

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POST GRADO



TESIS

**“DETERMINANTES SOCIOCULTURALES Y ORGANIZACIONALES
ASOCIADOS CON EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN EL
DISTRITO DE LEYMEBAMBA- AMAZONAS 2016”**

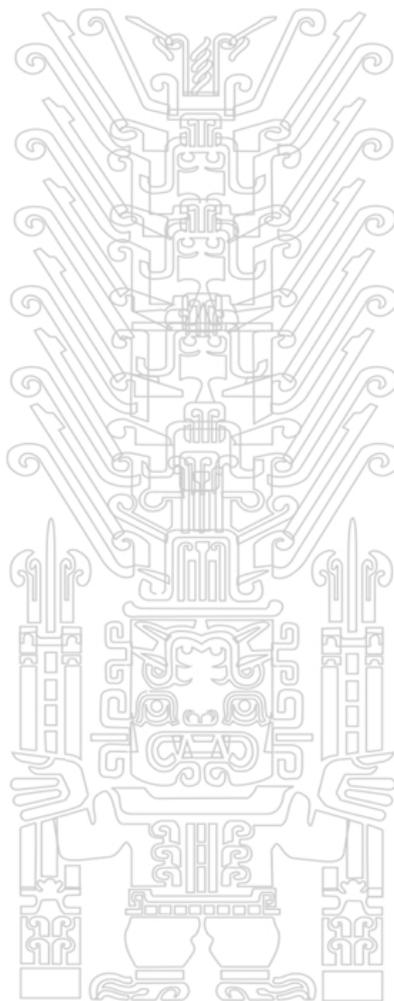
AUTORA:

CARMEN LUZ VILCA CHAVEZ

PARA OPTAR EL GRADO DE:

**MAGISTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GESTIÓN
HOSPITALARIA**

LIMA – PERÚ
2017



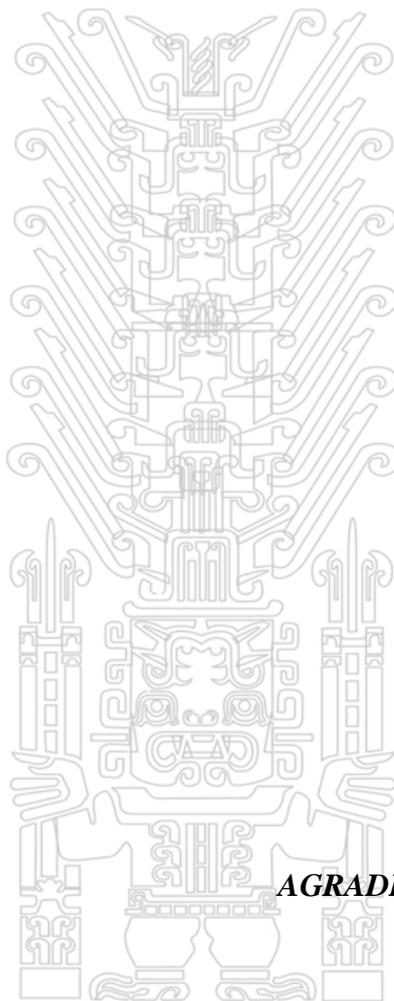
DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial, A mis familiares por el apoyo y comprensión y

a esa persona especial por su tiempo

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV



AGRADECIMIENTO

Mi más profundo agradecimiento a esta casa de estudios, a los catedráticos, en especial al Dr. Jorge Díaz Dumont, por todos los conocimientos impartidos a lo largo de mi formación profesional.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de cuadros	vi
Índice de Figuras	ix
Índice de Tablas.....	xi
Resumen	xii
Abstract.....	xiii
Introducción.....	xiv

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes.....	16
1.2. Planteamiento del Problema.....	24
1.3. Objetivos.....	27
1.4. Justificación.....	27
1.5. Alcances y Limitaciones.....	29
1.6. Definición de variables.....	29

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. BASES TEÓRICAS	31
---------------------------	----

Relación entre usuarios de los servicios y el sistema de salud	32
Dimensión política	32
Acceso Potencial	33
Acceso Real	33
Barreras de Acceso a los Servicios de Salud	33
Barreras Socioculturales	33
Barreras Institucionales	33
Barreras Políticas, Nacionales o territoriales	34
La política de Salud en el Perú y acceso a los servicios de Salud	34
Determinantes de la Salud	37
Determinantes de acceso a los servicios de Salud	38
2.2. Hipótesis	40
CAPÍTULO III: MÉTODO	
3.1. Tipo de estudio	42
3.2. Variables	42
3.3. Población	45
3.4. Muestra	45
3.5. Instrumentos de recolección de datos	46
3.6. Metodología de recolección de datos	47
3.7. Técnicas Estadísticas de análisis de datos	47

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Contratación de hipótesis	50
4.2. Análisis e interpretación	51

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1. Discusión	100
5.2. Conclusiones	108
5.3. Recomendaciones	111
5.4. Referencias bibliográfica	112

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia	117
Anexo 2: Instrumentos	118



ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Distribución de la población por grupos étnicos	51
Cuadro 2. Distribución de la población con problemas de salud	53
Cuadro 3. Población con problemas de salud según ubicación geográfica	54
Cuadro 4. Población con problemas de salud según sexo	55
Cuadro 5. Población que manifestó molestias las últimas cuatro semanas: Lugar de atención para solucionar el problema de salud	56
Cuadro 6. Población que manifestó enfermedad y accedió a un EE.SS.....	58
Cuadro 7. Tipo de seguro de la población que no accedió a un EE.SS	59
Cuadro 8. Población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas según Sexo	60
Cuadro 9. Población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas según Edad	61
Cuadro 10. Población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas según Lugar de residencia.....	63
Cuadro 11. Población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas según Estado civil	64

