



Escuela de Posgrado

**Factores asociados a la renuncia al cuidado
en servicios de salud Enaho 2020**

**Tesis para optar el grado académico de Maestro De
Gestion En Salud**

Presentado por:

Arpi Jesus, Julissa Katherine

Código Orcid: 0000-0001-6983-1986

Asesor(a): Arellano Sacramento Cesar

Código Orcid: 0000-0001-5958-8118

**Lima – Perú
2023**

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, ARPI JESUS, JULISSA KATHERINE Egresada de la Escuela Académica Profesional de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "FACTORES ASOCIADOS A LA RENUNCIA AL CUIDADO EN SERVICIOS DE SALUD ENAHO 2020" Asesorado por el docente: Arellano Sacramento Cesar Con DNI 40294542 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5958-8118> tiene un índice de similitud de (16) (dieciséis)% con código oid:14912:206248056 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Julissa Katherine Arpi Jesus
 DNI: 47557701



.....
 Firma
 Cesar Arellano Sacramento
 DNI: 40294542

Lima, 17 de febrero de 2023

Tesis

FACTORES ASOCIADOS A LA RENUNCIA AL CUIDADO EN SERVICIOS DE SALUD

ENAHO 2020

Línea de investigación

Salud y bienestar, Gestión en Salud

Asesor(a)

Arellano Sacramento Cesar

Código Orcid: 0000-0001-5958-8118

Dedicatoria (opcional)

Este trabajo va dedicado a mi familia y en especial a mi hija, padres, hermana y amigos cercanos de la Universidad, quienes siempre me han dado ánimos de seguir adelante en cada uno de mis objetivos

Agradecimiento (opcional)

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria (opcional)	iv
Agradecimiento (opcional).....	v
Resumen (español).....	ix
Abstract (inglés)	x
Introducción	xi
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación	4
1.4.1. Justificación Teórica	4
1.4.2. Justificación Metodológica	4
1.4.3. Justificación Práctica	4
1.5 Limitaciones de la investigación	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes de la investigación.....	5
2.2 Bases teóricas	10
2.3. Formulación de la hipótesis	18
2.3.1. Hipótesis general.....	18
2.3.2. Hipótesis específicas.....	18
3. METODOLOGÍA	19
3.1. Método de la investigación	19
3.2. Enfoque de la investigación.....	19

3.3. Tipo de la investigación	19
3.4. Diseño de la investigación	19
3.5. Población, muestra y muestreo.....	20
3.6. Variables y operacionalización	23
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	28
3.7.1. Técnica	28
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	28
3.7.3. Validación	30
3.7.4. Confiabilidad.....	30
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	30
3.9. Aspectos éticos	31
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	32
4.1 Resultados.....	32
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	32
Tabla n.1 Frecuencia de motivos institucional y no institucional de renuncia al cuidado.....	32
4.1.2. Prueba de hipótesis.....	33
Tabla n.2 Análisis multivariado de factores socioeconómico en base renuncia al cuidado por a motivos institucionales.....	35
Tabla n. 3 Análisis multivariado de factor salud en base renuncia al cuidado por a motivos institucionales	38
4.1.3. Discusión de resultados.....	39
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
5.1 Conclusiones	47
5.2 Recomendaciones.....	48
REFERENCIAS	49
ANEXOS.....	62
Anexo1: Matriz de consistencia.....	62
Anexo 2: Instrumentos	64

Anexo 3: Validez del instrumento.....	66
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	67
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética.....	68
Anexo 6: Formato de consentimiento informado	69
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la RECOLECCIÓN DE DATOS, PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS, USO DEL NOMBRE.....	70
Anexo 8: Programa de intervención para estudios experimentales.....	71
Anexo 9: Informe del asesor de Turnitin	72

Tabla n.1 Frecuencia de motivos institucional y no institucional de renuncia al cuidado.....	32
Tabla n.2 Análisis multivariado de factores socioeconómico en base renuncia al cuidado por a motivos institucionales.....	35
Tabla n. 3 Análisis multivariado de factor salud en base renuncia al cuidado por a motivos institucionales	38

Resumen (español)

Objetivos: Determinar la asociación entre factores asociados y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020. **Material y métodos:** Estudio Hipotético – deductivo, Cuantitativo, Aplicada, de alcance correlacional, No experimental Transversales, Correlacional. Se utilizó la base de datos ENAHO del año 2020. Se incluyó a mayores de 18 años y aquellos que en las últimas cuatro semanas tuvieron enfermedad, síntoma, recaída, accidente que no haya acudido a un establecimiento de salud. El número de unidades de análisis se basó en los filtros (criterios de inclusión y exclusión). Se realizó un análisis multivariado (Razón de Proporciones) con sus respectivos intervalos de confianza (alfa de 0,05). **Resultados:** Tienen un mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales quienes viven en Costa (99,4%), tienen primaria o menos (82,7%), que hablan Quechua+aymará+otros (56,6%), convivientes (4,1%), mujeres (9,0%), de 50 años a más (21,4%), no pobres (3,2%), presentaron síntomas de COVID-19 (290,3%), presentar limitaciones permanentes (12.9%), padecen de alguna enfermedad crónica (1.2%). Tienen menor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales aquellas personas casadas (10,5%), pobre no extremo (2,7%), de 37 a 49 años (5,2%). **Conclusión:** Se encontró asociación significativa entre los dos factores (socioeconómico, salud) y renuncia al cuidado por motivos institucionales.

Palabras clave: Servicios de Salud, Autoabandono, Aceptación de la Atención de Salud

Abstract (inglés)

Objectives: Determine the relationship between associated factors and renouncing care in users of health services ENAHO Peru 2020. **Material and methods:** Hypothetical Study - deductive, Quantitative, Applied, correlational in scope, Non-experimental Cross-sectional, Correlational. The ENAHO database for the year 2020 was used. People over 18 years of age and those who in the last four weeks had an illness, symptom, relapse, or accident who had not attended a health facility were included. The number of analysis units was based on the filters (inclusion and exclusion criteria). A multivariate analysis (Proportions Ratio) with their respective confidence intervals (alpha of 0.05) was performed. **Results:** Those who live in the Coast (99.4%), have primary education or less (82.7%), who speak Quechua+aymará+others (56.6%), have a higher risk of not going to care for institutional reasons, cohabitants (4.1%), women (9.0%), aged 50 and over (21.4%), non-poor (3.2%), presented symptoms of COVID-19 (290.3%), present permanent limitations (12.9%), suffer from some chronic disease (1.2%). Those who are married (10.5%), non-extremely poor (2.7%), between 37 and 49 years old (5.2%) have a lower risk of not going to care for institutional reasons. **Conclusion:** A significant association was found between the two factors (socioeconomic, health) and giving up care for institutional reasons.

Key words: Health Services, Self-Neglect, Patient Acceptance of Health Care

Introducción

En el capítulo I, se presenta literatura sobre la falta de visualización de las razones de usuarios (potenciales) de no asistir a consulta ante un problema de salud.

En el capítulo II, los antecedentes presentan solo magnitudes sobre frecuencia de razones de inasistencias. No se encontró estudios, bivariado ni multivariado, que utilicen la variable renuncia al cuidado como dependiente. Asimismo, se hace hincapié en la base teórica sobre la diferencia de ser parte de una consulta y no asistir y la de ser un usuario (potencial) y no asistir a consulta. Asimismo, el estudio se diferencia de aquellas situaciones donde el sujeto descuida su salud o higiene no vinculándolo a una institución de salud.

En el capítulo III, se menciona que el estudio es en base a data secundaria, por lo que no necesita consentimiento informado. La base utilizada es libre y anonimizada, siendo el sujeto de estudio aquel que teniendo un problema no asiste a consulta. la variable dependiente son las razones o motivos (institucionales, no institucionales) para no asistir a consulta. El estudio es un análisis multivariado (razón de prevalencias) utilizando como variables independientes aquellas relacionadas a la dependiente y presentes en la base.

En el capítulo IV, los resultados más relevantes fueron el que los que viven en Costa, primaria o menos, que hablan Quechua+aymará+otros, convivientes, presentaron síntomas de COVID-19 tienen un mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales. Asimismo, en discusión se relaciona las frecuencias de razones encontradas en literatura y las del estudio.

En el capítulo V, se muestra las conclusiones en base a los objetivos del estudio. Asimismo, las recomendaciones van en el sentido que se realice campañas dirigidas a los usuarios (potenciales) del sistema de salud, motivando a la asistencia en caso de enfermedad o padecimiento.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Son varios los productos de los servicios de salud (actividades preventivas, actividades de promoción, consulta odontológica, control de enfermería etc.), aun siendo intangibles tienen un valor agregado los cuales los convierten en una identificación (1).

La calidad ofrece un servicio el que inicia al ingresar el usuario a la institución prestadora de salud; esto implica ir más allá del resultado final (1).

Desde hace algunos años, datos internacionales nos muestran una disminución de la asistencia a consulta externa por parte del usuario (2), siendo las enfermedades crónicas, mayores de 65 años y los que se ubican entre los estratos de ingresos más altos los que tienen mayor probabilidad de consumir servicios de salud. Por el contrario, mujeres, personas más educadas, e los que viven en casas alquiladas tienen menos probabilidades de utilizar estos servicios (3).

En el 2005 en el Perú el 55,6% fue reportado tener algún problema de salud, aumentando a 68,0% para el 2015. Algunos mencionaron tener algún problema de salud, pero no buscaron

atención médica en el 2005 fue de 61,4% pasando a 47,2% para el 2015 (4). El no buscar atención médica dentro de los hogares sin seguro en el 2007 fue de 64,2% siendo el 2011 de 54,4%. Al tener SIS en comparación con los hogares sin seguro, aumentó los que no buscaron atención médica (45,5% en el 2007 al 56,5% en 2011). En la Seguridad Social y de los otros seguros se nota una disminución de los que no buscaron atención entre 2007 a 2011 (de 45,5% al 41,9% y 70,8% al 45,9%, respectivamente (5).

Estudios internacionales han encontrado un retraso en la búsqueda de atención médica en el último año (29%). El 14% había renunciado a la atención. Aquellos que retrasaron la búsqueda de la atención son significativamente diferentes de aquellos que no lo hicieron en términos de raza/etnicidad, edad, educación y estado de salud autoinformado (6).

Un estudio español menciona que la conducta ante un problema de salud está en relación con la cultura de origen y el tiempo de estancia en el país. A un mayor tiempo de estancia, adoptan por acudir al centro de salud, asimismo, algunos recurren a la automedicación cuando no consideran importante los síntomas (7).

Una población sin acceso a la seguridad social está relacionada negativamente con la esperanza de vida al nacer. Aquellos que se ven privados de estos servicios, no reciben atención médica, va en contra de la calidad de vida (8).

En el Perú, se enfatiza el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental para ser garantizado y gestionado por el Estado. Esto a fin de universalizar la protección en la salud.

Así toda la población se beneficie, pero en ello el Estado debería mejorar los determinantes sociales y el acceso a mayores cuidados integrales (individuo y comunidad).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál será la asociación entre factores asociados y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál será la asociación entre factor socioeconómico y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020?

¿Cuál será la asociación entre factor salud y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre factores asociados y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

Determinar la asociación entre factor socioeconómico y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.

