el objetivo de evaluar el impacto de COVID-19 en el acceso a la atención médica en países de ingresos bajos y medianos. En su metodología indican haber realizado un estudio cualitativo. En sus resultados indican que aquellos países con ingresos bajos y medianos cuentan con una menor densidad de trabajadores de la salud y disponibilidad de camas de hospital por población; esto reduce la disponibilidad de SS para los pobres. Los países con altos ingresos invierten más en salud, lo contrario ocurre con los países más pobres donde se cubre la salud con gastos de bolsillo. Estas incidencias invariablemente darán como resultado un acceso deficiente a la atención médica en estos países; además indican que las atenciones por especialidades médicas mostraron una caída significativa, los pacientes no acudían al establecimiento de salud por temor a salir de casa, por problemas de transporte, o la falta de ayuda para trasladarse a la clínica. El estudio concluye indicando que el impacto de la pandemia por COVID-19 es de gran alcance en muchas áreas, incluidas, la seguridad sanitaria mundial, la economía y la prestación de asistencia médica en los países con ingresos bajos y medianos (70).

Santi *et al.* (2021) en su estudio se plantearon por objetivo evaluar el impacto de la pandemia en pacientes sin COVID-19 en el norte de Italia. En su metodología indican haber realizado un estudio observacional, retrospectivo pues usaron datos extraídos

de los sistemas informativos de atención médica. Sus resultados muestran una disminución de pacientes en el servicio de urgencias en todos los grupos de edad y en todos los grupos de gravedad y diagnóstico. En el período de confinamiento se constató un aumento significativo de la mortalidad extrahospitalaria global (43,2%) y de la mortalidad extrahospitalaria por causa específica relacionada con neoplasias (76,7%), endocrinas, nutricionales y metabólicas (79,5%) así como como enfermedades cardiovasculares (32,7%). El estudio concluye indicando que la pandemia provocó una caída repentina de las visitas a urgencias y hospitalizaciones de pacientes que no tenían COVID-19 durante el período de confinamiento, y un aumento simultáneo de la mortalidad extrahospitalaria (71).

Aragona *et al.* (2020) en su estudio se plantearon el objetivo de estimar el impacto del confinamiento por la COVID-19 en la utilización de los servicios y la adherencia al seguimiento en un servicio ambulatorio italiano. En su metodología, realizaron un estudio con diseño transversal retrospectivo. En sus resultados notaron que, en el mes de marzo del 2020, disminuyó la cantidad de pacientes que acuden a psiquiatría, en consonancia con la implementación de diversas medidas de restricción como el confinamiento. La cantidad de pacientes que acudieron durante febrero del 2020 y retornaron en marzo del mismo año se redujo alrededor del 30 %. Se concluye indicando que la reducción de la utilización del servicio incrementa el riesgo de suspensión del tratamiento y es probable que se pueda presentar una recaída (72).

Mishra *et al.* (2021) en su estudio se plantearon el objetivo de comprender las desigualdades en el acceso a los servicios de salud materna entre la región de las sierras y los valles. En cuanto a su metodología empleada, los datos fueron extraídos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (NFHS-4), emplearon un diseño de muestreo estratificado de dos etapas tanto en áreas rurales como urbanas, además usaron la regresión logística. En cuanto a los resultados, para la religión, las mujeres pertenecientes a la comunidad hindú tenían más probabilidades de utilizar los SS de atención prenatal en comparación con las cristianas OR; 0.40, IC: 0.31–0.61; las mujeres pobres tenían menores probabilidades de acceso a los SS en comparación con las mujeres no pobres. El estudio concluye indicando que mejorar las oportunidades educativas para las mujeres puede tener un gran impacto en la utilización de SS materna (73).

## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 2.1. Identificación del problema

La pandemia de COVID-19 considerada un desastre de salud a nivel mundial y un gran desafío que enfrenta la humanidad desde la Segunda Guerra Mundial. En Wuhan, provincia de Hubei, China, brotó una enfermedad respiratoria infecciosa, en diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud la nombra como COVID-19 (4).

Casi todas las naciones se encuentran luchando para evitar y disminuir la propagación de la enfermedad, adoptando diversas medidas como la toma de pruebas, realizando tratamientos, aplicación de cuarentena, limitación de reuniones (4), el distanciamiento social, toque de queda, etc. El Perú no fue la excepción y también adoptó diversas medidas, entre ellas la declaración de cuarentena en todo el territorio nacional desde el 15 de marzo de 2020 según Decreto supremo N° 044-2020-PCM, la misma que fue extendiéndose hasta el 30 de junio de 2020 (20), se continuó con la cuarentena focalizada en distintos Departamentos del país donde la cifra de contagios aún era elevada. Por su parte el Ministerio de Salud (Minsa), EsSalud y las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, anunciaron la suspensión de las consultas externas en hospitales y establecimientos de salud con la finalidad de evitar aglomeraciones y con ello la propagación de contagios (5).

Ante esta noticia los servicios de salud que son aquellos destinados a mantener y promover la salud, además de prevenir enfermedades (28) y el acceso a servicios de salud que es la inexistencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, de organización o de género (31) que además está relacionada a la capacidad de las personas para buscar y así obtener atención médica (32) quedan limitados.

El Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) muestra diferencias en el número de atenciones en el Perú entre el año 2019 y 2020, si bien los datos muestran

similitudes en los meses de enero y febrero de los años 2019 y 2020 donde se realizaron entre 9.240.758 y 10.133.000 atenciones, desde el mes de marzo del 2020 la cantidad de atenciones empieza a descender en 33,36% en comparación con el año 2019, en abril disminuyó en 80,24%, en mayo 63,86%, en junio 63,37%, en julio 44,89%, en agosto 42,13% y en setiembre 49,57% (6). Cabe indicar que los porcentajes en cuanto a la disminución de la consulta entre el año 2019 y 2020 son alarmantes, esto a consecuencia de la suspensión de las consultas externas en hospitales y establecimientos de salud, pues estos se enfocaron en la atención a personas diagnosticadas o con síntomas de COVID-19.

Si la población tuviera algún problema de salud que no fuese por síntomas o diagnóstico de COVID-19, tendría que buscar los medios para acceder a un servicio de salud lo que supondría un gasto económico como lo demuestra el estudio de Ypanaqué y Martins (2015) donde las personas con o sin seguro de salud realizaron un gasto de bolsillo por la consulta, las medicinas y los exámenes de laboratorio (51), el gasto realizado generaría cierta afeción a la economía familiar y más aún si el ingreso económico disminuye; la compañía peruana de estudios de mercado y opinión pública, muestra resultados respecto al impacto en el ingreso económico familiar durante la cuarentena por COVID-19, el 90.3% de la población peruana indicó que el ingreso económico familiar ha disminuido y el 9.3% indica que su economía se mantuvo igual (74). Por su parte el banco mundial informa que la reducción de ingresos en el Perú generada por la crisis del coronavirus ha sido muy alta pues el 80% de los hogares encuestados indican una disminución del ingreso económico de la familia, los sectores más afectados fueron los sectores informales, independientes y aquellos con bajo nivel educativo (75).

Además del aspecto económico, el aspecto social jugaría un papel importante para el acceso a servicios de salud, como lo demuestra el estudio de Sandefer *et al.* (2018) en su estudio donde encontraron que, de una muestra de 47814 individuos, el 12.19% (5737) registraron atención médica y estas personas tenían niveles más altos de educación e ingresos (12). El acceso a la atención de salud puede afectar el estado socioeconómico de una persona, por ejemplo, la pobreza reduce el acceso a la atención médica y conduce a una mayor morbilidad (47).

Ante este contexto se plantean las siguientes preguntas de investigación:

## 2.2. Enunciados del problema

Pregunta general:

- ¿Cuál es el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con los aspectos sociales, económicos y culturales?

Preguntas específicas:

- ¿Cuál es el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto social?
- ¿Cuál es el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto económico?
- ¿Cuál es el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto cultural?

## 2.3. Justificación

Ante las circunstancias en las que se vivieron a causa del COVID-19, el gobierno peruano dictó medidas restrictivas para evitar el contagio y la propagación del virus, una de las más importantes fue la suspensión de la consulta externa en los establecimientos de salud públicos donde se priorizó la atención a pacientes con diagnóstico de COVID-19, imponiendo así una barrera administrativa que limita el alcance a los servicios de salud públicos a los que normalmente la población asistía para resolver un problema de salud. Debido a estas restricciones el porcentaje de atenciones en Salud se redujo desde el mes de marzo del 2020, hasta en un 80% de 11994203 atenciones en abril del 2019 a 2369860 atenciones en abril del 2020 (6).

Por ser un tema de actualidad es preciso conocer si durante la pandemia por COVID-19 la población puneña tuvo algún problema de salud que no sea por síntomas o diagnóstico de COVID-19, durante los meses de marzo a setiembre del 2020 en los cuales las curvas de contagio eran elevadas y la reactivación económica se hacía evidente. Si la población puneña tuvo algún problema de salud que no sea por síntomas o diagnóstico de COVID-19, qué hizo para acceder a los servicios de salud y resolver su problema, teniendo en cuenta que los establecimientos de salud fueron reorganizados y suspendieron las atenciones. Por otro lado, la pérdida de empleos y fuentes de ingreso fue bastante alta en el Perú (75), la pérdida de empleos y la recesión económica hacen que las personas se queden sin seguro de salud y retrasen la búsqueda de atención, además los costos del tratamiento dejan en grave riesgo financiero a las personas, por ello es necesario conocer si los aspectos sociales, económicos y culturales intervinieron en el acceso a los servicios de salud durante la pandemia por COVID-19.

La presente investigación tiene relevancia teórica porque apenas existen resultados sobre el impacto en el acceso a servicios de salud públicos o privados durante la pandemia por COVID-19. Hasta el momento no se encontró evidencia a nivel local, nacional o mundial, que asocien la COVID-19 con el acceso a servicios de salud en relación a los aspectos sociales, económicos y culturales. También tiene relevancia social porque los resultados podrían ser generalizados a nivel nacional, por la coyuntura en la que se vivió en todo el territorio nacional así como en la Región de Puno al enfrentar la pandemia, tras la obtención de resultados se generó información que puede ser usada exclusivamente con la finalidad de examinar la situación y buscar medidas formativas, proponer recomendaciones y planificar futuras estrategias, además podría ser aprovechada por los actores sociales para reconsiderar nuevas estrategias o perfeccionar las ya implementadas, para la mejora del acceso a servicios de salud ante cualquier eventualidad futura que comprometa la salud pública.

Toda la población peruana son los directos beneficiarios, porque los resultados estarán disponibles en diversas plataformas de los cuales los actores sociales locales, regionales y nacionales como el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) puedan considerar estos resultados en la elaboración de políticas públicas para beneficiar a la población y así encontrarnos preparados ante futuras eventualidades que puedan perjudicar la salud pública.

## 2.4. Objetivos

### 2.4.1. Objetivo general

Evaluar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con los aspectos sociales, económicos y culturales.

### 2.4.2. Objetivos específicos

- Analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto social.
- Analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto económico.
- Analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto cultural.

## 2.5. Hipótesis

### 2.5.1. Hipótesis general

El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con los aspectos sociales, económicos y culturales.