Cuadro 12. Población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas según Número de hijos.....	65
Cuadro 13. Población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas según Ocupación	66
Cuadro 14. Población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas según Grado de instrucción.....	67
Cuadro 15. Población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas según Religión	69
Cuadro 16. Población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas según Lengua materna	70
Cuadro 17. Población que alguna vez acudió a un establecimiento de salud.....	71
Cuadro 18. Horario de atención del EE.SS según la población de Leymebamba.....	72
Cuadro 19. Tiempo de espera del EE.SS según la población de Leymebamba	73
Cuadro 20. Trato del personal del EE.SS según la población de Leymebamba.....	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la población por grupos étnicos.....	52
Figura 2. Población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas...	53
Figura 3. Lugar de residencia de la Población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas	54
Figura 4. Sexo de la Población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas.....	55
Figura 5. Población que manifestó molestias las últimas cuatro semanas: Lugar de atención para solucionar el problema de salud	57
Figura 6. Población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas y accedió a un establecimiento de salud	58
Figura 7. Tipo de seguro de población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas y no accedió a un EE.SS.....	59
Figura 8. Sexo de población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas y no accedió a un EE.SS	60
Figura 9. Edad de población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas y no accedió a un Establecimiento de Salud	62
Figura10. Lugar de residencia de población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas y no accedió a un EE.SS	63

Figura11. Estado Civil de población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas y no accedió a un EE.SS.....	64
Figura12. Número de Hijos de población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas y no accedió a un EE.SS.....	65
Figura13. Estado laboral de población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas y no accedió a un EE.SS.....	66
Figura14. Grado de instrucción de población que manifestó problemas de salud en las últimas 4 semanas y no accedió a un EE.SS.....	68
Figura15. Religión de población que manifestó problemas de salud en las últimas 4 semanas y no accedió a un EE.SS.....	69
Figura16. Lengua materna de población que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas y no accedió a un EE.SS.....	70
Figura17. Población que alguna vez accedió a un EE.SS y que manifestó problemas de salud en las últimas cuatro semanas y no accedió a ninguno.....	71
Figura18. Horario de atención según población que alguna vez anterior accedió a un EE.SS	72
Figura19. Tiempo de espera según población que alguna vez anterior accedió a un EE.SS	73
Figura20. Trato de personal según población que alguna vez anterior accedió a un EE.SS	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Acceso A Los Servicios De Salud Según Sexo.....	75
Tabla 2: Acceso A Los Servicios De Salud Según Edad	77
Tabla 3: Acceso A Los Servicios De Salud Según Lugar De Residencia	79
Tabla 4: Acceso A Los Servicios De Salud Según Estado Civil	81
Tabla 5: Acceso A Los Servicios De Salud Según Número De Hijos	83
Tabla 6: Acceso A Los Servicios De Salud Según Condición Laboral	85
Tabla 7: Acceso A Los Servicios De Salud Según Grado De Instrucción.....	87
Tabla 8: Acceso A Los Servicios De Salud Según Religión.....	89
Tabla 9: Acceso A Los Servicios De Salud Según Lengua.....	91
Tabla 10: Acceso A Los Servicios De Salud Según Horario De Atención.....	93
Tabla 11: Acceso A Los Servicios De Salud Según Tiempo De Espera.....	95
Tabla 12: Acceso A Los Servicios De Salud Según Trato Del Personal	97

RESUMEN

La presente investigación se realizó con la finalidad de identificar los Determinantes Socioculturales y Organizacionales asociados con el acceso a servicios de salud en el distrito de Leymebamba, provincia de Chachapoyas, departamento de Amazonas durante el último trimestre del año 2016, para tal fin se empleó una encuesta previamente validada.

La investigación incluyó a 1020 pobladores. Las variables analizadas fueron los Determinantes socioculturales y organizacionales, además del acceso a los servicios de salud.

Se observó una demanda potencial (haber presentado algún problema de salud) de 69,9%. Del total de la población que presentó algún problema de salud que no accedió a los establecimientos de salud fue 66,8%, con mayor prevalencia en la zona urbana (65,5%), con sexo femenino (54,2%), con 3 a 5 hijos (41,3%), se encuentran ocupados (87,3%), además se identificó que accedieron en alguna oportunidad a un centro de salud (64,9 %), de los cuales manifestaron que los horarios de atención no eran adecuados(68%), que el tiempo de espera era bastante o demasiado (77,1%) y el trato recibido por el personal fue malo (50,2%),

El trabajo presentó la no asociación de entre los determinantes: Edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, grado de instrucción, religión y lengua con el acceso a los servicios de salud en la población en estudio

La investigación demostró asociación entre los determinantes: Número de hijos, la condición laboral, horario de atención, tiempo de espera y trato del personal con el acceso a los servicios de salud en la población en estudio

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the purpose of identifying the Sociocultural and Organizational Determinants associated to the access to health services in the district of Leymebamba, Chachapoyas province, department of Amazonas during the last quarter of 2016. Previously validated survey.

The research included 1020 inhabitants, with an average of 30 years. The variables analyzed were socio-cultural and organizational determinants, as well as access to health services.

Potential demand (having had a health problem) of 69.9% was observed. Of the total population that presented a health problem that did not reach health facilities was 66.8%, with a higher prevalence in the urban area (65.5%), female (54.2%), with 3 out of 5 children (41.3%), were occupied (87.3%), sometimes visited a health center (64.9%), of which they stated that the hours of care were not adequate (68%), that the waiting time was quite or too (77.1%) and the treatment received by the staff was bad (50.2%),

The study presented a non-association between the determinants: Age, sex, geographic stratum, marital status, educational level, religion and language with access to health services in the study population

The research showed an association between the determinants: Number of children, work status, working hours, waitingtime and treatment of staff with access to health services in the study population

Keywords: Sociocultural Determinants, Organizational Determinants, Access

INTRODUCCIÓN

En el mundo actual las oportunidades de acceso a los servicios de salud no son equitativas. Las personas que presentan características sociales y culturales desfavorecidas tienen menos acceso al sistema de salud, estas desigualdades muestran la crisis que padecen día a día los de abajo para hacer uso de los recursos sanitarios.

