

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS  
SERVICIOS DE SALUD Y LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON  
TUBERCULOSIS QUE ACUDEN A CONSULTA  
EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN CALLAO, 2019”**

**SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA  
OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTOR DE SALUD PÚBLICA**

**CÉSAR ANTONIO BONILLA ASALDE**

**Callao, 2020  
PERÚ**



**“DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS  
SERVICIOS DE SALUD Y LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON  
TUBERCULOSIS QUE ACUDEN A CONSULTA  
EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN CALLAO, 2019”**

**AUTOR:**  
**CÉSAR ANTONIO BONILLA ASALDE**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO                      PRESIDENTA
- Dr. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY                      SECRETARIO
- Dr. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ                      VOCAL
- Dra. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA                                      VOCAL

**ASESOR(A):** Dr. LUIS AMERICO CARRASCO VENEGAS

Nº de Libro: 01

Nº de Folio: 23

Nº de Acta: 03-2020-JE/II-CTT

Fecha de Aprobación de tesis:

Callao, 06 de Febrero de 2020

Resolución del Comité Directivo de la Unidad de Posgrado Nº 15-2020-  
CDUPG-FCS

## **DEDICATORIA**

*A mis padres César y Carmen, in memoriam, pilares fundamentales en mi vida; quienes, con su honestidad, tenacidad y coraje, fueron el modelo y el gran ejemplo a seguir.*

*A mi esposa Oriana, compañera inseparable e incansable, con la que formamos un gran equipo, por su constancia, su voluntad indomable y por todo el amor que me brinda.*

*A mis hijos César, Carlo, Giovanni y Daniella, quiero ser para ellos el modelo a seguir, tal como mis padres lo fueron para mí, y decirles que siempre hay tiempo para alcanzar nuestros sueños y nunca rendirse.*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios porque en su infinita bondad y amor, ha permitido que lleguemos a este punto del camino con salud y fuerza, para alcanzar nuestros objetivos.

A mis tías Rosa, Maruja y Juanita por ser el pilar fundamental en mi vida y por su incondicional apoyo y consejos para ser un profesional con valores.

## INDICE

<b>TABLAS DE CONTENIDO</b>	<b>3</b>
<b>GRÁFICOS DE CONTENIDO</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>6</b>
<b>RESUMO</b>	<b>7</b>
<b>SOMMARIO</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>10</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática	10
1.2 Formulación del problema	17
1.2.1 Problema general	17
1.2.2 Problemas específicos	17
1.3 Objetivos de la investigación	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4 Limitantes de la investigación	19
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>21</b>
2.1 Antecedentes internacional y nacional	21
2.2 Bases teóricas	25
2.3 Conceptual	35
2.4 Definición de términos básicos	38
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>40</b>
3.1 Hipótesis general e Hipótesis específicas	40
3.2 Definición conceptual de variables	41
3.3 Operacionalización de variables	42



<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>45</b>
4.1    Tipo y diseño de investigación	45
4.2    Método de investigación	46
4.3    Población y muestra	46
4.4    Lugar de estudio	48
4.5    Técnicas e instrumentos para recolección de información	48
4.6    Análisis y procesamiento de datos	51
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS</b>	<b>53</b>
5.1    Resultados descriptivos	53
5.2    Resultados inferenciales	61
<b>CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>75</b>
6.1    Contrastación y demostración de hipótesis con resultados	75
6.2    Contrastación de los resultados con otros estudios similares	80
6.3    Responsabilidad ética	86
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>87</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>88</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>90</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>99</b>
• Matriz de consistencia	100
• Base de datos	103
• Instrumento de recolección de datos	127
• Consentimiento informado	131
• Validación de instrumentos por juicio de expertos	132

## TABLAS DE CONTENIDO

	<b>Págs.</b>
Tabla 4.1 Grado de relación según coeficiente de correlación	52
Tabla 5.1.1 Características sociodemográficas de la población	54
Tabla 5.1.2 Dimensión disponibilidad	56
Tabla 5.1.3 Dimensión accesibilidad	57
Tabla 5.1.4 Dimensión aceptabilidad	59
Tabla 5.1.5 Dimensión contacto	60
Tabla 5.1.6 Dimensiones de variable adherencia al tratamiento	61
Tabla 5.2.1 Correlación entre determinantes del acceso y adherencia	62
Tabla 5.2.2 Correlación entre disponibilidad y adherencia al tratamiento	63
Tabla 5.2.3 Correlación entre disponibilidad y adherencia al tratamiento	64
Tabla 5.2.4 Correlación entre accesibilidad y adherencia al tratamiento	66
Tabla 5.2.5 Correlación entre accesibilidad y adherencia al tratamiento	67
Tabla 5.2.6 Correlación entre accesibilidad y adherencia al tratamiento	69
Tabla 5.2.7 Correlación entre aceptabilidad y adherencia al tratamiento	70
Tabla 5.2.8 Correlación entre aceptabilidad y adherencia al tratamiento	71
Tabla 5.2.9 Correlación entre contacto y adherencia al tratamiento	73
Tabla 6.1.1 Correlación entre acceso a servicios de salud y adherencia al tratamiento	76
Tabla 6.1.2 Correlación entre dimensión disponibilidad de los Determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento.	77
Tabla 6.1.3 Correlación entre dimensión accesibilidad de los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento.	78
Tabla 6.1.4 Correlación entre dimensión aceptabilidad de los	79

determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento.

Tabla 6.1.5 Correlación entre dimensión contacto de los determinantes 80 del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento.

## GRAFICOS DE CONTENIDOS

	<b>Págs.</b>
Gráfico 5.2.2 Correlación entre dimensión disponibilidad de los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento.	63
Gráfico 5.2.4 Correlación entre dimensión accesibilidad de los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento.	66
Gráfico 5.2.6 Correlación entre dimensión aceptabilidad de los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento.	69
Gráfico 5.2.8 Correlación entre contacto y adherencia al tratamiento	72

## RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento en afectados por tuberculosis. Metodología, enfoque cuantitativo, alcance descriptivo-correlacional y diseño observacional transversal, en 120 pacientes con diagnóstico de tuberculosis, que proceden de los establecimientos de salud de la Región Callao y acudieron a recibir atención ambulatoria al Hospital nacional Daniel A. Carrión. Se utilizó como base para la medición de los determinantes del acceso a los servicios de salud, el instrumento de Tanahashi, el cual fue modificado para ser utilizado en tuberculosis y la adherencia al tratamiento fue medida a través del test de Morisky-Green modificado. Resultados, en el análisis inferencial se encontró rho Spearman = 0,741 y p-valor 0,000 en la correlación entre el acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento, en la correlación entre las dimensiones del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento, los resultados fueron: disponibilidad rho Spearman 0,693, accesibilidad rho Spearman 0,744, aceptabilidad rho Spearman 0,607, contacto rho Spearman 0,693, en todos ellos el p-valor 0,000. Concluyendo, que existe una relación estadísticamente significativa entre los determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.

**Palabras clave:** Tuberculosis, cumplimiento terapéutico, accesibilidad a los servicios de salud.

## RESUMO

O objetivo do estudo foi verificar a relação entre os determinantes do acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento em pacientes com tuberculose. Metodologia, abordagem quantitativa, âmbito descritivo-correlacional e delineamento observacional transversal, em 120 pacientes com diagnóstico de tuberculose procedentes de unidades de saúde da Região de Callao e encaminhados para atendimento ambulatorial no Hospital Nacional Daniel A. Carrión. Foi utilizado o instrumento Tanahashi como base de mensuração dos determinantes do acesso aos serviços de saúde, modificado para ser utilizado na tuberculose e a adesão ao tratamento medida por meio do teste de Morisky-Green modificado. Resultados, na análise inferencial, rho Spearman = 0,741 e valor de p 0,000 na correlação entre acessos. aos serviços de saúde e adesão ao tratamento, na correlação entre as dimensões de acesso aos serviços de saúde e adesão ao tratamento, os resultados foram: disponibilidade do rho Spearman 0,693, acessibilidade do rho Spearman 0,744, aceitabilidade do rho Spearman 0,607, contato do rho Spearman 0,693, em todos eles o valor p 0,000. Concluindo, que existe relação estatisticamente significativa entre os determinantes do acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento da tuberculose.

**Palavras-chave:** Tuberculose, adesão terapêutica, acessibilidade aos serviços de saúde.

## SOMMARIO

L'obiettivo dello studio è stato quello di determinare la relazione tra i determinanti di accesso ai servizi sanitari e l'adesione al trattamento nei pazienti con tubercolosi. Metodologia, approccio quantitativo, ambito descrittivo-correlazionale e disegno osservazionale trasversale, in 120 pazienti con diagnosi di tubercolosi, che provenivano da strutture sanitarie nella regione di Callao e si sono recati per ricevere cure ambulatoriali presso l'Ospedale Nazionale Daniel A. Carrión. Lo strumento Tanahashi è stato utilizzato come base per misurare i determinanti di accesso ai servizi sanitari, che è stato modificato per essere utilizzato nella tubercolosi e l'aderenza al trattamento è stata misurata attraverso il test Morisky-Green modificato. Risultati, nell'analisi inferenziale, rho Spearman = 0,741 e p-value 0,000 nella correlazione tra l'accesso ai servizi sanitari e all'adesione al trattamento, nella correlazione tra le dimensioni di accesso ai servizi sanitari e all'adesione al trattamento, i risultati sono stati: rho Spearman disponibilità 0.693, rho Spearman accessibility 0.744, rho Spearman accettabilità 0.607, rho Spearman contact 0.693, in tutti il valore p 0.000. Concludendo, che cosa esiste una relazione statisticamente significativa tra i determinanti dell'accesso ai servizi sanitari e l'adesione al trattamento della tubercolosi.

**Parole chiave:** tubercolosi, compliance terapeutica, accessibilità ai servizi sanitari.

## INTRODUCCIÓN

La situación de la tuberculosis en el país, pone en evidencia debilidades que tienen que ver con el acceso a servicios de salud, condicionando falta de fidelidad al tratamiento. Ello ha puesto en evidencia graves consecuencias y crea la necesidad de conocer mejor este fenómeno, de ahí que esta investigación está dirigida a determinar cómo los determinantes del acceso a servicios de salud influyen en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

Se desarrolló una investigación aplicada, de enfoque cuantitativo, observacional transversal analítica, para demostrar la hipótesis de estudio.

El Capítulo I presenta el planteamiento del problema, donde se describe la realidad problemática, problemas, objetivos, y limitantes del estudio. En el Capítulo II se expone el marco teórico, indicando antecedentes y las bases teórico-conceptuales de la investigación. En el capítulo III se muestran las hipótesis y variables. A continuación, en el capítulo IV se delinea el diseño metodológico. En el capítulo V se precisan los resultados de la encuesta. En el capítulo VI se redactan la discusión de resultados y finalmente se reseñan las conclusiones y recomendaciones.

El conocimiento de estos determinantes, permitirá fortalecer las estrategias para mejorar el éxito terapéutico, contribuyendo a disminuir la tuberculosis como problema de salud pública en la Región Callao.



## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

De acuerdo a la Organización Mundial de la salud–OMS, la accesibilidad se puede definir como el ordenamiento de una cartera de servicios que sea desde el punto de vista económico, social y culturalmente alcanzable por la población. Asegurando una oferta sanitaria de calidad –eficiente, eficaz y efectiva- que contribuya a la salud de la comunidad (1).

En el mundo el año 2017, se ha reportado un 40,5% de la población que estimo no era necesario recibir atención sanitaria. De ellos el 27,9% empleo remedios caseros o se automedicó, el 15,3% indico que no acudió al consultorio por las dificultades geográficas, tiempos de demora prolongados para la atención, o porque no estaban seguros de la calidad de los médicos y los servicios, interesante a resaltar es el hecho que 12,9% no acudió por falta de dinero. Existen otras causas, tales como: no disponer de un seguro, el tiempo que perderían para trabajar o para estudiar, y el maltrato del personal de salud, entre otros aspectos (2).

Un tema que los tomadores de decisión deberían considerar, es aquello relacionado con el maltrato del personal de salud hacia los pacientes.

Llama profundamente la atención que las cifras se han triplicado en este rubro si se compara con el 2004. Otros datos, para analizar con detenimiento, son, por ejemplo: no tener tiempo 18,0%, y que 2,4% de los encuestados no acudieron a los establecimientos por falta de seguro médico (3).

Otra situación a considerar, son las causas económicas, de los ciudadanos que mencionan problemas económicos, un 43,1% se encuentran en condición de pobreza o pobreza extrema. El 30,0% del total identifican como barreras, el trayecto, la desconfianza y el retardo para la atención (4).

Los países básicamente enfrentan cuatro problemas: (i) falta de recursos, que no permite una oferta de servicios de salud de calidad; (ii) gastos de bolsillo de los afectados, quienes, al asumir los costos de la atención, se empobrecen más, (iii) deficiente e inequitativo uso de los bienes y (iv) la corrupción (5).

En la década de los 80s muchos países de Latinoamérica, incluyendo el Perú, iniciaron reformas en los sistemas de salud; con el fin de garantizar eficiencia, eficacia y efectividad en el uso de recursos, que permitiera ofrecer salud con equidad; sin embargo, a pesar de ello existen evidencias que demuestran que todavía persiste un elevado porcentaje de personas que no pueden acceder a una atención

adecuada para conseguir una vida saludable y prevenir enfermedades (6).

Se estima, que si en la Región de las Américas entre los años 2014 y el 2016, hubiese existido una oferta de servicios de excelencia, se habrían prevenido más de 1 200 000 muertes. Las cifras notificadas por Argentina, Brasil, Colombia y Perú, muestran que menos de una cuarta parte de la población utiliza los servicios preventivos de salud, que son básicos para el adecuado control de la salud, se espera que los adultos al menos realicen una visita al año (7-10).

En relación con los impedimentos para las prestaciones de salud, el año 2015 países como Chile, Uruguay han notificado cifras muy bajas que oscilan entre < 1 % y 2,3 %, en cambio Perú ha notificado porcentajes en el rango del 20%. Continuando con el país, se han detectado problemas no solo con los que no tienen seguro, sino también con los que disponen de un seguro tales como los del seguro social y el seguro integral de salud, encontrando como dificultades: distancia al establecimiento, la desconfianza en profesionales y técnicos de salud y el tiempo de espera para la consulta (10).

El hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, es un establecimiento de salud que brinda atención de consulta externa y de internamiento, disponiendo para ello de recursos humanos especializados. En relación a la atención de la tuberculosis, es de referencia regional para el Callao

y distritos limítrofes de Lima metropolitana, adicionalmente otras regiones del país, consideran a este nosocomio como su natural lugar de consulta, cuando tienen algún problema en el control de su enfermedad (11).

La tuberculosis-TB, es una enfermedad endémica que se encuentra extendida a nivel mundial. El 2017 según la OMS, 10 millones de personas sufrieron de TB y un estimado de 1,3 millones murió a causa de esta enfermedad en el mundo (12).

La adherencia terapéutica, es la obediencia en el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, siguiendo las indicaciones del personal de salud durante el tiempo que sea necesario, para la curación o recuperación, cumpliendo con los protocolos diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento (1).

Si no existe fidelidad al tratamiento de la tuberculosis, se pueden incrementar el riesgo de transmisión entre los contactos, efectos adversos, recaídas, abandonos del tratamiento, así como complicaciones, resistencia medicamentosa y fallecimientos (12,13).

Latinoamérica el año 2017 ha notificado 228,943 casos nuevos y recaídas, que representa casi el 80 % de los estimados; el Perú donde la tuberculosis persiste siendo un dilema sanitario, contribuye de manera importante a esta casuística. En el país, en los últimos 15 años se han incrementado progresivamente los recursos financieros internos

y externos para la lucha contra la enfermedad, sin embargo, según cifras disponibles del año 2018 se reportaron 31,079 casos de tuberculosis, siendo el segundo país de América Latina con más casos. Su transmisión, está asociada a la miseria y las condiciones de vida deficientes, que, sumado a las dificultades de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y control para llegar a los centros sanitarios, trae graves consecuencias: complicaciones, interrupción en la toma de los medicamentos, incremento del deterioro de la salud, sin dejar de un lado el sentimiento de inconformidad del usuario (12).

La capital Lima y el puerto del Callao-Provincia Constitucional del Perú- son las jurisdicciones con mayor vulnerabilidad social del territorio nacional, lo que eleva en sus pobladores el riesgo de contraer la enfermedad; albergan el 59% de los casos de tuberculosis del país, que significan una carga epidemiológica aproximada de 18,500 afectados, de los cuales 1,300 se encuentran en Callao. Además, registran una alta incidencia de TB multidrogorresistente-TB MDR- el año 2017 se registraron 1,335 casos en ambas jurisdicciones; el 8 % correspondieron a la provincia constitucional (13,14).

Una de las funciones de una organización sanitaria, es resolver los problemas de salud de los vecinos, lo cual implica contar con mecanismos de planificación, organización, ejecución, control y financiamiento, que conlleven una prestación eficaz, universal accesible

y equitativa en sus servicios (15). Lo expresado es de especial relevancia para el control de la tuberculosis, el no darse esas condiciones, complica la situación de riesgo de la población ante la enfermedad.

Una alta proporción de situaciones relacionadas con la falta de fidelidad al abordaje terapéutico en tuberculosis, tienen su inicio en cambios acaecidos durante la atención. Rivera et al. (13), demostraron en un estudio en la Región Callao, que cuando el paciente no consideraba adecuado el horario de atención en el establecimiento, mostraba un riesgo elevado para abandonar el tratamiento de la tuberculosis [OR 78,1; IC 95% 4,84-125,97].

