

## Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis

Determinants of the access to health services and adherence to TB treatment

Oriana Rivera-Lozada<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6546-3570>

Isabel Cristina Rivera-Lozada<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5043-2050>

César Antonio Bonilla-Asalde<sup>3\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4470-1939>

<sup>1</sup>Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú.

<sup>2</sup>Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

<sup>3</sup>Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú.

\*Autor para la correspondencia: [bonasal@gmail.com](mailto:bonasal@gmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** El papel fundamental de un sistema de salud es responder a las necesidades de la población, lo cual implica desarrollar mecanismos que permitan una prestación integral, accesible y equitativa a sus servicios.

**Objetivos:** Valorar las barreras de acceso a la atención de salud y la adherencia en pacientes con tuberculosis en una región de alta carga en el Perú.

**Métodos:** Investigación de enfoque mixto, realizada en el periodo de enero a septiembre del 2018 en 120 pacientes con tuberculosis. Para el enfoque cuantitativo se realizó un estudio transversal analítico, donde se abordaron preguntas de acceso a servicios de salud utilizando el modelo de Tanahashi. La adherencia al tratamiento fue medida a través del test de Morisky-Green. Para el diseño cualitativo se utilizó la metodología de grupos focales con 30 pacientes para profundizar sus experiencias acerca de los determinantes de acceso.

**Resultados:** La mayoría de las barreras se identificaron en las dimensiones: aceptabilidad, contacto y disponibilidad. Se encontró asociación entre la adherencia al tratamiento y los siguientes indicadores: el temor o vergüenza de atenderse en un servicio de salud, desconfianza con los equipos de salud, percepción de mala calidad de la atención, falta de

conciencia de la enfermedad, efectos secundarios de los medicamentos el número y tamaño de las píldoras.

**Conclusiones:** Los hallazgos del presente estudio sugieren la existencia de barreras contextuales y del sistema de salud que impiden el acceso a los pacientes con tuberculosis, y si estas no se tienen en consideración podrían dificultar la adherencia del tratamiento para tuberculosis. Sin embargo, conseguir actuar dentro de una lógica que privilegie una asistencia centrada en el paciente, considerando sus singularidades y autonomía frente al proceso terapéutico puede tornarse una tarea difícil para los servicios de salud donde la demanda supera los recursos y su estructura.

**Palabras clave:** acceso a los servicios de salud; tuberculosis; adherencia al tratamiento.

## ABSTRACT

**Introduction:** The fundamental role of a health system is to respond to the needs of the population, which involves developing mechanisms that enable a comprehensive, accessible and equitable delivery of its services.

**Objectives:** Assess access barriers to health care and adherence in TB patients in a high-burden region of Peru.

**Methods:** Mixed-approach research conducted in the period January to September 2018 in 120 TB patients. For the quantitative approach, an analytical cross-sectional study was conducted, where questions on access to health services were addressed using the Tanahashi model. Adherence to treatment was measured through the Morisky-Green test. For qualitative design, the focus group methodology with 30 patients was used to deepen in their experiences of access determinants.

**Results:** Most barriers were identified in the following dimensions: acceptability, contact and availability. An association was found between adherence to treatment and the following indicators: the fear or shame of being attended in a health service, mistrust with health teams, perception of poor quality of care, lack of awareness of the disease, side effects of medications, the number and size of the pills.

**Conclusions:** The findings of this study suggest contextual and health system barriers that prevent access to TB patients, and if these are not taken into account, they could hinder adherence to TB treatment. However, acting within a logic that favors patient-centered care, considering its uniqueness and autonomy from the therapeutic process can become a difficult task for health services where demand exceeds the resources and their structure.

**Keywords:** Access to health services; tuberculosis; adherence to treatment.

Recibido: 19/03/2019

Aceptado: 18/10/2019

## Introducción

La salud de una población está ligada fuertemente al desarrollo humano y es propulsora del crecimiento económico. En este sentido, el papel fundamental de un sistema de salud es responder a las necesidades de la población, situación que implica desarrollar y sostener mecanismos de estructura, organización y financiación de calidad que conlleven a una prestación integral, eficaz, universal, accesible y equitativa en sus servicios.<sup>(1,2)</sup>

El acceso a servicios de salud es un concepto global y un tema de creciente preocupación en la región de las Américas donde existen millones de personas que no pueden acceder a los servicios integrales para lograr una vida saludable y prevenir enfermedades.<sup>(3)</sup> De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud el acceso y la cobertura significan que la población reciba los servicios sin discriminación, con oportunidad y equidad, lo que conlleva a la implementación de políticas y acciones que permitan ofertar una atención de calidad, de tal manera que se promueva la salud y el bienestar de las personas.<sup>(4)</sup>

La accesibilidad es un tema de derechos y responsabilidades, bajo la perspectiva del proveedor de la oferta, pero también de los pacientes que constituyen la demanda, como factores importantes para entender la utilización de los servicios de salud, su desempeño y calidad.<sup>(5)</sup> Para ilustrar lo anterior, toma una especial perspectiva lo dicho por *Hirmas* y otros,<sup>(6)</sup> cuando mencionan que el no disponer de acceso efectivo a los servicios de salud desestimula la utilización de ellos y deja consecuencias como complicaciones de las enfermedades, falta de adherencia o abandono de tratamientos, incremento del deterioro de la salud, adicional al sentimiento de frustración de los usuarios.