Uno de los mayores desafíos de los sistemas de salud a nivel mundial es garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, se han realizado diversas reformas para cumplir con este aspecto; nuestro país no es ajeno a esta realidad, sin embargo aún no se ha podido zanjar de manera definitiva este punto. La situación de la salud en el Perú es muy heterogénea y fragmentada, existe una estrecha relación con el nivel de la pobreza, las malas condiciones de vida y el escaso acceso a los servicios.

A pesar de los avances a nivel económico aún no se ha podido establecer un sistema de salud capaz de satisfacer las necesidades de la población, esto se debe a múltiples factores, como la poca inversión del PBI en salud, además de tratar de establecer un modelo plano a nivel nacional y no tomándose en cuenta que somos una población con diferentes características socioculturales, creencias y costumbres como consecuencia de la heterogeneidad social y económica prevalente, como es lógico se genera una reducida cobertura y aumento de barreras en el acceso a los servicios de salud.



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANTECEDENTES

A nivel nacional

Logaray (2010). Evaluó el Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud en el Perú, utilizando como fuente secundaria los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), encuesta del año 2007, que presenta una muestra de 22,640 viviendas. Asoció variables explicativas como área de residencia, nivel educativo, sexo, edad, hacinamiento, abastecimiento de agua y servicios higiénicos. Observó que un tercio del total de personas que accedieron a algún servicio de salud (29.8%), se atendió usando el seguro integral de salud (SIS). Del total de personas que usaron el SIS para atenderse, 38.6% pertenecía a Quintil 1 de pobreza. El proveedor que tuvo más importancia de servicios de salud fue el Ministerio de Salud con 63.7% de los atendidos, seguido de Essalud con 18.3%. En su mayoría, la población accedió a servicios de salud por percibir un malestar (48.1%); la segunda causa de atención fueron las enfermedades no crónicas (37.8%). El nivel socioeconómico influyó de forma significativa sobre el acceso a los servicios de salud. El vivir en área urbana tuvo influencia significativa y afectó negativamente el acceso. La edad también influyó de forma significativa, afectando positivamente el acceso en los menores de 3 años y negativamente en los grupos de 3-17 y de 18-65 años. La variable sexo tuvo efecto significativo. El nivel educativo del jefe del hogar tuvo impacto significativo negativo sobre el acceso solo en los dos grupos con menor nivel educativo. El no contar con servicios higiénicos adecuados tuvo impacto negativo sobre el acceso. El residir en alguna región natural en particular, el sexo del jefe del hogar, la presencia de hacinamiento y la fuente de abastecimiento de agua no ejercieron influencia significativa sobre el acceso. Concluye que

el SIS tiene impacto positivo en el acceso a los servicios de salud en todos los niveles socioeconómicos, en especial en la población correspondiente a los dos quintiles más pobres y si toda la población estuviese afiliada al SIS, la probabilidad de acceso aumentaría en un 19.93%.

Sullcahuaman (2007). Identifica los factores socioculturales y organizacionales que limitan el acceso a los servicios de salud en el distrito de Cajabamba- Cajamarca, valiéndose de una encuesta previamente validada. El estudio prospectivo fue realizado en 1012 pobladores. Entre sus resultados encontró que la demanda potencial de salud fue de 74,51%, además observa que el 79,58% no accedió a un establecimiento de salud; el 80% de la población presentó una o más necesidades básicas insatisfechas; el 69,4% fue analfabeta; el 60,88% se encontraban con empleo. Además de ello resalta que 70,3% de los encuestados manifestó que los horarios de atención no eran los adecuados; el 56,8% afirmó que el tiempo de espera era demasiado y el 42,6% que el trato por parte del personal era malo o muy malo.

El trabajo determinó la asociación del sexo y necesidades básicas insatisfechas al acceso de los servicios de salud, mientras que el estrato geográfico, estado civil, lengua materna, grado de instrucción y tiempo de espera no están asociados con el acceso al servicio de salud

Navarrete (2007). Realiza una investigación con el objetivo de identificar los determinantes no económicos asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de San Ignacio en el departamento de Cajamarca. La metodología que usó el autor es de tipo prospectiva, transversal, observacional y analítica. La recolección de datos la hizo a través de una encuesta que previamente fue validada y sometida a una prueba piloto, en 1230 pobladores.

Entre sus resultados muestra que la demanda potencial es de 44,10% con mayor prevalencia de población urbana (51,32%) y en el sexo femenino (52,03%) y una demanda efectiva

(acceso a los servicios de salud) del 18,45%, con mayor prevalencia en la zona rural (89%) y en sexo masculino (54%). Los lugares de atención con mayor demanda fueron las postas de salud de la jurisdicción (70%) por el uso del Seguro Integral de Salud (66%).

El trabajo determinó la no asociación entre la ubicación Geográfica, sexo, estado civil y grado de instrucción con el acceso a los servicios de salud en la población en estudio; pero si demostró la asociación entre necesidades básicas insatisfechas, estado laboral, analfabetismo y edad con el acceso a los servicios de salud en la población en estudio.