Durante los últimos años, esta problemática de la ausencia de fidelidad terapéutica, está siendo considerada en las líneas investigación de la tuberculosis en muchos países, debido en gran parte a su extraordinaria relevancia en el campo clínico, epidemiológico, económico financiero y social.

Mas aún, Hirmas et al. (4), señalan que en la ciudadanía hay una percepción muy arraigada acerca de que los tomadores de decisiones, no han concedido importancia a la existencia de serias barreras, en los centros de salud en donde reside la población más pobre y vulnerable, para recibir una atención oportuna.

Si bien, en el Perú existen fortalezas importantes que facilitarían la atención de los afectados por tuberculosis; entre ellas, el “Modelo de atención integral”, el “Aseguramiento universal y el Seguro integral-SIS”, la “Ley N° 30287 y su reglamento, contra la tuberculosis” y la “Norma técnica vigente” para la atención de los afectados por tuberculosis; y de igual manera se ofrecen oportunidades, como el “Plan estratégico multisectorial de salud para el abordaje de la tuberculosis en el Perú, 2019-2023”; no se ha logrado superar algunas amenazas como: la pobreza; el tiempo que se emplea en llegar a los centros de salud por dificultades en el transporte público; los aspectos culturales y otras debilidades que limitan su acceso, tales como la demora en la atención, y las acciones del sistema de salud (13,14).

Tal como lo menciona Llanos et al. (16), la accesibilidad es un elemento que contribuye a entender la dinámica en la asistencia sanitaria, su desempeño y calidad, el no contar con acercamiento seguro a la prestación, no alienta la utilización de los mismos, incluso sino mejora la calidad de los establecimientos, el aseguramiento no garantiza el acceso y la oportunidad a una atención de calidad.

Así pues, la necesidad de obtener evidencias, justifica la ejecución de esta investigación, que servirá para diseñar intervenciones preventivas que contribuyan a disminuir las complicaciones de la enfermedad. De acuerdo a lo anterior, esta investigación busca identificar obstáculos y

capacidades en la oferta de sanidad para el cumplimiento del tratamiento de la tuberculosis; de acuerdo a ello, puedan establecerse políticas públicas que permitan el acceso al sistema sanitario, con equidad, eficiencia y así garantizar la adherencia al tratamiento en dicha población.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿En qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú año 2019?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿En qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión disponibilidad se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú año 2019?
- ¿En qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión accesibilidad se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que



acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú año 2019?

- ¿En qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión aceptabilidad se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú año 2019?
- ¿En qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión contacto se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú año 2019?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1 Objetivo general**

Establecer la relación entre los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar la relación entre los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión disponibilidad y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.

- Identificar la relación entre los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión accesibilidad y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.
- Identificar la relación entre los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión aceptabilidad y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.
- Identificar la relación entre los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión contacto y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.

#### **1.4 Limitantes de la investigación**

##### **1.4.1 Limitante teórica**

Son escasas las investigaciones realizadas sobre el tema en estudio, de ahí la dificultad para contrastar los resultados con trabajos anteriores, sobre todo en nuestro medio.

##### **1.4.2 Limitante temporal**

La duración del tratamiento de las formas sensibles es de 6 meses y en las formas multidrogoresistentes es de 18 a 24 meses, agregado que había que esperar a que los pacientes se encontraran en la segunda fase del tratamiento, demoro el reclutamiento de los casos en las condiciones de estudio.

### **1.4.3 Limitante espacial**

Los afectados por tuberculosis que participaron en el estudio, recibían tratamiento estrictamente supervisado en establecimientos de la DIRESA Callao, en tal sentido se esperó su llegada ambulatoria a libre demanda o referidos, al hospital nacional Daniel Alcides Carrión.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 Antecedentes de estudios (Internacional y Nacional)**

##### **2.1.1 Antecedentes Internacionales**

**HIRMAS M, POFFALD L, JASMEN A, AGUILERA X, DELGADO I, VEGA**

**J. (4)**, el año 2013 en Chile realizaron la investigación “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa” que permitió identificar determinantes al acceso en la atención de salud que eran comunes a diferentes poblaciones y enfermedades, para lo cual se basaron en el modelo de Tanahashi, que les permitió identificar 230 barreras, de las cuales 25 fueron de la dimensión disponibilidad, 67 en accesibilidad, 87 en aceptabilidad, y 51 en contacto. Concluyeron que los limitantes, son: costos del tratamiento; demora para la atención médica; humillación de atenderse en un establecimiento debido a la enfermedad que tiene; desconfianza en los profesionales y técnicos, aspectos culturales. Entre aquello que favorecía la llegada de los pacientes, se encontró: organizaciones sociales de apoyo, el deseo de curarse, atención centrada en los usuarios externos, presencia de programas preventivo promocionales.

**PÉREZ G. (17)** en la investigación realizada en Colombia el año 2015 “Accesibilidad geográfica a los servicios de salud: un estudio de caso para

Barranquilla”, los resultados mostraron que los factores económicos, son elementos referidos por los pacientes como aquellos que dificultan el acceso. Concluyendo que el efecto de la percepción de pobreza y que la probabilidad de estar muy insatisfecho con el servicio de salud, aumenta para aquellos que se perciben como pobres con respecto a quienes no se consideran en esta situación.

**ARAKAWA T, ARCÊNCIO R, SCATOLIN B, SCATENA L, RUFFINO A, SCATENA T. (18)**, el año 2011 en Brasil realizaron el trabajo “Accesibilidad al tratamiento de tuberculosis: evaluación de desempeño de servicios de salud”. Incluyeron 100 afectados que iniciaron tratamiento entre 2006-2007. Los resultados evidenciaron aspectos favorables en relación a la organización de los servicios; sin embargo, el recurso humano limitado y el desempeño de profesionales y técnicos, fue considerado un obstáculo; el transporte hasta el establecimiento, produjo costos indirectos. Los servicios con mayor cantidad de pacientes presentaban menor ejecución de visitas domiciliarias. Concluyendo que el déficit de recursos humanos, materiales, financieros y la desorganización de la atención, pueden afectar el cumplimiento terapéutico.

**HERRERO M, ARROSSI S, RAMOS S, BRAGA J. (19)**, el año 2015 en Argentina, llevaron a cabo la investigación “Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina”, realizaron una pesquisa ecológica, concluyendo que aquellos hogares que presentaban

mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas y aquellos que no tenían traslado urbano a menos de 300 metros, fueron los que presentaron no adherencia más elevada.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

**SOTOMAYOR L. (20), realizaron en Tacna el año 2016** el estudio sobre “Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el Centro de salud San Francisco, Tacna-2016”, encontró que aquellos factores que se encuentran relacionados con el servicio de salud, son los más importantes para el cumplimiento de la terapia, concluyendo que la ausencia de consejería al ingreso del afectado al programa y la falta de supervisión del tratamiento, son factores que condicionan la adherencia.

**BONILLA C. (14), realizo un estudio el año 2016 en el Callao,** sobre “Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la región Callao, Perú, años 2010-2012” llevo a cabo una investigación analítica de casos y controles identificando factores como: no creer en la curación, inadecuado horario de administración de medicamentos a pacientes en el establecimiento de salud, no recibir del establecimiento los informes de laboratorio; como riesgos asociados al abandono del tratamiento. Concluye, que obstáculos

dependientes del servicio de salud, son muy importantes para falta de fidelidad al tratamiento.

**SÁNCHEZ P. (21)** realizo una investigación el año 2015 en Piura, sobre los “Determinantes del acceso a los servicios de salud en el distrito de Castilla 2011: Caso Asentamientos Humanos”, los resultados le permitieron concluir que la precariedad en el trabajo del cabeza del hogar, grado de instrucción de padres, el estado civil y disponer de un seguro, tienen relación directa con el acceso a la atención; en cambio ingreso familiar, sexo y número de miembros en la casa, se relacionan de manera inversa.

**MARIÑOS J. (22)**, el año 2016 en Lima realizó el trabajo “Efecto de riesgo de los determinantes sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú en 2016”, en donde mediante un análisis descriptivo, caracterizó la atención y la demanda, permitiendo concluir que aquellas personas que padeciendo alguna enfermedad crónica, proceden de comunidades rurales, que no disponen de seguro, que poseen menores ingresos, tienen menos oportunidad a un diagnóstico y tratamiento.

**PARODI S. (23)**, el año 2010 en Lima ejecuto el estudio “Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios”. Identificaron que el SIS no ha favorecido la equidad, porque han incorporado en el aseguramiento a la población con mayores recursos en

perjuicio de los más pobres. Concluyen que en promedio el SIS, ha favorecido menos a mujeres indígenas, mujeres del ámbito rural, mujeres con esposos dominantes, las cuales tienen menor posibilidad de un alumbramiento institucionalizado.

**PÉREZ N. (24), investigo el año 2010 en Lima** sobre “Acceso a los servicios de salud del MINSA según la Encuesta Nacional de Hogares 2006”, utilizó un alcance descriptivo, de diseño transversal para comprobar la existencia de diferencias en el acceso al sistema sanitario entre los que tienen recursos y los que no los poseen, además verificar diferencias entre la población que procede del ámbito urbano y el rural. Los resultados, descubrieron que el 62.1% de la población no tenía un seguro y que el 4,5% de los que acudían MINSA pertenecían a ESSALUD. Concluye que los obstáculos primordiales, por los cuales la población de riesgo y vulnerabilidad elevada, no tuvo acceso al sistema sanitario, fueron: 39.4% no disponer de dinero, 35.7% no creer en la medicina y 18.5% no sentían que fuera necesario.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Epistemología del proceso salud-enfermedad**

De acuerdo a la OMS (25,26), la salud es un paradigma que busca el bienestar del individuo en diferentes esferas y no sólo la ausencia de enfermedad y también, indica que son tres los propósitos esenciales de un



sistema sanitario: a) calidad; b) cumplir con las expectativas de las personas y c) brindar aseguramiento.

A su vez Orozco (27) y Vergara (28), plantea que la salud debe comprenderse como un proceso continuo que busca el restablecimiento del equilibrio entre salud-enfermedad, esto implica mantener un perfecto balance entre componentes socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales, los cuales se unen para respaldar esa armonía.

Por otra parte, Vélez et al. (29) y López (30), sostienen que la salud es una réplica a circunstancias producidas por la forma en que cada sujeto interviene de los procesos de la vida diaria, con lo cual se entiende que la enfermedad es parte intrínseca de la vida misma. Igualmente proponen en sus estudios que la salud es un estado que se posee o se pierde, siendo un recurso que el ser humano debe cuidar y preservar.

El Ministerio de Salud del Perú, presenta una mirada diferente a lo mencionado anteriormente, dándole a la salud una connotación económica más realista, cuando plantea que toda demanda sanitaria tiene que provocar como respuesta una oferta de calidad, como expresión de una cadena de equidad. Refiere que estar enfermo, genera costos indirectos no considerados muchas veces por los sistemas de salud. La persona enferma reduce su productividad laboral y eso se ve plasmado en la disminución de la renta doméstica, generando mayor pobreza (31).

A su vez Ocampo (32), indica que la salud, es un elemento sustancial para el crecimiento económico de los pueblos y es en ese sentido que se reconoce que toda la población debe tener llegada a las organizaciones de salud, donde reciban intervenciones eficaces para resolver sus necesidades prioritarias de salud.

Conforme refiere la Organización Panamericana de la Salud-OPS (5), las instituciones sanitarias, están proyectadas y planificadas, para prevenir y promover la sanidad, por tanto, son necesarias actuaciones de gran efectividad, como la atención prenatal, los consultorios de crecimiento y desarrollo, la vacunación y los programas de abordaje de enfermedades infectocontagiosas y crónico degenerativas, entre otras.

De acuerdo a lo mencionado líneas arriba, se deben entender los procesos y sus factores críticos de éxito, resolviéndolos al amparo de políticas y programas sanitarios que fomenten una adecuada cultura sanitaria.

### **2.2.2 El acceso a los servicios de salud**

Considerando la teoría de la calidad de Donabedian (33), el acceso se expresa a través de dos dimensiones interrelacionadas, la geográfica, calculada por la fórmula- distancia, tiempo y costo de desplazamiento- y la socio-organizativa que incluye las peculiaridades de la oferta.

Acorde con ello Flórez et al. (34), mencionan que el acceso es la utilización de la oferta en salud, la cual provee una asistencia para la atención con

calidad, mejorando y fortaleciendo los procesos que ayudan y limitan esta justa aspiración de los ciudadanos, para recibir una atención con calidez y seguridad.

Las causas que afectan el empleo de las organizaciones sanitarias, son de importancia para la toma de decisiones de gerentes administrativos y clínicos, favoreciendo el diseño de políticas y programas que fomentan el uso adecuado de las instalaciones médicas, con el fin de beneficiar a las personas que acuden a ellas.

Uno de los modelos que ha sido considerado para el estudio de esas causas y que integra de manera amplia el acceso a los servicios de salud, ha sido el modelo teórico de Tokusei Tanahashi del año 1978. El cual considera cuatro dimensiones: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y contacto, configurando escenarios donde se desarrollan una serie de procesos que culminan con una atención sanitaria exitosa (4).

La cobertura universal en salud, se caracteriza por ser equitativa, en tal razón el total de habitantes de una jurisdicción o territorio, pueden acceder en esas condiciones a la oferta de servicios de acuerdo a sus exigencias, sin reparar en situación socio-económica, religión, género o raza y sobre todo que la oferta esté preparada para absorber esta demanda (15).

Gutiérrez et al. (35), plantean que los gerentes conozcan la raíz de las enfermedades, los retos y las estrategias para abordarla, es conveniente también que los gestores tengan identificado que segmento de la

población a cargo no tiene acceso a un servicio de salud de calidad. Por otro lado, refieren igualmente que es conveniente entender que la miseria es el principal enemigo para la salud y es el enemigo a quien se debe combatir, para lo cual se requiere seguir acometiendo hacia la cobertura universal para el acceso, conforme al financiamiento disponible. Así mismo, indican que es muy importante deban medirse los progresos que se están alcanzando en ese campo, utilizando indicadores válidos y datos apropiados. Estas tareas son complementarias y la investigación proporcionara los datos científicos necesarios para realizarla.

### **2.2.3 La tuberculosis como obstáculo social y de salud pública**

La tuberculosis se encuentra ligada a la pobreza, provocando que quienes la padecen sufran una pobreza mayor (16). Si bien el diagnóstico y el tratamiento de las formas sensibles y resistentes son gratuitas en el Perú, hay costos indirectos y directos que tienen que asumir los afectados por la enfermedad y sus familias, con gastos de bolsillo (19).

Barter et al (36), subrayan que muchas veces se tienen que absorber egresos imprevistos, ocasionados por comorbilidades o complicaciones de la misma enfermedad y la realidad es que asumen costos por exámenes adicionales, adquisición de medicamentos diferentes a los anti tuberculosis, por procesos intercurrentes, gastos de consultas médicas con especialistas y transporte, teniendo que contarse además los costos

indirectos de la enfermedad, de tal manera que el costo total del abordaje de la tuberculosis suele ser mayor a los ingresos del paciente y su familia. Estiman que entre 20% y 40% del ingreso familiar anual, el afectado por tuberculosis lo va a gastar en su recuperación.

En África y Asia, entre 40% y 70% de los afectados se empobrecen más, el mayor gasto es en el diagnóstico y al inicio del tratamiento. Al costo económico, frecuentemente, hay que adicionar el estigma y la discriminación, pérdida del empleo y estudios (12).

Un alto porcentaje de pacientes con tuberculosis, no ingresan a los establecimientos de salud directamente, con derecho a diagnóstico y tratamiento gratuito, lo hacen por lo regular con cuadro clínico respiratorio o síntomas inespecíficos, y el lapso para hacer un diagnóstico correcto e iniciar la terapéutica, en muchos de los casos, es de varias semanas o meses, por consiguiente, se incrementan los gastos de bolsillo (16,19).

En tal punto, surge como alternativa la atención centrada en el paciente, acompañada de planes específicos de protección gratuitos, que impidan la exposición a los riesgos sociales o económicos. Lo dicho supone, brindar entre otros, cupones de transporte, alimentos o transferencias de dinero, así como apoyo en salud mental. Adicionalmente, es posible incorporar aspectos legislativos que protejan a los pacientes que trabajan, que impida sean despedidos arbitrariamente a causa de la enfermedad, la cual en promedio deja de contagiar a las dos semanas de iniciados los

fármacos, lo cual permite esperar que el 99% de los pacientes con una tuberculosis sensible - que es la forma de tuberculosis más frecuente - se recuperen totalmente (37).

Otras estrategias implementadas para incrementar la fidelidad al tratamiento y a los servicios de salud, es abordar los problemas del estigma y la discriminación, priorizando la protección de las comunidades de elevado riesgo y alta vulnerabilidad social, expuestos a contraer la tuberculosis (21).

Sin dejar de lado, otros enfoques gubernamentales para abordar los determinantes sociales de la salud, y el desarrollo de políticas con base en el abordaje multisectorial, con una visión social amplia y desarrollo de estrategias de reducción de la pobreza que ayuden a evitar la tuberculosis en poblaciones de riesgo (14).

Por todo lo mencionado, la tuberculosis es expresión de miseria y vulnerabilidad social, además que el fracaso en su abordaje, facilita la transmisión de la enfermedad en la comunidad, incrementando los casos nuevos tanto sensibles como resistentes al tratamiento y los fallecidos, de ahí su importancia en salud pública. Es por ello, que los programas nacionales de lucha anti tuberculosis, tengan necesidad de evidencia científica, que justifique añadir medidas de protección social y económica, a los indicadores existentes de cobertura, que facilite el acceso a los servicios.