Determinar la asociación entre factor salud y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

El estudio pretende identificar los diversos factores asociados a no asistir a establecimientos de salud, los cuales serán extrapolados a nivel país (Perú), basándose en el uso de la encuesta ENAHO 2020, que tomará en cuenta como población a los usuarios mayores de edad.

1.4.2. Justificación Metodológica

La investigación comprende elaboración, fusión, depuración de una base de datos secundaria. Asimismo, se propone el uso de análisis multivariado (Modelo de regresión de Poisson para Varianza Constante; Razón de Proporciones), para identificar a los sujetos con motivos institucionales de renuncia al cuidado ante una enfermedad, grupo poco estudiado en la literatura, pues implica no tener un ámbito específico accesible

1.4.3. Justificación Práctica

Los resultados del estudio serán reflejo de la situación de inasistencia del usuario a establecimientos de salud en Perú y servirán a instituciones como MINSA, ESSALUD, etcétera para mejorar sus políticas de gestión de atención en este grupo de edad en el país.

1.5 Limitaciones de la investigación

No se tomó en cuenta etnia, ni el tipo de seguro. No se sabe que enfermedad o padecimiento específico tuvieron los sujetos. No se sabe qué motivo institucional o no institucional prima en jerarquía para el sujeto en su elección para no asistir a consulta.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Hadaib et al. (2022) su estudio tuvo como objetivo “identificar los factores que contribuyen al comportamiento de no asistencia entre pacientes ambulatorios programados para endoscopia GI procedimientos en un hospital terciario en los Emiratos Árabes Unidos”. Realizado en Cleveland Clinic Abu Dhabi, centro de atención terciaria en Abu Dhabi (Emiratos Árabes Unidos). El instrumento utilizado fue adaptado de Bhise et al. (2016), traducida del inglés al árabe, sobre informes de pacientes para citas perdidas de colonoscopia (identificar posibles razones por las que el paciente no asiste a su procedimiento de endoscopia gastrointestinal programado). Estudiaron 160 pacientes. La mayoría fueron mujeres (60,4%), de 35-44 años de edad (28,9%), secundaria y licenciatura (30,6%), casado (68,1%), con empleo (52,5%). La hora de la cita no era conveniente (43; 27.9%), Esperé demasiado para la cita (41; 26,6%), Tuvo una condición de emergencia laboral o familiar (22, 13.7%), Los materiales educativos para la preparación intestinal fueron no claros (21; 13,1%), Viajes de larga distancia al hospital (18; 11,3), no tiene transporte (11; 6,9%), Sentimiento de vergüenza (9 5,6%), Restricciones religiosas (8; 5,0%), No recibió recordatorio (7; 4,4%), No sabe cómo se hará el

trámite (7; 4,4%), Olvidé la cita (6; 3,8%), Confundió la fecha (5; 3,2%), Prefiere consultar a otro médico y preferiría ser atendido por una doctora (2;1,2%). Encontraron un alto grado de inasistencia para procedimientos (9).

Alawadhi A et al. (2022) en su estudio “Este estudio sigue a un estudio previo sobre la prevalencia y los factores asociados con la pérdida del hospital citas basadas en registros médicos electrónicos”. Realizado en el hospital Real de la ciudad Muscat del Sultanato de Omán en pacientes mayores de edad que perdieron sus citas hospitalarias para pacientes ambulatorios entre el 1 de marzo de 2021 y abril 30 del 2021 siendo entrevistados por teléfono por un personal con certificado de diploma en información de salud. Fueron 290 participantes que dieron su consentimiento. La mayoría fueron mujeres (51,8%) de 31-40 años (23,9%), casado (78,6%), Obligaciones familiares y laborales (21,4%), No recibí un recordatorio (14,3%), Motivo de salud por mejora o problema (13,6%), asistió a otro centro (12,5%), Problemas de transporte (12,1%), ninguna razón (12,1%), otros (7,5%), Covid-19 (6,4%). Fueron diversas las razones para perder la cita hospitalaria (10).

Zykienė y Kalibatas (2022) tuvo como objetivo “la falta de asistencia es un problema común en todo el mundo. Los factores importantes para la falta de asistencia son una cola o el tiempo de espera hasta el servicio previsto”. Este estudio fue realizado en la Universidad Lituana de Ciencias de la Salud Kaunas Hospital en Lituania (Hospital de Kaunas). En 2018 se registraron 78.707 pacientes para consultas especializadas planificadas en la parte ambulatoria. Fue un estudio transversal en base a un cuestionario telefónico en pacientes que no asistieron consultas ambulatorias planificadas en el Hospital de Kaunas del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018, siendo mayores de 18 años mediante entrevista telefónica. Un total de 375

encuestados (96,4%) identificaron 13 razones por inasistencia, mientras que 14 encuestados (3,6%) no pudo identificar ninguna razón para la inasistencia. La mayoría fueron mujeres (63,5%), de 50-69 años (39,1%), educación avanzada (39,8%), casado (61,4%), con empleo (63,5%). Encontraron Empeoramiento del estado de salud (24,69%), Problemas personales no identificados (14,91%), Problemas relacionados con el trabajo (13,62%), Se olvidó de la consulta programada (11,82%), Recuperado (4,37%), motivo desconocido (3,6%), Cambió de opinión (3,1%), Problemas de transporte (2,1%) (11).

Kwakkenbos L. et al. (2021) tuvo como objetivo “evalúa las razones de la no asistencia en los países europeos y compara los resultados con hallazgos norteamericanos publicados anteriormente”. Respondieron una encuesta abierta entre marzo y julio de 2016, siendo elegidos mediante muestreo por conveniencia entre pacientes que no participan en algún grupo de apoyo. Los participantes respondieron preguntas de un sitio web disponible en inglés, francés, alemán, italiano, holandés, portugués o español. La encuesta fue la misma para participantes de Norte América. Fueron 28 elementos de la encuesta. En la parte europea (E) la mayoría fueron mujeres (87,3%), blancos (94,7%), casado (62,3%). De la parte norteamericana (NA) la mayoría fueron mujeres (83,5%), blancos (86,4%), casado (63,2%). Encontraron “síntomas no son muy graves” (E:30,7% y NA:21,9%), “ocupado con otras responsabilidades” (E: 33,7%; NA: 26,9%), “Mis síntomas de esclerodermia son severos y hacen que dificultad para asistir a las reuniones” (E: 20,2%;NA: 21,5%), “El tiempo de las reuniones no encaja mi horario” (E: 24,6%; NA:32,6%), “No tengo una forma confiable de llegar a las reuniones” (E: 35,1%; NA: 17,8%), “Ir y venir de las reuniones es inconveniente debido al clima, la distancia u otros factores” (E: 39,9%; NA: 31,4%). Las razones por no asistir a los grupos de apoyo se superponen entre dos grandes muestras internacionales (12).

Vonk T et al, (2021) tuvo como objetivo “identificar las razones personales de la falta de asistencia y la no finalización en un gran grupo de pacientes con ECV elegibles para CR”. Estudio cuantitativo multicéntrico en dos países. El cuestionario fue entregado a pacientes cardíacos de Países Bajos y el oeste de Alemania, Holanda. Se preguntó elementos sociodemográficos, preguntas sobre detalles de su enfermedad cardíaca, finalizando con factores informados de inasistencia o no finalización. Las razones (fueron posibles múltiples respuestas) por las que no asistió a la RC a pesar de recibir una derivación del médico y/o enfermera tratante. Más de la mitad respondió "No necesitaba la supervisión" (56%, n = 108) o "No necesitaba la trayectoria de RC" (55%, n = 105). Otros 61 pacientes (32%) respondieron “No tenía ganas de participar”, otra respuesta fue “No tuve transporte” (14%, n=26), “No tuve tiempo para participar” (13%, n=24) y “No podía participar por motivos de trabajo” (13%, n = 24). No encontraron diferencias entre motivos de inasistencia con sexo, nivel educativo o edad. La mayoría de pacientes indicaron que no necesitaba la supervisión (13).

Norris y Norris (2019) su estudio tuvo como objetivo “Investigar los factores que influyen en la desconexión con los servicios quirúrgicos, específicamente la falta de asistencia.

a la cirugía ocular programada en el entorno de bajos ingresos”. Estudio observacional retrospectivo sobre las causas percibidas por el paciente de la falta de asistencia a la cirugía oftalmológica programada en Good Shepherd Hospital, Siteki, Swaziland, mediante entrevista telefónica. Fueron incluidos pacientes que no asistieron a uno o más procedimientos quirúrgicos reservados. Las entrevistas telefónicas fueron realizadas por personal sanitario y no sanitarios. De 41 casos de pacientes no asistieron, solo intervinieron 23 pacientes. La razón principal para no asistir a la cirugía programada fue el costo del procedimiento (52,2%, 12 pacientes). La segunda razón más común fue el olvido (17,4%; 4 pacientes). Otras razones

menos comunes incluyen miedo de cirugía, reorganización de la fecha y enfermedad (8,7%; 2 pacientes cada uno), la creencia de que la cirugía ya no era requerida (4,3%; 1). Ningún paciente reportó dificultades de viaje como principal motivo. La mayoría de pacientes no asistieron a la cirugía programada por el costo (14).

Pérez y Rendón (2016) en su estudio tuvo como objetivo “determinar cuáles son las características socio demográficos y de los programas, asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción y prevención en la IPS Integrados”. Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, a un total de 208 usuarios inasistentes a los programas de promoción y prevención en planificación familiar, riesgo cardiovascular, y salud materna durante el mes enero 2016; la encuesta se realizó mediante una llamada telefónica donde se indagó acerca de las características sociodemográficas y las características generales de los programas de promoción y prevención. La mayoría fueron mujeres (67,3%), casados (59,6%), secundaria (52,4%), Una inasistencia en el último año (66,3%). Aproximadamente la mitad de los encuestados que respondió olvido había tenido una cita incumplida en el año. El olvido fue la principal causa de inasistencia a la consulta en los programas (15).

Nacionales

Quezada (2019) su estudio tuvo como objetivo “Describir las características del ausentismo de los usuarios del sistema contact center del centro de salud de Celica del año 2019 y plantear una propuesta estratégica de mejora”. Estudio descriptivo transversal, no experimental muestra de tipo no probabilística en 226 pacientes del centro de salud de Celica, que programaron una cita al sistema contact center (medicina general y odontología) en el 2019 exceptuando interconsultas y citas canceladas por pacientes mediante el sistema de agendamiento. La

mayoría de usuarios fueron mujeres (68,6%), el más bajo nivel socioeconómico (76,1%), la mayoría de escolaridad Básica (48,7%), a 7,5 a 15 minutos del contact center (35,4%), teniendo una buena percepción del mismo (55,8%). La mayoría respondió si a ¿fue el olvido la causa de su ausentismo? (51,8%). El resto de preguntas ¿Su inasistencia se debió a error en el agendamiento?, ¿Su inasistencia fue debido a que mejoro su estado de salud?, ¿Inasistió a su cita programada porque salió de la ciudad?, ¿Su inasistencia se debió a que asistió a un servicio privado?, recibieron frecuencia menor de 20%. El olvido y la asistencia a servicios de salud privados son la principal causa de ausentismo de los usuarios que no asistieron a citas programadas (16).