Suarez; García & Mendoza (2000), realizaron una investigación sobre la Inequidad en el uso de los servicios de salud en niños y adultos de tres poblaciones rurales del Perú,. El trabajo fue dirigido a la población adulta entre 15 a 65 años, se tomó una muestra representativa de la población residente en hogares con niños menores de 3 años. Se encontró que entre el 28 y 34% de la población adulta, tuvo una enfermedad o accidente el mes previo a la entrevista. En general menos de 45% de todos ellos consultaron con alguien por estos problemas. Entre quienes no buscaron asistencia médica, el factor que desmotivó más el acceso fue el económico, y el menor el no considerar su problema importante. En total, alrededor de la tercera parte de los adultos consultaron en algún servicio sobre su problema de salud. Se concluye que en las zonas estudiadas existe alta morbilidad y baja tasa de uso de servicios de salud. Esta pobre utilización se mostró dependiente de factores posibilitadores (económicos), predisponentes (etno-culturales) y de los propios servicios. Ello configura un patrón inequitativo en la accesibilidad a los servicios de salud, el cual es necesario modificar.

More (2000). Utilizó como fuente de información la encuesta Nacional de Hogares del Segundo Trimestre del año 1998 para identificar los determinantes del acceso y no acceso a

condiciones de acceso a estos servicios en el Perú. Estableció un modelo Logit general, en el cual la variable dependiente fue el acceso. En este modelo, las Necesidades Básicas Insatisfechas son las que explican mejor el acceso a los servicios de salud. Otras dos variables también lo explican: el tiempo de llegada (la accesibilidad temporal) y el ingreso per cápita. También son importantes resaltar la accesibilidad temporal, el ingreso y la condición de pobreza. Respecto de las razones por las que no accedan a los servicios de salud, el 22,3% de la población no lo hace porque no tiene dinero, es decir es pobre o pobre extremo, a ello se suman la no existencia de consultas o medicinas, la falta de atención, la no existencia de servicios de salud o no haber personal calificado.

A nivel internacional

Alvis & Herrera. (2013); Realizaron una investigación sobre los determinantes socioeconómicos del acceso a los servicios de salud en la Región Caribe Colombiana en el año 2010. Su investigación es de tipo descriptiva. Los datos proceden de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en el año 2010. En el análisis usaron proporciones y medias y en el econométrico se utilizó un modelo Logit binomial. La muestra comprendió 51,400 hogares ubicados en las zonas tanto urbanas como rurales de 258 municipios. Los autores muestran en sus resultados que de los que presentaron un problema de salud, el 69.9% accedió a los Servicios de salud y el 30.1% buscó una solución alternativa como la automedicación, los remedios caseros, farmacias, entre otros.

Las principales barreras de acceso a los servicios de Salud en la región Caribe fueron la percepción de que su problema no era grave (36.31%), el costo del servicio de salud (10.65%), el costo del transporte (7.26%) y la no afiliación a la seguridad social de la población (7.23%).

Concluye que la afiliación y la edad son los determinantes más importantes para explicar el acceso a los servicios de salud, ambas variables resultaron ser significativas. Las variables como la edad, el sexo, el área de residencia y la afiliación no fueron significativos para explicar el acceso a los servicios de salud

Zapata (2013). Realizó una investigación para caracterizar las principales barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado de San Gil, Santander en Colombia. Su estudio es analítico de corte transversal, teniendo como muestra a 378 afiliados al régimen subsidiado que solicitaron el servicio al menos una vez durante el último año. Los datos se obtuvieron aplicando un formulario elaborado por el mismo autor. Entre los resultados se tiene que un 72% de asistentes a los EESS fueron mujeres, un 74,6% viven en zonas urbanas, un 55% tenía un nivel educativo básico o primaria incompleta y el 83,2% vivía a menos de treinta minutos. Concluye que la principal barrera fue la oportunidad de la atención solicitada con un 86,26%, luego las dificultades en la atención con un 29,32% y la tramitología con un 86,4%; además afirma que existe una relación entre la edad y las dificultades en la atención en los EESS, esto se destaca en tramitología, donde a mayor edad, mayor fue la dificultad para poder acceder a la autorización de los servicios requeridos. El nivel de escolaridad también resultó ser un factor relacionado con las dificultades en la atención por parte de la EPSS, donde a mayor escolaridad mayor posibilidad de acceso a los servicios.

Flores, S. Campo, C; trochez M & peña, C. (2012). Realizaron una investigación descriptiva y transversal, en la que se describen las barreras de acceso desde la demanda y la oferta a los servicios de salud que tiene la comunidad afrocolombiana del Corregimiento de

Quilcacé en Colombia, en una muestra de 241 habitantes, usando métodos de observación,

revisión del archivo del centro de Salud, entrevistas y una encuesta previamente diseñada. Se logró determinar que el 97.5% de las personas evaluadas, acuden al hospital cuando se encuentran enfermos; el 73,8% y el 100% manifestaron haber estado enfermos en los últimos 10 días en cuanto a su salud física y mental respectivamente; el 97,5% de la muestra manifiesta que el desplazamiento hacia el hospital del Tambo tiene una duración entre 91 y 180 minutos. También muestran que las barreras relacionadas con la prestación de servicios, están relacionadas con la pobreza, la accesibilidad geográfica de los servicios y con elementos organizativos como los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención. El autor concluye que la población afrocolombiana a pesar de que la mayoría de la población está afiliada a un régimen de salud, esto no es suficiente garantía para acceder a un servicio de salud con calidad.

Morera & Aparicio, (2010). Realizó una investigación para aproximarse a los determinantes de la utilización de consultas médicas en el país de Costa Rica. En su estudio observacional - transversal utiliza los datos de la primera Encuesta Nacional en Salud para Costa Rica (ENSA 2006) que fue realizada a para un total de 7.523 individuos. Entre sus resultados se observa que el 25% de los encuestados declaró haber utilizado al menos una consulta en el último mes. Se estableció que un 62,2% de los encuestados que asistieron a un EESS tuvieron secundaria incompleta; un 53% de los que asistieron fueron hombres; un 86% estuvieron asegurados; un 21% de los asistentes pertenecían al quintil 2 de ingresos per cápita y un 66% vivían en la zona central de Costa Rica. Concluye que las personas con nivel de educación universitaria completa tienen una mayor probabilidad de acudir al médico que los individuos con menor nivel educativo y que la edad no resultó significativa en la decisión de contacto ni en la frecuencia de utilización de las consultas.