En esa misma línea de pensamiento, *Llanos* y otros<sup>(7)</sup> señalan que la tuberculosis es una enfermedad social, asociada a la pobreza y a la estigmatización, que afecta a la población menos favorecida. Por tanto, enfatizan la importancia que tiene para los afectados la accesibilidad a los servicios de salud, de ahí que consideren que es fácil deducir que la falta de acceso perenniza un estado crítico de salud al favorecer la transmisión de la enfermedad, el incumplimiento terapéutico, las complicaciones y la muerte, empobreciendo a las instituciones, comunidades e individuos.

El cumplimiento estricto del tratamiento para la tuberculosis sensible y multidrogorresistente (MDR) permite conseguir excelentes niveles de curación, reduce significativamente las complicaciones y la muerte. La no adherencia al tratamiento es uno de los principales factores que influyen en su resultado y se encuentra relacionada a la vulnerabilidad social, carencia de motivación personal, desconocimiento de la enfermedad, ausencia de apoyo familiar y social, estilos de vida inadecuados y el insuficiente acceso a los servicios de salud.<sup>(8)</sup>

Para asegurar la adherencia, los programas de control de la enfermedad desarrollan actividades que tienen que ver con la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, existen detalles ausentes al elaborar una estrategia que permita la adherencia al tratamiento tales como consultas con especialistas, pruebas diagnósticas, intervenciones clínico-quirúrgicas, atención de embarazo y el parto, consultas odontológicas, entre otras.

En tal sentido, se plantea que, si el paciente no ve resueltas sus expectativas, tanto en el acceso de la atención programática, como en el acceso a la atención de los servicios en general, puede poner en duda la calidad de la oferta y eso podría repercutir en el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Entonces, resulta fundamental caracterizar y analizar la problemática del acceso a los servicios de salud valorando sus barreras, facilitadores y la adherencia al tratamiento en tuberculosis sensible y multidrogorresistente; en una región con alta carga en donde el cumplimiento del tratamiento es considerado un reto. Lo que debe plantearse, de tal manera, que se puedan identificar alternativas para la solución de dicha problemática, favorecer su control y satisfacer las demandas de la población afectada con tuberculosis.

De ahí que el objetivo del presente estudio sea valorar las barreras de acceso a la atención de salud y la adherencia en pacientes con tuberculosis en una región de alta carga en el Perú.

## **Métodos**

Se realizó una investigación de enfoque mixto (cuantitativa y cualitativa) de tal forma que se obtuvieron y analizaron datos, triangulando la información, para lograr una comprensión e interpretación lo más amplia posible de las barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud que enfrentan las personas afectadas por tuberculosis.<sup>(9)</sup>

El estudio se desarrolló en los meses de enero a septiembre de 2018, donde se incluyeron mediante un muestreo no probabilístico 120 pacientes con tuberculosis (71 tuberculosis

sensible y 49 con tuberculosis MDR) que acudieron a consulta en el servicio de Neumología del Hospital Daniel Alcides Carrión de la región Callao en el Perú. Como criterios de inclusión del estudio se tuvo en cuenta ser mayor de edad y encontrarse en la segunda fase del tratamiento para tuberculosis.

Los esquemas de tratamiento para tuberculosis resistente utilizados en el Perú son de tres tipos:

- 1) estandarizado: lo reciben los pacientes con factores de riesgo para tuberculosis multidrogorresistente y en quienes, por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una prueba de sensibilidad rápida o convencional, iniciando tratamiento con kanamicina, levofloxacino, etionamida, cicloserina, pirazinamida y etambutol, durante seis a ocho meses diario, seguido por 12 a 16 meses con un esquema similar, pero sin inyectable;
- 2) empírico: que lo reciben los pacientes con diagnóstico de TB MDR según prueba de sensibilidad rápida o convencional a medicamentos de primera línea; también lo reciben aquellos pacientes que son contactos domiciliarios de un caso de tuberculosis multidrogorresistente y que reciben un esquema basado en el tratamiento del caso índice;
- 3) individualizado: recibido por pacientes que tienen resultado de prueba de sensibilidad convencional para medicamentos de primera y segunda línea y que de acuerdo con ello, se diseña el esquema terapéutico<sup>(10)</sup>.