Rivera (2019). En dicha investigación tuvo como objetivo “Analizar los principales determinantes de acceso a la prestación de los servicios de salud en la región Piura al año 2015”. Información secundaria en base a la “Encuesta Nacional e Hogares” (ENAH). Enfoque cuantitativo, diseño no experimental, nivel explicativo de corte transversal. No accedió a los servicios de salud ya que la enfermedad no era grave/no fue necesario (25,6%), se auto-recetó o repitió receta anterior (20,2%), falta de tiempo (11,5%), prefirieron curarse con remedios caseros (10,9%), No tuvo dinero (10,2%), Demoran mucho en atender (5%), establecimiento de salud se encontraba lejos (8,8%), No confía en los médicos (7,6%). La mayoría no asistió porque consideraba no grave o no necesario (17).

2.2 Bases teóricas

Servicios de salud

Tiene como objetivo principal una mejor cobertura sanitaria universal y el acceso universal de salud (18).

El Sistema Nacional de Salud es el “conjunto interrelacionado de organizaciones, instituciones, dependencias y recursos”. Todo país tiene un sistema nacional de salud, aunque no se vea como algo formal (18).

Más de los detalles de ello, la salud forma o se constituye un gran beneficio a las personas de vital importancia, pues es determinante del confort o hacia el bienestar de una sociedad. Esto sería de la mano con la educación (19).

Los servicios de salud de alta calidad involucran una atención correcta la cual responde a necesidades y preferencias de los usuarios del servicio. Esta calidad aumenta la probabilidad de buenos resultados en salud (20). Es de recordar que entre los profesionales que trabajan en hospitales encontramos a médicos, obstetras, enfermeros y farmacéuticos (21).

Clasificación de los servicios de salud

El “Primer Nivel de Atención en Salud” (PNAS) busca la satisfacción de las necesidades de salud en forma individual y comunitario (persona, familia y comunidad) de manera ambulatoria (establecimientos de baja complejidad como postas y centros de salud) según Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA, siendo las categorías: Categoría I-1, Categoría I-2, Categoría I-3, Categoría I-4 (22).

Acceso a servicios de salud

Urbanos-Garrido R, mencionado a García SI, indica que llegar a esta equidad supone eliminar barreras como la búsqueda de atención a un problema de salud (promoviendo que esta se

produzca), al entrar, durante y al final del uso del sistema sanitario (23); la primera estaría ligada a la no utilización.

Elementos considerados como barreras de acceso serían residir en una comunidad rural (menor accesibilidad geográfica), nivel de ingresos y tener una mayor satisfacción, el tener un seguro privado de salud (menos tiempo para recibir atención médica) (24).

Tomando en cuenta la situación de inmigrante se ha encontrado diferencias con los residentes autóctonos, como un menor uso de atención especializada, variando según el lugar de procedencia y el lugar donde residen en ese momento (25).

Una revisión de literatura entre migrantes y nativos realizado en EE.UU sugiere que el idioma, la forma de expresarse, el concepto que se tiene de enfermedad y de salud, o la religión, pueden afectar a los procesos de atención sanitaria (26).

Díaz-Vélez C et al. encontró un estudio solo un 19,1% de pacientes nuevos en consulta externa de un hospital nacional del Seguro Social del Perú (2014-2015) (27) .

Factores relacionados a la atención del usuario en salud

La satisfacción con los servicios de salud se redujo a casi la mitad entre 2010 y 2019 (25,6 a 14,7%) (28). Estudios han encontrado relación entre calidad de atención (Insuficiente acceso efectivo de medicamentos) e Instrucción del usuario e Índice de riqueza (Mezones-Holguín)(29).

Usuarios de consulta externa han declarado haber tenido algún problema en demora en la atención, maltrato en la atención, le realizaron algún cobro no advertido, en ese orden de frecuencia (Murillo P) (30).

Factores como edad, lengua materna aprendida durante la niñez, padecimiento de enfermedad crónica y dominio geográfico han sido asociadas a satisfacción con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú (Hernández-Vásquez, 2019)(31).

Al referirse, por ejemplo, negligencia en adultos mayores, el recurso económico (Dong X, et al. 2010) y el estrato educativo (Mardan H, et al 2010 y Hurley M, et al. 200) son mencionados como variables relacionadas (Dong XQ)(32).

Otra es la presencia de maltrato al usuario (adulto mayor) por parte de trabajadores del sector salud (personal de salud y otro tipo como vigilantes, administrativos, etc.) (Ruelas-González et al)(33) como elemento presente en situación de atención en salud.

El determinante geográfico, es mencionado como interviniente en el desigual desarrollo regional, lo que repercute en perfiles epidemiológicos en distintas áreas, siendo esta una barrera al acceso de servicios de salud de una población que va envejeciendo y obteniendo una alta carga de enfermedades (OPS/OMS en México)(34).

La sanidad en el Perú mantiene una mala distribución de recursos humanos, siendo constantes las brechas en la provisión de médicos especialistas. Asimismo, existe una falta de atención

integrada (generalistas y especialistas), lo que impide al sistema enfrentar la epidemia de enfermedades crónicas (34).

La accesibilidad también tiene que ver con el costo. No solo de poder llegar al establecimiento, sino también de lo que se deja de ganar por ir a éste (35).

También usuarios, en Perú, manifiestan insatisfacción en el tiempo de espera en consultorios externos y en el trato amable y respeto, tanto de MINSA como de ESSalud (36). Otros manifiestan sentirse satisfechos con la amabilidad del personal (37).

El origen del usuario (por ejemplo, pertenecer a una comunidad indígena) interviene en el trato digno y la condición para pedir atención médica. Esto puede inhibir a la accesibilidad por una cuestión cultural, condición física, por la distancia, el traslado que tienen que hacer para recibir la atención y por la disponibilidad de los servicios (35).

Renuncia al cuidado en servicios de salud como elección

El concepto de necesidad es polisémico e interdisciplinar, esta “hace referencia a una evaluación que pone de manifiesto un desfase en una situación analizada y otra considerada ideal o de referencia”. Por un lado estaría la necesidad condicionada por la evaluación de la situación efectuada por la persona (necesidad sentida y expresada) y, por otro lado, la de un técnico o profesional (normativa y comparativa) (38),.

Según la literatura el autodescuido (self-neglect) es un problema público grave y complejo, mal entendido y poco reconocido para lo cual no existe una definición estándar (39).

La Brecha en Cobertura Prestacional en el Seguro Integral de Salud en el periodo 2016-2019 ha ido aumentando en el número de asegurados no atendidos (38.01%, 40.05%, 48.29%, 68.72, respectivamente) (40).

Un estudio sobre análisis de cobertura en el SIS, ha encontrado un aumento de 34% a 47% para todo el periodo de estudio, incrementando 1,5 con incremento cercano a cinco puntos porcentuales (2009-2013) y de 11,5 con incremento cercano a cinco puntos porcentuales (2013-2019). Para EsSalud la cobertura entre 2009-2013 fue de 22,8% a 26,4% (29) .

Según la “Royal Society of Medicine” (35) el acceso a los servicios de salud se mide a través de “cuantificar las personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan” (35).

La accesibilidad se ha abordado desde una visión económica, geográfica o cultural (35). Accesibilidad, entonces se puede manifestar como “la convergencia de los diferentes factores, todos como parte de un mismo contexto, donde, sí bien existe la disponibilidad de los servicios, no es suficiente contar con unidades de salud, sino con la posibilidad de las personas para ir a ese espacio” (35).

Según Gulliford M, et al. (41) las barreras para el uso de servicio pueden ser personales (que incluye la situación personal del mismo usuario), Barreras económicas (sector privado o costo extra en servicios públicos), Barreras organizacionales (tiempos de espera, colapso por sobre demanda, etc.), Barreras sociales y culturales (idiosincrasias para acceder a los servicios) (41).

Se ha encontrado asociación entre el ausentismo de las citas médicas de consulta externa y tipo de seguro, especialidad, procedimiento, procedencia, jornada y días (42).

Asimismo, “en cuanto a la percepción de salud general, se encontraron mayores síntomas entre los participantes con familiares que ya habían padecido COVID-19 que en aquellos sin familiares infectados ($p < .05$), a excepción de los síntomas de ansiedad e insomnio” (43).

Al parecer la percepción de la salud es mejor entre hombres, por lo que la variable género, al igual que la edad, sería un aspecto a ver entre salud real y salud percibida (44).

Teórico científica

Según Day MR. et al (2016) (45), el autodescuido es un comportamiento que amenaza la salud y seguridad de la persona (Dong et al., 2009), no habiendo consenso para una definición común, asimismo, no existe una teoría que explique el abandono de uno mismo. Algunos modelos se basan en una construcción médica o un modelo de enfermedad (Pavlou & Lachs, 2006) otros en la vulnerabilidad externa (Paveza, VandeWeerd, & Laumann, 2008). El autodescuido puede ocurrir en jóvenes y mayores, pero la investigación se ha centrado principalmente en las personas mayores (Lauder, Roxburgh, Harris y Law, 2009). Aquellos que se abandonan a sí mismos, conllevan a costos de atención médica, más altos si los comparamos con otros grupos similares (Franzini & Dyer, 2008). El autodescuido incluiría un componente que sería el no acudir a consulta médica ante un problema.

Según Ferrer PVA (1995)(46), la adherencia o cumplimiento de prescripciones de salud y/o terapéuticas incluye no solo tomar parte de un tratamiento y continuar con el mismo, sino

también, evitar conductas de riesgo, acudir a las citas con los profesionales de la salud, etc. (Kirscht y Rosenstock, 1979; Meichenbaum y Turk, 1987; Rodríguez-Marín, 1990).

Según Herruzo CJ (1990)(47), la adherencia y cumplimiento de las prescripciones será diferente en función del tipo de tratamiento o régimen de turno. Lo mismo va para el fracaso en la adherencia: puede haber fallos a la hora de comenzar un tratamiento, al aplicarlo o al concluirlo; está incluido, el no acudir a las citas para recibir tratamiento (Epstein y Cluss, 1982; Melamed, 1984; Reig, 1981).

Según Herruzo CJ (1990)(47), Epsein y Cluss (1982), mencionan que la falta de cumplimiento de los tratamientos médicos exacerba los problemas o progresión de la enfermedad. Si fueran tratamientos preventivos, puede producir aparición de nuevas enfermedades o recaída en las que estaban controladas (Cabrero y Richart, 1988).

Según Ferrer PVA (1995)(46), la Teoría de la Acción Razonada (TAR) (Ajzen y Fishbein,1980; Fishbein y Ajzen, 1975), identifica la intención como el más inmediato determinante de la conducta, en el cual se estudian distintas variables para una profundización progresiva en la comprensión de dichos determinantes. Desde este modelo, el primer paso para predecir la conducta de un individuo es identificarla y medirla. Luego preguntarse qué factores la determinan. Esto lleva a identificar los factores que determinan la intención de hacer algo: personales, valoraciones subjetivas e influencia social. Cada uno depende de la acción y de la persona en cuestión.

2.3. Formulación de la hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe asociación entre factores asociados y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.

2.3.2. Hipótesis específicas

Existe asociación entre factor socioeconómico y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.

Existe asociación entre factor salud y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Hipotético - deductivo.