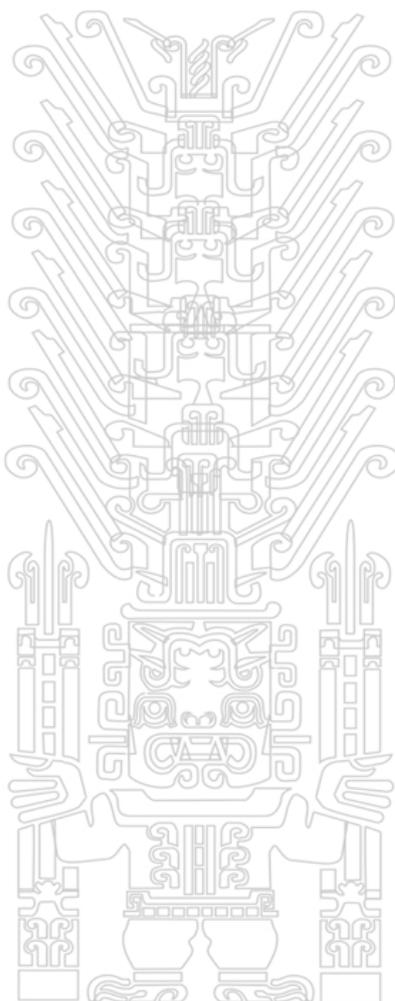
Hautecoeur, Zunzunegui & Vissandjee (2007). Realizaron una evaluación cualitativa para identificar y documentar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Se entrevistaron a quince indígenas achís y a cinco profesionales sanitarios. Afirmaron que las barreras de acceso están interrelacionadas y las barreras geográficas están relacionadas con la distancia y con la escasez de transporte; las barreras económicas son los precios de las consultas y de los medicamentos, además, entre las barreras culturales, la lengua española es un obstáculo. Los indígenas tienen otra percepción de la medicina y de los tratamientos y están inconformes en ocasiones del trato abusivo por parte de los profesionales de la salud. A su vez, los profesionales critican las condiciones precarias de vida y la ausencia de recursos. Concluyen que los servicios de salud no son adecuados ni suficientes para responder a las necesidades de la población local.

Mejía; Sánchez & Tamayo (2006). Realizaron un estudio descriptivo cuyo objetivo fue analizar la equidad y los determinantes en el acceso a servicios de salud en Antioquia. Analizaron el nivel socioeconómico y tipo de afiliación. Se construyó un modelo Logit cuyas variables explicativas son el estatus socioeconómico, edad, educación, género, ubicación urbano/rural, estado de salud auto reportado y tipo de afiliación a la seguridad social. Sus resultados afirman que no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí entre éstos y los no afiliados. El factor económico es un factor determinante para no acceder a servicios de salud para los afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados.

Existe un sesgo positivo en el acceso a servicios de salud preventivos que beneficia a quien presenta mayor poder adquisitivo. Concluye que la educación, edad y tipo de afiliación a la seguridad social son los principales factores que inciden sobre el acceso a servicios curativos

y preventivos. El género, estado de salud autorreportado y ubicación geográfica son factores

adicionales para explicar el acceso a servicios preventivos, pero que no inciden en el acceso a servicios curativos



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los esfuerzos denodados por mejorar la salud a nivel mundial mediante diversas reformas de salud, se observa una crisis que refleja inequidades entre los países y dentro de ellos. Uno de los principales retos de los sistemas de salud es garantizar la equidad en el acceso y uso de sus servicios, especialmente en aquellos países en vías de desarrollo que presentan poblaciones que no pueden hacer uso de los servicios por barreras económicas, sociales, culturales, educacionales y organizacionales. El análisis del acceso a servicios sanitarios se hace decisivo en cuanto se convierta en un indicador de cumplimiento de las políticas en salud, además de ser útil en el análisis institucional y en una fuente de bibliográfica acerca de los problemas a los que se enfrenta la población para acceder, también para aprovechar los recursos, para conocer las características de los grupos menos favorecidos y de aprovechar las capacidades y eliminar las debilidades que tiene el sistema

Según la OIT, un 56% de las personas que viven en las zonas rurales en el mundo no tienen acceso a los servicios de salud básicos, más del doble de la cifra de las zonas urbanas, donde el 22% no tiene cobertura.¹²

Las reformas del Estado llevadas a cabo en los países de Latinoamérica, especialmente desde los años noventa, incluyen la priorización de la realizar una nueva estructuración de los sistemas de salud, enfatizando la descentralización de los servicios, la universalidad e igualdad en el acceso a los servicios de salud, sin embargo la inequidad en el acceso de atención sigue constituyendo uno de los problemas centrales en el ámbito de la salud. Aproximadamente sólo el 51,63% de la población de América Latina y el Caribe acceden a

servicios de salud¹³

El sistema de salud peruano presenta una gran fragmentación, gran cantidad de población que no cuenta con seguro de salud y grandes diferencias de cobertura entre las personas. El 65% de peruanos no acceden a los servicios de salud, siendo la población que vive en la zona rural la que en mayor proporción no accede a los servicios sanitarios, encabezando la lista los departamentos de Huancavelica, Apurímac, Cajamarca, Puno y Amazonas ³, cifras que demuestran que falta mucho por hacer, por ejemplo ejecutar programas y políticas que presenten una dimensión nacional marcada, teniendo en cuenta las características socioeconómicas y culturales de nuestra población, ya que nuestro país es heterogéneo tanto social y económicamente; por ello resulta necesario conocer cuáles son las razones y barreras particulares de cada sector de nuestro país