### 2.5.2. Hipótesis específicas

- El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un



diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto social.

- El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto económico.
- El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto cultural.



## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Lugar de estudio

La presente investigación se realizó en la población del Departamento de Puno situado al sur este de Perú, entre 13°00'00" y 17°17'30" de latitud sur y los 71°06'57" y 68°48'46" de longitud oeste del meridiano de Greenwich; posee una amplitud de 71 999,0 km<sup>2</sup>, es considerado uno de los departamentos más grandes del Perú, siendo el quinto de la lista. Sus límites son por el norte con la región Madre de Dios, por el este limita con el país de Bolivia, por el sur con Tacna y Bolivia y por el oeste con Moquegua, Arequipa y Cusco. El Departamento de Puno consta de un perímetro fronterizo de 1108 Km. que representa el 11 por ciento de línea de frontera del Perú (76).

El departamento está compuesto por 13 provincias: Puno, Azángaro, Carabaya, Chucuito, El Collao, Huancané, Lampa, Melgar, Moho, San Antonio de Putina, San Román, Sandia y Yunguyo (76)

#### 3.2. Población

La población del presente estudio estuvo constituida por adultos a partir de los 18 años. Según resultados del Instituto Nacional de Estadística e Informática de la última encuesta nacional de 2017, la población total estaría constituida por 817428 habitantes del Departamento de Puno mayores de 18 años de edad (77).

#### 3.3. Muestra

La muestra utilizada para este estudio fue probabilística, de tipo aleatorio simple. En tal sentido se aplicó la fórmula para el muestreo de una población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

$N$  = Total de la población

$Z_{\alpha} = 1.96$  al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

$p$  = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

$q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.05 = 0.95$ )

$d$  = precisión (en su investigación use un 5%)

Reemplazando los datos de la fórmula, el tamaño de la muestra estuvo constituido por 384 habitantes del Departamento de Puno. Para ello se siguieron los siguientes criterios:

#### **Criterios de inclusión:**

- Habitantes del Departamento de Puno, independiente de su lugar de nacimiento.
- Personas con 18 años de edad a más.

#### **Criterios de exclusión:**

- Habitante de algún Departamento del Perú que no sea Puno.
- Menores de edad.

### **3.4. Método de investigación**

La investigación fue de tipo correlacional de diseño no experimental porque la investigación se realizó sin realizar la manipulación deliberada de variables “lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (63)”: Transversal correlacional: Porque la toma de datos se realizó en un solo momento y este diseño es útil para establecer relaciones entre dos o más variables (63). Retrospectivo: Los datos fueron registrados a partir de la experiencia que la población tuvo en cuanto a un diagnóstico diferente a la COVID-19.

Descripción detallada del uso de recursos humanos y recursos materiales.

- Recursos humanos:
  - o Investigador

- Asesor de la investigación.
- Ingeniero de sistemas.
- Ingeniero estadista.
- Población del departamento de Puno
- Recursos materiales:
  - Computadoras.
  - Internet.
  - Celulares
  - Aplicativo Forms de Microsoft.

### **3.5. Descripción detallada de métodos por objetivos específicos**

- Para el objetivo específico 1: Analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto social.

Determinación de variables:

En la variable independiente: Aspectos sociales; se estudiaron las siguientes dimensiones: Sexo, edad, lugar de residencia y grado de instrucción.

La variable dependiente: Acceso a servicios de salud; se estudió la dimensión: Acceso al servicio de salud propiamente dicho.

- Para el objetivo específico 2: Analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto económico.

Determinación de variables:

En la variable independiente: Aspectos económicos se estudiaron las siguientes dimensiones: Los ingresos económicos, la condición laboral y el seguro de salud con el que cuenta el encuestado.

La variable dependiente: Acceso a servicios de salud; se estudió la dimensión: Acceso al servicio de salud propiamente dicho.

- Para el objetivo específico 3: - Analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto cultural.

Determinación de variables:

En la variable independiente: Aspectos culturales se estudiaron las siguientes dimensiones: Idioma y religión.

La variable dependiente: Acceso a servicios de salud; se estudió la dimensión: Acceso al servicio de salud propiamente dicho.

**a) Técnicas, instrumentos y procedimientos para la recolección de datos de los tres objetivos específicos.**

- Técnicas e instrumentos

La técnica utilizada para la recolección de datos de la presente investigación fue la encuesta, el instrumento usado fue el cuestionario; para el estudio se usó el cuestionario Web autoadministrado (Anexo 1).

El cuestionario web, fue construido en base a instrumentos de recolección de datos de investigaciones previas como el estudio de Arrivillaga *et al.* (6), Saeed *et al.* (7), Filippidis *et al.* (9), Luque *et al.* (11), Monteiro *et al.* (13); además se incluyeron preguntas de elaboración propia.

Elaborado en idioma castellano por un Ingeniero de Sistemas y haciendo uso de la aplicación Forms de Microsoft, el mismo que pudo ser compartido por un enlace URL mediante correos electrónicos, redes sociales y mensajes de texto; así mismo la dirección URL era compatible con todo dispositivo electrónico que contaba con señal de Internet (celulares, computadoras, laptops, tablets) independiente de su

sistema operativo. No fue necesario que el encuestado cuente con un correo electrónico para acceder al cuestionario.

El cuestionario fue sometido a la validación por juicio de expertos, según el estadístico V de Aiken se obtuvo como resultado 0,95 lo que indica un acuerdo casi perfecto entre los jueces por lo tanto el instrumento es válido para su aplicación; seguidamente se levantaron las observaciones y sugerencias de los expertos y se procedió a la aplicación de la prueba piloto en 39 habitantes del Departamento de Puno que corresponde al 10,15% de la muestra total. El cuestionario Web fue enviado mediante un enlace URL compartido por redes sociales y mensajes de texto.

Procedimiento:

- 1°. El cuestionario web fue compartido por un enlace URL, enviado mediante correos electrónicos, redes sociales y mensajes de texto. Cabe resaltar que el llenado del cuestionario se limitó a ser realizado una sola vez por dispositivo, si la persona quiso llenarla por segunda vez aparecía el siguiente mensaje "Usted ya lleno el cuestionario", gracias.
- 2°. El cuestionario inició informando sobre el objetivo general, el contenido del estudio, la privacidad y la protección de datos, además del consentimiento informado. Seguidamente se da inicio al cuestionario propiamente dicho.
- 3°. El cuestionario incluyó preguntas sobre sexo, edad, , estado civil, lugar de residencia actual, el nivel de estudios, idioma, religión, el tipo de empleo, el ingreso monetario mensual, el seguro de salud con el que cuenta; en cuanto al acceso a servicios de salud las preguntas fueron especificadas (a partir de la pandemia por COVID 19), la necesidad de acceso a un servicio de salud, el tipo de servicio de salud que necesitaba, el lugar al que acudió para recibir atención, el gasto realizado por la atención y/o los medicamentos recibidos, la percepción de éste gasto en la economía familiar y la percepción sobre la escasez de servicios de salud en tiempos de COVID-19. El participante debió marcar solo una alternativa por pregunta excepto en las preguntas 2, 7 y 8, en las preguntas número 2 y 8 respondió brevemente su edad en números y su

ocupación respectivamente, en la pregunta número 7 pudo elegir dos o más alternativas (Anexo 1).

- 4°. Al concluir el llenado del cuestionario el participante debió presionar en “ENVIAR”. Las respuestas fueron enviadas automáticamente a una base de datos, administrada por la investigadora.
- 5°. Los resultados fueron sometidos a la prueba de hipótesis de Fisher y Chi Cuadrado, en el programa estadístico SPSS 14.0.

#### **b) Aplicación de la prueba estadística.**

Con la finalidad de responder a las preguntas de investigación planteadas, así mismo cumplir con los objetivos de la investigación se realizaron tablas de distribución y frecuencia, para la prueba de hipótesis se utilizaron la prueba de Fisher (para variables dicotómicas) y Chi Cuadrado (para variables politómicas).

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Análisis, presentación de resultados y discusión.

##### 4.1.1. Análisis de la distribución por provincia de la población del Departamento de Puno, que presentaron o no, un diagnóstico diferente a la COVID-19.

El análisis de los habitantes del departamento de Puno distribuidos por provincia que presentaron o no, un diagnóstico diferente a la COVID-19 se muestra en la tabla 1. La tabla muestra que de los 384 habitantes del departamento de Puno, el 44.3% indicó que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19, siendo el 67.1% habitantes de la provincia de Puno, 9.4% de la provincia de San Román, 7.6% de Huancané, las provincias de Chucuito – Juli y Azángaro presentaron cada una un 3,5%, Melgar y Sandia 2.4%, Carabaya 1.8%, en menor medida se presentan las provincias de El Collao, Yunguyo, Moho y San Antonio con 0,6% cada una, sin embargo, ningún habitante de la provincia de Lampa presentó un diagnóstico diferente a la COVID-19.

Tabla 1

*Distribución por provincias de la población del Departamento de Puno, que presentaron o no, un diagnóstico diferente a la COVID-19 en el departamento de Puno, 2020.*

		Diagnóstico diferente a la COVID-19					
		Si		No		Total	
		N	%	N	%	N	%
<b>Provincia</b>	Puno	114	67.1	121	56.5	235	61.2
	San Roman	16	9.4	17	7.9	33	8.6
	El Collao	1	0.6	7	3.3	8	2.1
	Chucuito-Juli	6	3.5	7	3.3	13	3.4
	Yunguyo	1	0.6	0	0.0	1	0.3
	Lampa	0	0.0	3	1.4	3	0.8
	Moho	1	0.6	3	1.4	4	1.0
	Huancane	13	7.6	20	9.3	33	8.6
	Azangaro	6	3.5	15	7.0	21	5.5
	Melgar	4	2.4	4	1.9	8	2.1
	San Antonio	1	0.6	4	1.9	5	1.3
	Carabaya	3	1.8	8	3.7	11	2.9
	Sandia	4	2.4	5	2.3	9	2.3
<b>Total</b>		170	100.0	214	100.0	384	100.0
		170	44.3	214	55.7	384	100.0

#### 4.1.2. Análisis de los aspectos sociales y el acceso a los servicios de Salud

El análisis de los aspectos sociales y el acceso a los servicios de salud en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020 se detalla en la tabla 2, se observa que del 100.0% de participantes el 43.0% logró el acceso a los servicios de salud, de los cuales el 63.0% son mujeres, el 47.9% presentaron edades entre 30-59 años y sólo el 6.8% con edades de 60 a más, el 50.0% cuenta con grado de instrucción universitaria y el 15.1 tiene formación técnica, en cuanto a la provincia de residencia el 68.5% residía en la provincia de Puno, el 12.3% en la provincia de San Román, el 5.5% en la provincia de Huancané, el 4.1% tanto en la provincia de Sandía como en la provincia de Chucuito – Juli, el 2.7% en la provincia de Azángaro, el 1.4% tanto en la provincia de Melgar como en la provincia de Carabaya. Por otro lado, el 57.0% no logró el acceso a los servicios de salud, de los cuales el 58.8% son mujeres y el 41.2% varones, el 55.7% presentaron edades de entre 18-29 años y el 5.2% con más



de 60 años de edad, el 77.3% cuenta con grado de instrucción universitario y el 7.2% presenta educación básica; en cuanto al lugar de residencia el 66% residía en la provincia de Puno, el 9.3% en la provincia de Huancané, el 7.2% en la provincia de San Román, el 4.1% en la provincia de Azángaro, el 3.1% tanto en la provincia de Chucuito – Juli como en la provincia de Melgar, el 2.1% en la provincia de Carabaya, las provincias de El Collao, Yunguyo, Moho, San Antonio y Sandia con 1% cada uno y el 0% en la provincia de Lampa.