#### **2.2.4 El acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, como problema de salud pública**

Para entender por qué la adherencia al tratamiento de la tuberculosis, es un problema de salud pública, se tiene que partir de la definición de adherencia al tratamiento, se han intentado varias, como la de la OMS que se menciona anteriormente, pero en este segmento nos referiremos a la definición de Basterra el año de 1990 y es mencionada por Plata (38), este plantea que se trata de la coincidencia entre el comportamiento del enfermo y la indicación médica, la cual puede estar influenciada por múltiples factores dependientes del paciente y las determinantes socio-económicas y culturales, entre otras, pero resalta también que algunos de estos factores pueden estar relacionados con los establecimientos de atención sanitaria –organización, procedimientos, infraestructura, oferta de servicios, recurso humano y el acceso a las prestaciones – los cuales pueden influir para que no se cierre el círculo de eficiencia que permita la salud.

Rivera et al. (13), hace alusión a que la falta de fidelidad al tratamiento y al establecimiento de salud, se configura cuando existe debilidad en el acceso al sistema sanitario y desorganización en la atención de la demanda, lo cual pueden convertir una irregularidad o falta de adherencia en un abandono al tratamiento, permitiendo que la enfermedad se trasmita

con facilidad en la comunidad, se incrementen las complicaciones y el riesgo de muerte y lo más serio es que se desarrolle resistencia a los fármacos anti tuberculosis.

Es conveniente mencionar que otros investigadores de la tuberculosis y su control, coinciden con lo anterior, en el sentido que la falta de adherencia al tratamiento, no solo es grave porque se torna en ineficaz, sino que contribuye a un incremento de la morbimortalidad y al encarecimiento de las intervenciones para su control. Adicionalmente, en el caso de la enfermedad, la falta de acceso al servicio, se puede expresar de diferentes maneras entre ellas que: los establecimientos de salud no establecen los canales de comunicación adecuados, ausencia de actividades que fortalezcan la relación establecimiento de salud-paciente, todo ello debilita, por un lado, el acceso a los servicios de salud y por otro el control de la tuberculosis (14,21).

En la misma línea de pensamiento-acción, la OMS reconoce que la infidelidad terapéutica, es la razón para que no se pueda controlar la epidemia en el mundo, pero este tipo de adherencia no es la única que juega en contra de la eficacia de las intervenciones, se tiene que entender que puede existir otras faltas de adherencia o fidelidad, entre ellas: falta de adherencia al compromiso político de los tomadores de decisiones que impide la continuidad, sostenibilidad y fortalecimiento de las intervenciones; falta de adherencia a los establecimientos de salud, ya que



el afectado por tuberculosis no es inmune a sufrir otros problemas de salud o comorbilidades – VIH, diabetes mellitus, enfermedades hepáticas crónicas, enfermedades dependientes de estilos de vida, hipertensión, enfermedad renal crónica, entre otras – de tal manera que si el afectado por tuberculosis no tiene acceso a los servicios de salud, para tratar otras enfermedades infecciosas agudas o crónicas, u otras enfermedades degenerativas, no va a conseguir cumplir con el tratamiento de la tuberculosis (12).

Quiñones (39), hace referencia a Haynes, quien plantea un aspecto sumamente interesante, que trata de ir más allá de lo gramatical y semántico, acerca de la conveniencia de establecer una diferenciación entre adherencia y cumplimiento, la primera plantea que tiene necesidad de incorporar en la fórmula de aceptabilidad y negociación, al médico y el paciente, la segunda en cambio involucra una conducta de aceptación incondicional de parte del paciente sobre las indicaciones del médico.

Existen diferentes instrumentos para medir la adherencia terapéutica, entre ellas, se ha utilizado con relativa frecuencia el Test de Morisky Green para medir la adherencia al tratamiento, incluye cuatro preguntas de escala valorativa dicotómica, que explora la actitud de los afectados por tuberculosis frente al tratamiento. Es un instrumento validado para uso en patologías crónicas- principalmente hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus- igualmente fue adaptado para ser utilizado en

tuberculosis, con altos niveles de validez y confiabilidad estadística (40-41).

Es conveniente entonces que los sistemas de salud, a través de la investigación, adquieran evidencia científica, sobre el abordaje de la tuberculosis centrada en el paciente, en donde el acceso a los servicios de salud forme parte de las estrategias de control. Esta situación es medular para comprender que uno de los más importantes problemas de la no adherencia al tratamiento es la amplificación de la resistencia a los medicamentos.

### **2.3 Conceptual**

Desde el punto de vista lingüístico, paradigmático y pragmático, se pueden ubicar diferentes formas de entender el significado del término acceso, sobre todo cuando se lleva al campo de la salud y la provisión de servicios, bajo una mirada de la oferta y demanda de la atención sanitaria.

Entre las distintas versiones conceptuales, estas transitan entre las que tienen una visión poblacional y otras direccionadas hacia la oferta sanitaria. Es sumamente interesante el hecho que en la última acepción se comprometen dos aspectos, en primer lugar, los recursos necesarios para utilizar los servicios y por otro lado el uso eficiente de los mismos recursos (42).

La estructuración del concepto del término acceso involucra aspectos de equidad, estructura social, factores demográficos, necesidades, creencias y concepciones de salud. Fijándose en esos elementos, se podrá visualizar que están concatenados y el alineamiento de cualquiera de esos factores, va a determinar quien recibirá la atención de salud, estableciendo una relación entre el uso del sistema sanitario y el estado de salud, existiendo un principio o regla que dice que el sistema de salud impacta en el estado de salud y este en la utilización de los servicios de manera directamente proporcional (43).

Todo lo mencionado, no sería suficiente para entender el concepto de acceso, sino se incorporara para un mejor entendimiento, nuevas perspectivas desde el campo de la salud, como son el acceso efectivo, que tiene que ver con el beneficio del servicio recibido y por otro lado la calidad de la atención, relacionado con el horizonte en la salud y la absorción de la demanda de parte del servicio; en esta última visión ampliada de acceso, se incluye la posibilidad de elegir servicios aceptables de buena calidad, ya que servicios de pobre calidad son vistas como una restricción en el acceso (44).

Todo lo mencionado, en párrafos anteriores son una representación gráfica de lo que se busca y se desea obtener para los ciudadanos en lo concerniente al acceso y comprender que en su conceptualización existen elementos facilitadores y barreras identificables en los distintos

componentes del patrón, donde la realidad muestra que en el caso de enfermos con tuberculosis y tuberculosis multidrogorresistente, ellos enfrentan diversas vallas para acceder a los servicios de salud (6,9).

Debe mencionarse, además, que un problema serio para el acceso a la oferta sanitaria de los usuarios externos, es la debilidad en el número de trabajadores en los establecimientos, enfrentar esta situación no es fácil para los tomadores de decisiones, ya que el problema no solo es financiero, también involucra aspectos administrativos y de planificación que impiden la incorporación de nuevo personal (5).

En cuanto a las condiciones en que se brinda la prestación de salud, es otro tema de preocupante interés, es conveniente motivar y fortalecer en los establecimientos de salud el interés por brindar una buena atención con calidad y calidez, ya que uno de los aspectos que se visualiza en las investigaciones en el tema es la queja de los usuarios externos del maltrato del personal y la ausencia de información sobre la situación del paciente (27,28).

Bonilla (14), encontró que entre las causas asociadas a la falta de adherencia se identifican causas que parten de la propia dinámica de los establecimientos de salud, debilidades en la organización de los servicios, que van a provocar demoras en la atención y la falta de información que proporciona el equipo de salud a los pacientes con tuberculosis.

En el mundo en los tiempos actuales, los países se encuentran reorientando sus políticas sanitarias con la finalidad de abordar de manera holística el problema de la endemia tuberculosa, reorientando presupuestos hacia la entrega de incentivos económicos y no económicos, desarrollando alianzas estratégicas con las comunidades y los gobiernos locales para la incorporación de los afectados a programas sociales, el aseguramiento en salud de pacientes y familiares, todo ello con la finalidad de conseguir de parte de ellos, una mayor fidelidad o adherencia al tratamiento y a los establecimientos, como elemento vital en la curación y el control de una enfermedad endémica que viene asolando a todo el mundo (45).

Aunque existen investigaciones, que abordan el tema de estudio, identificando inconvenientes en la atención de patologías específicas, no hay muchos estudios en el caso de la tuberculosis, ahí radica el formidable desafío y la importancia de esta investigación, la de trabajar con estos modelos para establecer dichas barreras en la población con tuberculosis.

#### **2.4 Definición de términos básicos**

Se utilizarán las definiciones referidas por Wallace et al. (46) y Castro (47).

- **Disponibilidad:** dimensión del acceso que mide la capacidad de un sistema sanitario en replicar a sus demandas en función con el tamaño de la población objetivo o, idealmente, la población necesitada.

- **Accesibilidad:** dimensión del acceso asociada a las facilidades geográficas como distancia, transporte; económicas como gasto de bolsillo; organización de los servicios para hacerlo atractivo a la demanda, acortando tiempos de demora para la atención.
- **Aceptabilidad de los servicios:** dimensión del acceso que está bajo el dominio de las expectativas y percepciones del usuario externo, que va a depender del grado de instrucción, aspectos socio-económicos, creencias y valores.
- **Contacto con el servicio:** dimensión del acceso comprendida desde el punto de vista de la interacción entre el paciente y el establecimiento sanitario, donde el usuario externo se adecua a la oferta recibida de parte del servicio de salud.
- **Cumplimiento terapéutico:** situación, en que el consumo de la medicación, coincide con la prescripción clínica.
- **Constancia terapéutica:** persistencia en la toma de la medicación a lo largo del tiempo de acuerdo al programa prescrito

## **CAPITULO III**

### **HIPOTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1 Hipótesis general e Hipótesis específicas**

##### **3.1.1 Hipótesis General**

Los determinantes del acceso a servicios de salud se relacionan con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

##### **3.1.2 Hipótesis Específicas**

- Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión disponibilidad se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.
- Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión accesibilidad se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.
- Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión aceptabilidad se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.
- Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión contacto se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.

### **3.2 Definición conceptual de Variables**

**Variable 1:** Determinantes del acceso a servicios de salud

Entendidos como los factores que influyen sobre el proceso de la atención de salud y tienen que ver con elementos propios de la oferta de salud y el reconocimiento del paciente e involucra o no aspectos de calidad de la atención (4)

**Variable 2:** adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

La forma como un usuario cumple de manera responsable con la terapia farmacológica o no farmacológica prescrita por un médico (48).



### 3.3 Operacionalización de variables

Determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2019

Variable 1: Determinantes del acceso a los servicios de salud

VARIABLE 1:	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Determinantes del acceso a servicios de salud	Entendido como los factores que influyen sobre el proceso de la atención de salud y tienen que ver con elementos propios de la oferta de salud y el reconocimiento del paciente e involucra o no aspectos de calidad de la atención (4)	Disponibilidad	1. Servicios hospitalarios 2. Ambientes cómodos y limpios 3. Equipos y materiales adecuados 4. Recurso humano capacitado 5. Recurso humano suficiente 6. No recibí atención por falta de personal 7. Horarios de atención adecuados 8. Atención oportuna 9. Información oportuna	Escala de medición: Cualitativa Nominal Escala valorativa Dicotómica (Si -No)
		Accesibilidad	10. Tiempos de demora en llegar al hospital 11-13. Medio de transporte público, propio, caminando 14. Dificultad con trámites administrativos para la atención 15. Dificultades para solicitar atención 16. Tiempo transcurrido desde fecha de solicitud de cita y la atención 17. Considera adecuado el tiempo de espera 18-19. Pago por la consulta médica o pruebas diagnósticas 20. Falta a consulta por razón económica 21. Compré medicamentos para su tratamiento 22. No tomé medicamentos por falta de dinero 23. Dificultades con fecha y horario de consulta 24. Le han negado la atención el último año	

Determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2019  
Variable 1: Determinantes del acceso a los servicios de salud

VARIABLE 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Determinantes del acceso a servicios de salud	Entendido como los factores que influyen sobre el proceso de la atención de salud y tienen que ver con elementos propios de la oferta de salud y el reconocimiento del paciente e involucra o no aspectos de calidad de la atención (4)	Aceptabilidad	25. Sintió temor o vergüenza de atenderse en hospital. 26. Sintió discriminación o rechazo 27. Sería difícil que un vecino o familiar sepa que tiene un problema de salud. 28. Considera que el tratamiento lo va a curar. 29. Considera que el RRHH tiene conocimiento 30. Confía en el personal que lo atiende. 31. Relación con el personal?	Escala de medición: Cualitativa Nominal Escala valorativa Dicotómica (Si -No)
		Contacto	32. Calificación de la calidad en el servicio de salud 33. Calificación de la calidad en el tratamiento recibido. 34. El personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su enfermedad y/o tratamiento 35. Presencia de alguna molestia atribuible a la medicación que estuvo recibiendo 36-37 Explicación de enfermedad y tratamiento 38 Quedo satisfecho con explicación 39 Dejo de tomar medicamentos 40-43 Razones para dejar de tomar medicamentos.	

Determinantes del acceso a los Servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2019  
Variable 2: Adherencia al tratamiento de la tuberculosis

VARIABLE 2	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Adherencia al tratamiento	La forma como un usuario cumple de manera responsable con la terapia farmacológica o no farmacológica prescrita por un médico (48).	Cumplimiento	1. Olvido de acudir al establecimiento de salud para tomar el medicamento.  2. Reducción de la dosis o dejo de tomar un medicamento o medicamentos, sin que el personal de salud se percate.	Escala de medición: Cualitativa Nominal Escala valorativa Dicotómica (Si -No)
		Constancia	3. Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomar la medicación?  4. Cuando se siente mal ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	

## CAPITULO IV

### DISEÑO METODOLOGICO

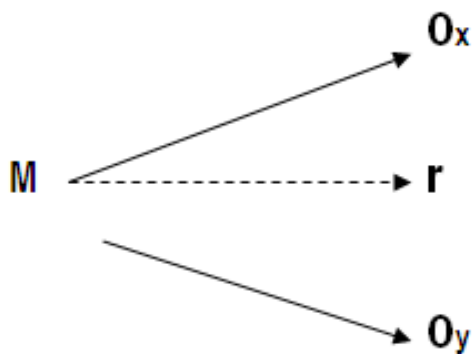
#### 4.1 Tipo y diseño de investigación

##### 4.1.1 Tipo de investigación

Se utilizó el enfoque cuantitativo, por su finalidad será de tipo aplicada y por su alcance será descriptivo correlacional (49).

##### 4.1.2 Diseño de investigación

Para el desarrollo del enfoque cuantitativo se realizó un diseño observacional transversal, correlacional.



El estudio transversal, es útil para determinar la presencia o ausencia de un daño, aunque su principal limitante es que debido a que los resultados son estudiados al mismo tiempo, no permite establecer causalidad (50).

## 4.2 Método de Investigación

Método hipotético deductivo, basado en la demostración de las hipótesis, teniendo como inicio un supuesto o propuesta (51).

## 4.3 Población y Muestra

### 4.3.1 Características de la población

La población de interés fueron 175 individuos enfermos de tuberculosis que estaban en la segunda fase del esquema terapéutico normado en el país, en los establecimientos de la Dirección Regional de Salud del Callao, y que fueron atendidos en consultorios externos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo comprendido entre enero a julio del año 2019.

### 4.3.2 Muestra

La selección de la muestra fue probabilística y el muestreo fue sistemático (49). Donde se aplicó la siguiente fórmula, obteniéndose una muestra de 120 pacientes

$$\frac{NZ^2p(1-p)}{(N-1)e^2 + Z^2p(1-p)}$$

N = Total de la población

Z $\alpha$  = 1.96 al cuadrado (nivel de confianza del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)

$q = 1 - p$  (en este caso  $1 - 0.5 = 0.5$ )

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

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{175 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (175 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = 120$$

## **Criterios de Inclusión y de Exclusión**

### **i. Criterios de Inclusión**

- Edad 18 años o más.
- Estar en segunda fase de tratamiento supervisado para tuberculosis sensible o tuberculosis multidrogorresistente en servicios de la Dirección Regional de Salud del Callao.
- Paciente que se presentó a control ambulatorio en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, de enero a julio 2019 aceptando participar en el estudio.

### **ii. Criterios de Exclusión**

- Paciente que no recibe tratamiento en los servicios de la Dirección Regional de Salud del Callao.
- Paciente que decidió no participar en el estudio.

#### **4.4 Lugar de estudio**

Hospital nacional Daniel Alcides Carrión

#### **4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

##### **4.5.1 Técnica de recolección de datos**

Se utilizó la encuesta.

##### **4.5.2 Instrumentos de recolección de datos**

Se aplicaron cuestionarios a fuentes primarias, los usuarios, pacientes con tuberculosis que asistieron a libre demanda o por derivación a la consulta externa del Hospital nacional Daniel Alcides Carrión. Para medir las determinantes del acceso a los servicios de salud se utilizó como base el modelo modificado de *Tanahashi* utilizado en otras patologías, el cual fue adaptado al control de la tuberculosis, incluye 43 preguntas cerradas dicotómicas. Abarcaron cuatro dimensiones: disponibilidad (9 preguntas), accesibilidad (15 preguntas), aceptabilidad (7 preguntas), contacto (12 preguntas).

La adherencia al tratamiento fue medida a través de un cuestionario que tuvo I test de Morisky-Green utilizado en otras patologías, igualmente adaptado para ser utilizado en afectados por tuberculosis, abarcaron dos

dimensiones: cumplimiento (dos preguntas) y constancia (dos preguntas).