En el particular caso de la Región Amazonas, existen 464 establecimientos de Salud del Ministerio de salud, el 44% de éstos se encuentran en las cuatro provincias del sur (Chachapoyas, Luya, Rodríguez de Mendoza y Bongará), el 24% en la Provincia de Utcubamba y el 18% y 14% se encuentran en las provincias de Bagua y Condorcanqui, respectivamente. Existe un gran porcentaje de población que no presenta acceso a los servicios de salud. ¹⁴

En el distrito de Leymebamba, el acceso de la población a los servicios de salud en el año 2014 fue sólo del 35%, esta cifra refleja una realidad muy cruda y esto afecta tanto a la salud de los pobladores como a la falta de cumplimiento de indicadores por parte de los establecimientos de salud, trayendo consecuencias muy serias a nivel distrital, regional y nacional.¹⁵

1.2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio de Investigación ha formulado los siguientes problemas:

PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los determinantes socioculturales y organizacionales que están asociados con el acceso a los servicios de salud del distrito de Leymebamba- Amazonas?

PROBLEMAS SECUNDARIOS

- 1) ¿Cuáles son las características demográficas de la población del distrito de Leymebamba en el último trimestre del año 2016?
- 2) ¿Cuáles son los determinantes sociales que están asociados con el acceso a los servicios de salud en el último trimestre del año 2016?
- 3) ¿Cuáles son los determinantes culturales que están asociados con el acceso a los servicios de salud en el último trimestre del año 2016?
- 4) ¿Cuáles son los determinantes organizacionales que están asociados con el acceso a los servicios de salud en el último trimestre del año 2016?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los determinantes socioculturales y organizacionales que están asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba- Amazonas en el año 2016

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar la demanda potencial de los servicios de salud
- 2) Identificar la población que no accede a los servicios de salud
- 3) Determinar la asociación de los determinantes sociales (Sexo, edad, lugar de Residencia, estado civil, número de hijos, condición laboral) con el acceso de los servicios de salud
- 4) Determinar la asociación de los determinantes culturales (Grado de instrucción, religión, lengua materna) con el acceso a los servicios de salud
- 5) Determinar la asociación de los determinantes organizacionales (Horario de atención, tiempo de espera, trato de personal) con el acceso a los servicios de salud

1.4. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se centra en el acceso a los servicios de salud y en cuánto contribuye en el bienestar de la población. Por ello, este estudio identifica a los determinantes y los asocia como componente de bienestar.

El hecho de no acceder a los servicios sanitarios hace que se pierda el estímulo de su uso, lo que lleva a que las enfermedades se vuelvan crónicas y con muchas complicaciones, también el tratamiento de los mismos aumento de cifras de muertes y por tanto el deterioro del estado de salud, además la inconformidad por parte de la población y la poca eficiencia del sistema. Esto hace que la salud se vuelva no equitativa y que por tanto los más afectados sean la población menos favorecida. Por eso, es necesario conocer los determinantes que limitan el acceso de los servicios sanitarios para realizar la identificación de las deficiencias en la distribución de recursos técnicos, humanos y sobre todo financieros y poder relizar acciones que permitan mejorar este contexto

El presente estudio presenta una justificación práctica, ya que los resultados obtenidos podrán ser extrapolados a otros departamentos de nuestro país con características similares al del estudio

Presenta una justificación social, ya que sabiendo cuales son los determinantes de acceso al servicio en esta población se podrán realizar políticas y acciones en salud, educación y demás ramas de forma específica para mejorar el acceso a los servicios sanitarios.

Presenta una justificación económica, ya que a mayor acceso de la población a los establecimientos de salud se podrán cumplir los indicadores de los diversos programas y así llegará mayor solvento económico para las diferentes estrategias

Presenta una justificación teórica debido a que servirá como sustento de diferentes

proyectos similares a la investigación

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

1.5. LIMITACIONES

- 1) La falta de antecedentes de investigaciones relacionadas con las variables en estudio.
- 2) Disponibilidad de recursos económicos para hacer más corta la investigación.

1.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Es presente estudio ha considerado las siguientes variables:

1.6.1. Variable 1, Acceso a los servicios de Salud:

El acceso a los servicios de salud se define como proceso mediante el cual las personas buscan atención sanitaria y ésta se logra.

(Rodríguez, 2010, pp. 21).

1.6.2. Variable 2, Determinantes sociales, Determinantes culturales, Determinantes Organizacionales:

- Determinantes sociales: Son aquellos determinantes relacionados con la edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, número de hijos y la condición laboral que presente la población
- Determinantes Culturales: Son aquellos determinantes relacionados con el grado de instrucción, la religión y la lengua de la población
- Determinantes Organizacionales: Son aquellos determinantes relacionados con el horario de atención de los servicios de salud, el tiempo de espera y el trato del personal de salud



CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 BASES TEÓRICAS

Acceso a los Servicios de Salud

El acceso a la atención de los problemas sanitarios es una de las mayores preocupaciones de las políticas de salud y uno de los temas que causan mayor discusión sobre los sistemas de salud, casi todos de los autores coinciden en que se trata de un término que está mal definido.¹⁶ El acceso a los servicios de salud se define como el proceso mediante el cual la población busca atención y el objetivo se logra¹⁷, su definición y medición varía con el contexto geográfico y el tiempo, observándose estos cambios en las políticas y objetivos en de salud.¹⁸

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la accesibilidad como la “Organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad. La atención tiene que ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población, y ser provista en medios aceptables para ellos”.⁷

El acceso a los servicios de salud debe comprender la disposición de recursos, pero también la relevancia, oportunidad y adecuación de los recursos enfocados a las necesidades de atención por parte de la población. Se debe tener en cuenta que el acceder a atenderse en un centro sanitario es un indicador de la equidad y la eficiencia de los sistemas de salud y esta relacionada con la disminución de conductas riesgosas, el incremento de hábitos saludables y la mejora de la salud.¹⁹ Esta situación debe ser entendida de forma menos superficial, analizando las características propias de la población y de los recursos con que

se cuentan, de forma obvia se debe tomar en cuenta las condiciones sociales, económicas, culturales, demográficas y organizacionales.

