

Barreras de acceso a la atención de la salud según la nacionalidad peruana – venezolana, en puérperas de un Hospital Público del Perú

 Allison Katherine Blanquillo-Reyes¹,  Yuly R. Santos-Rosales².

RESUMEN

Objetivo: Analizar las barreras de acceso a la atención de la salud según la nacionalidad peruana – venezolana, en puérperas de un Hospital Público del Perú, 2022 - 2023.

Métodos: Estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal; incluyó una muestra de 284 puérperas de nacionalidad peruana y venezolana, del Hospital San Juan de Lurigancho, seleccionadas por muestreo estratificado. La técnica de recolección de datos fue una encuesta y el instrumento un cuestionario válido y confiable. La prueba chi cuadrado de Pearson o exacta de Fisher se usó para determinar la diferencia. La asociación se evaluó con la prueba de regresión de Poisson y el sentido de esta mediante la razón de prevalencia cruda y ajustada.

Resultados: El 87,3 % de puérperas fueron peruanas y 12,7 % venezolanas. Las barreras de acceso a la atención de salud más frecuentes en peruanas fueron de disponibilidad: el no contar con todos los servicios necesarios para una atención ($p < 0,001$) y el de aceptabilidad: sentir que sus creencias o costumbres fueron afectadas ($p < 0,001$). Las puérperas venezolanas reportaron como barreras de aceptabilidad: haber recibido un trato diferente por ser migrante ($p < 0,001$) y haber sentido discriminación durante la atención ($p = 0,007$).

Conclusión. Existe diferencia significativa en las barreras de acceso a la atención de la salud en puérperas, presentándose barreras de disponibilidad y aceptabilidad en peruanas y la última en venezolanas.

Palabras clave: Barreras de acceso a los servicios de salud, Periodo posparto, Migrantes.

Barriers to access to health care according to Peruvian-Venezuelan nationality in postpartum women in a public hospital in Peru.

SUMMARY

Objective: Analyze the barriers to access to health care according to Peruvian - Venezuelan nationality in postpartum women in a Public Hospital of Peru 2022 – 2023.

Methods: Observational, analytical, prospective and cross-sectional study; included a sample of 284 postpartum women of Peruvian and Venezuelan nationality, from the San Juan de Lurigancho Hospital, selected by stratified sampling. The data collection technique was a survey and the instrument was a valid and reliable questionnaire. Pearson's chi-square or Fisher's exact test was used to determine the difference. The association was assessed using the Poisson regression test and the sense of regression using the crude and adjusted prevalence ratio.

Results: 87,3 % of postpartum women were Peruvian and 12,7 % Venezuelan. The most frequent barriers to access to health care in Peruvians were availability: not having all the services necessary for care ($p < 0,001$) and acceptability: feeling that their beliefs or customs were affected ($p < 0,001$). Venezuelan postpartum women reported as barriers to acceptability: having received different treatment for being a migrant ($p < 0,001$) and having felt discrimination during care ($p = 0,007$).

Conclusions: There is a significant difference in the barriers to access to health care in postpartum women, with availability and acceptability barriers occurring in Peruvian women and the latter in Venezuelan women.

Keywords: Barriers to access of health services, Postpartum period, Transients and Migrants.

INTRODUCCIÓN

Perú es uno de los países con mayor recepción de migrantes debido al desplazamiento de la población venezolana, originado por la crisis humanitaria, económica y política que afecta a este país (1, 2). El movimiento migratorio, constituye un fenómeno que aumenta la vulnerabilidad de la salud (3). A pesar de

¹Obstetra, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. ²Magister en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Especialista en Obstetricia de Alto Riesgo, Hospital San Juan de Lurigancho, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Este estudio forma parte de la tesis presentada por Blanquillo- Reyes AK para obtener el título de licenciada en Obstetricia. Correo para correspondencia: ysantosr@unmsm.edu.pe

Forma de citar este artículo: Blanquillo-Reyes AK, Santos-Rosales YR. Barreras de acceso a la atención de la salud según nacionalidad peruana - venezolana en puérperas de un Hospital Público del Perú. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(2): 168-177. DOI: 10.51288/00840210

que el derecho a la atención médica de los migrantes está respaldado por la ley, esta población se enfrenta a obstáculos para acceder a dichos servicios (4). Por lo tanto, la atención de la salud materna, sexual y reproductiva emerge como uno de los servicios esenciales que adquiere relevancia en este contexto.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente la mitad de la población global no dispone de acceso completo a los servicios fundamentales de atención médica, y la atención a las necesidades de salud de los migrantes suele ser abordada de manera dispar, con un acceso variable en los países receptores (5). Algunos reportes a nivel de Latinoamérica como Colombia, han evidenciado que las migrantes venezolanas que recibieron atenciones prenatales y parto, presentaron barreras como discriminación, malos tratos, costos elevados, desinformación y falta de documentos de identificación (6). Por otro lado, en Ecuador, las gestantes y puérperas migrantes son consideradas grupos poblacionales con mayores necesidades de salud y enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud, entre ellos el largo tiempo de espera, falta de personal de salud, medicinas, equipamiento, transporte y dinero (7).