Tabla 2

*Aspectos sociales y el acceso a los servicios de Salud en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.*

Ítem	Acceso a los servicios de salud						p valor
	Si	%	No	%	Total	%	
<b>Total</b>	73	43.0	97	57.0	170	100.0	
<b>Género</b>							0.636
Femenino	46	63.0	57	58.8	103	60.6	
Masculino	27	37.0	40	41.2	67	39.4	
<b>Edad</b>							0.398
18 – 29	33	45.2	54	55.7	87	51.2	
30 – 59	35	47.9	38	39.2	73	42.9	
60 o más	5	6.8	5	5.2	10	5.9	
<b>Grado de instrucción</b>							0.164
Educación básica (prim. y/o sec.)	12	16.4	7	7.2	19	11.2	
Técnico	11	15.1	15	15.5	26	15.3	
Universitario	50	68.5	75	77.3	125	73.5	
<b>Provincia de residencia</b>							0.743
Puno	50	68.5	64	66	114	67.1	
San Román	9	12.3	7	7.2	16	9.4	
El Collao	0	0.0	1	1.0	1	0.59	
Chucuito Juli	3	4.1	3	3.1	6	3.5	
Yunguyo	0	0.0	1	1.0	1	0.59	
Moho	0	0.0	1	1.0	1	0.59	
Huancané	4	5.5	9	9.3	13	7.6	
Azángaro	2	2.7	4	4.1	6	3.5	
Melgar	1	1.4	3	3.1	4	2.4	
San Antonio	0	0.0	1	1.0	1	0.59	
Carabaya	1	1.4	2	2.1	3	1.8	
Sandia	3	4.1	1	1.0	4	2.4	
Lampa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	

“Los factores sociales generan barreras para el acceso oportuno a la atención” (77). Kohlenberger *et al.* (2019) indica en su estudio que las mujeres informaron que utilizan los servicios de salud con más frecuencia que los varones, nueve de cada diez hombres y casi todas las mujeres encuestadas tuvieron acceso a la atención médica (61). Los resultados difieren a los obtenidos en el presente estudio puesto que mayoritariamente las mujeres 58.8% no lograron el acceso a los servicios de salud en comparación con los varones; esta contradicción podría deberse a que nuestro estudio tomó datos de cuando la pandemia por COVID-19 obligaba la suspensión de la consulta externa en los servicios de salud. La suspensión de la atención por la falta de espacio hospitalario y la alta demanda de mano de obra del profesional de salud pudo tener un efecto perjudicial en las enfermedades no transmisibles, elevando los niveles de mortalidad, y retrasando la detección oportuna lo que implica el progreso de la enfermedad (70).

La educación busca la mejora de la persona a lo largo de su vida, además presupone un avance y progreso social; la sociedad tiene la función de capacitar a los individuos para que puedan comprender su realidad y consiguientemente transformarla, de esta manera lograr el bienestar y con ello mejorar la calidad de los individuos (78). La salud está estrechamente relacionada con la educación y la economía, a mayor educación, mayor probabilidad de acceso a los servicios de salud (79). Saeed *et al.* (2016) en su estudio indica que las mujeres con educación primaria y secundaria, prefirieron los establecimientos de salud privados (57). Awoke *et al.* (2017) muestra que el grupo de mayor edad, la educación superior y la mayor riqueza se asociaron con el uso de servicios de salud privados (58). Sandefer *et al.* (2018) demuestran que las personas con niveles más altos de educación tenían más probabilidades de usar atención médica que las personas sin seguro médico (12); Langellier *et al.* (2020) observaron una asociación directa entre el nivel de logro educativo y el acceso a la atención médica (69). Los resultados difieren de los encontrados en nuestro estudio, pues independientemente del grado de instrucción y la edad el 57% no accedió a los servicios de salud, siendo los más desfavorecidos los que tenían el grado de instrucción universitario 77.3% a pesar que existe evidencia de que la educación es un determinante social fundamental de la salud (80,81), aquellos con 60 a más años de edad 5.2% tampoco accedieron a los servicios de salud, estas diferencias podrían ser justificadas por el contexto en el que se desarrollaron las investigaciones de Saeed

*et al.* (2016), Awoke, *et al.* (2017), Sandefer *et al.* (2018) y Langellier *et al.* (2020) donde las actividades en los establecimientos de salud públicos y privados se desarrollaban con normalidad y sin restricciones; a comparación con nuestro estudio el cual tuvo lugar durante el desarrollo de la pandemia por COVID-19 donde se dictaron restricciones para el acceso a los establecimientos de salud.

#### **4.1.3. Análisis de los aspectos económicos y el acceso a los servicios de Salud**

El análisis de los aspectos económicos y el acceso a los servicios de salud, en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020 se detalla en la tabla 3, muestra que el 43.0% logró el acceso a los servicios de salud, de los cuales el 41.1% no posee empleo, el 21.9% posee una condición laboral independiente, el 11.0% es nombrado; el 37.0% cuenta con el seguro de salud ESSALUD, el 34.2% cuenta con SIS, el 23.3% no cuentan con ningún seguro de salud, el 5.5% contaba con seguro de las Fuerzas Armadas (FFAA) o de la PNP; en cuanto al ingreso económico el 63.0% indica que disminuyó dicho ingreso y que sólo para el 6.8% aumentaron sus ingresos económicos. El 57.0% no logró el acceso a los servicios de salud, de los cuales el 26.8% no cuenta con empleo, el 25,8% posee una condición laboral independiente, el 22.7% es contratado y 19.6% nombrado; el 39.2% cuentan con ESSALUD, el 30.9% posee SIS, el 24.7% no cuentan con algún seguro de salud, el 3.1% cuenta con seguro de las FFAA o PNP, mientras que el 1.0% contaba con seguro privado de salud.

Tabla 3

*Aspectos económicos y el acceso a los servicios de Salud en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.*

Ítem	Acceso a los servicios de salud						<i>p valor</i>
	Si	%	No	%	Total	%	
<b>Total</b>	73	43.0	97	57.0	170	100.0	
<b>Condición laboral</b>							0.805
Nombrado	8	11.0	19	19.6	27	15.9	
Contratado	18	24.7	22	22.7	40	23.5	
Independiente	16	21.9	25	25.8	41	24.1	
Sin empleo	30	41.1	26	26.8	56	32.9	
Otro	1	1.4	5	5.2	6	3.5	
<b>Seguro de salud</b>							0.805
SIS	25	34.2	30	30.9	55	32.4	
ESSALUD	27	37	38	39.2	65	38.2	
FFAA y PNP	4	5.5	3	3.1	7	4.1	
Seguro privado	0	0.0	1	1.0	1	0.6	
Otro seguro	0	0.0	1	1.0	1	0.6	
Ninguno	17	23.3	24	24.7	41	24.1	
<b>Ingreso económico durante la pandemia</b>							0.735
Se mantuvo	22	30.1	24	24.7	46	27.1	
Disminuye	46	63.0	66	68	112	65.9	
Aumenta	5	6.8	7	7.2	12	7.1	

Las características socioeconómicas pueden influir en los patrones de uso de los servicios de salud, las personas con mejores condiciones socioeconómicas pueden acceder más fácilmente a los servicios de salud que las personas más pobres (82). La razón de la asociación de estado socioeconómico y salud, es que implican la utilización de recursos para evitar riesgos o minimizar las consecuencias de la enfermedad una vez que ocurre; estos recursos incluyen el dinero, el conocimiento, el poder (48,49). Awoke *et al.* (2017) muestra que la mayor riqueza se asocia con el uso de servicios de salud privados (58). Sandefer *et al.* (2018) demuestran que las personas con niveles más altos de ingresos informaron tasas más altas de uso de atención médica y las personas con seguro médico tenían más probabilidades de usar atención médica que las personas sin seguro médico (12); los resultados difieren de los encontrados en la presente investigación, pues la mayoría de los encuestados no

lograron el acceso a los servicios de salud, independientemente de su condición laboral, del seguro de salud con el que contaban o los ingresos económicos que percibían.

Ahmed *et al.* 2020 indica en su estudio que el costo de la atención médica aumentó mientras que los ingresos familiares se redujeron (63). Los resultados son similares con nuestra investigación, pues los ingresos familiares se redujeron en el 65.9%. La COVID-19, ha provocado un aumento del desempleo y grandes pérdidas económicas (8), la pérdida del empleo puede provocar una disminución significativa de la reserva económica (10) y aumentar la inestabilidad económica en los hogares (22), las personas que tenían ingresos medios, bajos o ingresos diarios se vieron en la obligación de gastar los últimos ahorros que tenían sumiéndolos en la pobreza extrema (9); la pérdida de un trabajo también podría indicar la pérdida del seguro de salud para el funcionario y su familia, lo que originaría mayores dificultades para acceder a la atención médica (10), causando así las desigualdades en salud (22). La demanda de los servicios de salud implica que las entidades de salud pública deban mejorar su cobertura y prepararse para situaciones similares a las que vivimos con la pandemia por el COVID-19 (83). A pesar de que la mayor parte de los encuestados contaba con un seguro de salud, esto no implicó que pudiesen acceder a un servicio de salud.

#### **4.1.4. Análisis de los aspectos económicos y el grado de afectación económica debido al pago realizado por la atención en salud**

El análisis de los aspectos económicos y el grado de afectación económica debido al pago realizado por la atención en salud, en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020 se detalla en la tabla 4; el 40.58% indicó que el grado de afectación económica fue "nada", de ellos el 37.7% cuenta con ESSALUD, el 36.2% cuenta con SIS y el 21.7% no cuenta con algún seguro de salud, el 56.5% indicó que sus ingresos económicos disminuyeron y el 8.7% indicó que sus ingresos aumentaron, el 37.7% no cuenta con empleo, el 26.1% es contratado, el 23.2% es independiente y el 11.6% es nombrado; el 28.8% indicó que el grado de afectación económica fue "bastante", de los cuales el 32.7% de cuenta con SIS y la misma proporción cuenta con ESSALUD, el 28.6% no contaba con seguro de salud, el



79.6% indicó que sus ingresos económicos disminuyeron y el 8.2% indica que sus ingresos económicos aumentaron, el 32.7% no cuenta con empleo, el 22.4% es contratado, el 20.4% es independiente, el 14.3% es nombrado; el 22.9% indicó que el grado de afección económica fue "regular", de los cuales el 38.5% cuenta con ESSALUD, el 33.3% con SIS, el 20.5% no cuenta con seguro, el 71.8% indica que sus ingresos económicos disminuyeron y solo para el 2.6% sus ingresos aumentaron, el 33.3% es independiente, el 25.6% no cuenta con empleo, el 23.1% es contratado y el 17.9% es nombrado; el 7.6% indicó que el grado de afección económica fue "poco", de los cuales el 61.5% cuenta con ESSALUD, el 30.8% no cuenta con seguro de salud y solo el 7.7% cuenta con SIS, el 46.2% indica que sus ingresos económicos se mantuvieron y la misma proporción indica que sus ingresos se disminuyeron , mientras que solo el 7.7% indica que sus ingresos aumentaron, el 38.5% es nombrado y el 30.8% no cuenta con empleo.