Existen numerosos estudios sobre los diferentes determinantes que afectan el acceso y la utilización de los servicios de salud, y todos coinciden en interactuar los factores sociales, factores individuales y factores estructurales característico de cada servicio. En general, se ha propuesto cómo la población más vulnerable socialmente y con más necesidades en cuanto a salud son aquellas que han obtenido menor atención y cuidado. Los servicios de salud se establecen como determinantes intermedios que influyen en las desigualdades en salud entre los diferentes grupos poblacionales²⁰

Relación entre usuarios de los servicios y el sistema de salud

Aday y Andersen establecen tres dimensiones para comprender la relación que existe entre usuarios de los servicios y el sistema sanitario: la dimensión política, el acceso potencial y el acceso real^{2, 19}

dimensión política se refiere a las acciones organizadas y encabezadas por el Estado para enriquecer el acceso de los servicios sanitarios, lo cual implica desde la organización de los sistemas de salud, la entrega de recursos y la elección de los criterios de elegibilidad¹⁹. La mayoría de las barreras que se presentan se relacionan con carencias de las instituciones del sistema, que son causadas por la ausencia de recursos materiales, la pésima asignación de éstos, o como consecuencia del concepto del plan de beneficios y la engorrosa burocracia establecida para hacer parte de la lista de beneficiarios²

Acceso potencial se refiere a la interrelación entre las características del sistema de salud, su disposición de recursos y la manera de organizarse ¹⁹ y de ésta surgen barreras otorgadas a la oferta. En relación a la demanda intervienen factores como habilidad de los agentes, predisposición y necesidad ²

Acceso real desde la perspectiva institucional y de las experiencias de los usuarios, es el uso efectivo de los servicios. Éste depende de ciertos determinantes palpables como por ejemplo el tipo de prestador, los servicios o el propósito del uso; e intrínsecos como la experiencia personal vivida en los servicios, la satisfacción de la calidad de la atención que se recibe, la adherencia al tratamiento y conductas frente a la salud, también es importante resaltar la práctica de prevención, estilos de vida saludable, etc. ¹⁹

Barreras de Acceso a los Servicios de Salud

Barreras de acceso se comprende como toda situación o condición que limita o impide recibir o disfrutar la atención o los beneficios que ofrece el sistema de salud. Este conjunto de situaciones se traduce en subutilización de los servicios ofrecidos ²⁰, también son las limitaciones que obstaculizan que una persona disponga de una atención de salud adecuada ⁶

Barreras socioculturales: Son inconvenientes del requerimiento y utilización de servicios sanitarios, entendimiento y configuración de imaginarios sociales, autocuidado y derecho de salud, como ejemplos tenemos al nivel socioeconómico; mitos, leyendas y prejuicios; definiciones sobre el cuidado de la salud, adolescencia, identidad de género, cultura, etnia, brecha generacional y más.

Barreras institucionales: Hace referencia a los inconvenientes estructurales de la forma como se organizan los servicios sanitarios, pueden ser de tipo administrativas y de gestión (políticas institucionales, procesos administrativos, ineficiencia en la gestión, infraestructura de las instituciones), oferta de servicios (como ubicación, organización y funcionamiento de los servicios); calidad de los servicios (como el espacio físico para la prestación de servicios, horarios, asignación de citas, mecanismos de referencia); personal de salud existente; recursos financieros (como recursos insuficientes, desabastecimiento de insumos/medicamentos); interacción con la comunidad (como actividad extramural y movilización comunitaria); educación y promoción de servicios disponibles, acceso a desarrollos tecnológicos; coordinación interinstitucional/ intersectorial; participación juvenil, social y comunitaria; entre otros

Barreras políticas, nacionales o territoriales

Inconvenientes en cuanto a la forma macroeconómica de la gestión del Estado como asegurador de los derechos, por ejemplo las políticas, lineamientos y normatividad sectorial

19

La Política de salud en el Perú y el Acceso a los Servicios de Salud

En el Perú, se ha venido ejerciendo un conjunto de acciones para establecer una organización en la prestación de servicios sanitarios. De esta manera, se han instaurado dos formas de ordenar el sistema sanitario, uno de ellos es la salud colectiva, la cual hace referencia al bien público, es decir en masa, la cual tiene preferencia en la atención del Estado Peruano en cuanto a suministro y subvención (se considera salud colectiva en tópicos

preventivos y promocionales) y la otra es la salud individual, donde existe corresponsabilidad entre el Estado y el individuo como persona sobre la salud ¹⁵

En el proceso de reforma del sector salud en nuestro país se ha visto desarrollando un facultó una trascendente expansión tanto de ofertas de servicios como de recursos humanos en zonas alejadas de la capital ². De igual forma, en el contexto de la reforma, se han modificado las normas y también el marco regulador, entre las cuales sobresalen la Ley General de Salud de 1997, la Ley de modernización social en salud del mismo año y la Ley de creación del Seguro Social de Salud de 1998 - desarrollando estímulos para fomentar los sistemas de previsión tanto públicos como privados, con el objetivo de sacar ventaja a los recursos en un contexto que mejore su eficiencia ⁵. También se formaron los comités locales de Administración de salud (CLASS) ²