En el Perú, según la Encuesta Dirigida a la Población Venezolana que Reside en el País (ENPOVE), en 2018, solo el 29,7 % de venezolanas recibió atención en algún servicio relacionado a la salud sexual y/o reproductiva (8). Por otro lado, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en 2022, el 94,5 % de peruanas presentaron alguna barrera para acceder a los servicios sanitarios, siendo los más frecuentes la falta de medicamentos, personal de salud y problemas económicos (9).

Las barreras de acceso en los servicios de salud influyen sobre los indicadores de salud e impactan en la calidad de atención, afectando el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes, refugiadas y de acogida, lo cual compromete la salud

de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, aumentando el riesgo de morbimortalidad (10). El Hospital San Juan de Lurigancho, es el único hospital del Ministerio de Salud con el que cuenta el distrito. Además, es un establecimiento que cubre una gran demanda de atención del binomio madre - niño, familia y comunidad, considerando que San Juan de Lurigancho es el distrito más poblado a nivel nacional (11).

El objetivo de esta investigación es analizar las barreras de acceso a la atención de la salud según la nacionalidad peruana – venezolana, en puérperas de un Hospital Público del Perú 2022 – 2023.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal.

La población estuvo conformada por 1085 puérperas atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho, durante los meses de diciembre de 2022 a febrero de 2023. Se incluyeron peruanas y venezolanas mayores de 18 años, en condición de alta, que hayan tenido parto vaginal o cesárea en el establecimiento de salud y con firma de consentimiento. Se excluyeron participantes con algún problema de salud mental o discapacidad física y aquellas con datos incompletos.

El cálculo del tamaño de la muestra se efectuó en el programa *Open Epi*, se consideró un tamaño de la población de 1085 puérperas de acuerdo con el registro previo del hospital, frecuencia hipotética del 50 %, precisión absoluta del 5 % y efecto de diseño 1. Considerando un nivel de confianza del 95 %, se obtuvo un tamaño de muestra de 284 participantes. El muestreo empleado fue probabilístico estratificado. Se consideró como estratos a las poblaciones peruanas

y venezolanas, en quienes se realizó el muestreo aleatorio, para lo cual se realizó una distribución proporcional, siendo 248 peruanas y 36 venezolanas.

La variable de interés fueron las barreras de acceso a la atención de la salud, estudiada en 4 dimensiones (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio). Asimismo, la variable de nacionalidad se consideró como peruana o venezolana.

La técnica de recolección de datos fue una encuesta y el instrumento un cuestionario, con el permiso de la institución diariamente se revisó el registro de puérperas en condición de alta, se realizó la aleatorización según nacionalidad y proporción. El instrumento se basó en la teoría del “Modelo de Cobertura Efectiva” descrita por Tanahashi, adaptada y traducido por Hirmas y cols. (12), se incluyó 4 secciones: características sociodemográficas, obstétricas, barreras de acceso y nacionalidad. El contenido se validó por 6 expertos (V de Aiken de 0,95) y para la confiabilidad se efectuó una prueba piloto en 24 puérperas (Kuder Richardson 0,96).

La información fue analizada en el *software* estadístico STATA versión 14. Las variables cuantitativas fueron reportadas mediante medidas de tendencia central y de dispersión. Las cualitativas mediante frecuencias y proporciones. La proporción obtenida está acompañada de intervalo de confianza al 95 %. La determinación de la variación estadísticamente significativa se realizó a través de la prueba chi cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher (comparación de proporciones y dependiendo de la frecuencia de valores esperados menores a 5) y la prueba de T de Student o U de Mann-Whitney (comparación de medidas de tendencia central). Para evaluar la asociación entre variables principales se utilizó la prueba de regresión de Poisson, determinando el sentido de esta mediante la razón de prevalencia cruda y ajustada, donde se asumió como diferencia estadísticamente significativa para un valor de $p < 0,05$.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital San Juan de Lurigancho. La participación en el estudio fue voluntaria, tras firmar un consentimiento informado. Se respetaron los principios bioéticos para investigaciones en humanos, de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