El estudio fue revisado y aprobado por el comité de ética para la investigación del Hospital Daniel Alcides Carrión de la región Callao, Perú. Todos los participantes en el estudio firmaron el consentimiento informado para su participación.

Para el desarrollo del enfoque cuantitativo se realizó un estudio observacional y de diseño transversal analítico. Mediante una encuesta estructurada fueron abordados aspectos sociodemográficos y preguntas de acceso a servicios de salud de acuerdo al modelo de Tanahashi,<sup>(11)</sup> el que considera cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener una cobertura de calidad: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y cobertura efectiva. La adherencia al tratamiento fue medida a través del test de Morisky-Green.<sup>(12)</sup>

Se utilizó la definición de Tanahashi para el acceso a la atención de salud, entendida como “la interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y de la población que es influenciada tanto por las características del sistema de salud como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención”.<sup>(11)</sup> La adherencia

se definió de acuerdo a lo que plantea la Organización Mundial de la Salud: “el grado en el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.<sup>(13)</sup>

El diseño del estudio cualitativo contempló un descriptivo de 30 casos (15 hombres y 15 mujeres) utilizando la metodología de grupos focales, se realizaron tres sesiones, cada una con diez participantes, con preguntas orientadoras que permitieron profundizar sus experiencias acerca de las barreras y facilitadoras del acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, los investigadores realizaron observaciones en los servicios de atención para conocer la experiencia de acceso de los usuarios.

La información recolectada en el trabajo de campo se procesó utilizando el software SPSS 21 para la parte cuantitativa. El análisis descriptivo incluyó la distribución de frecuencias para las variables sociodemográficas, de adherencia y las dimensiones del acceso a la atención de salud. Para el análisis bivariado se realizaron tablas de contingencia y se calculó la razón de disparidad (OR) con su correspondiente intervalo de confianza del 95 % y los valores  $p$ , mediante la prueba de Chi-cuadrado. El nivel de significación estadística se estableció con un valor de  $p < 0,05$ .

La información cualitativa se analizó en el programa atlas ti, donde se incluyeron las transcripciones parciales. Se realizó un análisis narrativo de contenido y se identificaron fragmentos con similares, posteriormente se realizó el análisis de las categorías, utilizando las mismas del modelo de Tanashashi.

## Resultados

Se incluyeron 120 pacientes de los cuales 71 (59,2 %) presentaban tuberculosis sensible y 49 (40,8 %) multidrogorresistencia que acudieron a consulta en el servicio de Neumología del Hospital Daniel Alcides Carrión de la región Callao en el Perú. En el análisis descriptivo se evidenció que el 54,2 % de los encuestados pertenecía al género masculino, la mediana de edad fue 31 años  $\pm$  2, el 54,2 % tenía como grado de escolaridad la secundaria y el 64,2 % de la población tenía un ingreso económico familiar no mayor a 200 USD (Tabla 1).

**Tabla1** - Características sociodemográficas de la población

Características	n = 120	%
Género		
Masculino	65	54,2
Femenino	55	45,8
Tipo de tuberculosis		
Sensible	71	59,1
Multidrogoresistente	49	40,9
Estado civil		
Soltero	43	35,8
Casado	36	30
Conviviente	40	33,3
Divorciado/separado	1	0,83
Escolaridad		
Sin instrucción	8	6,6
Primaria	32	26,6
Secundaria	65	54,2
Universitaria	10	8,3
Superior técnica	5	4,2
Modalidad laboral		
Dependiente	74	61,6
Independiente	46	38,3
Ingreso económico familiar		
Hasta 200 dólares	77	64,2
De 201 a 420 dólares	43	35,8

En cuanto a la adherencia, el 28,2 % de los casos de tuberculosis sensible y el 51 % de los casos MDR no presentaron adherencia al tratamiento, de acuerdo a lo evaluado por la escala predictiva de Morisky-Green (Tabla 2).

**Tabla 2** - Adherencia al tratamiento de acuerdo a la escala predictiva de Morisky-Green por tipo de tuberculosis

Preguntas	Tuberculosis sensible n = 71 n (%)		Tuberculosis MDR n = 49 n (%)	
	Sí (1)	No (0)	Sí (1)	No (1)
¿Se olvidó de ir algunas vez a tomar el medicamento?	20 (28,2)	51 (71,8)	25 (51,0)	24 (49,0)
¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada por el programa de control de la tuberculosis?	18 (25,5)	53 (74,5)	24 (49,8)	25 (50,2)
Cuándo se encuentra bien ¿deja alguna vez de ir a tomar la medicación?	14 (19,1)	57 (80,9)	23 (47,6)	26 (52,4)
Si alguna vez se siente mal ¿deja de asistir a tomar la medicación?	12 (17,5)	59 (82,5)	25 (51,0)	24 (49,0)
<i>Cutt-off</i>	n (%)	Categoría	n (%)	Categoría
Menor 1	51 (71,8)	Adherente	24 (49,0)	Adherente
Mayor o igual 1	20 (28,2)	No adherente	25 (51,0)	No adherente

Se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre las siguientes características de la población: género, tipo de tuberculosis, estado civil, escolaridad, modalidad laboral, ingreso familiar y la adherencia al tratamiento (Tabla 3).