3.2. Enfoque de la investigación

Cuantitativo.

3.3. Tipo de la investigación

Aplicada.

Alcance: explicativa.

3.4. Diseño de la investigación

No experimentales:

Transversales o transeccionales

Correlacionales/Causales

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: Según ENAHO 2020 “Conjunto de todas las viviendas particulares y sus ocupantes residentes en el área urbana y rural del país”. Siendo de área urbana y rural (ámbito nacional), considerándose “los 24 departamentos del país incluyendo la Provincia Constitucional del Callao” (INEI) (48). ENAHO 2020 excluyó a miembros de las fuerzas armadas (pues no es residencia propia), personas con residencia colectivas (hoteles, hospitales, etcétera) (INEI) (48).

ENAHO 2020 fue un estudio probabilístico, de áreas, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento de estudio, mediante de entrevista. El tamaño anual de la muestra 2020 fue de 37 103 viviendas particulares (urbana:23 895 y rural:13 208) (INEI) (48). La muestra anual a trabajar permite estimaciones poblacionales en base a variables socio-demográficas incluyendo: Nacional, Urbano Nacional, Rural Nacional, 24 departamentos, cada uno como dominio de estudio, Costa Urbana, Costa Rural, Sierra Urbana, Sierra Rural, Selva Urbana, Selva Rural, Área Metropolitana de Lima y Callao (INEI) (48).

Para el presente estudio se utilizará la cantidad de datos de los sujetos que cumplan criterios de selección y disponibilidad de las variables en la base. Al ser una base obtenida por muestras complejas por el INEI (probabilística) el conjunto de datos obtenido ya tiene naturaleza probabilística por ello no se calculará muestra.

Criterios de inclusión y exclusión

Según ENAHO 2020 (INEI) (48).

Inclusión:

- a. “Los integrantes del hogar familiar”,
- b. “Los trabajadores del hogar con cama adentro, reciban o no pago por sus servicios”,
- c. “Los integrantes de una pensión familiar que tienen como máximo 9 pensionistas”, y
- d. “Las personas que no son miembros del hogar familiar, pero que estuvieron presentes en el hogar los últimos 30 días”.

Exclusión:

- a. “Los integrantes de una pensión familiar que tiene de 10 a más pensionistas”, y
- b. “Los trabajadores del hogar con cama afuera”.

Según el estudio:

Inclusión:

-Mayores de 18 años: ya que son independientes de tomar decisiones a diferencia de los niños que dependen de un adulto.

-Miembro del hogar y presente en el hogar 30 días o más.

-A los que, en las últimas 4 semanas, del ... al ... presentaron enfermedad, síntoma, recaída, accidente.

-Aquellos que no hayan asistido a consulta ante un problema de salud.

-Aquellos que no presenten datos sobre factor de ponderación.

Exclusión:

-Aquellos que mencionen no tener un seguro.

-Aquellos que mencionen presentar estar inscritos en más de un seguro.

El estudio fue análisis documental utilizando una ficha de captura de datos (variables y datos encontrados en las bases ENAHO).

Se realizó una revisión de los cuestionarios de ENAHO para elegir las variables a ser incluidas en el estudio. Las bases de datos elegidas fueron fusionadas en una única base, obteniéndose así la variable dependiente e independientes. Las variables independientes dependieron de su disponibilidad en la base, de la baja frecuencia de las mismas (que podría alterar el resultado), de su categorización posterior.

Se usaron los factores de expansión ajustados en base a las proyecciones de población de acuerdo al componente demográfico de ENAHO.

La variable dependiente (renuncia al cuidado) fue categorizada en institucional y no institucional ante la pregunta de ENAHO ¿Cuáles son las razones por las que no acudió a un centro o establecimiento de salud? Siendo **motivos institucionales**: *No tuvo dinero, Se encuentra lejos, Demoran mucho en atender, No confía en los médicos, Por el maltrato del personal de salud*, y, **Motivos no institucionales**: *No era grave / no fue necesario, Prefiere curarse con remedios caseros, Se auto recetó o repitió receta anterior, Falta de tiempo*.

Se aceptó a aquellos que marcaron más de una respuesta, pero solo si pertenecía al mismo factor.

Por ser un estudio de análisis documental realizado por el INEI no requiere validación.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Renuncia al cuidado

Definición Operacional: Se define como la elección de un usuario potencial de algún servicio de salud de no asistir a consulta, ante un problema de salud, manifestando diversos motivos (según ENAHO 2020) que fueron clasificados para el estudio en institucionales y no institucionales.

Matriz operacional de la variable 1:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Item</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
Unidimensional (V. DEPENDIENTE)	-----	¿Cuáles son las razones por las que no acudió a un centro o establecimiento de salud?	Nominal	Institucional No institucional

Variable 2: Factores asociados

Definición Operacional: Variables relacionadas a lo socioeconómico y salud (presentes en la base ENAHO 2020) que al interactuar de forma ajustada (combinada) tienden a la elección de renuncia al cuidado en los sujetos, permitiendo así explicar el motivo institucional o no institucional en la elección.

Matriz operacional de la variable 2:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Item</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos (Valor final)</i>
SOCIOECONÓMICO	_____	Dominio geográfico	Nominal	COSTA SIERRA SELVA LIMA METROPOLITANA
		Sexo	Nominal	Masculino/Femenino
		¿Qué edad tiene en años cumplidos? (En años)	Nominal	DE 50 AÑOS A MAS/DE 37 A 49 AÑOS/ MENOR IGUAL A 36 AÑOS
		¿Cuál es su estado civil o conyugal?	Nominal	CONVIVIENTE, CASADO, VIUDO+DIVORCIADO, SEPARADO, SOLTERO
		¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que	Ordinal	PRIMARIA A MENOS (básica)

SALUD	aprobó? - Nivel		especial), SECUNDARIA, SUP NO UNIV, SUP UNIV+POSGRADO
	¿Cuál es el Idioma o lengua materna que aprendió en su niñez?	Nominal	QUECHUA+AYMARA+OTROS CASTELLANO
	Pobreza	Ordinal	Pobre Extremo/Pobre No Extremo/No Pobre
Var. Independiente	¿Tiene Ud. ALGUNA limitación de forma permanente para: Moverse o caminar, para usar brazos o piernas, Ver, aun usando anteojos Hablar o comunicarse, aún usando el lenguaje de señas u otro, Oír, aún usando audífonos, Entender o aprender (Concentrarse y recordar)	Nominal	Si/No

		<p>Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas</p> <p>¿Padece de alguna enfermedad o malestar crónico (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)?</p> <p>En las últimas 4 semanas, del ... al ... ¿Presentó Ud. algún(a): Síntoma del COVID-19 (Fiebre, tos seca, sensación de ahogo)</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Si/no</p> <p>Si/no</p>
--	--	--	-------------------------------	---------------------------

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Variable dependiente e independiente:

Técnica Análisis documental

Instrumento Ficha de captura de datos.

Se fusionaron diversas bases de datos ENAHO 2020, las cuales contenían las variables de interés (las cuales se eligieron en base a la pertinencia teórica y disponibilidad de las mismas) para lograr una base única. A esta base, se aplicó los criterios de inclusión y exclusión. Aquellas variables que resultaron con bajas frecuencias fueron descartadas ya que su inclusión dificultaría el análisis en conjunto.

3.7.2. Descripción de instrumentos.

El instrumento consta de la parte de la variable dependiente: renuncia al cuidado (motivo institucional, no institucional), y, las variables independientes.

Las dimensiones (factores) son **FACTOR SOCIOECONÓMICO**

-Sexo es:

HOMBRE, MUJER

-Dominio geográfico se categorizó de Costa Norte/Costa Centro/Costa Sur/Sierra Norte/Sierra Centro/Sierra Sur/Selva/Lima Metropolitana a:

COSTA, SIERRA, SELVA, LIMA METROPOLITANA.

-Edad se categorizó mediante percentiles a:

DE 50 AÑOS A MÁS, DE 37 A 49 AÑOS, MENOR IGUAL A 36 AÑOS.

-Estado civil se categorizo de Soltero/Casado/Viudo/Divorciado/Conviviente

uniéndose por la baja frecuencia a:

CONVIVIENTE, CASADO, VIUDO+DIVORCIADO, SEPARADO, SOLTERO

-Nivel educativo se categorizó uniéndose por la baja frecuencia a Sin nivel, inicial, primaria incompleta, primaria completa, básica especial secundaria, superior no universitario, superior universitario, posgrado a:

PRIMARIA A MENOS (básica especial), SECUNDARIA, SUPERIOR NO UNIVERSITARIO, SUPERIOR UNIVERSITARIO+POSGRADO.

-Lengua se categorizó de Quechua/ Aimara/ Otra lengua nativa/ Castellano/Portugués/ Otra lengua extranjera/ Ashaninka/ Awajún/ Aguarun/Shipibo – Konibo/ Shawi/ Chayahuita/ Matsigenka/ Machiguenga/ Achuar a:

QUECHUA+AYMARA+OTROS(*Otra lengua nativa/Castellano/Portugués/Otra lengua extranjera/Ashaninka/Awajún/Aguarun/Shipibo – Konibo/ Shawi/ Chayahuita/ Matsigenka/ Machiguenga/Achuar*), CASTELLANO.

*"No escucha/no habla/Lengua de señas peruanas": no fueron tomadas en cuenta para el estudio.

-Pobreza es:

NO POBRE, POBRE NO EXPREMO, POBRE EXTREMO

FACTOR SALUD

-Limitación (¿Tiene Ud. limitación de forma permanente para:

Moverse o caminar, para usar brazos o piernas/ Ver, aun usando anteojos/ Hablar o comunicarse, aún usando el lenguaje de señas u otro/ Oír, aún usando audífonos/

Entender o aprender (Concentrarse y recordar)/ Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas) se categorizó a:

SI/NO.

*Siendo SÍ si cumple cualquiera de las características.

-Enfermedad o malestar crónico (¿Padece de alguna enfermedad o malestar crónico (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)? es

SI/NO

-Síntomas COVID-19 (En las últimas 4 semanas, del ... al ... ¿Presentó Ud. algún(a): Síntoma del COVID-19 (Fiebre, tos seca, sensación de ahogo) es:

SI/NO

3.7.3. Validación

Por ser un estudio de análisis documental realizado por el INEI no requiere validación.

3.7.4. Confiabilidad

Debido a la naturaleza de las variables no requiere cálculo de confiabilidad.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La Encuesta Nacional de Hogares, si bien es cierto la unidad de análisis es el Hogar, también se pueden establecer estimaciones desagregadas a los miembros del hogar, haciendo uso de los factores de expansión que pueden calcularse a nivel de la unidad de análisis (hogar) o de los miembros del hogar. En el presente caso se hizo uso de los factores de expansión referida a cada uno de los miembros del hogar. Se diferenciaría por ello del estudio ecológico donde la unidad de análisis son grupos y “n” individuos. El presente estudio no se ha analizado

renuncia al cuidado por hogar, sino que, se ha analizado de los miembros de hogar usando los factores referidos a cada individuo. En la base de datos existe una variable que indica el número de miembros por cada hogar.