De 284 participantes, el 12,7 % (36) de puérperas fueron venezolanas; de 248 peruanas, el 44,4 % (126) fueron de la costa del Perú, el 30,3 % (86) de la sierra y el 12,7 % (36) de la selva. Respecto al estado migratorio de las puérperas venezolanas, el 61,1 % (22) refirió ser “residente temporal”, el 36,1 % (13) “irregular o no tiene documentos legales para permanecer en el país” y el 2,8 % (1) “residente permanente”. El 83,3 % (30) de venezolanas indicó vivir 3 o más años en el país, mientras que el 16,7 % (6) 1 a 2 años.

La mediana de la edad fue 29 años, el estado civil en su mayoría fue unión libre (80,3 %), grado de instrucción secundaria completa (68,3 %), religión católica (47,9 %) y la ocupación principal fue ama de casa (66,9 %). En el análisis por nacionalidad se observó diferencia significativa en la ocupación ($p < 0,001$); en la población venezolana la segunda ocupación más frecuente fue ser trabajadora dependiente (36,1 %), mientras que en la peruana trabajadora independiente (20,2 %). Se observó que las peruanas tienen mayor proporción de estudios nivel superior técnico y las venezolanas mayor proporción de educación superior universitaria (tabla 1).

Respecto a las características obstétricas, se evidenció que la mediana del número de hijos fue 2 y las atenciones prenatales (APN) 7. El 68,3 % inició la APN en el primer trimestre. El lugar donde recibieron las APN fueron frecuentemente en los centros de salud (84,5 %) y el tipo de parto fue vaginal (68,7 %). Hubo

Tabla 1. Características sociodemográficas de las púerperas

Características sociodemográficas	Total		Nacionalidad				p †
	n = 284	%	Venezolana		Peruana		
			n = 36	%	n = 248	%	
Edad*							
(Mediana, RIQ)	(29; 8)	(29; 6,5)	(29; 9)	0,672**			
Estado civil							
Soltera	22	7,7	3	8,3	19	7,7	0,999
Casada	34	12,0	4	11,1	30	12,1	
Unión libre	228	80,3	29	80,6	199	80,2	
Grado de instrucción							
Primaria	35	12,3	5	13,9	30	12,1	0,043
Secundaria	194	68,3	27	75,0	167	67,3	
Superior técnico	44	15,5	1	2,8	43	17,3	
Superior universitario	11	3,9	3	8,3	8	3,2	
Religión							
Católica	136	47,9	16	44,4	120	48,4	0,224
Cristiana	47	16,5	9	25,0	38	15,3	
Testigo de Jehová	3	1,1	0	0,0	3	1,2	
Evangélica	24	8,4	0	0,0	24	9,7	
Mormón	2	0,7	0	0,0	2	0,8	
Otro	7	2,5	0	0,0	7	2,8	
Ninguna	65	22,9	11	30,6	54	21,8	
Ocupación							
Ama de casa	190	66,9	19	52,8	171	68,9	< 0,001
Estudiante	7	2,5	0	0,0	7	2,8	
Trabajadora dependiente	33	11,6	13	36,1	20	8,1	
Trabajadora independiente	54	19,0	4	11,1	50	20,2	

† Evaluado mediante la prueba exacta de Fisher; * Distribución no normal, evaluado mediante prueba Shapiro Wilk ($p = 0,00268$); ** Evaluado mediante la prueba U de Mann-Whitney; RIQ: Rango intercuartílico

una mayor proporción de partos por cesárea en la población venezolana en comparación con la peruana, aunque no significativa (tabla 2).

Respecto a barreras de disponibilidad, se identificó que la proporción de participantes que refirieron que el establecimiento no contó con todos los servicios necesarios para la atención varió significativamente entre púerperas peruanas y venezolanas, siendo las primeras quienes más reportaron esta barrera, lo cual reduce la prevalencia de acceso a una atención (RPa

0,01; $p < 0,001$; IC 95 %: 0,09 - 0,35). Los demás ítems no mostraron diferencias significativas según nacionalidad. Sin embargo, la percepción de las peruanas en cuanto a inaccesibilidad representó un porcentaje mayor (tabla 3).

En las barreras de accesibilidad, en ninguno de los ítems hubo diferencia significativa según nacionalidad entre las púerperas. Sin embargo, una mayor proporción de venezolanas percibieron dificultades en el acceso (tabla 4).

BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEGÚN LA NACIONALIDAD PERUANA – VENEZOLANA, EN PUÉRPERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DEL PERÚ

Tabla 2. Características obstétricas de las puérperas

Características obstétricas	Total		Nacionalidad				p †
	n = 284	%	Venezolana		Peruana		
			n = 36	%	n = 248	%	
Número de hijos*							
(Mediana; RIQ)	(2; 2)	(2; 1)	(2; 2)	0,056**			
Número de APN***							
(Mediana; RIQ)	(7; 3)	(7,5; 2)	(7; 3)	0,595**	19	7,7	0,999
Trimestre del embarazo en el que inició la atención prenatal							
Primer trimestre	194	68,3	24	66,7	170	68,5	0,260††
Segundo trimestre	75	26,4	12	33,3	63	25,4	
Tercer trimestre	15	5,3	0	0,0	15	6,1	
Lugar donde realizó sus atenciones prenatales							
Puesto de salud	10	3,6	1	2,8	9	3,6	0,359††
Centro de salud	240	84,5	33	91,6	207	83,5	
Hospital	2	0,7	1	2,8	1	0,4	
Puesto de salud y hospital	2	0,7	0	0,0	2	0,8	
Centro de salud y hospital	14	4,9	0	0,0	14	5,6	
Privado	16	5,6	1	2,8	15	6,1	
Tipo de parto							
Vaginal	195	68,7	20	55,6	175	70,6	0,070
Cesárea	89	31,3	16	44,4	73	29,4	

† Evaluado mediante la prueba chi cuadrado de Pearson; †† Evaluado mediante la prueba exacta de Fisher; * Distribución no normal, evaluado mediante prueba Shapiro Wilk ($p < 0,00001$); ** Evaluado mediante la prueba U de Mann-Whitney; *** Distribución no normal, evaluado mediante prueba Shapiro Wilk ($p = 0,00002$); RIQ: Rango intercuartílico; APN: atención prenatal.

Tabla 3. Barreras de disponibilidad para el acceso a la atención de la salud según nacionalidad en puérperas del Hospital San Juan de Lurigancho, 2022-2023

Barreras de disponibilidad	Total		Nacionalidad				Análisis †			
	n = 284	%	Venezolana		Peruana		p †	Crudo RPc [IC95 %]	Ajustado *	
			n = 36	%	n = 248	%			p †	RPa [IC95 %]
En el establecimiento de salud faltan instalaciones y ambientes adecuados para brindar una atención										
Si	38	13,4	1	2,8	37	14,9	0,093	0,18	-	-
No	246	86,6	35	97,2	211	85,1	Ref.	[0,02-1,32]	Ref.	
En el establecimiento de salud faltan equipos médicos adecuados para brindar una atención.										
Si	28	9,9	1	2,8	27	10,9	0,174	0,25	-	-
No	256	90,1	35	97,2	221	89,1	Ref.	[0,03-1,82]	Ref.	
Falta de disponibilidad de medicamentos y/o insumos en la farmacia del establecimiento de salud.										
Si	64	22,5	7	19,4	57	23,0	0,642	0,84	-	-
No	220	77,5	29	80,6	191	77,0	Ref.	[0,41-1,71]	Ref.	
En el establecimiento de salud hace falta mayor cantidad de personal de salud para brindar una atención.										
Si	33	11,6	2	5,6	31	12,5	0,253	0,44	-	-
No	251	88,4	34	94,4	217	87,5	Ref.	[0,11-1,78]	Ref.	
El personal de salud se encuentra poco capacitado para brindarle la atención adecuada.										
Si	12	4,2	1	2,8	11	4,4	0,650	0,62	-	-
No	272	95,8	35	97,2	237	95,6	Ref.	[0,08-4,72]	Ref.	
El establecimiento de salud no cuenta con todos los servicios que necesita para su atención.										
Si	11	3,9	0	0,0	11	4,4	< 0,001	0,09	< 0,001	0,01
No	273	96,1	36	100,0	237	95,6	Ref.	[0,04-0,17]	Ref.	[0,09-0,35]
Falta de información adecuada sobre el proceso o pasos a seguir para acceder a la atención en el establecimiento de salud.										
Si	91	32,0	8	22,2	83	33,5	0,208	0,66	-	-
No	193	68,0	28	77,8	165	66,5	Ref.	[0,35-1,25]	Ref.	

IC95 %: Intervalo de confianza al 95%; RPc: Razón de prevalencia crudo; RPa: Razón de prevalencia ajustado; Ref.: Categoría de referencia; † Evaluado mediante regresión de Poisson; * Ajustado con: grado de instrucción, ocupación, número de hijos y tipo de parto

Tabla 4. Barreras de accesibilidad para el acceso a la atención de la salud según nacionalidad en puérperas del Hospital San Juan de Lurigancho, 2022-2023.