Las barreras de acceso se valoraron considerando el modelo de Tanashashi. En la dimensión disponibilidad se identificaron asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre infraestructura (OR = 4,0; IC 95 %:1,7-9,2), recursos humanos (OR = 3,2; IC 95 %:1,4-7,1), horario de atención (OR = 2,6; IC 95 %:1,2-5,9), suministro de información (OR = 2,9; IC 95 %:1,3-6,4) y la adherencia al tratamiento.

En la dimensión accesibilidad se identificaron asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre costos (OR = 2,1; IC 95 %:1,0-4,6), distancia entre la residencia con el lugar de atención (OR = 3,1; IC 95 %:1,4-6,8), el transporte al lugar de atención (OR = 2,8; IC 95 %:1,3-6,2), los tiempos de espera (OR = 2,2; IC 95 %:1,1-4,6), costos del traslado al centro de atención (OR = 2,1; IC 95 %:1,1-4,5) y la adherencia al tratamiento.



**Tabla 3 - Características de la población y adherencia al tratamiento**

Características	No adherencia (test de Morisky)		
	n	%	Valor p
Género			
Masculino	32	49,2	0,032
Femenino	25	71,4	
Tipo de tuberculosis			
Sensible	20	28,2	0,011
Multidrogorresistente	25	51,0	
Estado civil			
Sin pareja	25	43,2	0,000
Con pareja	20	73,7	
Escolaridad			
Sin instrucción y /o nivel bajo de instrucción	67	63,8	0,000
Nivel alto de instrucción	2	13,3	
Modalidad laboral			
Dependiente	50	67,6	0,030
Independiente	22	47,8	
Ingreso económico familiar			
Hasta 200 USD	51	66,2	0,002
De 201 USD a 420 USD	16	37,2	

En lo que respecta a la dimensión aceptabilidad se encontró asociación entre el temor o vergüenza de atenderse en un servicio de salud (OR = 2,3; IC 95 %:1,1-4,9), desconfianza con los equipos de salud (OR = 2,9; IC 95 %:1,2-6,7) y la adherencia al tratamiento. Por último, en la dimensión contacto se encontraron asociaciones entre la percepción de mala calidad de la atención (OR = 4,5; IC 95 %:1,9-10,2), la falta de conciencia de la enfermedad (OR = 3,4; IC95 %:1,4-8,3), efectos secundarios de los medicamentos (OR = 2,5; IC 95 %:1,1-5,9) el número y tamaño de las píldoras (OR = 2,6; IC 95 %:1,1-6,0) con la adherencia al tratamiento (Tabla 4).

Tabla 4 - Barreras de acceso a la atención en salud y adherencia al tratamiento

Barreras del establecimiento de salud		No adherencia n = 45		Adherencia n = 75		OR intervalos de confianza 95 %	Valor p
		n	%	n	%	OR (IC)	p
Disponibilidad							
Infraestructura	Inadecuada	35	77,8	35	46,7	4,0 (1,7-9,2)	0,001
	Adecuada	10	22,2	40	53,3		
Recursos humanos	Inadecuados	34	75,6	37	49,3	3,2 (1,4-7-1)	0,004
	Adecuados	11	24,4	38	50,7		
Horarios de atención	Inadecuados	33	73,3	38	50,7	2,6 (1,2-5,9)	0,016
	Adecuados	12	26,7	37	49,3		
Disponibilidad de medicamentos	Inadecuados	27	60,0	45	60,0	1 (0,4-2,1)	0,990
	Adecuados	18	40,0	30	40,0		
Suministro de información	Inadecuados	31	68,9	32	42,7	2,9 (1,3-6,4)	0,005
	Adecuados	14	31,1	43	57,3		
Accesibilidad							
Costos de medicamentos, Consulta médicas y exámenes	Inadecuados	30	66,7	36	48,0	2,1 (1,0-4,6)	0,040
	Adecuados	15	33,3	39	52,0		
Distancia entre la residencia y el lugar de atención	Inadecuada	31	68,9	31	41,3	3,1 (1,4-6,8)	0,003
	Adecuada	14	31,1	44	58,7		
Transporte al lugar de atención	Inadecuado	32	71,1	35	46,7	2,8 (1,3-6,2)	0,009
	Adecuado	13	28,9	40	53,3		
Tiempo de espera para la atención	Inadecuado	26	57,8	29	38,7	2,2 (1,1-4,6)	0,041
	Adecuado	19	42,2	46	61,3		
Costos de traslado	Sí	27	60,0	31	41,3	2,1 (1,1-4,5)	0,047
	No	18	40,0	44	58,7		
Dificultad para contar con los permisos para asistir a recibir la atención	Sí	28	62,2	34	45,3	1,9 (0,9-4,2)	0,073
	No	17	37,8	41	54,7		
Fechas y horarios de consulta	Inadecuados	27	60,0	33	44,0	1,9 (0,9-4,1)	0,089
	Adecuados	18	40,0	42	56,0		
Dificultad en los trámites para el servicio	Sí	25	55,6	31	41,3	1,8 (0,8-3,7)	0,130
	No	20	44,4	44	58,7		
Aceptabilidad							
	Sí	32	71,1	39	52,0	2,3 (1,1-4,9)	0,039

Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud	No	13	28,9	36	48,0		
Estigma social	Sí	34	75,6	33	44,0	3,9 (1,7-8,9)	0,001
	No	11	24,4	42	56,0		
Creencias y mitos relacionados a la no curación	Sí	33	73,3	32	42,7	3,7 (1,6-8,2)	0,001
	No	12	26,7	43	57,3		
Desconfianza con los equipos de salud	Sí	35	77,8	41	54,7	2,9 (1,2-6,7)	0,011
	No	10	22,0	34	45,3		
<b>Contacto</b>							
Percepción de mala calidad de la atención	Sí	35	77,8	33	44,0	4,5 (1,9-10,2)	0,000
	No	10	22,0	42	56,0		
Falta de conciencia de la enfermedad	Sí	37	82,2	43	57,3	3,4 (1,4-8,3)	0,005
	No	8	17,8	32	42,7		
Efectos secundarios de los medicamentos	Sí	36	80,0	46	61,3	2,5 (1,1-5,9)	0,033
	No	9	20,0	29	38,7		
Número y tamaño de las píldoras	Inadecuado	35	77,8	43	57,3	2,6 (1,1-6,0)	0,023
	Adecuado	10	22,2	32	42,7		
Sentir bienestar y no continuar con el tratamiento	Sí	36	80,0	50	66,7	2,0 (0,83-4,8)	0,116
	No	9	20,0	25	33,3		

El estudio cualitativo permitió corroborar lo encontrado en el cuantitativo, donde los participantes refieren la existencia de deficiencias en la infraestructura, los horarios y la oferta de servicios. En cuanto a las fechas y horarios de consulta, los participantes coinciden en que hay demoras en la asignación de citas, adicionalmente el tiempo para ser atendido es prolongado y eso hay que sumarlo a que los usuarios deben solicitar permiso en sus trabajos para asistir a la consulta.

Las distancias largas entre el lugar de la residencia y el lugar de atención son también consideradas como una barrera, ya que los participantes se quejan de la falta y demora en el transporte público; la mayoría de los pacientes manifiestan que no cuenta con el recurso económico para pagar un taxi. Es importante resaltar que los pacientes con tuberculosis se sienten discriminados por la enfermedad, muchas veces ocasionada por el temor al contagio del personal de salud. Por último, los pacientes manifestaron que la calidad de atención es una barrera importante para que no puedan acceder a los servicios (Tabla 5).

Tabla 5 - Categorías, aspectos y descripción del estudio cualitativo

Categorías	Descripción
Disponibilidad (D)	D1: “ Los médicos que nos atienden no son los mejores y no responden lo que le pregunto”.
	D2” A pesar que el hospital es grande, va mucha gente, y no hay ninguna atención preferencial para nosotros que estamos enfermos”.
	D3: “ Hay muy pocos especialistas para tratar nuestra enfermedad”
	D4: “ El hospital no cuenta con equipos nuevos, son viejos y siempre están dañados”
Accesibilidad (A)	A1: “Nunca hay cita con el especialista”.
	A2: “Me queda lejos el hospital, debo tomar tres carros para llegar y me demoro dos horas para llegar y si quiero llegar rápido, tengo que gastar en taxi”.
	A4: “Para hacer exámenes hay que pedir muchas autorizaciones, por eso prefiero no hacerme nada”.
	A5: “ Mi jefe no me da permiso para ir a la cita porque me hacen esperar mucho y pierdo casi toda la mañana en el hospital”.
	“...cuando vamos a la atención uno pierde el tiempo, se demoran...”.
Aceptabilidad(Ac)	Ac1: “Tengo vergüenza de que me vean atendiéndome en el hospital”.
	Ac2: “A pesar que ya estaba terminando mi tratamiento la enfermera que me atendió tenía puesto el respirador”.
	Ac3: “No creo que el tratamiento me va a mejorar...”.
Contacto (C)	C1: “Son muchos medicamentos que hay que tomar para el tratamiento”.
	C2: “La atención es muy mala en el hospital”.
	C3 “ Con el tratamiento se me quitó la fiebre y la tos por eso no regresé al hospital”.