Se utilizó el programa Word y el programa Excel para los documentos y base de datos; respectivamente. El número de unidades de análisis se basó en los filtros (criterios de inclusión y exclusión). Algunas variables fueron categorizadas para el análisis. Se realizó un análisis de regresión (Modelo de regresión de Poisson para Varianza Constante; Razón de Proporciones) con su respectivo intervalo de confianza para hallar la hipótesis de estudio; siendo motivo institucional el valor de referencia. Se utilizó el programa estadístico SPSS, para la estadística descriptiva e inferencial. Se utilizó una confianza del 95%. Durante el proceso de análisis de las bases se determinó si se agregaría o descartaría variables por la disponibilidad.

3.9. Aspectos éticos

El presente estudio utilizó base de datos de acceso libre anonimizado (ENAH 2020), por ello, no requirió consentimiento informado ni carta de autorización por parte de alguna institución.

Se presentó ante el CEI de la UNW (Exp. N°: 2437-2022).

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla n.1 Frecuencia de motivos institucional y no institucional de renuncia al cuidado

	Recuento ponderado (n)	%	95% IC		Coeficiente de Variación
			inferior	superior	
No institucional	12674	95,1%	94,5	95,6	0,003
Institucional	721	4,9%	4,4	5,5	0,055
	13395	100	100	100	0,000

Fuente: elaboración propia (en base a ENAHO 2020)

La mayoría de sujetos tuvo motivos no institucionales para renunciar al cuidado.

4.1.2. Prueba de hipótesis

-Prueba de hipótesis General

Hipótesis Nula: No existe asociación entre factores asociados y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.

Hipótesis Alternativa: Existe asociación entre factores asociados y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: regresión de Poisson para Varianza Constante (Razón de Proporciones)

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): valores menores de 0,05.

-Toma de decisión: se ha encontrado significancia estadística (asociación) entre el **factor socioeconómico** y **salud** con renuncia al cuidado por **motivos institucionales** en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020. Siendo algunas alternativas protectoras y otras de riesgo a no asistir a consulta por motivos institucionales.

-Prueba de hipótesis específica 1:

Hipótesis Nula: No existe asociación entre factor socioeconómico y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.

Hipótesis Alternativa: Existe asociación entre factor socioeconómico y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: regresión de Poisson para Varianza Constante (Razón de Proporciones)

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): valores menores de 0,05.

-Toma de decisión: se ha encontrado significancia estadística (asociación) entre el **factor socioeconómico** y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020. Siendo de riesgo a renunciar al cuidado por motivos instituciones costa, sierra, selva (dominio geográfico); conviviente y separado (estado civil); primaria a menos, secundaria, superior no universitaria (nivel educativo); quechua, aymará y otros (idioma o lengua); mujeres (sexo); de 50 años a más (edad); no pobre (pobreza). Siendo de protección a renunciar al cuidado por motivos instituciones casado, viudo-divorciado (estado civil); de 37 a 49 años (edad); pobre no extremo (pobreza).

Tabla n.2 Análisis multivariado de factores socioeconómico en base renuncia al cuidado por a motivos institucionales

Estimaciones de parámetro											
Parámetro (Intersección)	B	Error estándar	95% de intervalo de confianza de Wald		Contraste de hipótesis			Exp(B)	95% de intervalo de confianza de Wald para Exp(B)		
			Inferior	Superior	Chi- cuadrado de Wald	gl	Sig.		Inferior	Superior	
	-2.687	.0066	-2.700	-2.674	167887.232	1	0.000	.068	.067	.069	
Sexo	MUJER	.086	.0026	.081	.091	1069.225	1	0.000	1.090	1.084	1.096
	HOMBRE	0 ^a						1			
Edad	DE 50 AÑOS A MAS	.194	.0042	.186	.202	2167.080	1	0.000	1.214	1.204	1.224
	DE 37 A 49 AÑOS	-.054	.0039	-.062	-.046	186.120	1	0.000	.948	.940	.955
	MENOR IGUAL A 36 AÑOS	0 ^a						1			
Pobreza	NO POBRE	.031	.0045	.023	.040	48.671	1	.000	1.032	1.023	1.041
	POBRE NO EXPREMO	-.027	.0045	-.036	-.018	36.823	1	.000	.973	.965	.982
	POBRE EXTREMO	0 ^a						1			
Parámetro (Intersección)	B	Error estándar	95% de intervalo de confianza de Wald		Contraste de hipótesis			Exp(B)	95% de intervalo de confianza de Wald para Exp(B)		
	-2.685	0.0090	Inferior	Superior	Chi- cuadrado de Wald	gl	Sig.		Inferior	Superior	
Dominio geográfico	COSTA	0.690	0.0045	0.681	0.699	23753.829	1	0.000	1.994	1.976	2.011
	SIERRA	0.774	0.0041	0.766	0.782	36517.755	1	0.000	2.169	2.152	2.186
	SELVA	0.765	0.0047	0.756	0.774	26969.206	1	0.000	2.150	2.130	2.169
	LIMA METROPOLITANA	0 ^a						1			
Estado civil	CONVIVIENTE	0.041	0.0044	0.032	0.049	83.049	1	0.000	1.041	1.032	1.050
	CASADO	-0.111	0.0048	-0.121	-0.102	538.777	1	0.000	0.895	0.886	0.903
	VIUDO+DIVORCIADO	-0.054	0.0065	-0.067	-0.041	68.362	1	0.000	0.947	0.935	0.960
	SEPARADO	0.129	0.0058	0.118	0.141	490.687	1	0.000	1.138	1.125	1.151

	SOLTERO	0 ^a							1		
Nivel educativo	PRIMARIA A MENOS (basica especial)	0.603	0.0062	0.590	0.615	9496.006	1	0.000	1.827	1.805	1.849
	SECUNDARIA	0.481	0.0059	0.469	0.492	6627.214	1	0.000	1.617	1.599	1.636
	SUP NO UNIV	0.449	0.0066	0.436	0.462	4611.949	1	0.000	1.567	1.547	1.587
	SUP UNIV+POSGRADO	0 ^a							1		
Idioma	QUECHUA+AYMARA+OTROS	0.448	0.0030	0.443	0.454	22665.965	1	0.000	1.566	1.557	1.575
	CASTELLANO	0 ^a							1		

Fuente: elaboración propia (en base a ENAHO 2020)

Aquellas personas que viven en el resto de costa, sierra, selva tienen mayor riesgo (99,4%; 116.9%;115%, respectivamente) de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que viven en Lima metropolitana. Aquellas personas que tienen primaria o menos, secundaria, superior no universitario tienen mayor riesgo (82.7%;61.7%;56.7%, respectivamente) de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que tienen Superior universitario+posgrado. Aquellas personas que hablan Quechua+aymará+otros tienen 56.6% mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que hablan castellano. Aquellas personas convivientes, separadas tienen mayor riesgo (4,1%; 13.8%) de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que son solteras. Aquellas personas casadas, viudos-divorciados tienen menor riesgo (10.5%;5.3%, respectivamente) de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que son solteros. Las mujeres tienen 9.0% mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que fueron hombres. Aquellas personas de 50 años a más tienen 21.4% mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas menor igual a 36 años. Aquellas personas de 37 a 49 años tienen 5.2% menor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas menor igual a 36 años. Aquellas personas no pobres tienen 3.2% mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas pobres extremos. Aquellas personas pobres no extremo tienen 2.7% menor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas pobres extremo.

-Prueba de hipótesis específica 2:

Hipótesis Nula: No existe asociación entre factor salud y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020

Hipótesis Alternativa: Existe asociación entre factor salud y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: regresión de Poisson para Varianza Constante (Razón de Proporciones).

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): valores menores de 0,05.

-Toma de decisión: se ha encontrado significancia estadística asociación entre el **factor salud** y renunciar al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020. Siendo de riesgo a renunciar al cuidado por motivos instituciones padecer alguna enfermedad crónica (enfermedad crónica); tener alguna limitación (limitación en forma permanente); presentar algún síntoma del COVID-19 (síntoma COVID-19).

Tabla n. 3 Análisis multivariado de factor salud en base renuncia al cuidado por a motivos institucionales

		Estimaciones de parámetro									
		95% de intervalo de confianza de Wald			Contraste de hipótesis			95% de intervalo de confianza de Wald para Exp(B)			
Parámetro (Intersección)		B	Error estándar	Inferior	Superior	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Enfermedad o malestar crónico	No	-2.685	0.0090	-2.702	-2.667	89267.852	1	0.000	0.068	0.067	0.069
	Si	0.011	0.0028	0.006	0.017	17.277	1	0.000	1.012	1.006	1.017
		0 ^a							1		
Parámetro (Intersección)		B	Error estándar	Inferior	Superior	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
		-2.687	.0066	-2.700	-2.674	167887.232	1	0.000	.068	.067	.069
Limitaciones	SI	.122	.0045	.113	.131	735.818	1	0.000	1.129	1.120	1.139
	NO	0 ^a							1		
Síntomas COVID-19	SI	1.362	.0043	1.353	1.370	100707.216	1	0.000	3.903	3.870	3.936
	NO	0 ^a							1		

Fuente: elaboración propia (en base a ENAHO 2020)

Aquellas personas que sí presentaron síntomas de COVID-19 tienen 290.3% mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que no presentaron síntomas. Aquellas personas que sí tuvieron limitaciones permanentes tienen 12.9% mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que no las tuvieron. Aquellas personas que padecen de alguna enfermedad crónica tienen 1.2% mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que padecen de alguna enfermedad o malestar crónico

4.1.3. Discusión de resultados

No se encontró investigaciones que realizaran análisis multivariado ni univariado con la variable dependiente motivo de no acudir a consulta. Asimismo, no se encontró estudios cuyas unidades de análisis sean sujetos que no asistieran a consulta a pesar de tener una enfermedad o molestia. Los estudios encontrados refieren a pacientes que dejaron de asistir a una consulta, programada a los que les preguntaron sus razones.

El presente estudio encontró una mayor frecuencia (más del 95%) de motivo no institucional para renunciar al cuidado. Acordando con lo encontrado por (17) que encontró un 68,2% de pacientes que no asistieron por razones no institucionales (17). Para el estudio se ha encontrado en la literatura diversas razones para dejar de asistir a consulta donde destaca por su frecuencia motivos institucionales (9), (14) y motivos no institucionales (10-13), (15,16). Acordamos con la literatura de encontrar mayor frecuencia en motivos que no tienen que ver con la institución. La literatura presentada da un mayor número de investigaciones donde no implica el accionar, procedimiento o competencia de las instituciones en la frecuencia de falta de asistencia. Es de mencionar que la mayoría son estudios del extranjero, donde existe un sistema sanitario diferente al de Latinoamérica. Dentro de las razones por las cuales las personas en Perú, no buscan servicios de salud destacan “razones culturales, el tiempo de espera y barreras económicas” (49). Es conocido que el grado de eficiencia productiva o de eficiencia técnica dependerá de la gestión en los servicios de salud (capacidad de respuesta mediada por mejoras en coordinación y la articulación entre niveles y redes asistenciales) (50).

Cuando se realizó el análisis multivariado se encontró asociación entre los motivos institucionales y las diversas características incluidas para el estudio.