Barreras de accesibilidad	Total		Nacionalidad				Análisis †			
			Venezolana		Peruana		Crudo		Ajustado *	
	n = 284	%	n = 36	%	n = 248	%	p †	RPc [IC95 %]	p †	RPa [IC95 %]
El establecimiento de salud se encuentra lejos de su vivienda.										
Si	49	17,2	4	11,1	45	18,1	0,318	0,61	-	-
No	235	82,8	32	88,9	203	81,9	Ref.	[0,23-1,60]	Ref.	
Tuvo dificultades para conseguir un medio de transporte que la lleve al establecimiento de salud.										
Si	24	8,4	4	11,1	20	8,1	0,537	1,38	-	-
No	260	91,6	32	88,9	228	91,9	Ref.	[0,49-3,81]	Ref.	
Realizó demasiados trámites para ser atendida en el establecimiento de salud.										
Si	25	8,8	4	11,1	21	8,5	0,599	1,31	-	-
No	259	91,2	35	88,9	227	91,5	Ref.	[0,47-3,61]	Ref.	
Tuvo dificultades para afiliarse al seguro integral de salud.										
Si	9	3,2	3	8,3	6	2,4	0,071	3,44	-	-
No	275	96,8	33	91,8	242	97,6	Ref.	[0,89-13,2]	Ref.	
La falta de un documento de identificación (DNI, cédula de identidad, pasaporte o carné de extranjería, etc.) le impidió acceder a los servicios de salud.										
Si	0	0,0	0	0,0	0	0,0	- **	-	-	-
No	284	100,0	36	100,0	248	100,0	Ref.	-	Ref.	
El tiempo de espera para su atención fue muy prolongado.										
Si	47	16,5	2	5,6	45	18,1	0,092	0,31	-	-
No	237	83,5	34	94,4	203	81,9	Ref.	[0,07-1,21]	Ref.	
Hubo incumplimiento de la programación, orden de llegada o prioridad de atención.										
Si	26	9,1	1	2,8	25	10,1	0,200	0,28	-	-
No	258	90,9	35	97,2	223	89,9	Ref.	[0,04-1,98]	Ref.	
Sus ingresos económicos fueron insuficientes para acceder a los servicios del establecimiento de salud.										
Si	13	4,6	4	11,1	9	3,6	0,052	3,06	-	-
No	271	95,4	32	88,9	239	96,4	Ref.	[0,99-9,44]	Ref.	
Tuvo dificultades para cubrir gastos extras de los medicamentos o exámenes que no se le pudieron proporcionar mediante el seguro integral de salud.										
Si	10	3,5	3	8,3	7	2,8	0,105	2,95	-	-
No	274	96,5	33	91,7	241	97,2	Ref.	[0,79-10,9]	Ref.	

IC95 %: Intervalo de confianza al 95%; RPc: Razón de prevalencia crudo; RPa: Razón de prevalencia ajustado; Ref.: Categoría de referencia; † Evaluado mediante regresión de Poisson; * Ajustado con: grado de instrucción, ocupación, número de hijos y tipo de parto; ** No es posible hacer el cálculo por ausencia de participantes con la categoría de interés

En las barreras de aceptabilidad. Se evidenció que haber sentido que sus creencias o costumbres fueron afectadas, reduce la probabilidad de acceso a la atención en las puérperas peruanas (RPa: 0,04; $p < 0,001$; IC 95 %: 0,01 - 0,11), mientras que en el grupo de venezolanas se asoció a una mayor probabilidad de acceso el haber recibido un trato diferente por ser migrante (RPa: 2,25; $p < 0,001$; IC 95 %: 1,53 - 2,69) y el haberse sentido discriminada en algún momento durante la atención (RPa: 19,97; $p = 0,007$; IC 95 %: 2,27 - 175). Los demás ítems no muestran diferencia significativa según nacionalidad; no obstante, un mayor porcentaje de venezolanas indicaron barreras en el acceso (tabla 5).

En las barreras de contacto con el servicio. No se evidenció diferencias significativas según nacionalidad, sin embargo, se identificó que la proporción de peruanas que indicaron dificultades en el acceso representaron un porcentaje mayor (tabla 6).

DISCUSIÓN

El acceso a la salud es un derecho universal. Sin embargo, su cobertura es incompleta para todos los

BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEGÚN LA NACIONALIDAD PERUANA – VENEZOLANA, EN PUÉRPERAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DEL PERÚ

Tabla 5. Barreras de aceptabilidad para el acceso a la atención de la salud según nacionalidad en puérperas del Hospital San Juan de Lurigancho, 2022-2023.