Tabla 4

*Aspectos económicos y el grado de afección económica debido al pago realizado por la atención en salud, en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.*

Ítem	Grado de afección económica												p valor
	Bastante		Regular		Poco		Nada		Total				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
<b>Total</b>	49	28.8	39	22.9	13	7.6	69	40.58	170	100.0		.640	
<b>Seguro de salud</b>													
SIS	16	32.7	13	33.3	1	7.7	25	36.2	55	32.4			
ESSALUD	16	32.7	15	38.5	8	61.5	26	37.7	65	38.2			
FFAA/PNP	2	4.1	2	5.3	0	0.0	3	4.3	7	4.1			
Seguro privado de salud	0	0.0	1	2.6	0	0.0	0	0.0	1	0.6			
Otro seguro	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.6			
Ninguno	14	28.6	8	20.5	4	30.8	15	21.7	41	24.1		.061	
<b>Ingresos Económicos</b>													
Se mantuvo	6	12.2	10	25.6	6	46.2	24	34.8	46	27.1			
Disminuye	39	79.6	28	71.8	6	46.2	39	56.5	112	65.9			
Aumenta	4	8.2	1	2.6	1	7.7	6	8.7	12	7.1			
<b>Condición laboral</b>													
Nombrado	7	14.3	7	17.9	5	38.5	8	11.6	27	15.9			
Contratado	11	22.4	9	23.2	2	15.4	18	26.1	40	23.5			
Independiente	10	20.4	13	33.3	2	15.4	16	23.2	41	24.1			
Sin empleo	16	32.7	10	25.6	4	30.8	26	37.7	56	32.9			
Otro	5	10.2	0	0.0	0	0.0	1	1.4	6	3.5			

La salud está estrechamente relacionada con la educación y la economía, la falta de acceso a los servicios de salud y la pobreza en la que la población se encuentra, conllevan gastos catastróficos y/o empobrecedores (79), las personas con mayores ingresos tienden a vivir más tiempo, los niños que crecen en hogares con una alta economía presentan bajas tasas de enfermedad y mortalidad infantil (84).

Hernández *et al.* (2018) en su estudio muestra que el 56,5% indicó Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) y que en los afiliados al SIS el GBS disminuye (53). Guerrero (2020) muestra que el 63%. indica un GBS y tal gasto incrementa la posibilidad de empobrecimiento (55), en ambos estudios el GBS fue ocasionado por la compra de medicamentos y consultas médicas. Los resultados son similares a los obtenidos a nuestro estudio pues el 40.58% indica que no tuvo algún grado de afección económica, mientras que el restante representado por más del 50% indica que presentaron afección económica ya sea bastante, regular o poco, esto indicaría que realizaron algún gasto de bolsillo por la atención recibida en salud, independientemente del seguro de salud, los ingresos económicos o la condición laboral con el que cuenten; a pesar que Hernández *et al.* (2018) indique que en los afiliados al SIS el GBS disminuye (53), en nuestro estudio los afiliados al SIS, ESSALUD, PNP o FFAA indicaron haber tenido algún grado de afección económica, lo mismo sucedió con aquellos que contaban con otro seguro o en su defecto no contaban con un seguro de salud. El pago o gasto de bolsillo constituye entonces una barrera de acceso a los servicios de salud que impide o retrasa la atención, además, afecta la economía de los pacientes y el sistema; también, tiene un impacto relativamente mayor en los pobres, ya que incluso el pago más pequeño puede representar una parte sustancial de su presupuesto (50). La pandemia de COVID-19 devasta muchos sistemas de salud y la economía global, afectando significativamente a las minorías étnicas y a los grupos de nivel socioeconómico bajo (85).

#### **4.1.5. Análisis de los aspectos culturales y el acceso a los servicios de salud**

El análisis de los aspectos culturales y el acceso a los servicios de salud, en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020, se detalla en la tabla 5; en cuanto a la religión el 57% indica que no accedió a los servicios de salud, de los cuales el 72.2% era católico, el 12.4% pertenecía otra religión, el 10.3% no cuenta



con alguna religión y el 5.2% es evangélico; en cuanto al idioma el 57% indica que no accedió a los servicios de salud, de los cuales el 72.2% habla castellano y el 26.6% habla dos o más idiomas, el 1% habla quechua.

Tabla 5

*Aspectos culturales y el acceso a los servicios de Salud en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.*

Ítem	Acceso a los servicios de salud						p valor
	Si	%	No	%	Total	%	
<b>Total</b>	73	43%	97	57%	170	100.00%	
<b>Religión</b>							
Católico	54	74.0%	70	72.2%	124	72.9%	0.805
Evangélico	1	1.4%	5	5.2%	6	3.5%	
Otro	12	16.4%	12	12.4%	24	14.1%	
Ninguno	6	8.2%	10	10.3%	16	9.4%	
<b>Idioma</b>							
Catellano	45	61.6%	70	72.2%	115	67.6%	0.805
Quechua	0	0.0%	1	1.0%	1	.6%	
Aimara	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
Dos o más idiomas	28	38.4%	26	26.8%	54	31.8%	

Las barreras culturales se dan cuando el vínculo entre el usuario y el sistema de salud se obstaculiza por las creencias, el idioma, las conductas, los símbolos o tradiciones (35,36). Mishra *et al.* (2021) muestra que las mujeres pertenecientes a la comunidad hindú tenían más probabilidades de utilizar los servicios de salud de atención prenatal en comparación con las cristianas (73), en la presente investigación en su mayoría no lograron el acceso a los servicios de salud 57%, de los cuales el 72.2% era católica.

El lenguaje es el componente principal de la cultura, la comunicación ineficaz puede conducir a intervenciones inadecuadas e incluso a diagnósticos erróneos (37). El idioma tuvo un papel importante en el acceso a los servicios de salud Luque *et al.* (2018) menciona que el idioma fue una barrera para acceder a los servicios de salud (60), Kohlenberger *et al.* (2019) indica que el idioma, fue una barrera para el acceso a servicios de salud 11-12% (61); el estudio de Luque *et al.* se realizó en mujeres inmigrantes latinas en la costa de Carolina del Sur, y el estudio de Kohlenberger *et al.* fue realizado en refugiados en Austria, países en los cuales se habla el idioma inglés y el alemán respectivamente, es entonces que tanto los inmigrantes como los

refugiados tengan problemas con el idioma; aunque en nuestro estudio el idioma dificultó el acceso a los servicios de salud para el 57%, sin embargo el 67.6% habla castellano y 31.8% habla dos idiomas o más (incluido el castellano), esta similitud podríamos atribuirle independientemente del idioma a las restricciones para el acceso a los servicios de salud jugaron un papel muy importante.

#### **4.1.6. Análisis del establecimiento de salud donde se logra la atención con el seguro de salud, el gasto económico generado y la afección económica debido al pago realizado.**

El análisis comparativo del establecimiento de salud donde se logra la atención con el seguro de salud, el gasto económico generado y la afección económica debido al pago realizado, en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020 se detalla en la tabla 6; el 40.6% indica haber logrado la atención en un establecimiento de salud privado, de acuerdo al seguro de salud con el que cuenta: el 47.8% con ESSALUD, el 23,2% con SIS, el 21.7% sin seguro de salud, el 5.8% tiene seguro de las FFAA o PNP y solo el 1.4% cuenta con seguro privado de salud, en cuanto al tipo de consulta requerida: el 42.0% requería de la consulta médica especializada, el 15.9% consulta dental y el 5.8% consulta obstétrica, el 95.7% indica haber realizado un gasto económico por la atención recibida y el 78.3% indica que su economía fue afectada; el 39.4% indica haber logrado la atención en un establecimiento de salud público, de los cuales el 40.3% cuenta con SIS, el 32.8% con ESSALUD, el 22.4% sin seguro y el 4.5% cuenta con seguro de las FFAA o PNP, en cuanto al tipo de consulta requerida el 65.7% requería de la consulta médica, el 29.9% consulta médica especializada, el 3.0% consulta obstétrica y el 1.5% consulta dental, el 58.2% indica que no realizó un gasto económico por la atención recibida, el 62.7% indica que no sufrió una afección económica; el 10.6% indica que logró su atención en una farmacia, de los cuales el 33.3% tiene ESSALUD o no contaba con seguro de salud respectivamente, el 27.8% con SIS y el 5.6% contaba con otro seguro de salud, para el tipo de consulta el 38.9% requería de la consulta médica, el 33.3% de la consulta médica especializada, el 16.7% consulta dental y el 11.1% consulta psicológica, el 88.9% indica haber realizado un gasto económico por la atención y el 77.8% indica que este gasto afectó su economía; el 4.1% indica que logró la atención con un naturista, de los cuales el 57.1% contaba con SIS, el 85.7%



requería de la consulta médica, el 57.1% realizó un gasto económico y el 57.1% indica que no presentó afección económica; el 2.9% logró su atención en otro medio, de los cuales el 60% contaba con SIS, el 80% necesitaba de la consulta médica especializada, el 60.0% indica que realizó un gasto económico y la misma proporción indica que presentó afección económica; el 2.4% logró su atención mediante teleconsulta, de ellos el 75.0% contaba con ESSALUD, el 50.0% requería de la consulta médica y el otro 50.0% requería de la consulta médica especializada, el 50.0% indica que realizó un gasto económico por la atención recibida y en la misma proporción indica que presentó afección económica.