Aquellas personas que hablan Quechua-aymará-otros tienen mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que hablan castellano. Desde la cosmovisión una comunidad indígena es diferente a una población urbana sobre el concepto de enfermedad, dispersión de la población, idioma, normas culturales y costumbres, así como su condición económica precaria y de subsistencia (35). En indios americanos la experiencia negativa con los servicios de salud mental y menores ingresos fueron asociados con un alto nivel de uso de los servicios de salud mental. Explicando con ello que a más uso del servicio mayor experiencia negativa (51). Pero a pesar de ello, llegan a usarlo. En población indígena en México se ha encontrado un 32,2% de disminución de uso de servicios de salud públicos, siendo de no indígenas de 26,5% (52). Por el idioma, cultura y, tal vez, presentar bajos recursos económicos es aquella población que por esos motivos institucionales presenta esa renuncia de no acudir a una atención médica.

El presente estudio encontró que aquellos que viven en el resto de costa, sierra, selva tienen mayor riesgo (a comparación de los que viven en Lima metropolitana) de no acudir a consulta por motivos institucionales. Los valores encontrados fueron muy altos, por lo que suponemos que los encuestados de estas tres locaciones pesa un factor institucional. El lugar es necesario de evaluar ante el uso de los servicios de salud pues un estudio en México encontró un aumento en la probabilidad de la utilización de servicios de salud (pacientes ambulatorios) de 5,21% asociado con un aumento de una unidad en homicidios (violencia) (53). En el presente estudio no se especifica zonas de estudio que podrían tener vinculación con violencia. Un estudio en Perú encontró que residir en costa, sierra y selva, son un factor de riesgo para no utilización de los servicios formales de prestación de salud (54).

El presente estudio encontró que aquellas personas que tienen primaria o menos, secundaria, superior no universitario tienen mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que tienen Superior universitario posgrado.

El reconocimiento de la necesidad de servicio y de buscar atención médica es lo primero para tener acceso a los servicios. También se suma la experiencia previa del paciente y sus expectativas en la atención con el servicio futuro (35). Un estudio en Perú encontró que personas con menor nivel educativo presentan mayor riesgo de no utilización de los servicios formales de prestación de salud (54).

El presente estudio encontró que aquellos que, padeciendo de alguna limitación permanente, aun así, tuvieron mayor riesgo de no asistir a consulta por un motivo institucional que los que no lo padecían. Lo mismo sucede con aquellos que tienen una enfermedad crónica (a comparación de quienes no lo tienen). Esto indica que aun padeciendo de una necesidad en el tiempo (enfermedad crónica y limitación permanente) los pesos de características negativas de la institución no convencen de acudir a consulta. En una situación personal, está presente el cambio que la persona quiere de sí mismo, pero ante una situación institucional, la persona no puede hacer nada para cambiarlo. Se ha encontrado estudios donde pacientes, con enfermedades inmunodeficientes son irregulares (13,7%) en sus citas (55). Hubo diferencias significativas en automedicación entre participantes multimórbidos y no multimórbidos, siendo que la multimorbilidad aumenta la probabilidad de utilizar servicios en comparación con personas sin multimorbilidades (56). En otras situaciones ha primado una razón no institucional como inasistencia a citas de control de hipertensión arterial donde el olvido es el principal factor de la misma (57). Una deficiente autopercepción en salud ha sido asociada a visitas frecuentes a consultas ambulatorias, emergencias u hospitalización (58). Si una persona

no considera que existe una amenaza, no habría percepción de riesgo. Su reconocimiento y aceptación de la amenaza son condiciones para percepción del riesgo. El asumir la vulnerabilidad es su reconocimiento. Pero si la persona no lo asume, no habrá percepción de amenaza (59). Un estudio en Perú no encontró asociación entre tener una discapacidad y no utilización de los servicios formales de prestación de salud (54).

Un estudio en España, menciona que un gasto total de más de tres mil euros ante un ausentismo de 13,8% (60). El ausentismo en las consultas suele lograr aumento de la espera en la atención, la no utilización de recursos ya organizados para cumplir con lo agendado (61). Sin embargo, el impacto de la renuncia al cuidado no puede ser medido como una situación donde el usuario no sigue la cita programada. Es por ello, la dificultad de su impacto en costos, pero suponemos que podría ser mayor que el cálculo por ausentismo, ya que implica que el sujeto vaya a consulta en un estado avanzado de enfermedad.

El presente estudio encontró que una persona conviviente, separada pesaría un motivo institucional para no asistir a consulta (a comparación de un soltero). Siendo más en los separados. Estas personas fijarían en aspectos propios de la institución prestadora de salud para no ir a consulta. El presente estudio encontró que una persona casada y viudo-conviviente no pesaría un motivo institucional para no asistir a consulta (en comparación con los solteros). En los casados más que en un viudo-conviviente. Las personas casadas y viudo-conviviente no se fijarían en aspectos de la institución prestadora de salud para no asistir. Es visto (57) que el esperar mucho tiempo para ser atendidos es un factor a tomar en cuenta ya que puede cambiar la percepción del usuario sobre la prestación del servicio y al mismo tiempo sería un agente desmotivante (57). Ante esto se esperaría que personas casadas, por la situación familiar,

viraran a motivos no institucionales, pero no se encontró esto; sin embargo, los convivientes si lo manifestaron. Un estudio en Perú no encontró relación entre estado civil y no utilización de los servicios formales de prestación de salud (54).

El presente estudio encontró que las mujeres, en comparación con los hombres, eligen ver el aspecto institucional antes que otro, al tomar la decisión de no acudir a consulta. Un estudio indica que, en estudiantes universitarios la percepción de salud es en función del sexo; las mujeres llevan a valorar su salud como normal en mayor medida que los hombres (62). Otro estudio muestra que los hombres mencionan un 35% y mujeres 39,6% como muy buena y buena su salud (63). Un estudio en Perú encontró que ser varón es un riesgo de no utilización de los servicios formales de prestación de salud (54). Los hombres podrían no ingresar por motivos no institucionales ya que preferirían por ejemplo automedicarse (64). Ante esta situación las mujeres podrían tomar en cuenta lo institucional por su experiencia en el uso de los servicios sea embarazo, controles de embarazo, enfermedad de hijo(as) (propios o de familiares) siendo la que más asiste a consulta externa, hospitalización, emergencia (65).

En el presente estudio se encontró que las personas de 50 años a más toman en cuenta motivos institucionales para no acudir a consulta comparación con menores de 37 años. A diferencia de los 37 a 49 años que no toman en cuenta un motivo institucional. A mayor edad encontramos que los aspectos institucionales son relevantes en la toma de decisión de asistir a consulta. Son las adultas mayores una población de riesgo y desatendida. Entre los factores asociados con la inasistencia un estudio detectó cómo las citas correspondientes a personas menores de 52 años presentan mayor tasa de ausentismo en consulta externa (66). Se ha encontrado que cuanto mejor es la percepción del sujeto adulto mayor sobre su salud, menos son las

enfermedades que posee (44). Esto indicaría que al tener mayor edad tendría una mejor percepción de su salud, pudiendo no ir por un motivo no institucional que sería “sentirse bien o mejor”. Un estudio en Perú encontró que las personas jóvenes y adultas cuentan con mayor prevalencia de no utilización de los servicios formales de prestación de salud en comparación a los adultos mayores (54).

Los jóvenes pensarían que, a diferencia de los adultos mayores no se enfermarían de forma grave, sintiéndose mejor, ante un problema por ejemplo, recetas ya utilizadas.

En el presente estudios se encontró que las personas que no son pobres toman en cuenta algún motivo institucional para no ir a consulta, sucede lo contrario con aquellas consideradas pobre no extremo; en ambos casos comparado con personas pobres extremo. Una persona no pobre, ante un poder adquisitivo que le permite realizar ciertas acciones mayores que el pobre extremo, toma en cuenta aspectos de la institución al decidir no ir a consulta. Mientras que el pobre no extremo, que cuenta con un poder adquisitivo mayor que el pobre extremo, no toma en cuenta lo institucional. Un estudio en África muestra una relación “falta de conocimiento y capacidad para adquirir conocimientos en materia de salud y autocuidado” con el estatus socioeconómico, siendo ligados a la alfabetización y pobreza (67). Los hogares que pertenecen a los niveles socioeconómicos más bajos destinan una mayor parte de su capacidad de pago a gastos en salud. Este porcentaje se ve disminuido en los hogares de estratos medios y altos (68).

En el presente estudio quienes presentaron síntomas de COVID-19 tuvieron mayor riesgo de no acudir a atención por motivos institucionales en comparación con las personas que no

presentaron síntomas. Un estudio en China indica una diferencia de 5,5% al comparar la frecuencia de usuarios que no cumplieron con su horario de citas médicas para enfermedades crónicas (durante un período de 3 meses 1 año) antes y después del inicio del brote COVID-19; el mayor porcentaje refiere a la época post COVID 19 (69). Por ello, se entiende que la infrecuencia aumentó menos de 6%. Un estudio en Perú encontró que a pesar que la mayoría de padres fueron COVID 19 la mayoría de menores de un año recibieron sus vacunas en un centro de salud (70). Un estudio encontró que el miedo al COVID-19 y la Ansiedad al COVID-19 tienen una relación positiva y moderada, pero baja y positiva con el estrés percibido (43). Se ha manifestado que, sobre COVID-19, que a mayor percepción de riesgo menor comportamiento de protección y viceversa (71).

Suponemos que las personas realizan juicios racionales sobre lo que es considerado objeto de riesgo, concluyendo así con la consideración de que algo es un objeto de riesgo (59). En el caso presentado el sujeto de estudio, a pesar de tener síntomas de COVID-19 primó lo institucional para no ir a consulta, entenderíamos con ello una desconfianza para con su mejora.

La calidad asistencial está relacionado a la confianza que quienes lo reciben (ciudadanos) tienen por su gobierno y el sistema de salud de su país y, por lo tanto, puede afectar las decisiones respecto de cuándo y dónde buscar atención (72).

El presente estudio mide elementos asociados a la “autonegligencia” por motivo institucional y no institucional. No pretende medir negligencia por la falta de un cuidador designado a

adulto mayor (73) ni relacionado a elementos de higiene en el adulto mayor (74), ni “Severe domestic squalor” o síndrome de Diógenes (75).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Se encontró asociación significativa entre factores socioeconómico, salud y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020
2. Se encontró asociación significativa entre factor socioeconómico y renuncia al cuidado por motivos institucionales en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020, siendo de riesgo dominio geográfico, estado civil, nivel educativo, idioma o lengua, sexo, edad, pobreza. Siendo de protección a renunciar al cuidado por motivos instituciones estado civil, edad, pobreza.
3. Se encontró asociación significativa entre factor salud y renuncia al cuidado por motivos institucionales en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020. Siendo de riesgo a renunciar al cuidado por motivos instituciones enfermedad crónica, limitación en forma permanente, síntoma del COVID-19.