## Discusión

Un reto sanitario a nivel mundial es la erradicación de la tuberculosis, situación que merece una respuesta efectiva de los servicios de salud que garantice una atención de calidad y que responda a las expectativas con la reducción de las inequidades en salud. Por lo tanto, una evaluación con un componente mixto de los determinantes del acceso a los servicios de salud es imprescindible para la comprensión de las barreras que enfrentan los pacientes y así sugerir estrategias que puedan mejorar la atención de la enfermedad.

Los hallazgos de la presente investigación confirman que son múltiples las barreras que los pacientes con tuberculosis sensible y multidrogorresistente enfrentan para conseguir una adecuada atención, lo que repercute en la adherencia al tratamiento, que es un componente importante para garantizar su éxito. De esta manera se contribuye a que se agrave la situación

de salud del paciente, además que aumente el riesgo de transmisión de la enfermedad y sus complicaciones, condiciones que provocan un incremento innecesario de los costos de la atención e incluso la muerte del enfermo.

La carga financiera referida a los costos adicionales relacionados con su atención, como medicamentos, exámenes o el traslado al centro de atención, fue reconocida por los participantes como una de las barreras para el acceso a los servicios de salud, lo que significa un empobrecimiento del paciente e impacta negativamente en la adherencia al tratamiento. Como lo reconocen diversos estudios<sup>(14,15,16,17,18)</sup> que sugieren la necesidad de subsidiar dichos costos por el Estado, puesto que el no garantizar un acceso oportuno tendría implicaciones para la salud pública en el marco del cumplimiento de los objetivos de cobertura universal de salud.<sup>(19)</sup>

Asimismo, se evidenció que el tiempo de espera entre la obtención de un turno y la atención médica es de 50 minutos. Los tiempos de espera son unos factores que influyen en la satisfacción de los usuarios con el servicio. En un estudio realizado por *Pedraza* y otros<sup>(20)</sup> en México, los tiempos de espera fueron evaluados como pésimos debido al insuficiente número de empleados para atender a los pacientes.

Igualmente, en Colombia, en una investigación realizada por *Hernández* y otros<sup>(21)</sup> encontraron barreras administrativas como los tiempos de espera y la oportunidad para el servicio, como producto de un mal diseño del sistema de salud que ocasiona percepciones negativas y efectos perjudiciales tanto para los usuarios como para sus familias. Similares resultados fueron encontrados en un estudio en el Perú, en donde el personal de salud tiene que realizar múltiples funciones, incluso administrativas, lo que disminuye el tiempo para la atención de los afectados por tuberculosis.<sup>(22)</sup>

En este estudio, el 55 % de los encuestados refirió que emplea más de 60 minutos entre su domicilio y el hospital, con una mediana de tiempo de 65 minutos. Un 39 % tuvo dificultad con el transporte, lo cual concuerda ampliamente con la literatura reportada, donde la probabilidad que un paciente asista a una institución de salud disminuye según la distancia entre la residencia y la institución de salud y esto tiene implicancias para alcanzar la meta de equidad de acceso para todos los pacientes.<sup>(23,24,25,26,27)</sup>

Para el control de la tuberculosis se requiere de acciones por parte de los sistemas de salud, de tal manera que se estos pacientes cuenten con un modelo de atención integral, eficiente y efectivo donde se garantice la accesibilidad y la atención de calidad acorde con sus necesidades. Lo que tendrá un efecto positivo en la adherencia del paciente al tratamiento, tal como lo refieren varios estudios realizados en diversos países.<sup>(28,29,30,31,32,33,34)</sup> Es así que

proveer acceso y atención integral a pacientes con TB MDR es un desafío y podría ser una tarea difícil teniendo en cuenta la situación sanitaria de Perú, en la que la demanda de los servicios es superior a los recursos y a la estructura con que se cuenta.<sup>(35,36,37,38)</sup>

El presente estudio tiene limitaciones puesto que no indagó los determinantes al acceso de los servicios desde la perspectiva de los proveedores de salud ni del recurso humano. Aunque el estudio propone información valiosa sobre los desafíos que enfrentan los pacientes con tuberculosis en una zona de alta carga de la enfermedad.

La comprensión de los determinantes de acceso puede ayudar al equipo de salud a entregar el apoyo que los pacientes necesitan para lograr la adherencia al tratamiento, al igual que desarrollar y evaluar intervenciones específicas para la atención de los pacientes con tuberculosis. De ahí que se pueda concluir que los hallazgos del presente estudio sugieren la existencia de barreras contextuales y del sistema de salud que impiden el acceso de los pacientes con tuberculosis, y si estas no se tienen en consideración podrían dificultar la adherencia del tratamiento para tuberculosis. Sin embargo, conseguir actuar dentro de una lógica que privilegie una asistencia centrada en el paciente, considerando sus singularidades y autonomía frente al proceso terapéutico puede tornarse una tarea difícil para los servicios de salud donde la demanda supera los recursos y su estructura.