Tabla 6

*Comparación del establecimiento de salud donde se logra la atención con el seguro de salud, el gasto económico generado y la afectación económica debido al pago realizado, en la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.*

ÍTEM	Lugar donde se logró la atención												p valor			
	Establecimiento de salud privado		Establecimiento de salud público		Farmacia		Teleconsulta		naturista		otro			TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%	
<b>Total</b>	69	40.60%	67	39.40%	18	10.60%	4	2.40%	7	4.10%	5	2.90%	170	100%	0.748	
<b>Seguro de salud</b>																
SIS	16	23.2%	27	40.3%	5	27.8%	0	0.0%	4	57.1%	3	60.0%	55	32.4%		
ESSALUD	33	47.8%	22	32.8%	6	33.3%	3	75.0%	0	0.0%	1	20.0%	65	38.2%		
FFAA y PNP	4	5.8%	3	4.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	4.1%		
Seguro privado de salud	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	.6%		
Otro	0	0.0%	0	0.0%	1	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	.6%		
Ningún seguro	15	21.70%	15	22.4%	6	33.30%	1	25.0%	3	42.90%	1	20.0%	41	24.1%	0.001	
<b>Tipo de consulta</b>																
Médica	25	36.20%	44	65.70%	7	38.90%	2	50.00%	6	85.70%	1	20.00%	85	50.00%		
Dental	11	15.90%	1	1.50%	3	16.70%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	15	8.80%		
Consulta Psicológica	0	0.00%	0	0.00%	2	11.10%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	1.20%		
Obstétrica	4	5.80%	2	3.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	6	3.50%		
Médica especializada	29	42.00%	20	29.90%	6	33.30%	2	50.00%	1	14.30%	4	80.00%	62	36.50%	0.00	
<b>Gasto económico</b>																
Si	66	95.70%	28	41.80%	16	88.90%	2	50.00%	4	57.10%	3	60.00%	119	70.00%		
No	3	4.30%	39	58.20%	2	11.10%	2	50.00%	3	42.90%	2	40.00%	51	30.00%	0.00	
<b>Afectación económica</b>																
Si	54	78.30%	25	37.30%	14	77.80%	2	50.00%	3	42.90%	3	60.00%	101	59.40%		
No	15	21.70%	42	62.70%	4	22.20%	2	50.00%	4	57.10%	2	40.00%	69	40.60%		

El seguro social sirve como seguridad económica, pero es insuficiente durante una crisis como en la que vivimos con el COVID-19 (83). La demanda de los servicios de salud implica que las entidades de salud públicas deban mejorar su cobertura y prepararse para situaciones similares a las que vivimos con la pandemia por el COVID-19. A pesar de que la mayor parte de los encuestados contaba con un seguro de salud público lograron el acceso a servicios de salud privados, farmacias, teleconsultas, naturistas y en menor medida fueron atendidos en un establecimiento de salud público. Ypanaqué y Martins (2015) indican que los afiliados al SIS acudieron principalmente a los centros y puestos de salud (42,6%), los no asegurados usaron las farmacias y boticas (46,7%) (51) ; los resultados son similares a los obtenidos en nuestro estudio pues los asegurados al SIS obtuvieron mayoritariamente atención en un centro de salud público, pero difiere en cuanto a los no asegurados debido a que en nuestro estudio la población acudió tanto a establecimientos de salud públicos como privados, farmacias, naturistas y también utilizaron la teleconsulta como medio para mejorar su estado de salud. Saeed *et al.* (2016) indica que los que tenían seguro médico prefirieron el establecimiento público, los que no tienen seguro prefieren la farmacia y el tratamiento tradicional (57), los resultados son similares a los obtenidos, sin embargo, más que la preferencia por un establecimiento de salud, las personas optaron por cualquier establecimiento de salud o medio para poder resolver su condición de salud, esto debido la suspensión de la consulta externa en todos los establecimientos de salud públicos y la situación de pandemia en la que nos encontramos, es por ello que a pesar de contar con un seguro de salud público, la atención recibida fue en un establecimiento de salud privado, farmacia, tratamiento naturista, utilizaron la teleconsulta u otro medio que veían por conveniente para mejorar su estado de salud. Awoke *et al.* (2017) en su estudio demuestra que el 51,7% de los encuestados utilizó una instalación pública, el 17,8% una instalación privada y el 30,5% utilizó otras instalaciones (58), difiere de los resultados de nuestro estudio, pues utilizaron establecimientos de salud públicos el 39.4%, establecimientos de salud privados el 40.6% y el 20.0% utilizó otras instalaciones y medios, diferencia que puede ser explicado por el tiempo en el que fueron ejecutadas las investigaciones, en 2017 los establecimientos de salud públicos atendían sin restricciones en comparación con el año de la ejecución de la presente investigación.

Los servicios de salud que los encuestados requerían fueron con mayor frecuencia la consulta médica general, la consulta médica especializada y la consulta dental y en menor medida la consulta psicológica y obstétrica, de los cuales en su mayoría recibieron atención en un establecimiento de salud privado, en un estudio realizado en Milán por Okereke *et al.* (2021) donde indican que las atenciones por especialidades médicas mostraron una caída significativa, los pacientes no acudían al establecimiento de salud por temor a salir de casa, por problemas de transporte, o la falta de ayuda para trasladarse a la clínica (70); en Italia Aragona *et al.* (2020) realizaron un estudio en el cual indican que a partir de marzo de 2020 hubo una disminución de pacientes que acudían a los servicios de salud mental donde sólo el 17.53% de los pacientes acudieron a su visita de seguimiento, en comparación con años anteriores donde al menos el 30% retornaba a la visita de seguimiento, esta disminución se dio como consecuencia del confinamiento establecido en su país (72); en Nueva Gales del Sur, Sutherland *et al.* (2020) mencionan que hubo disminuciones sustanciales en una amplia gama de actividades de atención médica en todo el sistema de salud público debido al impacto de la pandemia COVID-19 (64); Tullo *et al.* (2020) observaron una disminución del número de servicios de salud públicos en los primeros cuatro meses del año 2020, las consultas ambulatorias se redujeron 20,1% (67). Lee *et al.* (2020) indica que se observó una disminución de pacientes sin COVID-19 que visitaron el departamento de emergencias en un 37,6% (68). Santi *et al.* (2021) observaron una reducción de las visitas al servicio de urgencias en todos los grupos de edad y en todos los grupos de gravedad y diagnóstico (71). La similitud de los estudios mencionados anteriormente podría deberse al confinamiento obligatorio en la que todos los estados del mundo se encontraban, el temor al contagio y además de la suspensión de la consulta externa en muchos países incluido el Perú, esto podría explicar también el porqué del mayor acceso a servicios de salud privados en busca de una consulta médica especializada, resultados que se muestran en nuestro estudio; además, la suspensión de la atención por la falta de espacio hospitalario y la alta demanda de mano de obra del profesional de salud pudo tener un efecto perjudicial en las enfermedades no transmisibles, elevando los niveles de mortalidad, y retrasando la detección oportuna lo que implica el progreso de la enfermedad (70). Hernandez *et al.* (2016) en su estudio realizado en Perú indica que el 26,7% de la muestra tuvo acceso a los servicios de salud dental públicos (52); Westgard *et al.* (2019) muestran que la utilización de los servicios de salud materno-infantil en la

Amazonía del Perú fue relativamente alta, pues asistieron a sus controles de salud prenatales (54), los resultados de ambos estudios difieren con los encontrados en la investigación en el que la mayoría de casos fueron atendidos en establecimientos de salud privados y sólo el 1.5% para la consulta dental y el 3.0% para la consulta obstétrica, lograron la atención en un centro de salud público, esta diferencia podría presentarse por la diferencia en el año de estudio, pues en 2016 y 2019 no se dio la suspensión de la consulta externa en todos los establecimientos de salud públicos del Perú. Yang (2020) indica que los 48 hospitales públicos dentales en China suspendieron el tratamiento dental general que no era de emergencia y solo brindaron servicios dentales de emergencia y el 69.0% de ellos ofreció consultas profesionales gratuitas en línea (62). Situación similar se vivió en Puno donde la consulta externa fue suspendida y la teleconsulta se fue implementando, pero con mayor énfasis en consultas médicas, situación que pudo conllevar a la población a acudir a servicios de salud privados y farmacias.

La telemedicina ha aumentado drásticamente desde la pandemia en un esfuerzo por mantener la atención al paciente y minimizar el peligro de exposición frente a la COVID-19, su implementación ayuda a aumentar el acceso a la atención en salud (65). En nuestro estudio la teleconsulta fue el servicio de salud usado en menor medida, esta situación podría deberse a que la atención virtual requiere acceso a la tecnología necesaria y la capacidad de usarla con facilidad, con lo que ciertas poblaciones de pacientes pueden tener dificultades (86); en comparación con otros estudios como el de Abuzeineh *et al.* (2019) que indica que la telemedicina puede ayudar a aumentar el acceso a la atención, ya que ofrece una plataforma rápida, segura y conveniente para la atención y seguimiento del paciente (65), además, Jiménez *et al.* (2020) indican que gracias al uso de la telemedicina se evita la diseminación de la enfermedad (66), sin embargo, la disminución en la cantidad de atenciones presenciales conlleva a que algunas condiciones clínicas progresen aún más (87).

El gasto de bolsillo en salud, es el gasto realizado cuando se beneficia de un servicio de salud, que incluyen los honorarios profesionales, medicinas, exámenes de laboratorio, hospitalizaciones, intervenciones y controles, lo que conllevaría a la familia a afrontar una situación de pobreza (55), además constituye una barrera de acceso que impide o retrasa la atención y la hace más costosa para los pacientes y el

sistema de salud. Además, tiene un impacto relativamente mayor en los pobres, ya que incluso el pago más pequeño puede representar una parte sustancial de su presupuesto (50). En el presente estudio el 70.0% de los encuestados indican que realizaron un gasto económico por la atención de salud que recibieron, esta cifra es superior al estudio realizado en Colombia por Arrivillaga *et al.* (2016) en el que indica que el 52.9% de la muestra realizó un gasto económico por la atención en salud recibida (56) y el estudio de Filippidis *et al.* (2017) realizado en Grecia donde muestra que la proporción de personas que pagan de su bolsillo por la atención sanitaria es del 34.4% al 58.7% (59); esta disparidad podría deberse a las diferencias en el tiempo en el que se realizaron los estudios, los estudios de Colombia y Grecia fueron realizados durante los años 2016 y 2017 respectivamente, durante estos años los establecimientos de salud tanto públicos y privados estaban a disposición del paciente y no existían restricciones para la atención. Sin embargo, el estudio de Ypanaqué y Martins (2015) realizado en Perú, indica que en todos los seguros el paciente se realizó pago de bolsillo por la consulta, los medicamentos y los exámenes auxiliares (51), siendo esta situación similar a nuestro estudio pues la población también realizó un gasto económico con la finalidad de mejorar su estado de salud; aunque los años de estudio difieren ponen en evidencia que el seguro de salud con que el cuenta la población no es completamente gratuita, esta situación es avalada por el estudio realizado por Okereke *et al.* (2021) el cual evidencia que la mayoría de las finanzas de salud disponibles en los países más pobres suelen ser gastos de bolsillo, además estos países cuentan con una menor densidad de trabajadores de la salud (70) podemos afirmar lo mencionado por Okereke *et al.* (2021) pues el departamaneto de Puno cuenta con 6.8 médicos por cada 10000 habitantes (88), sin embargo, OMS indica que se requieren 23 médicos por cada 10000 habitantes (89), es así que se evidencia un déficit de personal médico en el departamento de Puno.

#### 4.2. Contrastación estadística de las hipótesis

- a) El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto social.



Para realizar la contrastación de hipótesis es necesario demostrar la relación de las variables de estudio. Para ello se plantea utilizar la prueba de hipótesis de Fisher y Chi-cuadrado:

Para confirmar lo manifestado se realiza a continuación la contrastación de hipótesis.

### Contraste de hipótesis

#### 1) Formulación de hipótesis estadística

**H0:** El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto social.

**H1:** El impacto de la pandemia por COVID-19 no es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto social.

#### 2) Nivel de significancia de la prueba

Se utiliza un nivel de significancia del 5% (0.05).

#### 3) Cálculo del estadístico de prueba

Tabla 7

*Cálculo del estadístico de prueba. El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto social.*

Prueba	Aspectos sociales	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi – cuadrado/ Fisher	Género	,315 <sup>a</sup>	1	.575
	Edad	1,841 <sup>a</sup>	2	.398
	Grado de instrucción	3,615 <sup>a</sup>	2	.164
	Residencia	7,657 <sup>a</sup>	11	.744
			<i>p</i>	<b>.470</b>

#### 4) Conclusión:

Como la significancia calculada de la prueba Chi cuadrado y Fisher igual a 0.470 se rechaza **H1** y aceptamos **H0**: Existe evidencia estadística de que el impacto de

la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto social.