Barreras de aceptabilidad	Total		Nacionalidad				Análisis †			
			Venezolana		Peruana		Crudo		Ajustado *	
	n = 284	%	n = 36	%	n = 248	%	p †	RPc [IC95 %]	p †	RPa [IC95 %]
Tuvo temor y/o vergüenza al atenderse en el establecimiento de salud.										
Si	6	2,1	2	5,6	4	1,6	0,145	3,44	-	-
No	278	97,9	34	94,4	244	98,4	Ref.	[0,65-18,2]	Ref.	
Ha sentido que sus creencias o costumbres fueron afectadas durante la atención.										
Si	2	0,7	0	0,0	2	0,8	< 0,001	0,08	<	0,04
No	282	99,3	36	100,0	246	99,2	Ref.	[0,02-0,36]	0,001	[0,01-0,11]
Ha percibido un trato diferente por ser peruana o migrante venezolana.										
Si	1	0,3	1	2,8	0	0,0	< 0,001	6,98	<	2,25
No	283	99,7	35	97,2	248	100,0	Ref.	[1,01-48,6]	0,001	[1,53-2,69]
En algún momento se ha sentido discriminada durante la atención.										
Si	5	1,8	3	8,3	2	0,8	0,009	10,33	0,007	19,97
No	279	98,2	33	91,7	246	99,2	Ref.	[1,78-59,9]	Ref.	[2,27-175]
El personal de salud la atendió sin amabilidad, respeto, afectando a su privacidad y confidencialidad.										
Si	10	3,5	2	5,6	8	3,2	0,481	1,72	-	-
No	274	96,5	34	94,4	240	96,8	Ref.	[0,37-7,81]	Ref.	
Desconfianza del trato recibido por el personal de salud.										
Si	10	3,5	1	2,8	9	3,6	0,797	0,76	-	-
No	274	96,5	35	97,2	239	96,4	Ref.	[0,09-5,88]	Ref.	

IC95 %: Intervalo de confianza al 95 %; RPc: Razón de prevalencia crudo; RPa: Razón de prevalencia ajustado; Ref.: Categoría de referencia
 † Evaluado mediante regresión de Poisson; * Ajustado con: grado de instrucción, ocupación, número de hijos y tipo de parto

Tabla 6. Barreras del contacto con el servicio para el acceso a la atención de la salud según nacionalidad en puérperas

Barreras del contacto con el servicio	Total		Nacionalidad				Análisis †			
			Venezolana		Peruana		Crudo		Ajustado *	
	n = 284	%	n = 36	%	n = 248	%	p †	RPc [IC95 %]	p †	RPa [IC95 %]
Considera que ha recibido una mala atención.										
Si	11	3,9	1	2,8	10	4,0	0,719	0,68	-	-
No	273	96,1	35	97,2	238	96,0	Ref.	[0,09-5,24]	Ref.	
El establecimiento de salud no resolvió su necesidad de salud o motivo de atención.										
Si	0	0,0	0	0,0	0	0,0	- **	-	-	-
No	284	100,0	36	100,0	248	100,0	Ref.	-	Ref.	
Se sintió insatisfecha con la atención recibida.										
Si	14	4,9	1	2,8	13	5,2	0,535	0,53	-	-
No	270	95,1	35	97,2	235	94,8	Ref.	[0,07-3,94]	Ref.	

IC95%: Intervalo de confianza al 95%; RPc: Razón de prevalencia crudo; RPa: Razón de prevalencia ajustado; Ref.: Categoría de referencia
 † Evaluado mediante regresión de Poisson; * Ajustado con: grado de instrucción, ocupación, número de hijos y tipo de parto
 ** No es posible hacer el cálculo por ausencia de participantes con la categoría de interés

grupos poblacionales debido a distintas barreras que dificultan su acceso y uso. Para las puérperas peruanas, la principal barrera asociada a la disponibilidad es la falta de servicios para brindar una adecuada atención en el hospital. Reportaron que algunas instituciones de salud no cuentan con servicios integrales de salud materna y neonatal, manifestando la necesidad de ampliar la oferta de estos servicios (13). En las demás barreras no hubo diferencias significativas; sin embargo, un mayor número de peruanas señalaron la falta de información sobre el proceso para acceder a una atención en el hospital. En Perú, las venezolanas no tenían conocimiento y tampoco recibieron información correcta sobre el acceso y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva (14). Esta situación demuestra la necesidad de implementar y reordenar los servicios, así como de mejorar la transparencia y acceso a la información sobre el proceso de atención.