## **Referencias bibliográficas**

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia para la cobertura universal de salud. Resolución CE154. R17. Washington, D. C.: OPS/OMS; 2014 [acceso 13/03/2019]. Disponible en: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/ce154-r17-s.pdf?ua=1>
2. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Públ Méx. 1985;(27):438-53.
3. Fuentes S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. Rev. Cubana Salud Pública. 2017 [acceso 13/03/2019];43(2):272-286. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000200012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200012&lng=es).
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2008.

5. Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual H. Care.* 1996;8:401-7.
6. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueva X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública.* 2013 [acceso 11/03/2019];33(3):223-9. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892013000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Llanos L, Velásquez J, García P, Gottuzzo E. Tuberculosis y Salud Pública: ¿Derechos individuales o derechos colectivos? *Rev. Perú Med Exp Salud Pública.* 2012;29(2):259-64.
8. Diallo A, Dahourou D, Dah T, Tassebedo S, Sawadogo R, Meda N. Factors associated with tuberculosis treatment failure in the Central East Health Region of Bukina Faso. *Pan Afr Med J.* 2018;30:293. DOI: [10.11604/pamj.2018.30.293.15074](https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.293.15074)
9. Guerrero-Castañeda RF, do Prado ML, Ojeda-Vargas MG. Reflexión crítica epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería. *Enfermería Univ.* 2016 [acceso 13/03/2019];13(4):246-52. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/70>
10. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis: estrategia sanitaria nacional de prevención y control de la tuberculosis. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2013.
11. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ.* 1978 [acceso 13/03/2019];56(2):295-303. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/96953>
12. Limaylla M, Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Rev. Ciencia e Investigación.* 2016 [acceso 8/09/2018];19(2):95-101. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635>
13. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª Sesión del Comité Regional; 2013, 30 septiembre-4 de octubre; Washington D. C., EE. UU.: OPS; 2013 (Documento Oficial 345). [acceso 13/03/2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es)
14. Qiu S, Pan H, Zhang S, Peng X, Zheng X, Xu G, *et al.* Tuberculosis Treatment Really Free in China? A Study Comparing Two Areas with Different Management Models. *PLoS One.* 2015;10(5):e0126770. DOI: [10.1371/journal.pone.0126770](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126770)

15. Wingfield T, Boccia D, Tovar M, Gavino A, Zevallos K, Montoya R, Lönnroth K, Evans CA. Defining Catastrophic Costs and Comparing Their Importance for Adverse Tuberculosis Outcome with Multi-Drug Resistance: A Prospective Cohort Study, Peru. *PLoS Med.* 2014;11(7):e1001675. DOI: [10.1371/journal.pmed.1001675](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001675)
16. Hutchison C, Khan MS, Yoong J, Lin X, Coker RJ. Financial barriers and coping strategies: a qualitative study of accessing multidrug-resistant tuberculosis and tuberculosis care in Yunnan, China. *BMC Public Health.* 2017 [acceso 11/03/2019];17(1):221. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222724>
17. Tanimura T, Jaramillo E, Weil D, Raviglione M, Lönnroth K. Financial burden for tuberculosis patients in low- and middle-income countries: a systematic review. *Eur Respir J.* 2014 [acceso 11/03/2019];43(6):1763-75. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24525439>
18. Cattamanchi A, Miller CR, Tapley A, Haguma P, Ochom E, Ackerman S, *et al.* Health worker perspectives on barriers to delivery of routine tuberculosis diagnostic evaluation services in Uganda: a qualitative study to guide clinic-based interventions. *BMC Health Serv Res.* 2015 [acceso 12/03/2019];15:10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25609495>
19. Rockefeller Foundation, Save the Children, UNICEF, WHO. Universal Health Coverage: A Commitment to Close the Gap. London: Save the Children; 2013.
20. Pedraza N, Lavín J, González A, Bernal I. Factores Determinantes en la Calidad del Servicio Sanitario en México: Caso ABC. *Entramado.* 2014 [acceso 11/03/2019];10(2):76-89. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2654/265433711006.pdf>
21. Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Cien Saude Colet.* 2015 [acceso 11/03/2019];20(6):1947-58. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601947&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601947&lng=es&tlng=es)
22. García-Fernández L, Benites C, Huamán B. Barreras para el acceso a la atención integral de las personas afectadas por la coinfección por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en Perú, 2010-2015. *Rev Panam Salud Pública.* 2017 [acceso 11/03/2019];41:e23. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1020-49892017000100212](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1020-49892017000100212)