- b) El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto económico.

Para realizar la contrastación de hipótesis es necesario demostrar la relación de las variables de estudio. Para ello se plantea utilizar la prueba de hipótesis de Fisher y Chi-cuadrado:

Para confirmar lo manifestado se realiza a continuación la contrastación de hipótesis.

### **Contraste de hipótesis**

#### 1) Formulación de hipótesis estadística

**H<sub>0</sub>**: El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto económico.

**H<sub>1</sub>**: El impacto de la pandemia por COVID-19 no es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto económico.

#### 2) Nivel de significancia de la prueba

Se utiliza un nivel de significancia del 5% (0.05).

#### 3) Cálculo del estadístico de prueba

Tabla 8

*Cálculo del estadístico de prueba. El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto económico.*

Prueba	Aspectos sociales	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi – cuadrado/ Fisher	Condición laboral	2,312 <sup>a</sup>	5	.805
	Seguro de salud	2,312 <sup>a</sup>	5	.805
	Ingreso económico	,616 <sup>a</sup>	2	.735
			<i>p</i>	<b>.781</b>

#### 4) Conclusión:

Como la significancia calculada de la prueba Chi cuadrado y Fisher igual a 0.781 se rechaza **H1** y aceptamos **H0**: Existe evidencia estadística de que el impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto económico.

- c) El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto cultural.

Para realizar la contrastación de hipótesis es necesario demostrar la relación de las variables de estudio. Para ello se plantea utilizar la prueba de hipótesis de Fisher y Chi-cuadrado:

Para confirmar lo manifestado se realiza a continuación la contrastación de hipótesis.

#### Contraste de hipótesis

##### 1) Formulación de hipótesis estadística

**H0**: El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto cultural.

**H1:** El impacto de la pandemia por COVID-19 no es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto cultural.

2) Nivel de significancia de la prueba

Se utiliza un nivel de significancia del 5% (0.05).

3) Cálculo del estadístico de prueba

Tabla 9

*Cálculo del estadístico de prueba. El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la Covid-19 durante los meses de marzo a setiembre de 2020, en relación con el aspecto cultural.*

Prueba	Aspectos sociales	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi – cuadrado/ Fisher	Idioma	23,428 <sup>a</sup>	2	.805
	Religión	9,682 <sup>a</sup>	3	.805
			<i>p</i>	<i>.805</i>

4) Conclusión:

Como la significancia calculada de la prueba Chi cuadrado y Fisher igual a 0.805 se rechaza **H1** y aceptamos **H0**: Existe evidencia estadística de que el impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto cultural

## CONCLUSIONES

- El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con los aspectos sociales, económicos y culturales; el 57% de la población del departamento de Puno no pudo acceder a los servicios de salud independientemente de los aspectos sociales, económicos y culturales; se atribuyen estos resultados a la suspensión de las consultas externas en los establecimientos de salud públicos.
- El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto social, pues el 57% de la población del departamento de Puno no pudo acceder a los servicios de salud, de los cuales las mujeres, aquellos con edades entre 18-29 años, las personas con grado de instrucción universitario y los residentes de la provincia Puno fueron los más desfavorecidos.
- El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto económico, independientemente de la condición laboral, el seguro de salud y del ingreso económico la mayoría de encuestados indicaron que no lograron el acceso a los servicios de salud; sin embargo, el 70% realizó un gasto económico por la atención que recibió para mejorar su estado de salud, afectando la economía del 59.4% de la población del Departamento de Puno, se atribuye esta afección económica debido a la alza de precios tanto en servicios médicos como en medicamentos, además de la disminución de los ingresos económicos que la población percibió durante los meses de marzo a setiembre de 2020.
- El impacto de la pandemia por COVID-19 es negativo en el acceso a los servicios de salud en relación con el aspecto cultural, independientemente de la religión o idioma el 57% no accedió a los servicios de salud, de los cuales el 72.2% era de religión católica, así mismo hablaba el idioma castellano.



## RECOMENDACIONES

- A los actores sociales para que puedan mejorar e implementar los establecimientos de salud públicos, tanto en infraestructura, equipamiento y el incremento de personal de salud, para la mejora del acceso a servicios de salud y estar preparados ante cualquier eventualidad futura que comprometa la salud pública.
- A los profesionales de la salud y establecimientos de salud privados, se sugiere contar con un estándar de precios que puedan ser mantenidos, especialmente cuando la población está atravesando una crisis como fue la COVID-19.
- A los profesionales de salud, los cuales deberían de aprender diferentes idiomas originarios como lo son el quechua y aymara, ambos son bastante utilizados tanto en la región de Puno como en el país.
- A los estudiantes de pre y posgrado que puedan realizar la investigación realizando entrevistas presenciales, pues ante la nueva normalidad se puede tener contacto con la población, lo que no pudo ser en la presente investigación

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun* [Internet]. 2020 May 1;109:102433. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
2. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The outbreak of COVID-19: An overview. *Journal of the Chinese Medical Association* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 12];83(3):217–20. Available from: </pmc/articles/PMC7153464/?report=abstract>
3. OMS. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
4. Chakraborty I, Maity P. COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention. *Science of the Total Environment* [Internet]. 2020;728:138882. Available from: </pmc/articles/PMC7175860/?report=abstract>
5. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. Suspenden consultas externas en hospitales del Minsa y Essalud [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 28]. Available from: <https://elperuano.pe/noticia/93120-suspenden-consultas-externas-en-hospitales-del-minsa-y-essalud>
6. MINSA. Atendidos y atenciones HISMINSA [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 4]. Available from: [https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/atencion\\_cexterna.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/atencion_cexterna.asp)
7. ONU. Los efectos del covid-19 sobre las mujeres y las niñas [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 14]. Available from: [https://interactive.unwomen.org/multimedia/explainer/covid19/es/index.html?gclid=EAIaIQobChMIso2u4PCd7AIVl4aRCh2DHgoeEAAAYAiAAEgK1-PD\\_BwE](https://interactive.unwomen.org/multimedia/explainer/covid19/es/index.html?gclid=EAIaIQobChMIso2u4PCd7AIVl4aRCh2DHgoeEAAAYAiAAEgK1-PD_BwE)
8. Kantamneni N. The impact of the COVID-19 pandemic on marginalized populations in the United States: A research agenda. *J Vocat Behav* [Internet]. 2020;119:103439. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001879120300646?via%3Dihub>

9. Shammi M, Bodrud-Doza M, Towfiqul Islam ARM, Rahman MM. COVID-19 pandemic, socioeconomic crisis and human stress in resource-limited settings: A case from Bangladesh. *Heliyon* [Internet]. 2020;6(5):e04063. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844020309075>
10. Clark E, Fredricks K, Woc-Colburn L, Bottazzi ME, Weatherhead J. Disproportionate impact of the COVID-19 pandemic on immigrant communities in the United States. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2020;14(7):e0008484. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008484>
11. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery* [Internet]. 2020;78:185–93. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
12. Sandefer RH, Westra BL, Khairat SS, Pieczkiewicz DS, Speedie SM. Assessment of personal health care management and chronic disease prevalence: Comparative analysis of demographic, socioeconomic, and health-related variables. *J Med Internet Res* [Internet]. 2018;20(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6231843/>
13. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr* [Internet]. 2020;87:281–6. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12098-020-03263-6>
14. RTVE. Mapa mundial del coronavirus: 12,9 millones de casos y más de 570.000 muertos - RTVE.es [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://www.rtve.es/noticias/20200713/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>
15. Oh J, Lee JK, Schwarz D, Ratcliffe HL, Markuns JF, Hirschhorn LR. National Response to COVID-19 in the Republic of Korea and Lessons Learned for Other Countries. *Health Syst Reform* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 12];6. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2020.1753464>





16. Kim H. The sociopolitical context of the COVID-19 response in South Korea. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2020;5(5):2714. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228497/>
17. Sjödin H, Wilder-Smith A, Osman S, Farooq Z, Rocklöv J. Only strict quarantine measures can curb the coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Italy, 2020. *Eurosurveillance* [Internet]. 2020;25(13):2000280. Available from: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.13.2000280>
18. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet* [Internet]. 2020 Apr 11 [cited 2020 Jul 12];395(10231):1225–8. Available from: <http://www.salute.gov.it/>
19. El Peruano. Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19 - DECRETO SUPREMO - N° 008-2020-SA - PODER EJECUTIVO - SALUD [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2/>
20. El Peruano. El Peruano. 2020 [cited 2020 Jun 27]. p. 10–3 Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19 - DECRETO SUPREMO - N° 044-2020-PCM - PODER EJECUTIVO - PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-estado-de-emergencia-nacional-po-decreto-supremo-n-044-2020-pcm-1864948-2/>
21. Decreto Legislativo N. 1466 Que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud en el Sistema Nacional de Salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 12]. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-aprueba-disposiciones-para-fortalece-decreto-legislativo-n-1466-1865659-1/>

22. Poudel K, Subedi P. Impact of COVID-19 pandemic on socioeconomic and mental health aspects in Nepal. *International Journal of Social Psychiatry* [Internet]. 2020;66(8):748–55. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020764020942247>
23. BBC News. Coronavirus: Domestic abuse calls up 25% since lockdown, charity says [Internet]. [cited 2020 Oct 4]. Available from: <https://www.bbc.com/news/uk-52157620>
24. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Publica Mex.* 2011;53(2).
25. Cetrángolo O, Bertranou F, Casanova L, Casalí P. EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima: OIT/ Oficina de la OIT para los Países Andinos; 2013. p. 184.
26. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2009;26(2). Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342009000200013&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200013&lng=es).
27. Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos. Lima; 2016.
28. OPS, OMS. Salud Población de la Población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables “La perspectiva canadiense” [Internet]. Washington, D.C; 2000 [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://www.ucongreso.edu.ar/grado/carreras/apuntes/canada..pdf>
29. WHO. WHO. World Health Organization; 2017. Health services. Available from: [http://www.who.int/topics/health\\_services/en/](http://www.who.int/topics/health_services/en/)
30. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la atención de salud en Perú 2005 - 2015 [Internet]. Lima; 2017 [cited 2020 Jul 8]. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34357/OPSPER17024\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34357/OPSPER17024_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



31. Mendoza S. Coverage, universal access and equity in health: a characterization of scientific production in nursing. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es\\_0104-1169-rlae-02669.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-02669.pdf)
32. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex* [Internet]. 1985 [cited 2020 Jul 7];27(5):438–53. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
33. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does “access to health care” mean? *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2002;7(3). Available from: <https://doi.org/10.1258/135581902760082517>
34. Carrillo J, Carrillo V, Perez H, Salas-Lopez D, Natale-Pereira A, Byron A. Defining and Targeting Health Care Access Barriers. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2011;22(2):562–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21551934/>
35. George S, Daniels K, Fioratou E. A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. *Int J Equity Health* [Internet]. 2018;17:41. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0753-9>
36. 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. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* [Internet]. 2013;33(3):223–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23698142/>
37. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2015;57(2). Available from: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200014](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014)
38. Patiño-Londoño SY, Mignone J, Castro DMA, Valencia NG, Rojas Arbeláez CA. Guías bilingües: Una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. *Salud*