#### **4.5.3 Validación y confiabilidad del instrumento**

- **Validez del instrumento**

Se utilizó la validez de contenido a través de juicio de expertos, y el método de agregados individuales (49), el cual se realizó solicitando a 8 expertos temáticos y metodólogos con grado de doctor, que brinden un juicio directo de los ítems del instrumento, acerca de su aplicabilidad.

Se envió a cada juez experto dos formatos, en el primero de ellos se consideró aspectos de claridad, objetividad, actualización, organización, suficiencia, adecuación, coherencia, metodología y pertinencia. Los aspectos de valoración para el cumplimiento, fueron: (i) deficiente 10-20% (ii) malo 30-40 % (ii) regular 50-60 % (ii) bueno 70-80 % (ii) muy bueno 90-100 %. El 100 % de los juicios de expertos se ubicó entre bueno y muy bueno.

Cada juez experto recibió un segundo formato con las preguntas del instrumento. Cada pregunta tuvo como respuestas dicotómicas si y no, en función a la claridad, (la pregunta se entiende fácilmente, con sintaxis y semántica adecuadas), pertinencia (aplicabilidad del instrumento), relevancia (la pregunta es esencial o importante, debiendo ser incluido).



La opinión del 100% de expertos fue de aplicabilidad. Con estos resultados se aplicó un estadístico para la prueba binomial correspondiente a los criterios de relevancia, pertinencia y aplicabilidad, en todos ellos resultó el  $p\text{-valor} < 0.05$  por lo que el instrumento tiene validez de contenido.

- **Confiabilidad del instrumento**

Debido a que se utilizaron instrumentos que involucraron preguntas cerradas de elección única dicotómicas, se eligió para determinar la confiabilidad de consistencia interna de los instrumentos, el método de Kuder Richardson KR- 20 (52). Se incluyeron 30 pacientes con tuberculosis, los cuales no fueron considerados en la muestra seleccionada para el estudio. Los resultados del coeficiente de confiabilidad para el instrumento que midió acceso a los servicios de salud, mostro un resultado de 0,747 considerado alto y para la adherencia el coeficiente de confiabilidad fue 0,788 igualmente considerado como alto.

#### **4.5.4 Control de calidad y almacenamiento de datos**

En primer lugar, se realizaron reuniones de coordinación con la dirección del hospital, para explicar las características del estudio y solicitar su autorización.

El enrolamiento de los participantes se realizó entre los pacientes que acuden a consultorios externos previo consentimiento informado. Luego

de ser encuestados los participantes recibieron información preventiva sobre la TB/TB MDR y las ventajas de cumplir el esquema terapéutico.

Por lo que se refiere a los cuestionarios debidamente completados, los datos fueron ingresados en una base de datos del programa Microsoft Excel. Se cruzó y verifico la información y se exportaron a SPSS versión 24 para el análisis.

En cuanto a la calidad de la información, se ejecutó el control tomando aleatoriamente el 10% de los cuestionarios y cruzando información con la base de datos. No se detectaron discrepancias.

#### **4.6 Análisis y procesamiento de datos**

En primer lugar, se ejecutó un análisis exploratorio de la data para determinar frecuencias y su distribución, se complementó con tablas de frecuencia. Para establecer la correlación se consideró que la escala valorativa es cualitativa por tanto se utilizó el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman con su correspondiente p-valor para la significancia estadística.

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

$r_s$  = Coeficiente de correlación por rangos de Spearman  
 $d$  = Diferencia entre los rangos ( X menos Y)  
 $n$  = Número de datos

La interpretación de los resultados en el coeficiente de correlación de Spearman, se realizó de acuerdo al grado de relación (49), ver la tabla 4.1

**TABLA 4.1**  
**GRADO DE RELACIÓN SEGÚN COEFICIENTE DE CORRELACIÓN**

RANGO	RELACIÓN
-0,91 a 1,00	Correlación negativa perfecta
-0,76 a -0,90	Correlación negativa muy fuerte
-0,51 a -0,75	Correlación negativa considerable
-0,11 a -0,50	Correlación negativa media
-0,01 a -0,10	Correlación negativa débil
0,00	No existe correlación
+0,91 a +1,00	Correlación positiva débil
+0,76 a +0,90	Correlación positiva media
+0,51 a +0,75	Correlación positiva considerable
+0,11 a +0,50	Correlación positiva muy fuerte
+0,01 a +0,10	Correlación positiva perfecta

**Fuente:** Hernández R. Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill Interamericana editores; 2018.

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS**

#### **5.1 Resultados descriptivos**

En esta sección, se presentan los resultados de la estadística descriptiva con las características de cada variable

##### **Características sociodemográficas**

El 54,2 % de la muestra son hombres; teniendo en consideración el rango de edad, el 86,7 % se encuentran entre los 18 a 47 años; el 40,8 % de los casos tienen TB resistente, esto probablemente se explique por el hecho que al ser el hospital nacional Daniel Alcides Carrión, el hospital de mayor complejidad en la región Callao, lleguen para la atención, los casos más complicados; el 66,3 % de los pacientes tienen responsabilidad familiar, al ser casados o convivientes; solo el 12,5 % tienen nivel de instrucción superior, universitaria o técnica; 61% de los encuestados tienen como modalidad laboral, el ser dependiente; casi el 65 % de los pacientes expresaron un ingreso familiar hasta 680 soles; 37,5 % expreso no ser adherente al tratamiento anti tuberculosis.

Es de preocupación, el que todos los individuos encuestados refirieran que, de manera dependiente e independiente, se encontraban laborando. Lo que podría dar a entender, que probablemente aquellos que no tengan una fuente de ingreso, no tengan posibilidad de acceso a la institución.

**TABLA 5.1.1**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>n = 120</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	65	54,2
Femenino	55	45,8
<b>Edad (años)</b>		
18 - 27	61	50,8
28 - 37	28	23,3
38 - 47	15	12,5
> 48	16	13,3
<b>Tipo de tuberculosis</b>		
TB sensible	71	59,2
TB drogorresistente	49	40,8
<b>Estado civil</b>		
Soltero	43	35,8
Casado	36	30,0
Conviviente	40	33,3
Divorciado	1	0,8
<b>Nivel de escolaridad</b>		
Sin instrucción	8	6,7
Primaria	32	26,7
Secundaria	65	54,2
Superior universitaria	10	8,3
Superior tecnica	5	4,2
<b>Modalidad laboral</b>		
Dependiente	74	61,7
Independiente	46	38,3
<b>Ingreso economico familiar mensual (soles)</b>		
Hasta 680	77	64,2
De 681 a 1428	43	35,8
<b>Adherencia al tratamiento</b>		
Adherentes	75	62,5
No adherentes	45	37,5

Fuente: Elaboración propia

**Variable: Determinantes del acceso a los servicios de salud-Dimensión disponibilidad**

Un tercio de los pacientes no conoce los servicios con que cuenta el hospital; 40 % no considera limpios los ambientes; 68,3 % de los encuestados considera que se dispone de equipos y materiales adecuados para la atención; aunque 1 de cada 2 considera que el personal se encuentra capacitado para realizar su atención; 60 % no considera que exista suficiente personal para garantizar la atención; 65 % no recibió atención por falta de personal de salud; casi el 60 % considera adecuado el horario de atención; uno de cada dos pacientes recibió atención oportuna e información sobre la enfermedad.

**TABLA 5.1.2**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD:**  
**DIMENSIÓN DISPONIBILIDAD**

Dimensión Disponibilidad	Si		No	
	N°	%	N°	%
¿Conoce los servicios con que cuenta el hospital?	75	62,5	45	37,5
¿Considera cómodos y limpios los ambientes donde recibe la atención?	70	58,3	50	40,7
¿Considera que se cuenta con los equipos y materiales adecuados para recibir la atención?	82	68,3	38	31,7
¿Considera que el personal de salud se encuentra capacitado para realizar su atención?	55	45,8	65	54,2
¿Considera que hay suficiente personal de salud para garantizarle la atención en el hospital?	48	40,0	72	60,0
¿En algún momento, no recibió atención por falta de personal de salud?	78	65,0	42	35,0
¿Considera adecuado el horario de atención para su atención en el servicio?	71	59,2	49	40,8
¿Recibió atención oportuna para sus consultas médicas y exámenes de control?	69	57,5	51	42,5
¿Recibió alguna información acerca de su enfermedad por parte del personal de salud?	55	45,8	65	54,2

Fuente: Elaboración propia

**Variable: Determinantes del acceso a los servicios de salud-Dimensión accesibilidad**

Uno de cada dos pacientes, tuvo dificultades en los tramites de atención, consideran que es prolongado el tiempo para una nueva cita y el tiempo de espera para la atención no es el adecuado, no asistieron a la consulta por falta de dinero, compraron medicamentos- no se refieren a los medicamentos anti

tuberculosis que son gratuitos- y presentaron dificultad para cumplir con fecha y horario de atención.

**TABLA 5.1.3**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD:**  
**DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD**

Dimensión accesibilidad	Si		No	
	N°	%	N°	%
El tiempo que demora en llegar al hospital es mayor a 30 minutos	43	35,8	77	64,2
Usted utiliza transporte publico para llegar al hospital	93	77,5	27	22,5
¿Tuvo alguna dificultad con los trámites para recibir la atención?	68	56,7	52	43,3
Desde el día en que solicito la ultima cita hasta la fecha de la atención transcurrio mas de dos semanas	101	84,2	19	15,8
¿Considera adecuado el tiempo que esperó desde el momento que sacó la cita, hasta el momento de la atención?	69	57,5	51	42,5
¿Considera adecuado el tiempo que espera para recibir la atención en los servicios de laboratorio y radiodiagnostico?	56	46,7	64	53,3
¿Realizó algún pago por la consulta o servicio médico?	76	63,3	44	36,7
¿Realizo algun pago por el servicio de diagnostico?	76	63,3	44	36,7
¿En algún momento no asistió a una consulta por falta de dinero?	67	55,8	53	44,2
¿Compró medicamentos para su tratamiento (que no sea para tuberculosis)?	67	55,8	53	44,2
¿En algún momento no tomo los medicamentos por falta de dinero para comprarlo?	68	56,7	52	43,3
¿Tuvo alguna dificultad con las fechas y horarios de la consulta?	55	45,8	65	54,2
¿En el último año le han negado la prestación de los servicios de salud?	78	65,0	42	35,0

Fuente: Elaboración propia



Adicionalmente, el 63 % de los encuestados realizo algún pago por la consulta y al 65 % le han negado la prestación en algún momento el último año.

**Variable: Determinantes del acceso a los servicios de salud-Dimensión aceptabilidad**

Uno de cada dos pacientes considera que sería difícil para ellos que un vecino o familiar se entere de su enfermedad, considera que el tratamiento no lo va a curar, considera que tiene el suficiente conocimiento para curarlo y por otro lado el 64 % tiene temor o vergüenza de atenderse en el hospital, el 65, 8 % se ha sentido discriminado o rechazado por su enfermedad, a pesar de ello el 65 % confía en el personal de salud.

**TABLA 5.1.4**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD:**  
**DIMENSIÓN ACEPTABILIDAD**

Dimensión aceptabilidad	Si		No	
	N°	%	N°	%
¿En algún momento sintió temor o vergüenza de atenderse en el hospital?	77	64,2	43	35,8
¿En algún momento se ha sentido discriminado o rechazado por su enfermedad?	79	65,8	41	34,2
¿Sería difícil para usted que un vecino o un familiar sepa que usted tiene un problema de salud?	60	50,0	60	50,0
¿Considera usted que el tratamiento prescrito lo va a curar?	58	48,3	62	51,7
¿Considera que el personal de salud que lo atiende tiene el suficiente conocimiento para que usted se cure?	55	45,8	65	54,2
¿Confía en el personal de salud que lo atiende?	78	65,0	42	35,0
¿La relación con el personal de salud fue buena	54	45,0	66	55,0

Fuente: Elaboración propia

**Variable: Determinantes del acceso a los servicios de salud-Dimensión contacto**

Uno de cada dos pacientes, califica que no es excelente la calidad de servicio de salud, ha presentado alguna molestia atribuible al medicamento que estuvo recibiendo; 60 % califica como excelente la calidad del tratamiento recibido, 68 % considera que el personal de salud le absolvió sus inquietudes frente a la enfermedad y/o tratamiento, 60,8 % dejó de tomar el medicamento en algún momento antes de terminar el tratamiento.

**TABLA 5.1.5**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD:**  
**DIMENSIÓN CONTACTO**

Dimensión contacto	Si		No	
	N°	%	N°	%
¿Califica como buena la calidad en el servicio de salud?	82	68,3	38	31,7
¿Califica como buena la calidad en el tratamiento recibido?	54	45,0	66	55,0
¿El personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su enfermedad y/o tratamiento?	82	68,3	38	31,7
¿Ha presentado alguna molestia atribuible a la medicación que estuvo recibiendo?	57	47,5	63	52,5
¿El personal de salud le explico en que consistía la enfermedad?	82	68,3	37	30,8
¿El personal de salud le explico en que consistía el tratamiento?	55	45,8	65	54,2
¿Quedo satisfecho con la explicación?	55	45,8	65	54,2
¿Dejo de tomar sus medicamentos anti tuberculosis en algun momento antes de terminar el tratamiento?	64	53,3	56	46,7
¿La razón para dejar de tomar los medicamentos fue la cantidad y tamaño de los medicamentos?	39	32,5	81	67,5
¿La razón para dejar de tomar los medicamentos fue el tiempo de duración del tratamiento?	49	40,8	71	59,2
¿La razón para dejar de tomar los medicamentos fue no sentir mejoría?	52	43,3	68	56,7

Fuente: Elaboración propia

### **Dimensiones de la variable adherencia al tratamiento**

En la dimensión cumplimiento, uno de cada dos pacientes olvido alguna vez de acudir al establecimiento de salud para tomar el medicamento, y alguna vez a reducido la dosis o dejado de tomar uno o más medicamentos sin que el personal de salud se dé cuenta.

En la dimensión constancia, uno de cada dos pacientes cuando se siente bien deja de tomar los medicamentos y cuando se sienten mal, de igual manera.

**TABLA 5.1.6**  
**DIMENSIONES DE VARIABLE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Dimensiones	Si		No	
	N°	%	N°	%
<b>Dimensión cumplimiento</b>				
¿Se olvido alguna vez de acudir al establecimiento de salud para tomar el medicamento?	52	43,3	68	56,7
¿Alguna vez a reducido la dosis o dejado de tomar un medicamento o medicamentos, sin que el personal de salud se diera cuenta?	56	46,7	64	53,3
<b>Dimensión constancia</b>				
¿Cuando se encuentra bien deja alguna vez de tomar la medicación?	59	49,2	61	50,8
¿Si alguna vez se siente mal dejo de tomar la medicación?	56	46,7	64	53,3

Fuente: Elaboración propia

## **5.2 Resultados inferenciales (correlación)**

### **5.2.1 Correlación de las variables determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento**

El estadístico rho de Spearman presenta un  $r = 0,741$  y p-valor  $0,000 < 0,005$  de tal razón que la variable determinantes del acceso a los servicios de salud se encuentran asociada estadísticamente a la variable adherencia al tratamiento y tienen una correlación positiva considerable.

**TABLA 5.2.1**  
**CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES DETERMINANTES DEL ACCESO A**  
**SERVICIOS DE SALUD Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Determinantes del acceso a servicios de salud	0,741	0,000

Fuente: Elaboración propia

### **5.2.2 Correlación de la dimensión disponibilidad de los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento**

El estadístico de rho de Spearman presenta un  $r = 0,693$  y p-valor  $0,000 < 0,005$ , de tal razón que la dimensión disponibilidad de la variable determinantes del acceso a los servicios de salud se encuentra asociada estadísticamente a la adherencia al tratamiento y tiene una correlación positiva considerable.

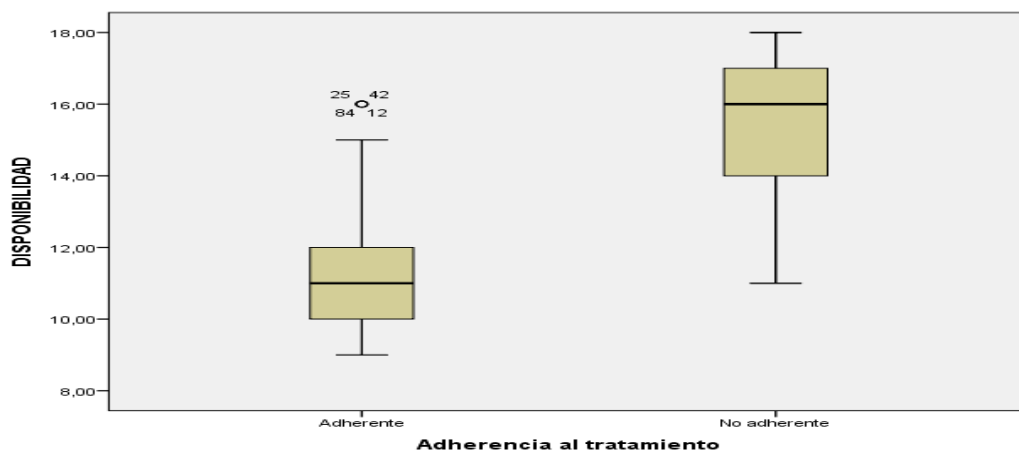
**TABLA 5.2.2**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION DISPONIBILIDAD DE LOS DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Dimensión: Disponibilidad	0,693	0,000

Fuente: Elaboración propia

Lo cual se visualiza igualmente en el diagrama de cajas del grafico 5.1 respecto a la dimensión disponibilidad de la variable determinantes del acceso a los servicios de salud, respecto a la variable adherencia al tratamiento. Se puede observar que en promedio la diferencia de medias es muy marcada.