5.2 Recomendaciones

- 1.-Capacitar a los promotores de salud mediante charlas educativas y preventivas de salud enfocándose en la importancia de acudir a consulta. Estos podrían obtener una mayor aceptación hacia a la población y así acudir a un servicio de salud cuando lo necesiten.
- 2.-Realizar estudios a nivel local, regional, nacional que especifiquen que elementos de infraestructura, administrativos, atención generan que el potencial usuario no asista a consulta ante un padecimiento o enfermedad.
3. Que cada institución realice acciones preventiva-educativa dentro de sus instituciones y en la cercanía de su zona geográfica en aquellos sujetos identificados por el estudio como aquellos que renunciarían a la atención por motivos institucionales, enfocándose en la mención de la mejora continua de las instituciones prestadoras de salud”.
4. Que cada institución realice acciones preventiva-educativa dentro de sus instituciones y en la cercanía de su zona geográfica en aquellos sujetos identificados por el estudio como aquellos que renunciarían a la atención por motivos no institucionales, enfocándose en la mención de dar importancia de la atención ante un problema de salud. Manifestando contras de la renuncia.

REFERENCIAS

1. Bautista-Rodriguez LM. La calidad en salud un concepto histórico vigente. *Rev Cienc Cuidad.* 2016; 13(1):5-8.
2. Arenas E, Parker S, Rubalcava L, Teruel G. Evaluación del programa del seguro popular del 2002 al 2005. *El trimestre económico.* 2015; 82(328):807-845. doi:10.20430/ete.v82i328.185
3. Nouraei MS, Sabermahani A, Lari MA, Hadian M, Mahdavi MRV, Abolghasem GH. Factors Affecting Health Care Utilization in Tehran. *GJHS.* 2015;7(6):240.
4. Rojas BDE. Características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de la calidad de atención en salud en el periodo 2005-2015. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Lima:UNMSM; 2016. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5075>
5. Montañez GVA. Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú. [Memoria para optar al grado de Doctor]. Madrid:Universidad Complutense de Madrid; 2018. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=148735>
6. Allen EM, Call KT, Beebe TJ, McAlpine DD, Johnson PJ. Barriers to Care and Health Care Utilization Among the Publicly Insured. *Medical Care.* 2017;55(3):207-14.

7. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Albar-Marín M a J, García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit.* 2015;29(4):244-51.

8. Molina SRE, Aguilar BF, Amozurrutia JJA. Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional. *Horiz Sanitario.* 2018; 17(3):197-207.
DOI: 10.19136/hs.a17n3.2089

9. Hadaib I, Anglade P, Ibrahim H. Factors Contributing to Non-Attendance of GI Endoscopic Procedures in a Tertiary Care Center in the Middle East. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2022;23(1):33-7.

10. Alawadhi A, Palin V, van Staa T. Investigating the reasons for missing an outpatient appointment in Royal Hospital, Sultanate of Oman: Perspectives of patients and medical staff in a survey. *Health Sci Rep.* 2022;5(1). doi:10.1002/hsr2.470

11. Zykiènè B, Kalibatas V. Evaluating the reasons for nonattendance to outpatient consultations: is waiting time an important factor? *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):619.

12. Kwakkenbos L, Carboni-Jiménez A, Carrier ME, Pépin M, Peláez S, Malcarne VL, et al. Reasons for not participating in scleroderma patient support groups: a comparison of results from the North American and European scleroderma support group surveys. *Disability and Rehabilitation.* 2021;43(9):1279-86.

13. Vonk T, Nuijten MAH, Maessen MFH, Meindersma EP, Koornstra-Wortel HJJ, Waskowsky MM, et al. Identifying Reasons for Nonattendance and Noncompletion of Cardiac Rehabilitation: Insights from Germany and the Netherlands. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2021;41(3):153-8.

14. Norris AJS, Norris CE. Factors influencing non-attendance to scheduled eye surgery in rural Swaziland. *Afr Vision Eye Health.* 2019;78(1): a490. doi: 10.4102/aveh.v78i1.490

15. Pérez ZM, Rendón AM. Características asociadas con la inasistencia a la consulta de promoción y prevención en salud en una IPS de la ciudad de Medellín 2016. [trabajo de investigación para optar al título de especialista en epidemiología]. Colombia: CES; 2016.

Disponible en:

https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1309/Caracteristicas_asociadas_inasistencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. Quezada TJC. Caracterización del ausentismo de usuarios del sistema contact center del centro de salud de Celica en el año 2019. Propuesta estratégica de mejora. [Tesis para obtener el grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud]; Perú:UCV;2019.

17. Rivera ACL. Acceso a la prestación de los servicios de salud en la región Piura 2015. [Tesis para optar el título profesional de economista]. Piura:UNP; 2019.

<https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1796>

18. Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2014; 31(4): 747-753.
19. García-Rodríguez JF, Priego-Hernández O, García-Fariñas A, Martínez-Pérez L. Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano. Salud en Tabasco. 2017;23(1-2):44-47.
20. OMS, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Banco Mundial. Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal. Ginebra:Organización Mundial de la Salud; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340027>
21. Ley General de Salud. Publicado en el diario oficial El Peruano N°, Ley N° 26842, (15 de julio de 1997). Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
22. gob.pe. Servicios y categorías del primer nivel de atención de salud. [Internet]. Lima:gob.pe; [Revisado el 08 mayo 2022; consultado el 12.08.22]. Disponible en: <https://www.gob.pe/16728-servicios-y-categorias-del-primer-nivel-de-atencion-de-salud>
23. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Gac Sanit. 2016;30:25-30.

24. Gómez L, Núñez A. Vigilancia del acceso a la salud en Chile: un sistema de indicadores para monitoreo multidimensional. *Rev Med Chile*. 2021;149:62-75.
25. Llop-Gironés A, Vargas LI, Garcia-Subirats I, Marta-Beatriz A, Vázquez NML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88(6): 715-734.
26. Tenorio CY, Arredondo A. Utilización de los servicios de salud en la población migrante de Estados Unidos. *Horiz Sanitario*. 2018;17(2):89-94. Doi: 10.19136/hs.a17n2.1919
27. Díaz-Vélez C, Benites-Zapata VA, Peña-Sánchez ER, Apolaya-Segura M, Urrunaga-Pastor D. Factores asociados a deserción en consulta externa en hospital del Seguro Social del Perú. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2019; 57(5):307-13.
28. Cavero V, Hernández-Vásquez A, Miranda JJ, Alata P, Alegre M, Diez-Canseco F. Satisfacción y percepciones sobre aspectos de la ciudad que afectan la salud, por nivel socioeconómico, 2010-2019, en Lima Metropolitana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2022;39(1):83-90. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.391.9888>.
29. Mezones-Holguín E, Amaya E, Bellido-Boza L, Mougenot B, Murillo JP, Villegas-Ortega J, et al. Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(2):196-206. doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.3998>

30. Murillo JP, Bellido-Boza L, Huamani-Ñahuinlla P, Gárnica-Pinazo G, Munares-García O, Del-Carmen J. Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016. *An Fac Med.* 2019;80(3):288-97. Doi: <https://10.15381/anales.803.16846>
31. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Prado-Galbarro FJ, Bendezu-Quispe G. Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019;36(4):620-8. doi: 10.17843/rpmesp.2019.364.4515.
32. Dong XQ. Elder self-neglect: research and practice. *CIA.* 2017;12:949-54.
33. Ruelas-González MG, Pelcastre-Villafuerte BE, Reyes-Morales H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos *Salud Publica Mex.* 2014;56:631-637.
34. OPS/OMS en México. Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. México, D.F: OPS; 2013.
35. Sánchez-Torres, DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55(1):82-89.

36. García R, Gálvez Y. Calidad de atención asociada a la satisfacción del usuario externo en los establecimientos asistenciales de salud: Minsa– Essalud, Chongoyape - Perú. Rev Tzhoecoen. 2016; 8(2):1-10.
37. Ramírez OJG, Carrillo GM, Cárdenas DC. Encuesta de satisfacción con el cuidado de la salud en las personas con enfermedad crónica. Enferm Glob. 2016;15(44):321-330.
38. Moreno CS, Palomino MPÁ, Frías OA, Pino CR del. En torno al concepto de necesidad. Index Enferm. 2015;24(4):236-9. doi:10.4321/S1132-12962015000300010
39. Day MR, McCarthy G. A national cross-sectional study of community nurses and social workers knowledge of self-neglect. Age Ageing. 2015;44(4):717-20.
40. Fabian GWM. La cobertura universal del Seguro Integral de Salud, periodo 2016-2019. [Tesis para optar el grado académico de Bachiller en Administración y Negocios Internacionales]. Lima: UNW;2019. Disponible: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3525>
41. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Publica Mex. 2015;57:180-186.
42. Arcentales RNM, Chachapoya AEM. Factores que influyen en el Ausentismo de las citas médicas en consulta externa del Hospital General Docente de Calderón. [Proyecto de

Investigación previo a la obtención del Título de Ingenieras Estadísticas]. Quito:UCE;2019.

Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18328>

43. Sánchez-Vélez H, Moreta-Herrera R. Fear and Anxiety of COVID-19, Stress and Health Perception. A Predictive Model in Ecuadorian Hospital Patients. *An Psicol.* 2022;38(3):439-47.

44. Pérez-Fuentes MC, Molero MM, Mercader I, Soler Flores FJ, Barragán A, Calzadilla Y, et al. Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años. *Enferm Univ.* 2015;12(2):56-62.

45. Day MR, Leahy-Warren P, McCarthy G. Self-Neglect: Ethical Considerations. *Annu Rev Nurs Res.* 2016;34(1):89-107. doi:10.1891/0739-6686.34.89

46. Ferrer PVA. "adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: concepto y factores psicosociales implicados. *J Health Psychol.* 1995;7(1):35-61.

47. Herruzo CJ. Evaluación e intervención en adherencia a prescripciones médicas y de salud. *Análisis y Modificación de Conducta.* 1990;16(43):193-208.

48. ENAHO Metodología actualizada 2020, Anual (Ene-Dic). [Internet]. Lima: INEI; [consultado el 12.08.22]. Disponible en: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>

49. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e126. doi: 10.26633/RPSP.2018.126

50. OPS. Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.

51. Moon H, Lee YS, Roh S, Burnette CE. Factors Associated with American Indian Mental Health Service Use in Comparison with White Older Adults. *J Racial and Ethnic Health Disparities*. 2018;5(4):847-59. Doi: 10.1007/s40615-017-0430-5

52. Flores-Hernández S, Mendoza-Alvarado LR, Vieyra-Romero WI, Moreno-Zegbe E, Bautista-Morales AC, Reyes-Morales H. La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Publica Mex*. 2019;61:716-725. doi: 10.21149/10562

53. Vargas LX, Richmond TS, Allen HL, Meisel ZF. A longitudinal analysis of violence and healthcare service utilization in Mexico. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):75. Doi: 10.1186/s12939-021-01413-6

54. Benites-Zapata VA, Lozada-Urbano M, Urrunaga-Pastor D, Márquez-Bobadilla E, Moncada-Mapelli E, Mezones-Holguín E. Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la Encuesta

Nacional de Hogares (ENAH) 2015. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(3):478-84.
doi:10.17843/rpmesp.2017.343.2864

55. Diaz A, Ten A, Marcos H, Gutiérrez G, González-García J, Moreno S, et al. Determinantes de la asistencia irregular a consulta médica en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: resultados de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana, 2002-2012. Enferm Infecc Microbiol Clín. 2015;33(5):324-30.