- Colect [Internet]. 2016;12(3):415–28. Available from:  
<https://www.scielo.org/article/scol/2016.v12n3/415-428/es/>
39. Li JL. Cultural barriers lead to inequitable healthcare access for aboriginal Australians and Torres Strait Islanders. *Chinese Nursing Research* [Internet]. 2017;4(4):207–10. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771817301044#bib2>
40. Lowell A. “From your own thinking you can’t help us”: Intercultural collaboration to address inequities in services for Indigenous Australians in response to the World Report on Disability. *Int J Speech Lang Pathol*. 2013;15(1):101–5.
41. Mobula LM, Okoye MT, Ebony Boulware L, Carson KA, Marsteller JA, Cooper LA. Cultural competence and perceptions of community health workers’ effectiveness for reducing health care disparities. *J Prim Care Community Health* [Internet]. 2015;6(1):10–5. Available from:  
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150131914540917>
42. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* (1978) [Internet]. 2006;60:7–12. Available from: <http://jech.bmj.com/>
43. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health* (1978). 2006;60:95–101.
44. hIarlaithe MO, Grede N, de Pee S, Bloem M. Economic and Social Factors are Some of the Most Common Barriers Preventing Women from Accessing Maternal and Newborn Child Health (MNCH) and Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Services: A Literature Review. *AIDS Behav* [Internet]. 2014;18:516–30. Available from:  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-014-0756-5>
45. Stepanikova I, Oates GR. Perceived Discrimination and Privilege in Health Care: The Role of Socioeconomic Status and Race. *Am J Prev Med* [Internet]. 2017;52(1):S86–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27989297/>

46. Marshall IJ, Wang Y, Crichton S, McKeivitt C, Rudd AG, Wolfe CDA. The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes [Internet]. Vol. 14, The Lancet Neurology. Lancet Publishing Group; 2015. p. 1206–18. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S1474442215002008/fulltext>
47. McMaughan DJ, Oloruntoba O, Smith ML. Socioeconomic Status and Access to Healthcare: Interrelated Drivers for Healthy Aging. *Front Public Health* [Internet]. 2020;8:231. Available from: </pmc/articles/PMC7314918/?report=abstract>
48. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*. 1995.
49. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2010;51(1). Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146510383498>
50. PAHO. Health financing in the Americas [Internet]. [cited 2020 Jul 8]. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?tag=barriers-to-health-services-access>
51. Ypanaqué-Luyo1 P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2015;32(3). Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2015.v32n3/464-470/>
52. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Díaz-Seijas D, Bendezú-Quispe G, Arroyo-Hernández H, Vilcarromero S, et al. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. *Salud Colect* [Internet]. 2016;12(3):429–41. Available from: <https://www.scielosp.org/article/scol/2016.v12n3/429-441/>
53. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Santero M, Prado-Galbarro FJ, Rosselli D. Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza 2017. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018;35(3):390.
54. 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;18:155. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6794768/>
55. Guerrero-Ojeda GA. Gasto de bolsillo en salud y riesgo de pobreza en hogares peruanos. Perú 2017. *Salud & Vida Sipanense* [Internet]. 2020;7(2):27–40. Available from: <https://doi.org/10.26495/svs.v7i2.1459>
56. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VE. Health services access survey for Colombian households. *Gac Sanit* [Internet]. 2016;30(6):415–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>
57. Saeed BII, Yawson AE, Nguah S, Agyei-Baffour P, Emmanuel N, Ayesu E. Effect of socio-economic factors in utilization of different healthcare services among older adult men and women in Ghana. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016;16(1):390. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1661-6>
58. Awoke MA, Negin J, Moller J, Farell P, Yawson AE, Biritwum RB, et al. Predictors of public and private healthcare utilization and associated health system responsiveness among older adults in Ghana. *Glob Health Action* [Internet]. 2017;10(1):1301723. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496095/>
59. Filippidis FT, Gerovasili V, Millett C, Tountas Y. Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Sci Rep* [Internet]. 2017;7(1):1–7. Available from:  
<https://doi.org/10.1038/srep46423>
60. Luque JS, Soulen G, Davila CB, Cartmell K. Access to health care for uninsured Latina immigrants in South Carolina. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018;18(1):310. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3138-2>
61. Kohlenberger J, Buber-Ennser I, Rengs B, Leitner S, Landesmann M. Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2020 Jul 6];123(9):833–9. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305335?via%3Dihub>

62. Yang Y, Zhou Y, Liu X, Tan J. Health services provision of 48 public tertiary dental hospitals during the COVID-19 epidemic in China. *Clin Oral Investig* [Internet]. 2020;24(5):1861–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32246280/>
63. Ahmed SAKS, Ajisola M, Azeem K, Bakibinga P, Chen YF, Choudhury NN, et al. Impact of the societal response to COVID-19 on access to healthcare for non-COVID-19 health issues in slum communities of Bangladesh, Kenya, Nigeria and Pakistan: results of pre-COVID and COVID-19 lockdown stakeholder engagements. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2020;5:e003042. Available from: <https://gh.bmj.com/content/5/8/e003042.citation-tools>
64. Sutherland K, Chessman J, Zhao J, Sara G, Shetty A, Smith S, et al. Impact of COVID-19 on healthcare activity in NSW, Australia. *Public Health Res Pract* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 29];30(4):e3042030. Available from: <https://www.phrp.com.au/issues/december-2020-volume-30-issue-4/impact-of-covid-19-on-healthcare-activity-in-nsw-australia/>
65. Abuzeineh M, Muzaale AD, Crews DC, Avery RK, Brotman DJ, Brennan DC, et al. Telemedicine in the Care of Kidney Transplant Recipients With Coronavirus Disease 2019: Case Reports. *Transplant Proc* [Internet]. 2020;52(9):2625. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.07.009>
66. Jiménez-Rodríguez D, García AS, Robles JM, Salvador M del MR, Ronda FJM, Arrogante O. Increase in Video Consultations During the COVID-19 Pandemic: Healthcare Professionals' Perceptions about Their Implementation and Adequate Management. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(14):5112. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17145112>
67. Tullo JE, Lerea MJ, López P, Alonso L. Impacto de la COVID-19 en la prestación de los servicios de salud esenciales en Paraguay. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2020 Dec 17 [cited 2022 Jan 19];44:1. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.161>
68. Lee KD, Lee SB, Lim JK, Kang YM, Kim IB, Moon HJ, et al. Providing essential clinical care for non-COVID-19 patients in a Seoul metropolitan acute care hospital amidst ongoing treatment of COVID-19 patients. *Journal of Hospital*

- Infection [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Jan 19];106(4):673–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.09.031>
69. Langellier BA, Martínez-Donate AP, Gonzalez-Fagoaga JE, Rangel MG. The relationship between educational attainment and health care access and use among Mexicans, Mexican Americans, and U.S.-Mexico migrants. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 2020 Apr 24;22(2):314–22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875690/>
  70. Okereke M, Ukor NA, Adebisi YA, Ogunkola IO, Iyagbaye EF, Owhor GA, et al. Impact of COVID-19 on access to healthcare in low- and middle-income countries: Current evidence and future recommendations. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. 2021;36(1):13–7. Available from: <https://doi.org/10.1002/hpm.3067>
  71. Santi L, Golinelli D, Tampieri A, Farina G, Greco M, Rosa S, et al. Non-COVID-19 patients in times of pandemic: Emergency department visits, hospitalizations and cause-specific mortality in Northern Italy. *PLoS One* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Jan 19];16(3):e0248995. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248995>
  72. Aragona M, Barbato A, Cavani A, Costanzo G, Mirisola C. Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. *Public Health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 13];186:52–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.055>
  73. Mishra PS, Pautunthang N, Marbaniang SP, N AK. Geographical divide led inequality in accessing maternal healthcare services between hills and valley regions of Manipur state, India. *Clin Epidemiol Glob Health* [Internet]. 2021 Jul;11:100744. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100744>
  74. Compañía peruana de estudios de mercado y opinión pública S.A.C. Cuarentena Covid 19: Cómo afecta en lo económico a las familias del Perú urbano [Internet]. Lima; 2020 [cited 2020 Nov 4]. Available from: [www.cpi.pe](http://www.cpi.pe)
  75. Banco Mundial. Crisis por el coronavirus aumentó las desigualdades en el Perú [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 4]. Available from:



- <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/09/08/crisis-por-el-coronavirus-aumento-las-desigualdades-en-el-peru>
76. Dirección General Parlamentaria. CARPETA GEOREFERENCIAL REGIÓN PUNO PERÚ [Internet]. Lima; 2019 [cited 2020 Nov 1]. Available from: <http://www.congreso.gob.pe/Docs/DGP/GestionInformacionEstadistica/files/i-21-puno.pdf>
  77. Azar K, Shen Z, Romanelli R, Lockhart S, Smits K, Robinson S, et al. Disparities In Outcomes Among COVID-19 Patients In A Large Health Care System In California. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2020;39(7):1253–62. Available from: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00598>
  78. Díaz T, Alemán P. La educación como factor de desarrollo . *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. 2008;(23):1–15.
  79. León-Martínez LD de, Vega L de la S de la, Palacios-Ramírez A, Rodríguez-Aguilar M, Flores-Ramírez R. Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19. *Sci Total Environ* [Internet]. 2020;733:139357. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139357>
  80. Cutler D, Lleras-Muney A. *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*. Cambridge, MA; 2006 Jul.
  81. Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health* [Internet]. 1992 Jun;82(6):816–20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694190/>
  82. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017;51(0). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779074/>
  83. Li Y, Mutchler JE. Older Adults and the Economic Impact of the COVID-19 Pandemic. *J Aging Soc Policy* [Internet]. 2020;32(4–5):477–87. Available from: <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1773191>



84. Frakt AB. How the Economy Affects Health. JAMA [Internet]. 2018 Mar 27;319(12):1187. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2676095>
85. De França NC, Campêlo GL, De França JMS, Vale EG, Badagnan TF. A decomposition analysis for socioeconomic inequalities in health status associated with the COVID-19 diagnosis and related symptoms during Brazil's first wave of infections. *Economía* [Internet]. 2021 Dec;22(3):251–64. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.econ.2021.09.002>
86. Hardcastle L, Ogbogu U. Virtual care: Enhancing access or harming care? *Healthc Manage Forum* [Internet]. 2020;33(6):292. Available from: <https://doi.org/10.1177/0840470420938818>
87. Mauro V, Lorenzo M, Paolo C, Sergio H. Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases. *Intern Emerg Med* [Internet]. 2020;787(790):4. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02395-z>
88. Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades. Análisis de Situación de Salud del Perú 2019 [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 3]. Available from: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis\\_peru19.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf)
89. OPS. La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe [Internet]. [cited 2021 Oct 3]. Available from: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es)

## ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario del impacto de la COVID-19 en el acceso a los servicios de salud

#### CUESTIONARIO DEL IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Con el objetivo de Evaluar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Puno **entre los meses de marzo a setiembre del 2020**, se pone a su disposición el presente CUESTIONARIO que constituye un instrumento básico para recoger aspectos generales y específicos de la presente investigación, los datos consignados y los resultados obtenidos serán confidenciales y no se usarán para ningún otro propósito fuera del estudio; además, Ud. puede retirarse del llenado del cuestionario si así lo decide.