**GRAFICO 5.2.2**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION DISPONIBILIDAD DE LOS DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA 5.2.3**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION DISPONIBILIDAD DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud: Dimensión disponibilidad	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Conoce los servicios con que cuenta el hospital	0,477	0,000
Considera comodos y limpios los ambientes donde recibe la atención	0,742	0,000
Considera que se cuenta con los equipos y materiales adecuados para recibir la atención	0,546	0,000
Considera que el personal de salud se encuentra capacitado para realizar su atención	0,298	0,001
Considera que hay suficiente personal de salud para garantizar la atención en el hospital	0,281	0,002
En algun momento no recibio atención por falta de personal de salud	0,442	0,000
Considera adecuado el horario de atención en el servicio	0,447	0,000
Recibio atención oportuna para sus consultas medicas y exámenes de control	0,553	0,000
Recibio alguna información acerca de su enfermedad por parte del personal de salud	0,298	0,001

Fuente:Elaboración propia

Al realizar el análisis estratificado por indicador de la dimensión disponibilidad y su relación con la variable adherencia al tratamiento, se encontró un grado de relación estadísticamente significativo en todos los indicadores y los coeficientes de correlación fueron positivos, un grado de correlación positivo significa que una variable aumenta conforme la otra también lo hace y disminuye si la otra también lo hace. Los resultados se ubican en un rango de correlación positiva media ( $r=0,281$ ) a una correlación positiva considerable

( $r=0,742$ ). Los resultados de  $r$  igual o menor a 5, indican una relación mala o débil, de acuerdo a ello solo 3 indicadores tienen valores por encima de esa cifra: (i) consideran cómodos y limpios los ambientes donde recibe la atención  $r=0,742$  (ii) recibió atención oportuna para su consulta y exámenes de control  $r=0,553$  (iii) considera que se dispone de recursos y materiales adecuados  $r=0,546$ .

### **5.2.3 Correlación entre dimensión accesibilidad de los determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento**

El estadístico rho de Spearman presenta un  $r= 0,744$  y p-valor  $0,000 <0,005$ , de tal razón que la dimensión accesibilidad de la variable determinantes del acceso a los servicios de salud, se encuentra asociada estadísticamente a la variable adherencia al tratamiento y tiene una correlación positiva considerable.



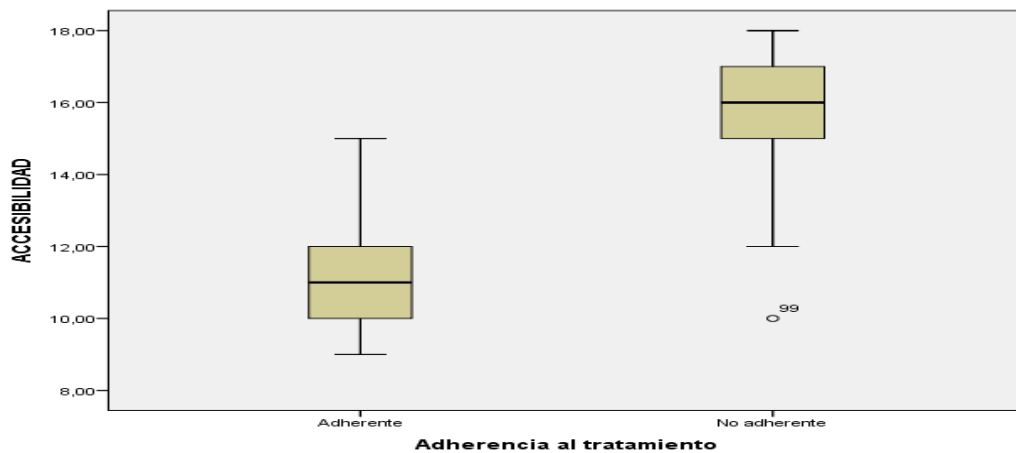
**TABLA 5.2.4**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION ACCESIBILIDAD DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Accesibilidad	0,744	0,000

Fuente: Elaboración propia

Lo cual se visualiza igualmente en el diagrama de cajas del grafico 5.2 respecto a la dimensión accesibilidad de la variable determinantes del acceso a los servicios de salud, respecto a la variable adherencia al tratamiento. Se puede observar que en promedio la diferencia de medias es muy marcada.

**GRAFICO 5.2.4**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION ACCESIBILIDAD DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA 5.2.5**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud: Dimensión accesibilidad	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
El tiempo que demora en llegar al hospital es mayor a 30 minutos	-0,103	0,262
Utiliza transporte publico para llegar al hospital	-0,46	0,615
Tuvo alguna dificultad con los tramites para recibir la atención	0,643	0,000
Desde el día que solicito la ultima cita hasta la fecha de la atención transcurrió mas de dos semanas	-0,053	0,565
Considera adecuado el tiempo de espera desde el momento que saco la cita hasta el momento de la atención	0,657	0,000
Considera adecuado el tiempo de espera para recibir la atención en los servicios de laboratorio y radiodiagnostico del hospital	0,345	0,000
Realizo algun pago para la consulta medica	0,304	0,001
Realizo algun pago por el servicio de diagnostico	0,304	0,001
En algun momento no asistio a una consulta por falta de dinero	0,628	0,000
Compro medicamentos para su tratamiento que no sean para la tuberculosis	0,490	0,000
En algun momento no tomo los medicamentos por falta de dinero para comprarlo	0,608	0,000
Tuvo alguna dificultad con las fechas y horarios de su consulta	0,333	0,000
En el ultimo año le han negado la prestación en algun establecimiento de salud	0,406	0,000

Fuente: Elaboración propia

Al realizar el análisis estratificado por indicador de la dimensión accesibilidad y su relación con la variable adherencia al tratamiento; a diferencia de la dimensión anterior no se encontró en todos los indicadores un grado de relación uniforme, estadísticamente significativo. Todas las correlaciones

negativas no fueron estadísticamente significativas. Un grado de correlación positivo significa que una variable aumenta conforme la otra también lo hace y disminuye si la otra también lo hace. Un signo negativo indica que una variable aumenta a medida que la otra disminuye o viceversa. Las correlaciones positivas se ubicaban entre la correlación positiva media ( $r=0,304$ ) y la correlación positiva considerable ( $r=0,657$ ), con significancia estadística. Los resultados de  $r = 0 < 5$ , indican una relación mala o débil, de acuerdo a ello solo se ha logrado identificar entre los indicadores a 4 que tienen valores por encima de esa cifra: (i) tuvo algunas dificultades en los trámites para su atención  $r=0,643$  (ii) considera adecuado el tiempo de espera desde el momento que saco la cita hasta el momento de la atención  $r=0,657$  (iii) en algún momento no acudió a la consulta por falta de dinero  $r=0,628$  (iv) en algún momento no tomo medicamentos por falta de dinero para comprarlo  $r=0,608$ .

#### **5.2.4 Correlación entre dimensión aceptabilidad de los determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento**

El estadístico rho de Spearman presenta un  $r = 0,607$  y p-valor  $0,000 < 0,005$ , de tal razón que la dimensión aceptabilidad de la variable determinantes del acceso a los servicios de salud se encuentra asociada estadísticamente a la variable adherencia al tratamiento tienen una correlación positiva considerable.

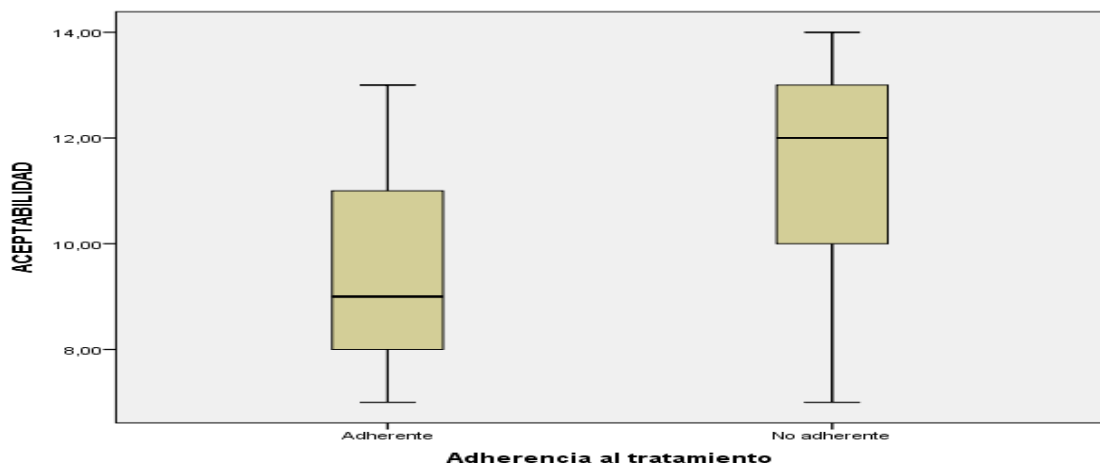
**TABLA 5.2.6**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION ACEPTABILIDAD DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Dimensión: Aceptabilidad	0,607	0,000

Fuente: Elaboración propia

Lo cual se visualiza igualmente en el diagrama de cajas del grafico 5.3 respecto a la dimensión accesibilidad de la variable determinantes del acceso a los servicios de salud, respecto a la variable adherencia al tratamiento. Se puede observar que en promedio la diferencia de medias es muy marcada.

**GRAFICO 5.2.6**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION ACEPTABILIDAD DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA 5.2.7**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION ACEPTABILIDAD DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud: Dimensión aceptabilidad	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
En algun momento sintio temor o vergüenza de atenderse en el hospital	0,426	0,000
En algun momento se ha sentido discriminado o rechazado por su enfermedad	0,495	0,000
Seria dificil para usted que un vecino o familiar sepa que usted tiene un problema de salud	0,189	0,038
Considera usted que el tratamiento prescrito lo va a curar	0,370	0,000
Considera usted que el personal de salud que lo atiende tiene el suficiente conocimiento para que usted se cura	0,370	0,000
Confía en el personal de salud que lo atiende	0,370	0,000
La relación con el personal de salud que lo atiende es buena	0,389	0,000

Fuente: Elaboración propia

Al realizar el análisis estratificado por indicador de la dimensión aceptabilidad y su relación con la variable adherencia al tratamiento, se encontró un grado de relación estadísticamente significativo en todos los indicadores y los coeficientes de correlación fueron positivos, ubicándose entre la correlación positiva media ( $r=0,189$  y  $r=0,495$ ). Un grado de correlación positivo significa que una variable aumenta conforme la otra también lo hace y disminuye si la otra también lo hace. Los resultados de  $r = 0 < 5$ , indican una relación mala o débil.

### 5.2.5 Correlación entre dimensión contacto de las determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento

El estadístico rho de Spearman presenta un  $r = 0,693$  y p-valor  $0,000 < 0,005$ , de tal razón que la dimensión contacto de la variable determinantes del acceso a los servicios de salud se encuentra asociada estadísticamente a la variable adherencia al tratamiento tienen una correlación positiva considerable.

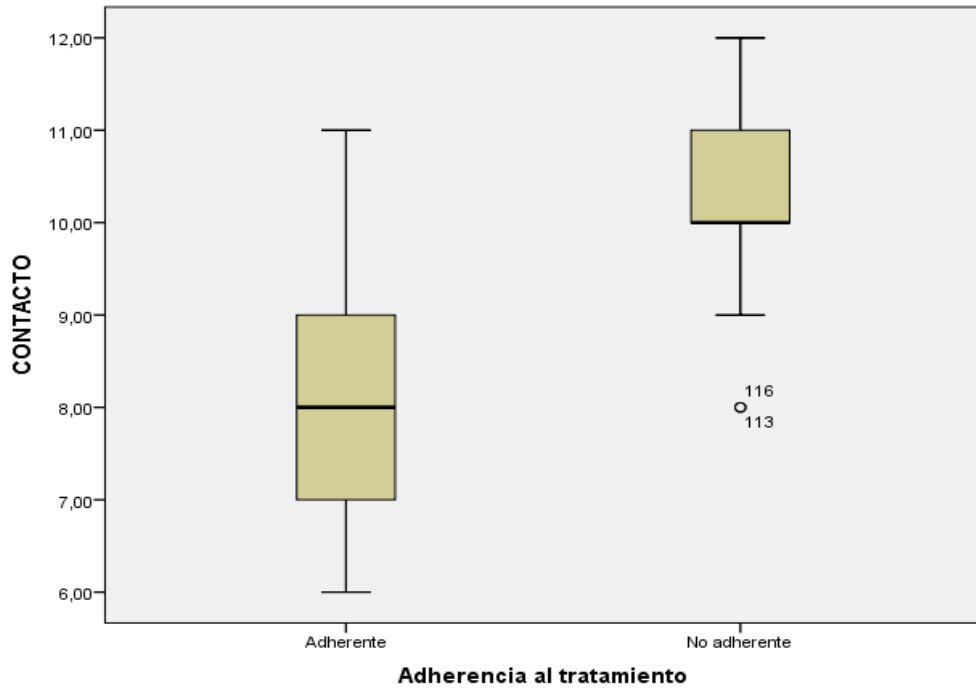
**TABLA 5.2.8  
CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION CONTACTO DE LOS  
DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Dimensión: Contacto	0,693	0,000

Fuente: Elaboración propia

Lo cual se visualiza igualmente en el diagrama de cajas del gráfico 5.1 respecto a la dimensión acceso de la variable determinantes del acceso a los servicios de salud, respecto a la variable adherencia al tratamiento. Se puede observar que en promedio la diferencia de medias es muy marcada.

**GRAFICO 5.2.8**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION ACEPTABILIDAD DE LOS DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**



Fuente: Elaboración propia

**TABLA 5.2.9**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSIÓN CONTACTO DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud: Dimensión contacto	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Califica como buena la calidad en el servicio de salud	-0,194	0,033
Califica como buena la calidad del tratamiento recibido	0,389	0,00
El personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su enfermedad y/o tratamiento	0,546	0,000
Ha presentado alguna molestia atribuible a la medicación antituberculosis que estuvo recibiendo	0,323	0,000
El personal de salud le explicó en que consistía la enfermedad	0,487	0,000
El personal de salud le explicó en que consistía el tratamiento	0,263	0,004
Quedo satisfecho (a) con la explicación	0,263	0,004
Dejo de tomar los medicamentos antituberculosis en algun momento	-0.414	0,000
La razón para dejar de tomar los medicamentos antituberculosis fue la cantidad y tamaño de los medicamentos	-0,308	0,001
La razón para dejar de tomar los medicamentos antituberculosis fue las molestias por el tratamiento	-0,266	0,003
La razón para dejar de tomar los medicamentos antituberculosis fue el tiempo de duración del tratamiento	-0,267	0,003
La razón para dejar de tomar los medicamentos antituberculosis fue no sentir mejoría	-0,469	0,000

Fuente: Elaboración propia

Al realizar el análisis estratificado por indicador de la dimensión contacto y su relación con la variable adherencia al tratamiento, se encontró un grado de relación estadísticamente significativo en todos los indicadores. Se evidenciaron correlaciones positivas y negativas. Las correlaciones positivas se ubicaban entre los rangos de correlación positiva media



( $r=0,267$ ) y la correlación positiva considerable ( $r=0,546$ ). Las correlaciones negativas se ubicaban entre las correlaciones negativas media ( $r= -0,194$  y  $r= -0,469$ ). Un grado de correlación positivo significa que una variable aumenta conforme la otra también lo hace y disminuye si la otra también lo hace. Un signo negativo indica que una variable aumenta a medida que la otra disminuye o viceversa. Los resultados de  $r= 0 < 5$ , indican una relación mala o débil, en tal razón solo se ha logrado identificar entre los indicadores de correlación positiva y negativa a uno de ellos que tiene valor por encima de esa cifra: (i) el personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su enfermedad y/o tratamiento  $r=0,546$ .

## CAPITULO VI

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 6.1 Contrastación y demostración de la hipótesis con los resultados

Se utilizará un nivel de significancia  $\alpha=0,05$  y la siguiente regla de decisión:

$p < 0,05$  se rechaza  $H_0$

$p > 0,05$  se acepta  $H_0$

##### 6.1.1 Contrastación de hipótesis general: Correlación entre los determinantes del acceso a los servicios de salud con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis

**$H_0$**  Los determinantes del acceso a servicios de salud no se relacionan de manera estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

**$H_A$**  Los determinantes del acceso a servicios de salud se relacionan de manera estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

**TABLA 6.1.1**  
**CORRELACIÓN ENTRE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Determinantes del acceso a servicios de salud	0,741	0,000

Fuente: Elaboración propia

Se comprueba la hipótesis general de investigación, rechazando la hipótesis nula al existir una relación estadísticamente significativa determinada por los estadísticos rho Spearman = 0,741 y p-valor 0,000 < 0,05.

**6.1.2 Contrastación de hipótesis específica 1: Correlación entre la dimensión disponibilidad de los determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento**

**H<sub>0</sub>** Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión disponibilidad no se relacionan de manera estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

**H<sub>A</sub>** Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión disponibilidad se relacionan de manera estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

**TABLA 6.1.2**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION DISPONIBILIDAD DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Dimensión: Disponibilidad	0,693	0,000

Fuente: Elaboración propia

Se comprueba la hipótesis específica 1 de investigación, rechazando la hipótesis nula al existir una relación estadísticamente significativa determinada por los estadísticos rho Spearman = 0,693 y p-valor  $0,000 < 0,05$ .