En cuanto a la accesibilidad, no hubo diferencias. No obstante, las puérperas venezolanas tuvieron mayores dificultades para conseguir un medio de transporte que las lleve al hospital y las puérperas peruanas refirieron que el hospital no se encontraba cerca de sus viviendas. La falta de acceso a un transporte, la distancia entre el hogar y el establecimiento de salud, se asocia con una menor probabilidad de utilizar los servicios de salud (15). En el ámbito rural hay un porcentaje significativamente mayor de barreras geográficas en comparación a quienes viven en áreas urbanas (16). Una adecuada planificación y abordaje del plan de parto en caso de las gestantes puede mejorar esta barrera.

De igual modo, usuarias venezolanas tuvieron mayores dificultades para afiliarse a un seguro integral de salud (SIS). Un estudio realizado por el Grupo de Trabajo para Refugiados y Migrantes (GTRM) en Perú, reportó que persisten barreras administrativas para la afiliación al SIS en la población venezolana. Posibles causas que lo explican son la falta de inclusión de las variables

de nacionalidad en los sistemas de registro de salud y no contar con documentación debido a una situación migratoria irregular (17). Pese a ser considerado un grupo vulnerable y el aseguramiento universal, el acceso al seguro aun es un problema que requiere un abordaje oportuno.

Igualmente, sus ingresos económicos fueron insuficientes para acceder a los servicios del hospital y presentaron dificultades para cubrir gastos extras de medicamentos o exámenes que no se les proporcionaron mediante el SIS. Lo encontrado se relaciona con el estudio en Colombia y Perú respectivamente, quienes señalaron que los recursos económicos de los migrantes venezolanos eran escasos para gastar en atención médica (13, 18). Pese a contar con SIS, las condiciones laborales y necesidades incrementadas de los migrantes aun es una constante, más aún en estado de gestación.

En la dimensión de aceptabilidad, se dieron a conocer diferencias significativas entre las puérperas. Las usuarias venezolanas indicaron haberse sentido discriminadas en algún momento durante la atención y haber recibido un trato diferente por ser migrantes. En Colombia, evidenciaron tratos de discriminación, estigma y xenofobia por parte del personal de salud hacia venezolanas que acudían a sus atenciones prenatales y para la atención de su parto. Este hecho, ocurrió particularmente en los hospitales públicos (13). Por su parte, las puérperas peruanas manifestaron que sus creencias y costumbres fueron vulneradas durante la atención y, por el contrario, ninguna puérpera venezolana lo manifestó, contexto que difiere de otros estudios. En Noruega, un grupo de mujeres migrantes experimentaron que el personal de salud rechazó diversas prácticas culturales que ellas solicitaron durante su parto y puerperio (19). Aún existen brechas en el abordaje intercultural y se requiere mejorar las actitudes de los trabajadores, para un trato adecuado libre de prejuicios, así como sensibilizar a la población para evitar cualquier tipo de discriminación.

En la dimensión de contacto con el servicio, no se encontró una variación significativa de las barreras de acceso. Aun así, las puérperas de nacionalidad peruana en una mayor proporción percibieron haber recibido una mala atención; por lo tanto, no se sintieron satisfechas con la atención. Un estudio realizado en Colombia, muestra que el 6,5 % de venezolanas y 6 % de colombianas que acudieron a sus atenciones prenatales, se mostraron insatisfechas ante los servicios prestados, en este caso se observa un porcentaje mayor en la población migrante, sin embargo la diferencia tampoco es significativa (20); se reporta que las mujeres migrantes, desplazadas tienen mayor riesgo a la vulnerabilidad de sus derechos y limitación a la atención sanitaria (21).

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra que las barreras de acceso fueron evaluadas mediante una encuesta estructurada donde hay barreras predefinidas, con lo cual pueden existir barreras que no haya logrado captar el cuestionario. Además, las barreras de acceso encontradas solo se circunscriben al entorno del Hospital San Juan de Lurigancho, por ese motivo se sugerirá replicar el estudio en varios centros (multicéntrico), con mayor muestra, así como abordar un enfoque cualitativo.

En conclusión, las barreras de disponibilidad y aceptabilidad para la atención de salud muestran diferencias según nacionalidad en las puérperas peruanas y venezolanas. Se requiere seguir ejecutando políticas sanitarias que contribuyan a la reducción o eliminación de las barreras de acceso tomando en cuenta las necesidades de salud de la población migrante y de acogida con el fin de lograr el acceso equitativo y de calidad en la atención de salud.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital San Juan de Lurigancho por prestar sus instalaciones para la elaboración de esta investigación.