Por favor indíquenos si está de acuerdo en participar de la siguiente investigación, marcando una de las siguientes alternativas:

- **ACEPTO PARTICIPAR DE LA INVESTIGACIÓN**
- **NO ACEPTO PARTICIPAR DE LA INVESTIGACIÓN**

**INDICACIONES:** Estimado(a) participante se le ruega que conteste con sinceridad y de la forma más detallada a las preguntas que se formulan.

Lea detenidamente cada ítem. En todos los ítems se le pide que elija entre varias posibilidades; tendrá que escoger una o más alternativas según corresponda, en algunas preguntas usted deberá responder brevemente.

#### I. ASPECTOS SOCIAL, CULTURAL Y ECONÓMICO

##### 1.1. ASPECTO SOCIAL

1. **SEXO:** Femenino  Masculino

2. **EDAD:** \_\_\_\_\_

3. **¿Cuál fue su Estado civil entre los meses de marzo a setiembre del 2020?**

- a) Soltero(a)
- b) Casado(a)
- c) Viudo(a)
- d) Divorciado(a)
- e) Conviviente

4. **¿En qué Provincia del Departamento de Puno residía entre los meses de marzo a setiembre del 2020?**

- Puno
- Acora
- Amantani
- Atuncolla
- Capachica
- Chucuito
- Coata
- Huata
- Mañazo
- Paucarcolla
- Pichacani
- Platería
- San Antonio
- Tiquillaca
- Vilque

5. **¿Cuál es su nivel de educación?**

- a. Sin estudios

- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Técnico
- e. Universitario

### 1.2. ASPECTO CULTURAL

#### 6. ¿Cuál es su religión?

- a. Católico
- b. Evangélico
- c. Otro
- d. Ninguno

#### 7. ¿Qué idioma o idiomas habla habitualmente?

- a. Castellano
- b. Quechua
- c. Aimara
- d. Otro

### 1.3. ASPECTO ECONÓMICO

#### 8. ¿Cuál fue su ocupación entre los meses de marzo a setiembre del 2020?

Especificar

#### 9. ¿Cuál fue su condición laboral entre los meses de marzo a setiembre del 2020?

- a. Nombrado
- b. Contratado
- c. Independiente
- d. Sin empleo
- e. Otro

#### 10. ¿Con qué tipo de seguro de salud contaba entre los meses de marzo a setiembre del 2020?

- a. Seguro Integral de Salud (SIS)
- b. EsSalud
- c. Seguro de las fuerzas armadas y policiales.
- d. Seguro Privado de Salud.
- e. Otro seguro
- f. Ninguno

#### 11. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima al ingreso económico familiar mensual, ANTES de la Pandemia por COVID-19?

- a. Menos de S/ 1300
- b. De S/ 1301 a S/2480
- c. De S/ 2481 a S/ 3970
- d. De S/3971 a S/7020
- e. Mayor de S/7021

#### 12. Durante la pandemia por COVID-19 y entre los meses de marzo a setiembre del 2020 ¿El ingreso económico familiar mensual se ha mantenido o ha disminuido?

- a. Se ha mantenido igual
- b. Ha disminuido
- c. Ha aumentado

\*Si su respuesta es “a. Se ha mantenido igual o c. Ha aumentado” pase a la pregunta Nro.14.

13. Entre los meses de marzo a setiembre del 2020 ¿En qué porcentaje disminuyó su ingreso económico familiar mensual?

- a. De 0 – 25%
- b. De 26 – 50%
- c. De 51 – 75%
- d. De 76 – 100%

## II. SERVICIOS DE SALUD

### 2.1. NECESIDAD DE UN SERVICIO DE SALUD

14. ¿ANTES de la pandemia por COVID-19, presentó o padecía de algún problema de salud?

- a. Si
- b. No

\*Si su respuesta es “No” pase a la pregunta Nro. 16

15. ANTES de la pandemia por COVID-19 ¿A dónde acudía para recibir atención en salud?

- a. Posta médica o centro de salud
- b. Hospital del MINSA
- c. EsSalud
- d. Hospital y/o sanidad de las FFAA o PNP
- e. Clínica o Consultorio privado
- f. Farmacia
- g. Naturista
- h. Otro

16. Durante la pandemia por COVID-19 y entre los meses de marzo a setiembre del 2020: ¿Usted o algún miembro de su familia tuvo la necesidad acceder a algún servicio de salud, QUE NO SEA POR SÍNTOMAS O DIAGNÓSTICO DE COVID-19?

- a. Si
- b. No

\*Si la respuesta es (NO) Usted concluyó el llenado del Cuestionario.

17. ¿Qué miembro de su familia tuvo la necesidad de acceder a un servicio de salud, QUE NO SEA POR SÍNTOMAS O DIAGNÓSTICO DE COVID-19?

- a. Usted
- b. Su padre y/o madre
- c. Su(s) Hijo(s)/hija(s)
- d. Su cónyuge
- e. Otro

Especificar

18. ¿Qué tipo de consulta necesitaba?

- a. Consulta médica
- b. Consulta Dental
- c. Consulta psicológica
- d. Consulta obstétrica
- e. Consulta médica especializada 
  - Cirugía
  - Pediatría
  - Ginecología

- Cardiología
- Psiquiatría
- Traumatología
- Gastroenterología
- Nefrología
- Endocrinología
- Neonatología
- Otro

f. Otros

Especificar   
 Especificar

## 2.2. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

19. En primera instancia ¿A dónde acudió o qué medio utilizó para resolver el problema de salud?

- a. Posta médica o centro de salud del MINSA
- b. Hospital del MINSA
- c. EsSalud
- d. Hospital y/o sanidad de las FFAA o PNP
- e. Clínica o Consultorio privado
- f. Farmacia
- g. Naturista
- h. Teleconsulta
- i. Otro

Especificar

20. ¿Logró acceder al servicio de salud al que acudió en primera instancia?

- a. SI
- b. NO

\*Si la respuesta es (SI) pase a la pregunta Nro. 22

21. ¿Finalmente, dónde logró ser atendido?

- a. Posta médica o centro de salud del MINSA
- b. Hospital del MINSA
- c. EsSalud
- d. Hospital y/o sanidad de las FFAA o PNP
- e. Clínica o Consultorio privado
- f. Farmacia
- g. Naturista
- h. Teleconsulta
- i. Otro

Especificar

22. ¿Para poder ser atendido, era condicionante tener la prueba de descarte de COVID-19?

- a. SI
- b. NO

23. ¿En el establecimiento donde logró ser atendido, fue fácil el acceso?

- a. SI
- b. NO

\*Si la respuesta es (SI) pase a la pregunta Nro. 27

24. ¿La dificultad para encontrar y acceder al Establecimiento de Salud o medio al que acudió se debió a que éstos eran escasos?

- a. Si, los servicios de salud eran escasos
- b. No, los servicios de salud no eran escasos

25. ¿El o los idiomas que habla habitualmente, dificultó el acceso a los servicios de Salud?

- a. SI

b. NO

26. ¿Su religión, dificultó el acceso a los servicios de Salud?

a. SI

b. NO

### 2.3. GASTO DE BOLSILLO

27. ¿Tuvo que pagar por el servicio de Salud y/o medicamentos que recibió?

a. SI

b. NO

\*Si la respuesta es (NO) Usted concluyó el llenado del Cuestionario.

28. ¿Aproximadamente, cuánto pagó por el servicio de salud y/o los medicamentos que recibió?

a. S/ 0,10 a S/ 100

b. Más de S/ 100 a S/ 500

c. Más de S/ 500 a S/ 1000

d. Más de S/ 1000 a S/ 5000

e. Más de S/ 5000 a S/ 10000

f. Más de S/ 10000

29. ¿Cuál es su impresión respecto al precio pagado por el servicio de salud y/o los medicamentos que recibió?

a. Siento que el precio fue elevado (caro)

b. Siento que los precios se mantuvieron

c. Siento que los precios bajaron (barato)

30. ¿El pago realizado afectó su economía?

a. SI

b. NO

\*Si la respuesta es (NO) Usted concluyó el llenado del Cuestionario.

31. ¿En qué medida?

a. Bastante

b. Regular

c. Poco

d. Nada

*Gracias por su participación.*

**Anexo 2.** Tabla del tipo de consulta requerido por la población del departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	Consulta médica	85	50,0	50,0	50,0
	Consulta dental	15	8,8	8,8	58,8
	Consulta psicológica	2	1,2	1,2	60,0
	Consulta obstétrica	6	3,5	3,5	63,5
	Consulta médica especializada	62	36,5	36,5	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

La tabla muestra que el tipo de consulta más requerido por la población fue la consulta médica 50%, seguido por la consulta médica especializada 36.5%, la consulta requerida en menor medida fue la consulta psicológica 1,2%.

**Anexo 3.** Tabla que indica si la prueba de descarte de covid-19 fue condicionante para poder ser atendido, en la población del departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.

<b>Para ser atendido era indispensable contar con prueba de descarte de COVID</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Válido</b>	SI	95	55,9	55,9	55,9
	No	75	44,1	44,1	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

La tabla muestra que para el 55.9% de la población del departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020, la prueba de descarte fue condicionante para poder ser atendido en un servicio de salud.




**Anexo 4.** Tabla sobre la perspectiva de la escasez de los servicios de salud en la población del departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020.


<b>¿Siente que los servicios de salud fueron escasos?</b>					
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Válido	SI	93	54,7	54,7	54,7
	NO	77	45,3	45,3	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

La tabla muestra que el 54.7% de la población del del departamento de Puno que presentaron un diagnóstico diferente a la COVID-19 durante los meses de marzo a setiembre del 2020, sienten que los servicios de salud fueron escasos durante los meses de marzo a setiembre del 2020.


Anexo 5. Declaración jurada de autenticidad de tesis.



Universidad Nacional  
del Altiplano Puno



VRI  
Vicerrectorado  
de Investigación



Repositorio  
Institucional

---

### DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Nausha Inmaculada Punicoto Chaiña  
identificado con DNI 70218313 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional,  Programa de Segunda Especialidad,  Programa de Maestría o Doctorado  
Doctorado en Ciencias de la Salud

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación denominada:  
“ IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS  
DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO, 2020 ”

Es un tema original.

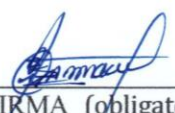
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.


Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 24 de SETIEMBRE del 2023

  
\_\_\_\_\_  
FIRMA (obligatoria)

  
Huella

## Anexo 6. Autorización para el depósito de tesis o trabajo de investigación en el repositorio institucional.

	Universidad Nacional del Altiplano Puno		Vicerrectorado de Investigación		Repositorio Institucional
--	--	--	------------------------------------	--	------------------------------

---

**AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Por el presente documento, Yo Naysha Inmaculada Paricoto Chaiña  
identificado con DNI 70218313 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional,  Programa de Segunda Especialidad,  Programa de Maestría o Doctorado  
Doctorado en Ciencias de la Salud

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación denominada:  
" IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE PUNO, 2020 "

para la obtención de  Grado,  Título Profesional o  Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 27 de setiembre del 2023

\_\_\_\_\_  
FIRMA (obligatoria)

Huella (obligatoria)