**6.1.3 Prueba de hipótesis específica 2: Correlación entre la dimensión accesibilidad de los determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento**

**H<sub>0</sub>** Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión accesibilidad no se relacionan de manera estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

**H<sub>A</sub>** Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión accesibilidad se relacionan de manera estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

**TABLA 6.1.3**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION ACCESIBILIDAD DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Accesibilidad	0,744	0,000

Fuente: Elaboración propia

Se comprueba la hipótesis específica 2 de investigación, rechazando la hipótesis nula, al existir una relación estadísticamente significativa determinada por los estadísticos rho Spearman = 0,744 y p-valor 0,000 < 0,05.

**6.1.4 Prueba de hipótesis específica 3: Correlación entre la dimensión aceptabilidad de los determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento**

**H<sub>0</sub>** Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión aceptabilidad no se relacionan de manera estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

**H<sub>A</sub>** Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión aceptabilidad se relacionan de manera estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

**TABLA 6.1.4**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION ACEPTABILIDAD DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Dimensión: Aceptabilidad	0,607	0,000

Fuente: Elaboración propia

Se comprueba la hipótesis específica 3 de investigación, rechazando la hipótesis nula al existir una relación estadísticamente significativa determinada por los estadísticos rho Spearman = 0,607 y p-valor  $0,000 < 0,05$ .

**6.1.5 Prueba de hipótesis específica 4: Correlación entre la dimensión contacto de los determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento**

**H<sub>0</sub>** Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión contacto no se relacionan de manera estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

**H<sub>A</sub>** Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión contacto se relacionan de manera estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

**TABLA 6.1.5**  
**CORRELACIÓN ENTRE DIMENSION CONTACTO DE LOS**  
**DETERMINANTES DEL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y LA**  
**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Determinantes del acceso a servicios de salud	Adherencia al tratamiento	
	rho Spearman	p-valor
Dimensión: Contacto	0,693	0,000

Fuente: Elaboración propia

Se comprueba la hipótesis específica 4 de investigación, rechazando la hipótesis nula al existir una relación estadísticamente significativa determinada por los estadísticos rho Spearman = 0,6693 y p-valor 0,000 < 0,05 (Tabla 6.9).

## **6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares**

Un reto sanitario global, es el control primero y luego la erradicación de la tuberculosis, situación que merece una respuesta efectiva multisectorial, e intersectorial, reduciendo las inequidades en salud, pero son los servicios de salud quienes en primera instancia deben brindar una mejor atención que responda a las expectativas de los usuarios. Por lo tanto, una investigación como la que se ha desarrollado es imprescindible para la comprensión de las barreras que enfrentan los pacientes y así sugerir estrategias que podrían mejorar la atención de la enfermedad (4,17).

Los datos obtenidos, muestran una predominancia de hombres 54,2 % sobre mujeres 45,8 %, de igual manera, el 86,7 % de la muestra se encuentra en el

rango de 18 a 47 años; diferente a las cifras de la Región Callao, del último Censo de población y vivienda del Instituto Nacional de Estadística-INEI que revela que el 50,2 % de la población son mujeres y 49,8 % son hombres. y que el 60 % se ubica entre los 18 y 59 años. Los datos del INEI, coinciden con los datos epidemiológicos del comportamiento de la tuberculosis en el Callao (53). El 40,8 % de los casos tienen TB resistente, esto probablemente se explique por el hecho que al ser el hospital nacional Daniel Alcides Carrión, el establecimiento de salud de mayor complejidad en la región Callao, lleguen para la atención, los casos más complicados.

Existe evidencia que muestra que aquellos pacientes que tienen responsabilidad familiar tienen mayor riesgo de no ser adherentes a los tratamientos, debido a que siendo el tratamiento de la tuberculosis estrictamente supervisados en el establecimiento de salud, el paciente prioriza no abandonar su centro laboral que acudir a recibir los medicamentos, en la investigación se encontró que el 66,3 % de los pacientes tienen responsabilidad familiar, al ser casados o convivientes (13,14, 18, 19).

Todos los casos encuestados tenían trabajo, algunos fijos y otros eventuales, siendo que el 61% de ellos eran dependientes como modalidad laboral. Este hecho no refleja la realidad, pero a pesar que no fue motivo del estudio se puede deducir que aquellos que no trabajan o tienen ingresos familiares muy bajos no acuden a los establecimientos de salud por los costos que tendrían que asumir. La investigación también encontró que solo el 12,5 % de los



pacientes tienen nivel de instrucción superior, universitaria o técnica y casi el 65 % de los pacientes expresaron un ingreso familiar hasta 680 soles; lo cual estaría relacionado con lo planteado líneas arriba (14,16).

El 37,5 % de los afectados por tuberculosis, expreso no ser adherente al tratamiento anti tuberculosis, esto llama profundamente la atención porque permitiría entender la razón que la Región Callao maneje cifras altas de perdidos en el seguimiento, fracasos y fallecidos (13).

Los hallazgos del presente estudio confirman que son múltiples las barreras que los pacientes con tuberculosis sensible y multidrogorresistente enfrentan para conseguir una adecuada atención, repercutiendo en la adherencia al tratamiento; que es fundamental para garantizar la curación; permitiendo que se agrave la situación de salud del paciente, además que aumenta el riesgo de contagio y las complicaciones, condiciones que provocan un incremento innecesario de los costos de la atención e incluso la muerte del paciente (20-22, 54).

Nada de lo dicho anteriormente, va a resultar eficaz, si va acompañado de establecimientos de salud ineficientes, que limiten el acceso a las prestaciones de atención clínica. Si bien dar soluciones a través de los programas de control de la tuberculosis, a los problemas directos de diagnóstico y tratamiento, es gravitante, son la cobertura sanitaria universal y el acceso a los servicios de salud indispensables para un control sostenible.

La carga financiera referida a los costos adicionales relacionados con su atención, como medicamentos, exámenes o el traslado al centro de atención, fue reconocida por los participantes como uno de los obstáculos, lo que significa un empobrecimiento del paciente e impacta negativamente en la adherencia al tratamiento, tal como lo mencionan diversos estudios (55), que sugieren la necesidad de subsidiar dichos costos por el Estado, puesto que el no garantizar un acceso oportuno tendría implicaciones para la salud pública en el marco del cumplimiento de los objetivos de cobertura universal de salud y de los objetivos de desarrollo sostenible (16, 23, 56). Así mismo, se evidenció que el tiempo de espera entre la obtención de un turno y la atención médica fue prolongado, los tiempos de espera son unos factores que influyen en la satisfacción de los usuarios con el servicio. En un estudio realizado por Pedraza et al. (57), en México se puso en evidencia que los tiempos de espera fueron evaluados como pésimos debido al insuficiente número de empleados para atender a los pacientes. Así mismo, en Colombia en una investigación realizada por Rodríguez et al. (58) encontraron barreras administrativas como los tiempos de espera y la oportunidad para el servicio como producto de un mal diseño del sistema de salud que ocasiona percepciones negativas y efectos perjudiciales tanto para los usuarios como para sus familias. Similares resultados fueron encontrados en un estudio en el Perú, en donde el personal de salud tiene

que realizar múltiples funciones, incluso administrativas, lo que disminuye el tiempo para la atención de los afectados por tuberculosis (16).

En este estudio, el 55% de los encuestados refirió que emplea más de 30 minutos entre su domicilio y el hospital, siendo la mediana de tiempo de 65 minutos y un 39% tuvo dificultad para el transporte, lo cual concuerda ampliamente con la literatura reportada, donde la probabilidad que un paciente asista a una institución de salud disminuye a medida que la distancia de la residencia respecto a la institución de salud y esto tiene implicancias para alcanzar la meta de equidad de acceso para todos los pacientes (19).

Los hallazgos sugieren que existen barreras contextuales y de la organización sanitaria, que impiden la llegada de los afectados con tuberculosis y de no ser abordados, podrían dificultar la adherencia del tratamiento para tuberculosis. La comprensión de los determinantes de acceso puede ayudar al equipo de salud a entregar el apoyo que los pacientes necesitan para lograr la adherencia al tratamiento, al igual que desarrollar y evaluar intervenciones específicas para la atención de los pacientes con tuberculosis (59-61).

Para el control de la tuberculosis se requiere de acciones por parte de los sistemas de salud, de tal manera que estos pacientes dispongan de un modelo de atención integral, que sea eficaz, eficiente y efectivo que garantice la accesibilidad y la atención de calidad acorde con sus

necesidades; de tal manera que está tendrá un efecto positivo en la adherencia del paciente al tratamiento, tal como lo refieren varios estudios realizados en diversos países (59-60). Es así que proveer acceso y atención integral a pacientes con TB/TBRR/TBMDR/TBXDR es un desafío y podría ser una tarea difícil teniendo en cuenta que la situación sanitaria de Perú, donde la demanda de los servicios es superior a los recursos y a la estructura con que se cuenta (16).

El presente estudio no indagó los determinantes al acceso de los servicios desde la perspectiva de los proveedores de salud ni del recurso humano. Aunque este estudio propone información valiosa sobre los desafíos que enfrentan los pacientes con tuberculosis en una zona de alta carga de la enfermedad, como es la Región Callao.

Los servicios de salud no tienen más alternativa que innovar por tanto re direccionar sus esfuerzos hacia una atención que tenga como centro, no a los servicios de atención de salud y tampoco al equipo de salud, sino al paciente. Aunque conviene subrayar, que conseguir que el sistema de salud actúe dentro de una lógica diferente no será sencillo. Considerando las singularidades y particularidades de cada establecimiento de salud frente al proceso terapéutico, pero es una intervención que debería ejecutarse.

En tal razón, los programas de lucha contra la enfermedad, deben velar por que los pacientes - ya que la tuberculosis no solo es un problema clínico, también es social - tengan acceso a los servicios sanitarios a través de lo

que programáticamente se ofrece, además deben ser elegibles para recibir apoyo sanitario y social efectivo, en los servicios de salud en general y no solo en los programas de lucha anti tuberculosis.

### **6.3 Responsabilidad ética**

Se prestó especial atención en cuidar que se cumplan los aspectos éticos durante la investigación, considerando que este estudio es de riesgo mínimo, sin considerar practicas invasivas en seres humanos, de tal manera que el estudio fue revisado y aprobado por el Comité Institucional de ética en investigación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, además se solicitó a los participantes el consentimiento informado.

Adicionalmente, se garantizó la reserva de los datos, en tal razón a cada participante se le asignó un código para su registro y no se autorizó el uso de datos de filiación a personas que no participaron en el estudio.

## CONCLUSIONES

1. Existe una relación estadísticamente significativa, entre los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.
2. Existe una relación estadísticamente significativa, entre la dimensión disponibilidad de los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.
3. Existe una relación estadísticamente significativa, entre la dimensión accesibilidad de los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.
4. Existe una relación estadísticamente significativa, entre la dimensión aceptabilidad de los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.
5. Existe una relación estadísticamente significativa, entre la dimensión contacto de los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.

## RECOMENDACIONES

1. Al Gobierno Nacional y Regional
  - Es conveniente que los pacientes, por lo menos mientras dure el tratamiento, sean incorporados a los programas sociales del Estado, como estrategia que facilite el acceso a los servicios de salud y permita la adherencia al tratamiento.
  - El gobierno regional, debe prever la asignación de recursos financieros a los establecimientos de salud, que permitan mejorar infraestructura, equipamiento, materiales y recursos humanos, lo cual incidirá en mejorar el acceso y la adherencia al tratamiento de la tuberculosis.
2. A los Gobiernos locales del Callao
  - Apoyar a los establecimientos de salud en la difusión de la cartera de servicios que ofertan en general y específicamente en el tema de prevención y control de la tuberculosis.
3. A las autoridades de la Dirección Regional de Salud del Callao
  - En el marco de sus competencias, realizar acciones de control para verificar la presencia de determinantes que pueden limitar el acceso de los pacientes con tuberculosis a los establecimientos de salud y por tanto desarrollar estrategias que contribuyan a que reciban los beneficios de una prestación de calidad, y que favorezcan la adherencia al tratamiento.

4. A los Establecimientos de Salud de la Dirección Regional de Salud del Callao
  - Los establecimientos de salud de la Región Callao, deben implementar procesos de mejora para la calidad de la atención sanitaria a los afectados por tuberculosis, proporcionando ambientes cómodos y limpios; fortaleciendo los flujos de atención, que contribuyan a la disminución de trámites administrativos, tiempos de espera para las citas y la consulta, para el cumplimiento del tratamiento farmacológico.
  - Desarrollo de recursos humanos, que contribuya a tener personal de salud capacitado y entrenado en la aplicación de protocolos de atención y en la comunicación con los usuarios externos.
5. A las Universidades con Escuelas profesionales de la Salud
  - Incorporar en los currículos de aprendizaje, la enseñanza sobre estándares de calidad en la atención de pacientes con tuberculosis, ayudando a comprender los beneficios del acceso a los establecimientos de salud como estrategia importante para conseguir la adherencia al tratamiento y por tanto la curación de la enfermedad.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Ginebra (Suiza), 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2016-2017; 71.ª Asamblea Mundial De La Salud. Ginebra (Suiza), 2017.
3. Figueroa D, Cavalcanti G. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia de salud de la familia. Revista electrónica trimestral de Enfermería [Publicación en línea] 2014; (33). 1-12; Disponible en [www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/).
4. Hirmas M, Poffald L, Jasmen A, Aguilera X, Delgado I, Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica. 2013; 3 (33):223–9.
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C, EUA. 2014.
6. Fajardo G, Gutiérrez JP, García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Pública Mex 2015; 57:180-186.
7. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. Rev Panam Salud Pública. 2018; 42:1-6.

8. Organización Panamericana de la Salud. Tendencias de la salud en las Américas. Washington, D.C. 2019.
9. Sánchez D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55(1):82-9.
10. Organización Panamericana de la Salud, Salud en las Américas, resumen: panorama regional y perfiles de país, Washington, D.C.2017.
11. Gobierno Regional del Callao. Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Ordenanza Regional N° 000006-2013.
12. World Health Organization. Global tuberculosis report 2019. Geneva (Switzerland), 2019.
13. Rivera O. Santiago B. Mendigure J. Bonilla C. Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en una región con alta carga de la enfermedad en Perú. Biomédica 2019; 39 (Supl.2):44-57.
14. Bonilla C. Factores de riesgo asociados al abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis multidrogorresistente en la región Callao, Perú, años 2010-2012 [Tesis para optar el grado académico de Magíster en Salud Pública con mención en Gestión de los Servicios de Salud]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2016.
15. Deloitte. Perspectiva global 2017 del cuidado de la salud. Avanzando contra retos persistentes.2017

16. Llanos L. Velásquez J. García P. Gottuzzo E. Tuberculosis y salud pública: ¿derechos individuales o derechos colectivos? Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012; 29 (2):259-64.
17. Pérez G. Accesibilidad geográfica a los servicios de salud: un estudio de caso para Barranquilla. Sociedad y economía. 2015; 28:181-208.
18. Arakawa T, Arcêncio R, Scatolin B, Scatena L, Ruffino A, Scatena T. Accesibilidad al tratamiento de tuberculosis: evaluación de desempeño de servicios de salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2011; 19(4):1-9.
19. Herrero M. Arrossi S. Ramos S. Braga J. Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina. Rev Saúde Pública 2015; 49:1-9.
20. Sotomayor L. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el centro de salud san francisco, Tacna-2016[Tesis para optar el título profesional de licenciada en Enfermería].Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna, 2016.
21. Sánchez P. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el distrito de Castilla 2011: Caso Asentamientos Humanos [Tesis para optar el título profesional de Economista]. Piura, Perú: Universidad Nacional de Piura, 2015.
22. Mariños J. Efecto de riesgo de los determinantes sociales y la accesibilidad a la atención de salud en el Perú en 2016[Tesis para optar

el grado académico de maestro en gestión pública].Perú: Universidad César Vallejo, 2018.

23. Parodi S. Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios. Grade, 2010.
24. Pérez N. Acceso a los servicios de salud del MINSA según la Encuesta Nacional de Hogares 2006[Tesis para optar el grado académico de Magister en Economía de la Salud].Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2010.
25. Organización Mundial de la Salud. La financiación de los sistemas de salud, El camino hacia la cobertura universal. Ginebra (Suiza), 2010.
26. Gispert E, Castell P, Lozano A. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. Revista Cubana de Salud Pública. 2016; 42 (2):337-341.
27. Orozco A. El sector salud en las ciudades colombianas de Barranquilla y Cartagena. Lecturas de Economía.2014; 80:183-208.
28. Vergara M. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud. Salud enfermedad. 2007; 12:41 – 50.
29. Vélez N, González C, Velásquez A. Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015. Revista CES Derecho. 2016; 7(2):72-83.

30. López D, Chi Ch, Ortega F. Consideraciones para la transformación del sistema de salud del Ecuador desde una perspectiva de equidad. Rev. salud pública. 2014; 16 (3): 346-359.
31. Ministerio de Salud. Aspectos Teórico Conceptuales para la Organización de la Oferta de Servicios de Salud. Lima, Perú. 2002.
32. Ocampo M, Betancourt V, Montoya J, Bautista D. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Rev. Gerenc Polit Salud.2013; 12 (24): 114-129.
33. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad\*\* conferencia presentada bajo el título "La dimensión internacional de la atención" en el Simposio internacional perspectivas mundiales sobre la salud, realizado en julio de 1989 como parte de la reunión del comité consultivo académico del INSP. Salud Pública de México. 1990; 32(2): 1-6.
34. Flores N, Saldaña Y, Fernández N, Delgadillo H. Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. Hacia promoc salud. 2015; 20 (2): 102-117.
35. Gutiérrez C, Romaní F, Wong P, Sara JC. Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. An Fac med 2018; 79 (1): 65-70.