56. Zhao Q, Wang J, Nicholas S, Maitland E, Sun J, Jiao C, et al. Health-Related Quality of Life and Health Service Use among Multimorbid Middle-Aged and Older-Aged Adults in China: A Cross-Sectional Study in Shandong Province. IJERPH. 2020;17(24):9261. Doi: 10.3390/ijerph17249261

57. Rivera RV, Buitrago GS, Collazos QY, y Ossa NK. Factores relacionados a la inasistencia a un programa de hipertensión arterial. Revista de Ciencias Sociales. 2021; 27(3):139-150.

58. Isaac V, McLachlan CS, Baune BT, Huang CT, Wu CY. Poor Self-Rated Health Influences Hospital Service Use in Hospitalized Inpatients With Chronic Conditions in Taiwan. Medicine. 2015;94(36):e1477. Doi:10.1097/MD.0000000000001477

59. Restrepo J. El concepto de riesgo: avances hacia un modelo de percepción de riesgo en salud. Revista Psicoespacios. 2016; 10(16):174-200. Disponible en <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

60. Jabalera MML, Morales AJM, Rivas RF, Porras GMH. Análisis del coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas. *Rev Calid Asist.* 2017;32(4):194-9.
61. Baptista SCPD, Juliani CMCM, Lima SGS, Martin LB, Silva KAB, Cirne MR. Patient absenteeism in outpatient consultations: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP.* 2021;55:e20200380. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0380
62. Castañeda-Vázquez C, Campos-Mesa MC, DelCastillo-Andrés Ó. Actividad física y percepción de salud de los estudiantes universitarios. *Rev Fac Med.* 2016;64(2):277-84. doi:10.15446/revfacmed.v64n2.53068
63. Lara N, Saldaña Y, Fernández N, Delgadillo HJ. Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Hacia Promoc Salud.* 2015; 20(2):102-117. Doi:10.17151/hpsal.2015.20.2.8
64. Pari-Olarte J, Cuba-García P, Almeida-Galindo J, Aliaga-Guillén N, Solano-García C, Chacaltana-Ramos L, Quispe-Ilanzo M, Oyola-García A. Factores asociados con la automedicación no responsable en el Perú. *Rev Cuerpo Méd HNAAA.* 2021;14(1):29-34. doi: 10.35434/rcmhnaaa.2021.141.867
65. Soto-Becerra P, Virú-Loza MA, Elorreaga OA, Amaya E, Mezones-Holguin E, Ramírez RO, et al. Factores asociados a la calidad de la atención en población adulta afiliada a la Seguridad Social: El caso peruano. *Rev Cuerpo Méd HNAAA.* 2020; 13(1):14-25.

66. Hernández-García I, Chaure-Pardos A, Moliner-Lahoz J, Prieto-Andrés P, Mareca-Doñate R, Giménez-Júlvez T, et al. Absentismo, y factores asociados, en las citas programadas de una consulta externa de Medicina Preventiva. *J Healthc Qual Res.* 2018;33(2):82-7.

67. Rabie T, Klopper HC, Watson MJ. Relation of socio-economic status to the independent application of self-care in older persons of South Africa. *Health SA Gesondheid.* 2016;21:155-61. Doi:10.1016/j.hsag.2015.02.007

68. Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, Gomez de la Rosa F, Florez-Tanus A, Moreno-Ruiz D, et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2018;20(5):591-8.

69. Wong SYS, Zhang D, Sit RWS, Yip BHK, Chung RY nork, Wong CKM, et al. Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract.* 2020;70(700):e817-24. Doi:10.3399/bjgp20X713021

70. Jara JSJ, Tasilla GEL. Ausentismo de niño menor de un año en la aplicación de vacunas en tiempos de COVID 19. Agosto 2020 – 2021 en el Centro de Salud Jesús, Cajamarca, Perú. [tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para obtener el Título Profesional de Licencia en Enfermería]. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/2320>

71. García del Castillo JA. Percepción de riesgo de salud durante la pandemia de la

COVID-19. *Health and Addictions / Salud y Drogas*. 2022; 22(1):1-7. doi: 10.21134/haaj.v22i1.746

72. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-252.

73. Petti S. Elder neglect-Oral diseases and injuries. *Oral Dis*. 2018;24(6):891-9.

74. Iris M, Conrad KJ, Ridings J. Observational Measure of Elder Self-Neglect. *J Elder Abuse Negl*. 2014;26(4):365-97.

75. Proctor C, Rahman S. Diogenes Syndrome: Identification and Distinction from Hoarding Disorder. *Case Reports in Psychiatry*. 2021;202:1-6.

ANEXOS

Anexo1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál será la asociación entre factores asociados y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál será la asociación entre factor socioeconómico y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020?</p> <p>¿Cuál será la asociación entre factor salud y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>-Determinar la asociación entre factores asociados y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>-Determinar la asociación entre factor socioeconómico y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.</p> <p>-Determinar la asociación entre factor salud y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>-Existe asociación entre factores asociados y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020</p> <p>Hipótesis Específica</p> <p>-Existe asociación entre factor socioeconómico y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.</p> <p>-Existe asociación entre factor salud y renuncia al cuidado en usuarios de servicios de salud ENAHO Perú 2020.</p> <p>-</p>	<p>Variable 1</p> <p>Renuncia al cuidado</p> <p>Dimensiones:</p> <p>-Unidimensional</p> <p>Variable 2</p> <p>Factores asociados</p> <p>Dimensiones:</p> <p>-Socioeconomico</p> <p>-Salud</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Aplicada</p> <p>Alcance explicativa</p> <p>Método y diseño de la investigación</p> <p>No experimental –transversal</p> <p>Población Muestra</p> <p>El tamaño anual de la muestra 2020 fue de 37 103 viviendas particulares (urbana:23 895 y rural:13 208) (INEI).</p> <p>Para el presente estudio se utilizará la cantidad de datos de los sujetos que cumplan criterios de selección y disponibilidad de las variables en la base. Al ser una base obtenida por muestras complejas por el INEI (probabilística) el conjunto de datos obtenido ya tiene naturaleza probabilística por ello no se calculará muestra.</p>

Anexo 2: Instrumentos

1. ¿Cuáles son las razones por las que no acudió a un centro o establecimiento de salud?

Motivo institucional ()

Motivo no institucional ()

2. Dominio geográfico

COSTA () SIERRA () SELVA () LIMA METROPOLITANA ()

3. Sexo

Masculino () Femenino ()

4. ¿Qué edad tiene en años cumplidos?

DE 50 AÑOS A MAS () DE 37 A 49 AÑOS () MENOR IGUAL A 36 AÑOS ()

5. ¿Cuál es su estado civil o conyugal?

CONVIVIENTE() CASADO () VIUDO+DIVORCIADO () SEPARADO() SOLTERO()

6. ¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó? - Nivel

PRIMARIA A MENOS (básica especial) () SECUNDARIA () SUP NO UNIV ()

SUP UNIV+POSGRADO()

7. ¿Cuál es el Idioma o lengua materna que aprendió en su niñez?

QUECHUA+AYMARA+OTROS() CASTELLANO ()

8. Pobreza

Pobre Extremo() Pobre No Extremo () No Pobre()

9. ¿Tiene Ud. ALGUNA limitación de forma permanente para:

Moverse o caminar, para usar brazos o piernas, Ver, aun usando anteojos

Hablar o comunicarse, aún usando el lenguaje de señas u otro,

Oír, aún usando audífonos,

Entender o aprender (Concentrarse y recordar)

Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas

Si() No()

10. ¿Padece de alguna enfermedad o malestar crónico (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)?

Si() No()

11. En las últimas 4 semanas, del ... al ... ¿Presentó Ud. algún(a): Síntoma del COVID-19

(Fiebre, tos seca, sensación de ahogo)

Si() No()

Anexo 3: Validez del instrumento

NO APLICA.

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

NO APLICA.

Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE EXONERACIÓN DE REVISIÓN

Lima, 16 de noviembre de 2022

Investigador(a)
Julissa Katherine Arpi Jesús
Exp. N°: 2437-2022

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEI-UPNW) acuerda la **Exoneración de revisión** del siguiente protocolo de estudio:

- Protocolo titulado: **“FACTORES ASOCIADOS A LA RENUNCIA AL CUIDADO EN SERVICIOS DE SALUD ENAHO 2020”** Versión 1 con fecha (no indicó).

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Julissa Katherine Arpi Jesús y a como coinvestigadores a Cesar Arellano sacramento y Rocio Victoria Hermosa Moquillaza.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Yenny Marisol Bellido Fuentes
Presidenta del CIEI- UPNW

Avenida Arequipa 440
Universidad Privada Norbert Wiener
Teléfono: 706-5555 anexo 3286-3287 Cel. 981000698
Correo: comite.etica@unwieneredu.pe

Anexo 6: Formato de consentimiento informado

NO APLICA

**Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la RECOLECCIÓN DE DATOS,
PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS, USO DEL NOMBRE**

NO APLICA

Anexo 8: Programa de intervención para estudios experimentales

NO APLICA

Anexo 9: Informe del asesor de Turnitin

● 16% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	repositorio.ucv.edu.pe Internet	1%
3	uwiener on 2023-01-18 Submitted works	1%
4	repositorio.unfv.edu.pe Internet	<1%
5	hdl.handle.net Internet	<1%
6	repository.ces.edu.co Internet	<1%
7	repositorio.unal.edu.co Internet	<1%
8	repositorio.uandina.edu.pe Internet	<1%

9	repositorio.unp.edu.pe Internet	<1%
10	cdn.gob.pe Internet	<1%
11	iinei.inei.gob.pe Internet	<1%
12	uwiener on 2023-02-09 Submitted works	<1%
13	rua.ua.es Internet	<1%
14	juventud.gob.pe Internet	<1%
15	uwiener on 2023-02-02 Submitted works	<1%
16	dialnet.unirioja.es Internet	<1%
17	ftp.ibge.gov.br Internet	<1%
18	scielo.isciii.es Internet	<1%
19	scielo.org.co Internet	<1%
20	Universidad Wiener on 2022-09-28 Submitted works	<1%

21	mef.gob.pe Internet	<1%
22	uwiener on 2023-02-03 Submitted works	<1%
23	gacetasanitaria.org Internet	<1%
24	phrplus.org Internet	<1%
25	Universidad Wiener on 2022-09-02 Submitted works	<1%
26	Universidad Wiener on 2022-09-25 Submitted works	<1%
27	scielosp.org Internet	<1%
28	scribd.com Internet	<1%
29	uwiener on 2023-01-24 Submitted works	<1%
30	docplayer.net Internet	<1%
31	interwp.cepal.org Internet	<1%
32	biblioteca.medicina.usac.edu.gt Internet	<1%

33	scielosp.org	Internet	<1%
34	Universidad Wiener on 2023-02-03	Submitted works	<1%
35	apps.who.int	Internet	<1%
36	repositorio.unac.edu.pe	Internet	<1%
37	spmedicaciones.mx	Internet	<1%
38	cnn.com	Internet	<1%
39	researchgate.net	Internet	<1%

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

BLOQUES DE TEXTO EXCLUIDOS

2020"Para optar el grado académico de:MAESTRO DE GESTIÓN EN SALUDAutor

repositorio.uwiener.edu.pe

2020Línea de investigaciónSalud y bienestar

repositorio.uwiener.edu.pe

ivÍNDICE GENERALDedicatoria

repositorio.uwiener.edu.pe

3.3. Tipo de

repositorio.uwiener.edu.pe