23. Zamora-Chávez SC. Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. *Revista Horizonte Médico*. 2016 [acceso 12/03/2019];16(1):38-47. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2016000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100006)
24. Anderson de Cuevas RM, Al-Sonboli N, Al-Aghbari N, Yassin MA, Cuevas LE, Theobald SJ. Barriers to Completing TB Diagnosis in Yemen: Services Should Respond to Patients' Needs. Dowdy DW, editor. *PLoS One*. 2014 [acceso 12/03/2019];9(9):e105194. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0105194>
25. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit*. 2016 [acceso 12/03/2019];30(6):415-20. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391111630098X>
26. Wynne A, Richter S, Banura L, Kipp W. Challenges in tuberculosis care in Western Uganda: Health care worker and patient perspectives. *Int J Africa Nurs Sci*. 2014;1(December):6-10. DOI: [10.1016/j.ijans.2014.05.001](https://doi.org/10.1016/j.ijans.2014.05.001)
27. Oladimeji O, Tsoka-Gwegweni J, Udoh EE. Barriers and Strategies to Improve Tuberculosis Care Services in Resource-Constrained Setting: A Qualitative Analysis of Opinions en Stake- holders in Oyo State South West Nigeria. *Tuberculosis*. EE. UU.: SM Group; 17 oct. 2017. p. 1-9. [acceso 11/03/2019] Disponible en: <https://smjournals.com/ebooks/tuberculosis/chapters/TB-17-18.pdf>
28. Gebreegziabher SB, Yimer SA, Bjune GA. Qualitative Assessment of Challenges in Tuberculosis Control in West Gojjam Zone, Northwest Ethiopia: Health Workers' and Tuberculosis Control Program Coordinators' Perspectives. *Tuberc Res Treat*. 2016;2016:1-8. DOI: <https://doi.org/10.1155/2016/2036234>
29. Nezenega ZS, Gacho YHM, Tafere TE. Patient satisfaction on tuberculosis treatment service and adherence to treatment in public health facilities of Sidama zone, South Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2013 [acceso 12/03/2019];13:110. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23521921>
30. Onyeonoro UU, Chukwu JN, Nwafor CC, Meka AO, Omotowo BI, Madichie NO, *et al*. Evaluation of Patient Satisfaction with Tuberculosis Services in Southern Nigeria. *Heal Serv Insights*. 2015 [acceso 12/03/2019];8:HSI.S27177. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.4137/HSI.S27177>
31. Srivastav, Mahajan H. Satisfaction levels among patients availing DOTS services in Bundelkhand Region (UP), India: Evidence en patient exit-interviews. *Ann Trop Med Public Heal*. 2014 [acceso 12/03/2019];7(2):116. Disponible en:

<http://www.atmph.org/article.asp?issn=1755->

[6783;year=2014;volume=7;issue=2;spage=116;epage=119;aulast=Srivastav](http://www.atmph.org/article.asp?issn=1755-6783;year=2014;volume=7;issue=2;spage=116;epage=119;aulast=Srivastav)

32. Rai N, Singh S, Kushwah S, Dubey D. A cross sectional study on evaluation of satisfaction level of TB patients enrolled for directly observed treatment, short course chemotherapy in a district of Central India. *Int J Community Med Public Heal*. 2017 [acceso 12/03/2019];4(1):5-8. Disponible en: <http://ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/view/3>
33. Shibiru lencho M, Elias AY, Dejene M, Zalalem KB. Quality of tuberculosis treatment services in public hospitals of Sidama Zone, Southern Ethiopia, 2016. *J Public Heal Epidemiol*. 2018 [acceso 12/03/2019];10(9):332-47. Disponible en: <http://academicjournals.org/journal/JPHE/article-abstract/6F1547258319>
34. Nisar S. Predictors of Medication Non-Adherence in Patients with Pulmonary Tuberculosis. *Journal of Health, Medicine and Nursing*. 2018 [acceso 12/03/2019];49:21-25 Disponible en: <https://www.iiste.org/Journals/index.php/JHMN/article/view/42046/43289>
35. Zevallos L, Pastor R, Moscoso B. Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2011 [acceso 12/03/2019];28(2):177-85. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342011000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
36. Velásquez A. Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2016 [acceso 12/03/2019];33(3):397. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2339>
37. Nepo-Linares E, Velásquez A. El Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2016 [acceso 12/03/2019];33(3):540. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2331>
38. Velásquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública*. 2016;33(3). DOI: [10.17843/rpmesp.2016.333.2338](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2338)

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### Contribuciones de los autores

*Oriana Rivera Lozada*: conceptualización; curación de datos; análisis formal; investigación; metodología; software; supervisión; validación; visualización; redacción-borrador original; redacción-revisión y edición.

*Isabel Cristina Rivera Lozada*: conceptualización; curación de datos; análisis formal; investigación; administración del proyecto; adquisición de fondos; supervisión; validación; visualización; redacción-borrador original; redacción-revisión y edición.

*César Antonio Bonilla Asalde*: conceptualización; curación de datos; análisis formal; investigación; metodología; administración del proyecto; recursos; software; supervisión; validación; visualización; redacción-borrador original; redacción-revisión y edición.