36. Barter D, Agboola S, Murray M, Barnighausen T. Tuberculosis and poverty: the contribution of patient costs in sub-Saharan Africa -a systematic review. Barter et al. BMC Public Health 2012, 12: 980.
37. Carvajal R, Tovar L, Aristizabal J, Varela M. Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012. Rev Gerenc Polit Salud. 2017; 16 (32): 68-84.
38. Plata L. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento anti tuberculosis. Rev. Cienc. cuidad. 2015; 12(2): 26-38.
39. Quiñonez A. Adherencia al tratamiento farmacológico de la tuberculosis en pacientes adultos. Ecuador, 2019.
40. Organización Mundial de la Salud. Implementación de la estrategia fin de la tb: aspectos esenciales. Geneva (Switzerland), 2016.
41. Meza W, Peralta A, Quispe F, Cáceres F. Adherencia terapéutica y factores condicionantes en su cumplimiento en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Microred la Palma, Ica 2017. Rev méd panacea. 2018; 7(1): 22-27.
42. Valencia F, Mendoza S, Luengo S. Evaluación de la escala morisky de adherencia a la medicación (mmas-8) en adultos mayores de un centro de atención primaria en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2017; 34 (2):245-9.
43. Limaylla M, Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. Ciencia e Investigación 2016; 19 (2): 95-101.

44. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C., EUA, 2014.
45. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, D.C. 2019.
46. Ballesteros M. Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013.
47. Wallace S, Enríquez V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.2001; 10 (1): 18-28.
48. Castro L. Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento. Doc. Inv. Esc. Med. Cs. Salud;. 2018; 25.
49. Hernández R. Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.1<sup>ra</sup> ed. México: McGraw-Hill Interamericana editores; 2018.
50. López L, Romero S, Parra I, Rojas L. Adherencia al tratamiento: concepto y medición. Hacia promoc. salud. 2016; 21 (1): 117-137.

51. Jiménez R. Metodología de la Investigación elementos básicos para la investigación clínica. La Habana, 1998.
52. Gómez S. Metodología de la Investigación. 1ra edición. México: Red Tercer Milenio S.C. 2012.
53. Campo A, Oviedo H. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. Revista de Salud Pública Journal of Public Health [Publicación en línea]. 2008; 10 (5): 831-839.
54. Instituto nacional de estadística e informatica. Perú 2020. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/bases-de-datos/>
55. Dueñas M, Cardona D. Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis, Pereira, Colombia, 2012-2013. Biomédica 2016; 36:423-31.
56. Dong D et al. Impact of an innovative tuberculosis financing and payment model on health service utilization by tuberculosis patients in China: do the poor fare better than the rich? Dong et al. Infectious Diseases of Poverty, 2019; 8:44.
57. Pedraza N, Lavín J, González A, Bernal I. Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: caso ABC. Entramado. 2014;10 (2): 76-89.
58. Rodríguez J, Rodríguez D, Corrales JC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. Ciencia & Saúde Coletiva.2015; 20 (6):1947-1958.



59. Mantilla E. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Las barreras de acceso al servicio de salud pública: un enfoque a la demanda. Lima, Perú. 2018.
60. Diallo A, Lucien D, Tiero T, Tassemedo S, Sawadogo R, Meda N. Factors associated with tuberculosis treatment failure in the Central East Health region of Burkina Faso. Pan African Medical Journal. African Field Epidemiology Network (AFENET), 2018; 30:293.
61. Trevor D, Kasa S, Poka H, Welch H. Holistic care of complicated tuberculosis in healthcare settings with limited resources. Arch Dis Child.2017;102: 1161–1167.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

Determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2019

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			METODOLOGÍA
Problema General	Objetivo General	Hipotesis General	Variables	Dimensiones	Indicadores	
¿En qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú, año 2019?	Establecer la relación entre los determinantes del acceso a servicios de salud y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis	Los determinantes del acceso a servicios de salud se relacionan de manera positiva y estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis.	Variable 1: Determinantes del acceso a servicios de salud	Disponibilidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Servicios hospitalarios</li> <li>2. Ambientes cómodos y limpios</li> <li>3. Equipos y materiales adecuados</li> <li>4. Recurso humano capacitado</li> <li>5. Recurso humano suficiente</li> <li>6. No recibí atención por falta de personal</li> <li>7. Horarios de atención adecuados</li> <li>8. Atención oportuna</li> <li>9. Información oportuna</li> </ol>	<p><b>Tipo de estudio:</b> Enfoque cuantitativo y aplicado. Alcance descriptivo correlacional</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> Observacional, transversal.</p> <p><b>Población y muestra:</b> 175 enfermos con tuberculosis en segunda fase de tratamiento. Selección de la muestra fue probabilística y muestro sistemático. Según fórmula se determinó la muestra de 120 individuos.</p> <p><b>Técnica de recolección de datos:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumentos de recolección de datos:</b> Se utilizó un cuestionario por cada variable (Tanashashi y Morisky Green adaptados) .</p> <p>La ficha fue sometida a validez de contenido a través de 8 jueces expertos. El almacenamiento se realizó en base de datos en Excel y luego fue exportada a SPSS 24 para el análisis.</p> <p><b>Análisis estadístico</b> Descriptivo e inferencial. Se determinó el índice de correlación de rho de Spearman y el p-valor</p>
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipotesis específicas		Accesibilidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Tiempos de demora en llegar al hospital</li> <li>11-13. Medio de transporte público, propio, caminando</li> <li>14. Dificultad con trámites administrativos para la atención</li> <li>15. Dificultades para solicitar atención</li> <li>16. Tiempo transcurrido desde fecha de solicitud de cita y la atención</li> <li>17. Considero adecuado el tiempo de espera</li> <li>18-19 Pago por la consulta médica o pruebas diagnósticas</li> <li>20. Falta a consulta por razón económica</li> <li>21. Compré medicamentos para su tratamiento</li> <li>22. No tomé medicamentos por falta de dinero</li> <li>23. Dificultades con fecha y horario de consulta</li> <li>24. Le han negado la atención el último año</li> </ol>	

**Determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2019**














Problema Especificos	Objetivos Especificos	Hipotesis especificas	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			METODOLOGÍA
			Variable	Dimensiones	Indicadores	
¿En qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión accesibilidad se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú, año 2019?	Identificar la relación entre los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión accesibilidad y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.	Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión accesibilidad se relacionan de manera positiva y estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.	Variable 1: Determinantes del acceso a servicios de salud	Acceptabilidad	25. Sintió temor o vergüenza de atenderse en hospital. 26. Sintió discriminación o rechazo 27. Sería difícil que un vecino o familiar sepa que tiene un problema de salud. 28. Considera que el tratamiento lo va a curar. 29. Considera que el RRHH tiene conocimiento para que usted se cure. 30. Confía en el personal que lo atiende. 31. Relación con el personal?	<p><b>Tipo de estudio:</b> Enfoque cuantitativo y aplicado. Alcance descriptivo correlacional</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> Observacional, transversal.</p> <p><b>Población y muestra:</b> 175 enfermos con tuberculosis en segunda fase de tratamiento. Selección de la muestra fue probabilística y muestro sistemático. Según fórmula se determino la muestra de 120 individuos.</p> <p><b>Técnica de recolección de datos:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumentos de recolección de datos:</b> Se utilizo un cuestionario por cada variable (Tanashashi y Morisky Green adaptados) . La ficha fue sometida a validez de contenido a través de 8 jueces expertos. El almacenamiento se realizo en base de datos en Excel y luego fue exportada a SPSS 24 para el analisis.</p> <p><b>Análisis estadístico:</b> Descriptivo e inferencial. Se determino el índice de correlación de rho de Spearman y el p-valor</p>
¿En qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión aceptabilidad se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú, año 2019?	Identificar en qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión aceptabilidad se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis	Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión aceptabilidad se relacionan de manera positiva y estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.		Contacto	32. Calificación de la calidad en el servicio de salud 33. Calificación de la calidad en el tratamiento recibido. 34. El personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su enfermedad y/o tratamiento 35. Presencia de alguna molestia atribuible a la medicación que estuvo recibiendo 36-37 Explicación de enfermedad y tratamiento 38. Quedo satisfecho con explicación 39 Dejo de tomar medicamentos 40-43 Razones para dejar de tomar medicamentos.	

**Determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2019**

Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipotesis Específicas	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES			METODOLOGÍA
			Variables	Dimensiones	Indicadores	
¿En qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión contacto se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú, año 2019?	Identificar en qué medida los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión contacto se relacionan con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis	Los determinantes del acceso a servicios de salud en su dimensión contacto se relacionan de manera positiva y estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis.	Variable 2: Adherencia al tratamiento	Cumplimiento	<p>1. Olvido de acudir al establecimiento de salud para tomar el medicamento</p> <p>2. Reducción de dosis o dejar de tomar un medicamento o medicamentos, sin que personal de salud se diera cuenta.</p>	<p>Tipo de estudio: Enfoque cuantitativo y aplicado. Alcance descriptivo correlacional</p> <p>Diseño de investigación: Observacional, transversal.</p> <p>Población y muestra: 175 enfermos con tuberculosis en segunda fase de tratamiento.</p> <p>Selección de la muestra fue probabilística y muestro sistemático. Según fórmula se determinó la muestra de 120 individuos.</p> <p>Técnica de recolección de datos: Encuesta</p> <p>Instrumentos de recolección de datos: Se utilizó un cuestionario por cada variable (Tanashashi y Morisky Green adaptados) .</p> <p>La ficha fue sometida a validez de contenido a través de 8 jueces expertos.</p> <p>El almacenamiento se realizó en base de datos en Excel y luego fue exportada a SPSS 24 para el análisis.</p> <p>Análisis estadístico Descriptivo e inferencial. Se determinó el índice de correlación de rho de Spearman y el p-valor</p>
				Constancia	<p>3. Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomar la medicación?</p> <p>4. Cuando se siente mal ¿deja de tomar la medicación?</p>	

## ANEXO 2

### BASE DE DATOS

	 P1	 P2	 TIPOTB	 P3	 P4	 P6	 P7	 ADHERENCIA	 P9	 P10	 P11	 P12	
1	1	58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	19	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
4	1	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	37	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
6	1	38	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
7	1	26	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
8	1	22	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
9	1	57	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
10	1	23	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1
11	1	52	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
12	1	15	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2
13	1	32	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
14	1	46	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
15	1	17	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
16	1	18	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
17	1	27	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2
18	1	23	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
19	1	31	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
20	1	36	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
21	1	33	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
22	1	18	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1
23	1	34	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1

	P1	P2	TIPOTB	P3	P4	P6	P7	ADHERENCIA	P9	P10	P11	P12	
24	1	25	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	
25	1	26	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	
26	1	20	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	
27	1	16	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	
28	1	19	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	
29	1	21	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
30	1	22	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	
31	1	64	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
32	1	27	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	
33	1	68	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
34	1	36	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	
35	1	44	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	
36	1	24	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	
37	1	58	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	
38	1	34	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	
39	1	17	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	
40	1	27	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	
41	1	28	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	
42	1	22	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	
43	1	25	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	
44	1	40	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	
45	1	19	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	
46	1	16	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	

Vista de datos
Vista de variables

	P1	P2	TIPOTB	P3	P4	P6	P7	ADHERENCIA	P9	P10	P11	P12	
47	1	15	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1
48	1	37	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2
49	1	27	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2
50	1	24	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	1
51	1	19	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2
52	1	22	1	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2
53	1	24	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2
54	1	23	1	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1
55	1	50	1	2	3	1	1	2	1	1	2	2	2
56	1	52	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2
57	1	18	1	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2
58	1	29	1	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1
59	1	61	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2
60	1	24	1	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1
61	1	35	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2
62	1	23	1	2	3	1	1	2	1	2	1	1	1
63	1	16	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2
64	1	38	1	2	3	1	1	2	1	2	1	1	1
65	1	39	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2
66	2	55	1	2	3	1	1	2	1	1	1	1	2
67	2	33	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2
68	2	47	1	2	3	1	1	2	2	2	1	1	2
69	2	16	1	2	3	1	1	2	1	2	2	2	2

Vista de datos Vista de variables















	P1	P2	TIPOTB	P3	P4	P6	P7	ADHERENCIA	P9	P10	P11	P12	
70	2	23	1	2	3	1	1	2	1	2	1	2	
71	2	64	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	
72	2	35	2	2	3	1	1	1	2	1	1	2	
73	2	20	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	
74	2	78	2	2	3	1	1	1	1	2	2	2	
75	2	20	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	
76	2	21	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	
77	2	36	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	
78	2	20	2	2	3	2	2	1	1	1	1	2	
79	2	43	2	2	3	2	2	1	1	1	1	1	
80	2	21	2	3	3	2	2	1	1	1	1	2	
81	2	17	2	3	3	2	2	1	1	2	1	1	
82	2	28	2	3	3	2	2	1	1	2	1	1	
83	2	17	2	3	3	2	2	1	1	1	1	1	
84	2	44	2	3	3	2	2	1	2	2	1	2	
85	2	41	2	3	3	2	2	1	1	1	1	1	
86	2	28	2	3	3	2	2	1	1	2	1	1	
87	2	49	2	3	3	2	2	1	1	1	1	2	
88	2	50	2	3	3	2	2	1	2	1	1	2	
89	2	32	2	3	3	2	2	1	1	1	1	1	
90	2	27	2	3	3	2	2	1	1	1	1	2	
91	2	30	2	3	3	2	2	1	1	1	1	1	
92	2	40	2	3	3	2	2	1	1	1	1	1	

1

Vista de datos Vista de variables

	P1	P2	TIPOTB	P3	P4	P6	P7	ADHERENCIA	P9	P10	P11	P12
93	2	21	2	3	3	2	2	1	1	1	1	2
94	2	31	2	3	3	2	2	1	1	2	1	2
95	2	32	2	3	3	2	2	1	1	1	1	1
96	2	54	2	3	3	2	2	2	1	2	2	2
97	2	16	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2
98	2	16	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1
99	2	30	2	3	3	2	2	2	2	1	1	1
100	2	47	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2
101	2	30	2	3	3	2	2	2	2	2	1	2
102	2	16	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2
103	2	20	2	3	3	2	2	2	2	2	1	2
104	2	42	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2
105	2	28	2	3	3	2	2	2	2	2	1	2
106	2	16	2	3	4	2	2	2	1	2	2	1
107	2	26	2	3	4	2	2	2	2	2	1	2
108	2	38	2	3	4	2	2	2	2	2	2	1
109	2	33	2	3	4	2	2	2	2	2	1	2
110	2	38	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2
111	2	21	2	3	4	2	2	2	2	2	1	2
112	2	18	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2
113	2	15	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2
114	2	28	2	3	4	2	2	2	2	2	2	1
115	2	20	2	3	4	2	2	2	2	1	1	2

Vista de datos Vista de variables

	 P1	 P2	 TIPOTB	 P3	 P4	 P6	 P7	 ADHERENCIA	 P9	 P10	 P11	 P12
116	2	53	2	3	5	2	2	2	2	2	2	1
117	2	17	2	3	5	2	2	2	2	2	1	1
118	2	19	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2
119	2	20	2	3	5	2	2	2	2	2	1	2
120	2	35	2	4	5	2	2	2	2	2	2	2

	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P19a	P19b	P20	P22	P23	P24	P25	P25A
1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2
3	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
4	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2
5	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
6	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1
7	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1
8	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
9	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
10	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
11	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1
12	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2
13	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2
15	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
16	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1
17	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1
18	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2
19	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
20	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1
21	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1
23	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2

	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P19a	P19b	P20	P22	P23	P24	P25	P25A
24	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
25	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
27	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2
28	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1
29	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1
30	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1
31	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
32	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2
33	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1
34	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1
35	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2
36	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
37	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
38	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2
39	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
40	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
41	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
42	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2
43	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
45	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1
46	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1

Vista de datos Vista de variables

	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P19a	P19b	P20	P22	P23	P24	P25	P25A
47	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1
48	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
49	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
50	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2
51	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2
52	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1
53	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1
54	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
55	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1
56	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1
57	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2
58	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1
59	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1
60	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2
61	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2
62	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1
63	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
64	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
65	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
66	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2
67	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1
68	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
69	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1
1															

Vista de datos
Vista de variables
















	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P19a	P19b	P20	P22	P23	P24	P25	P25A
70	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2
71	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2
72	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1
73	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
74	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1
75	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
76	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
77	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
78	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2
79	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
80	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1
81	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2
82	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1
83	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1
84	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1
85	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1
86	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1
87	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2
88	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2
89	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1
90	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1
91	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2
92	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1

Vista de datos Vista de variables

	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P19a	P19b	P20	P22	P23	P24	P25	P25A
93	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1
94	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1
95	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1
96	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
97	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
98	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2
99	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
100	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1
101	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1
102	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2
103	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2
104	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
105	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
106	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1
107	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1
108	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1
109	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
110	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
111	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2
112	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1
113	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
114	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1
115	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
1															

Vista de datos
Vista de variables



	 P13	 P14	 P15	 P16	 P17	 P18	 P19	 P19a	 P19b	 P20	 P22	 P23	 P24	 P25	 P25A
116	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
117	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
118	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
119	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1
120	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1

	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
4	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2
5	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1
6	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1
7	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
8	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1
9	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
10	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
12	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1
13	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
14	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1
15	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
16	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1
17	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
19	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
20	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1
21	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1
1															

Vista de datos
Vista de variables

	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40
24	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1
25	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2
26	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1
27	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1
28	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2
29	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1
30	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1
31	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1
32	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2
33	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1
34	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1
35	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1
36	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
37	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
38	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
39	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2
40	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1
41	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
42	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1
43	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1
44	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
46	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1
1															