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses. Autofinanciado.

REFERENCIAS

1. Fundación Konrad Adenauer [Internet]. Lima: KAS; 2021 [consultado 20 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.kas.de/es/web/peru/statische-inhalte-detail/-/content/especial-migracion-venezolana-1>
2. Loayza-Alarico M. Migración y los efectos en la salud pública. *Rev Fac Med Humana*. 2019;19(4):10-1. DOI: 10.25176/RFMH.v19i4.2334.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2022 [consultado 11 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>.
4. Portal de Datos sobre Migración [Internet]. Berlín: Derechos de los migrantes; 2022 [consultado 22 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/derechos-de-los-migrantes>
5. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Cobertura Sanitaria Universal (CSU); 2023 [consultado 19 de noviembre de 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
6. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. [Internet]. Bogotá: Profamilia/IPPF; 2019 [consultado 19 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/353083252_LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.
7. Plataforma de Coordinación Intergerencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [GTRM] [Internet]. Quito: GTRM Ecuador. Evaluación conjunta. Necesidades mayo 2022; 2022 [consultado 19 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.r4v.info/es/document/gtrm-ecuador-evaluacion-conjunta-necesidades-mayo-2022>
8. Instituto Nacional de Estadística e Información [Internet]. Lima: Encuesta Dirigida a la Población Venezolana que Reside en el País [ENPOVE 2018]; 2018 [consultado 18 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1666/
9. ENDES 2022 [Internet]. Lima: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - 2022; [consultado 19 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233597-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2022>.

10. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Nueva York: Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). OPS; 2020 [consultado el 19 mayo del 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. Análisis de la situación de salud hospitalaria [ASISHO] 2021 [Internet]. Lima: Unidad de epidemiología y salud ambiental. Hospital San Juan de Lurigancho; 2021 [consultado el 19 mayo del 2023]. Disponible en :<https://hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/asis2021.pdf>.
12. Hirmas M, Poffald L, Jasmen AM, Aguilera X, Delgado I, Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013 [consultado 16 de abril de 2022];33:223-9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/es/>
13. Calderón M, Murad R, Acevedo N, Forero L, Rivillas JC. Necesidades en salud sexual y salud reproductiva: perspectivas de la población migrante venezolana en cuatro ciudades fronterizas. *Manzana Discordia*. 2021; 16(1):1-23. DOI:10.25100/lamanzanadeladiscordia.v16i1.10735.
14. Irons R. Percepción de mujeres venezolanas sobre los servicios de salud sexual y reproductiva en Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* . 2021;38(2):248-53. DOI: 10.17843/rpmesp.2021.382.6217.
15. Penman SV, Beatson RM, Walker EH, Goldfeld S, Molloy CS. Barriers to accessing and receiving antenatal care: Findings from interviews with Australian women experiencing disadvantage. *J Adv Nurs*. 2023;79(12):4672-86. DOI: 10.1111/jan.13049.
16. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riego A, *et al*. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2022; 46:e94. DOI: 10.26633/RPSP.2022.94.
17. Plataforma de Coordinación Intergerencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [Internet]. GTRM Perú Análisis Conjunto de Necesidades para el RMRP 2023. 2023 [consultado 9 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.r4v.info/es/document/GTRMPeru_JNA_RMRP2023
18. Ali M, Cordero J, Khan F, Folz R. ‘Leaving no one behind’: a scoping review on the provision of sexual and reproductive health care to nomadic populations. *BMC Womens Health*. 2019;19:161. DOI: 10.1186/s12905-019-0849-4.
19. Bains S, Skråning S, Sundby J, Vangen S, Sørbye IK, Lindskog BV. Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women - a mixed-method study in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21:686. DOI: 10.1186/s12884-021-04131-7.
20. Buelvas García S. Calidad percibida en la atención prenatal a mujeres migrantes venezolanas y colombianas que pertenecen al régimen subsidiado Cartagena, 2020-2021. [Tesis en Internet]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2021 [consultado 9 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/11304/1007254746.pdf?sequence=1>.
21. Sawadogo PM, Sia D, Onadja Y, Beogo I, Sangli G, Sawadogo N, *et al*. Barriers and facilitators of access to sexual and reproductive health services among migrant, internally displaced, asylum seeking and refugee women: A scoping review. *PLoS One*. 2023;18(9):e0291486. DOI: 10.1371/journal.pone.0291486.

Recibido 9 de marzo de 2024
Aprobado 18 de abril de 2024