Vista de datos
Vista de variables

	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40
47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
48	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1
49	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1
51	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1
52	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2
53	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2
54	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
55	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2
56	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2
57	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
58	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2
59	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2
60	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2
61	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
62	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
63	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
64	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1
65	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
66	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1
67	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2
68	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1
69	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2
















Vista de datos Vista de variables










	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40
70	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1
71	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
72	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
73	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
74	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2
75	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1
76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
77	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
78	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1
79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
80	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
81	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1
82	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
83	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1
84	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1
85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
86	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
87	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1
88	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1
89	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
90	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
1															

Vista de datos
Vista de variables

	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40
93	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1
94	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
95	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1
96	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
97	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2
98	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2
99	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1
100	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2
101	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
102	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
103	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1
104	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
105	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1
106	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2
107	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1
108	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2
109	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1
110	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2
111	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1
112	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2
113	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1
114	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2
115	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1

Vista de datos Vista de variables

	 P26	 P27	 P28	 P29	 P30	 P31	 P32	 P33	 P34	 P35	 P36	 P37	 P38	 P39	 P40
116	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2
117	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1
118	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
119	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
120	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2

	 P41	 P44	 P45	 P46	 p47	 P48	 P49	 P50	 P51
1	1	.	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
3	1	1	1	1	2	2	2	2	2
4	1	1	1	1	2	2	2	2	2
5	1	1	2	2	1	2	1	1	2
6	2	1	1	1	2	2	2	2	2
7	1	1	1	1	1	2	1	1	2
8	1	1	1	1	2	2	2	2	2
9	2	2	1	1	2	2	2	2	2
10	1	1	1	1	2	2	2	2	2
11	1	1	2	2	1	1	2	1	1
12	2	1	1	1	2	2	2	2	2
13	1	2	2	2	1	1	2	1	2
14	2	1	1	1	2	2	2	2	2
15	1	1	1	1	2	2	2	2	2
16	1	1	2	2	2	2	2	2	2
17	2	1	1	1	1	1	2	1	2
18	1	2	1	1	1	1	2	1	2
19	1	1	2	2	2	2	2	2	2
20	2	1	1	1	2	2	2	2	2
21	1	1	1	1	2	2	2	2	2
22	1	1	1	1	2	2	2	2	2
23	1	1	2	2	2	2	2	2	2



	P41	P44	P45	P46	p47	P48	P49	P50	P51
24	2	1	2	2	2	2	2	2	2
25	2	1	2	2	2	2	2	2	2
26	2	2	1	1	2	2	2	2	2
27	1	1	2	2	2	2	2	2	2
28	2	1	1	1	2	2	2	2	2
29	1	2	2	2	2	2	2	2	2
30	2	1	1	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	2	2	2	2	2
32	1	1	1	1	2	2	2	2	2
33	1	2	2	2	2	2	2	2	2
34	1	1	2	2	2	2	2	2	2
35	1	1	1	1	1	1	2	1	1
36	1	1	2	2	2	2	2	2	2
37	2	2	1	1	2	2	2	2	2
38	1	1	2	2	2	2	2	2	2
39	2	1	2	2	1	1	2	1	2
40	2	2	1	1	2	2	2	2	2
41	1	1	2	2	2	2	2	2	2
42	2	1	2	2	2	2	2	2	2
43	2	1	1	1	1	2	1	1	2
44	1	1	1	1	2	2	2	2	2
45	1	1	2	2	2	2	2	2	2
46	2	1	1	1	2	2	2	2	2

1
...

Vista de datos

Vista de variables

	P41	P44	P45	P46	p47	P48	P49	P50	P51
47	1	1	2	2	2	2	2	2	2
48	2	1	2	2	2	2	2	2	2
49	2	1	1	1	2	2	2	2	2
50	1	1	2	2	2	2	2	2	2
51	2	1	2	2	1	2	1	2	2
52	2	1	2	2	1	2	1	1	1
53	2	2	1	1	1	2	2	2	2
54	1	2	2	2	1	1	1	1	1
55	2	2	2	2	2	2	2	2	2
56	2	2	2	2	1	1	2	1	1
57	2	2	1	1	1	2	1	1	1
58	1	2	2	2	1	1	1	1	1
59	2	2	1	1	1	1	1	1	1
60	1	2	2	2	1	2	1	1	1
61	2	2	1	1	1	2	1	1	1
62	1	2	2	2	1	1	1	2	1
63	2	1	1	1	1	1	2	1	1
64	1	2	2	2	2	2	2	2	2
65	2	1	2	2	1	1	1	2	1
66	2	2	2	2	2	2	2	2	2
67	2	1	2	2	1	1	2	1	1
68	2	2	2	2	1	1	2	1	1
69	2	1	2	2	2	2	2	2	2

1
...

Vista de datos
Vista de variables

	P41	P44	P45	P46	p47	P48	P49	P50	P51
70	2	2	2	2	1	1	2	1	1
71	2	1	2	2	1	1	2	2	1
72	2	2	1	1	2	2	2	2	2
73	1	1	2	2	1	1	2	1	1
74	2	1	1	1	2	2	2	2	2
75	1	2	1	1	1	2	1	1	1
76	1	1	1	1	1	1	2	1	1
77	1	1	2	2	2	2	2	2	2
78	2	1	1	1	1	1	2	1	1
79	1	1	2	2	2	2	2	2	2
80	2	1	1	1	1	1	1	1	1
81	1	1	1	1	1	1	2	2	1
82	1	1	1	1	2	2	2	2	2
83	1	1	2	2	1	2	1	1	1
84	2	1	1	1	1	2	2	1	1
85	1	1	1	1	2	2	2	2	2
86	1	1	2	2	1	1	2	1	1
87	2	1	2	2	1	1	1	2	2
88	2	1	1	1	1	2	1	1	1
89	1	1	2	2	2	2	2	2	2
90	2	1	1	1	1	2	1	1	1
91	1	1	1	1	1	2	1	2	1
92	1	1	2	2	2	2	2	2	2










1

Vista de datos Vista de variables

	P41	P44	P45	P46	p47	P48	P49	P50	P51
93	2	1	2	2	1	2	1	1	1
94	2	1	1	1	1	2	1	2	1
95	1	1	2	2	1	1	1	1	1
96	2	1	2	2	2	2	2	2	2
97	2	2	1	1	1	1	1	2	1
98	1	2	1	1	1	1	2	1	1
99	1	2	2	2	1	2	1	1	1
100	2	1	2	2	1	2	1	1	1
101	2	2	2	2	1	2	1	2	1
102	2	1	2	2	1	2	2	1	1
103	2	2	2	2	2	2	2	2	2
104	2	1	2	2	1	1	2	1	1
105	2	2	1	1	2	2	2	2	2
106	1	1	2	2	1	1	1	2	1
107	2	2	1	1	1	2	1	1	1
108	1	1	2	2	1	1	1	1	1
109	2	2	2	2	1	1	1	2	1
110	2	1	2	2	1	1	1	1	1
111	2	2	2	2	1	1	2	1	1
112	2	1	2	2	1	2	1	2	1
113	2	2	1	1	1	1	2	1	1
114	1	1	2	2	1	2	1	1	2
115	2	2	1	1	1	1	2	1	1

1

Vista de datos Vista de variables

	 P41	 P44	 P45	 P46	 p47	 P48	 P49	 P50	 P51
116	1	1	1	1	1	1	2	1	1
117	1	2	2	2	2	2	2	2	2
118	2	1	2	2	1	1	1	2	2
119	2	2	2	2	2	2	2	2	2
120	2	1	1	1	1	2	2	1	1

## FICHA SOCIODEMOGRAFICA

### INFORMACION GENERAL

Código: 

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

### Aspectos Sociodemográficos

a) **Sexo:**  Femenino  Masculino

b) **Edad:** .....

c) **Tipo de tuberculosis:**

Sensible  Resistente

d) **Estado Civil:**

Soltero  Conviviente  Casado  Viudo  Divorciado

e) **Escolaridad**

Ninguna  Primaria  Secundaria  Superior técnica  Superior universitaria

f) **Condición laboral**

Dependiente  Independiente  Desocupado

g) **Ingreso económico familiar mensual:** .....

**ANEXO 3**  
**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: DETERMINANTES DEL ACCESO A**  
**SERVICIOS DE SALUD (Test de Tanahashi modificado)**

<b>Dimensión: Disponibilidad</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	¿Conoce con que servicios cuenta el hospital?		
2	¿Considera cómodos y limpios los ambientes donde recibe la atención?		
3	¿Considera que se cuenta con los equipos y materiales adecuados para recibir la atención?		
4	¿Considera que el personal de salud se encuentra capacitado para realizar su atención?		
5	¿Considera que hay suficiente personal de salud para garantizar la atención en el hospital?		
6	¿En algún momento, no recibió atención por falta de personal de salud?		
7	¿Considera adecuado el horario de atención para su atención en el servicio?		
8	¿Recibió atención oportuna para sus consultas médicas y exámenes de control?		
9	¿Recibió alguna información acerca de su enfermedad por parte del personal de salud?		
<b>Dimensión: Accesibilidad</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
10	¿El tiempo que demora en llegar al hospital es mayor a 30 minutos?		
11	¿Usted utiliza transporte publico para llegar al hospital?		
12	¿Usted utiliza transporte propio para llegar al hospital?		
13	¿Usted llega caminando al hospital?		
14	¿Tuvo dificultades con los tramites administrativos para recibir la atención?		
15	¿Desde el día que solicito la última cita hasta la fecha de la atención trascurrio mas de dos semanas?		
16	¿Considera adecuado el tiempo de espera desde el momento que sacó la cita, hasta el momento de la atención?		
17	¿Considera adecuado el tiempo de espera para recibir la atención en los servicios de laboratorio y radiodiagnostico del hospital?		
18	¿Realizó algún pago por la consulta medica?		
19	¿Realizó algún pago por el servicio de diagnostico?		
20	¿En algún momento no asistió a una consulta por falta de dinero?		
21	¿Compró medicamentos para su tratamiento, que no sean para la tuberculosis?		
22	¿En algún momento no tomo los medicamentos por falta de dinero para comprarlo?		
23	¿Tuvo alguna dificultad con las fechas y horarios de la consulta?		
24	¿En el último año le han negado la prestación en los servicios de salud?		

<b>Dimensión: Aceptabilidad</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
25	¿En algún momento sintió temor o vergüenza de atenderse en el hospital?		
26	¿En algún momento se ha sentido discriminado o rechazado por su enfermedad?		
27	¿Sería difícil para usted que un vecino o un familiar sepa que usted tiene un problema de salud?		
28	¿Considera usted que el tratamiento prescrito lo va a curar?		
29	¿Considera que el personal de salud que lo atiende tiene el suficiente conocimiento para que usted se cure?		
30	¿Confía en el personal de salud que lo atiende?		
31	¿Su relación con el personal que lo atendió fue buena?		
<b>Dimensión: Contacto</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
32	¿Califica como buena la calidad en el servicio de salud?		
33	¿Califica como buena la calidad del tratamiento recibido?		
34	¿El personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su enfermedad y/o tratamiento?		
35	¿Ha presentado alguna molestia atribuible a la medicación antituberculosis que estuvo recibiendo?		
36	¿El personal de salud, le explicó en qué consistía la enfermedad?		
37	¿El personal de salud, le explicó en qué consistía el tratamiento?		
38	¿Quedó satisfecho(a) con la explicación?		
39	¿Dejó de tomar sus medicamentos antituberculosis en algún momento? Si su respuesta fue afirmativa responder las alternativas siguientes		
40	¿La razón para dejar de tomar los medicamentos antituberculosis fue la cantidad y tamaño de los medicamentos?		
41	¿La razón para dejar de tomar los medicamentos antituberculosis fue las molestias por el tratamiento?		
42	¿La razón para dejar de tomar los medicamentos antituberculosis fue el tiempo de duración del tratamiento?		
43	¿La razón para dejar de tomar los medicamentos antituberculosis fue no sentir mejoría?		



**INSTRUMENTO DE MEDICIÓN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA  
TUBERCULOSIS (Test de Morisky Green Adaptado al control de la  
tuberculosis)**

<b>Dimensión: Cumplimiento</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	¿Olvidió alguna vez de acudir al establecimiento de salud para tomar el medicamento?		
2	¿Alguna vez a reducido la dosis o dejado de tomar un medicamento o medicamentos, sin que el personal de salud se percate?		
<b>Dimensión: Constancia</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
3	Cuando se encuentra bien ¿deja alguna vez de tomar la medicación?		
4	Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomar la medicación?		

## ANEXO 4

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Saludos cordiales y me presento ante ustedes, mi nombre es CÉSAR ANTONIO BONILLA ASALDE MEDICO del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao

Soy estudiante del doctorado de Salud Publica en la Universidad Nacional de Callao y estoy realizando el estudio de investigación en el marco de mi tesis doctoral “DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO, 2019”

El proyecto está iniciando y estamos encuestando a pacientes que estén recibiendo tratamiento para tuberculosis y que se encuentren en la segunda fase del esquema terapéutico, además que hubiesen sido diagnosticados de tuberculosis y se encuentren registrados en cualquiera de los establecimientos de salud de la Región Callao. Para tal fin le realizaremos algunas preguntas para conocer su valiosa opinión acerca del tema en estudio. El llenado del cuestionario le tomará aproximadamente **15 minutos**. Toda la información que se obtenga será tratada con estricta confidencialidad y sus respuestas y nombre jamás serán revelados. No está obligado a contestar las preguntas que no quiera y podemos parar el llenado de la encuesta en el momento que usted desee.

Si realizamos esta encuesta, no es para evaluarlo a usted, o criticar a la institución donde se encuentra recibiendo tratamiento, entonces por ningún motivo se sienta presionado para dar una respuesta en específico. Le pediríamos entonces que conteste a las preguntas con toda honestidad, diciendo lo que sabe, siente o piensa, tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas.

Entonces ¿Acepta participar en esta encuesta?

*Si está de acuerdo, continúe respondiendo el cuestionario. En cambio, si su respuesta es Negativa, terminara su participación.*

-----  
**FECHA**

## ANEXO 5

### PRUEBA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTOS

#### Resultados para la variable: determinantes del acceso a los servicios de salud

*Evaluación de los jueces y prueba Binomial correspondiente al criterio de pertinencia*

Variable /Items	Jueces								Total de acuerdos	p*
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8		
<b>Determinantes del acceso a los servicios de salud</b>										
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 12	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 13	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 14	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 16	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 19	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 20	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 22	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 23	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 24	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 25	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 26	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 27	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 28	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 29	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 30	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 31	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 32	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 33	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 34	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 35	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 36	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 37	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 38	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 39	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 40	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 41	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 42	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 43	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125

Promedio 0,03125 \*Los valores menores de 0.05 son significativos.

El instrumento tiene validez de contenido para medir la variable factores de riesgo en el criterio pertinencia ( $p=0.03125 < 0.05$ ).

*Evaluación de los jueces y prueba Binomial correspondiente al criterio de relevancia*

Variable /Items	Jueces								Total de acuerdos	p*
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8		
<b>Determinantes del acceso a los servicios de salud</b>										
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 12	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 13	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 14	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 16	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 19	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 20	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 22	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 23	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 24	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 25	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 26	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 27	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 28	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 29	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 30	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 31	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 32	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 33	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 34	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 35	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 36	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 37	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 38	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 39	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 40	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 41	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 42	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 43	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125

Promedio 0,03125 \*Los valores menores de 0.05 son significativos.

El instrumento tiene validez de contenido para medir la variable factores de riesgo en el criterio relevancia ( $p=0.03125 < 0.05$ ).

*Evaluación de los jueces y prueba Binomial correspondiente al criterio de claridad*

Variable /Items	Jueces								Total de acuerdos	p*
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8		
<i>Determinantes del acceso a los servicios de salud</i>										
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 12	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 13	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 14	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 15	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 16	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 17	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 19	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 20	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 21	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 22	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 23	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 24	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 25	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 26	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 27	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 28	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 29	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 30	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 31	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 32	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 33	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 34	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 35	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 36	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 37	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 38	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 39	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 40	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 41	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 42	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 43	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125

*Promedio 0,03125*

*\*Los valores menores de 0.05 son significativos.*

El instrumento tiene validez de contenido para medir la variable factores de riesgo en el criterio claridad ( $p=0.03125 < 0.05$ ).

### Resultados para la variable: adherencia al tratamiento de la tuberculosis

*Evaluación de los jueces y prueba Binomial correspondiente al criterio de pertinencia*

Variable /Items	Jueces								Total de acuerdos	p*
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8		
Determinantes del acceso a los servicios de salud										
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125

Promedio 0,03125 \*Los valores menores de 0.05 son significativos.

El instrumento tiene validez de contenido para medir la variable factores de riesgo en el criterio pertinencia ( $p=0.03125 < 0.05$ ).

*Evaluación de los jueces y prueba Binomial correspondiente al criterio de relevancia*

Variable /Items	Jueces								Total de acuerdos	p*
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8		
Determinantes del acceso a los servicios de salud										
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125

Promedio 0,03125 \*Los valores menores de 0.05 son significativos.

El instrumento tiene validez de contenido para medir la variable factores de riesgo en el criterio relevancia ( $p=0.03125 < 0.05$ ).

*Evaluación de los jueces y prueba Binomial correspondiente al criterio de claridad*

Variable /Items	Jueces								Total de acuerdos	p*
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8		
Determinantes del acceso a los servicios de salud										
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0,03125

Promedio 0,03125 \*Los valores menores de 0.05 son significativos.

El instrumento tiene validez de contenido para medir la variable factores de riesgo en el criterio claridad ( $p=0.03125 < 0.05$ ).