La reforma en salud en nuestro país, también efectúa otras acciones para lograr la tan ansiada acción de la equidad, para ello, se proporciona recursos para enfrentarse a la enfermedad en poblaciones menos favorecidas, con más riesgos y con menor poder adquisitivo o condiciones de vida paupérrimas, dentro de esta reforma se plantean estrategias de salud colectiva, la implementación de actividades de prevención, promoción, vigilancia y control de enfermedades que se presentan con mayor frecuencia que casi siempre se producen en las poblaciones más vulnerables, prueba de ello, es que se implementa el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, cuyo objetivo es reconocer a las víctimas y facilitarles ayuda para cubrir necesidades básicas como la alimentación y tratamiento de la enfermedad en forma gratuita. Otras enfermedades importantes y frecuentes en nuestro país como la malaria y la Bartonelosis también son tomadas en cuenta para poder diagnosticarlas y establecer un tratamiento totalmente gratuito; la estrategia que

se usa para ello es subsidiar la demanda, en otras palabras destinar fondos para todos los

establecimientos de salud que atienden estas enfermedades y en general destinar financiamiento priorizando los sectores más vulnerables para romper barreras y lograr el acceso universal a los establecimientos de salud en el Perú ⁵

El problema de los costos en salud es un problema que se debe priorizar, se ha enfrentado este problema para los pobres mediante la inducción de lineamientos de subsidios para grupos seleccionados como el Seguro Integral de salud SIS ³.

Se ha obtenido éxito en casi todo el país en cuanto a mejorar procesos que están en relación a la calidad de atención; pero no se ha logrado dirigir cambios importantes en el acceso a servicios de salud, por ello se da la necesidad de plantear nuevamente los lineamientos y políticas de la reforma, y se debe partir de un diagnóstico correcto de las verdaderas necesidades de las personas, y esto conllevará a que haya respuestas eficaces con políticas distintas para poblaciones distintas ⁸

En nuestro país, los principales motivos que impiden que la intención de asistir a un establecimiento de salud se convierta en demanda son: los ingresos, el nivel de educación y la cultura, siendo el ingreso económico familiar insuficiente la causa principal de que no se acceda o que se acceda y no se pueda continuar con el tratamiento, existe también la causa de que la población no refleja su salud como un bien y esto se relaciona con el nivel educativo de cada persona y otro grupo no demanda los servicios sanitarios por cuestiones culturales, por su legaje tradicional, por sus costumbres, por sus hábitos, vergüenza, entre otros.) ⁵.

Por otro lado Essalud y la OIT afirman que en el 2011, de la cantidad de la población que no realizó consultas sobre su salud (a pesar de haber padecido algún problema), el 40.5% sostuvo que no era necesario recibir atención de salud. El 27.9% se valió de

remedios caseros o se automedicó, el 15,3% comentó que no accedió a consulta porque el establecimiento de salud quedaba lejos, porque no tenía confianza en los médicos o por la demora en la atención y un 12,9% manifestó la falta de dinero como barrera de acceso a los servicios sanitarios; el resto del porcentaje se divide en otras barreras como: la ausencia de pertenecer a una aseguradora, la falta de tiempo, el maltrato por parte del personal de salud, y otras causas más. En el año 2004 la sección otros representaba un bajo porcentaje de barreras, ahora estas cifras se han incrementado hasta el doble. Si se revisa con minuciosidad el interior de esta categoría, las cifras muestran que la falta de tiempo es la variable predominante con un 18%, a comparación de un 2,4% de la población que no consultó lo hizo por la falta de seguro médico y un 1,5%, por el maltrato recibido del personal de salud ²¹

Por lo mencionado, se observa que en temas de acceso y equidad se encuentra barreras también producto de la misma reforma, pues los incentivos de ésta, como la corresponsabilidad en el financiamiento, programas de recuperación de costos y medidas de autoaseguramiento, vienen dadas para las personas con mayor poder adquisitivo, descuidando a grandes sectores poblacionales, entorpeciendo el proceso de lograr la equidad⁵

Determinantes de la Salud

Los determinantes de la salud se dividen en dos grandes grupos:

Los que son los de responsabilidad del estado, los determinantes económicos, sociales, políticos, culturales y organizacionales.

Y los que están a cargo del sector Salud, estos factores determinantes son:

- Aquellos vinculados con los estilos de vida.
- Factores ambientales.
- Los factores referidos con los aspectos genéticos y biológicos de la población.
- Otros ^{22,23}

Como se mencionó, la OMS enfatiza el estudio de los determinantes sociales y los clasifica de la siguiente manera:

- Determinantes estructurales de las desigualdades de la salud:
- Contexto socioeconómico y político: Aquí entran las siguientes variables: gobierno, políticas macroeconómicas, Políticas sociales, mercado de trabajo, vivienda, Cultura y valores sociales
- Posición socioeconómica: Clase social, Género, Etnia, Educación, Ocupación, Ingresos
- Determinantes intermedios de la salud
- Circunstancias materiales: Condiciones de vida y trabajo
- Factores conductuales y biológicos
- Factores psicosociales ^{24,25,26}

Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud

Existen muchos factores que determinan que una persona acuda a un establecimiento de salud por ejemplo la zona donde resida la población, el acceso a las comunicaciones y el grado de heterogeneidad u homogeneidad de su cultura. También están los factores

relacionados al desarrollo social y a la economía, tales como el analfabetismo, la concentración del ingreso y el porcentaje de asalariados.

Los determinantes del acceso a los servicios de salud se clasifican en socioculturales y organizativos ⁵

Los factores tanto sociales y culturales que determinan el acceso a los servicios de salud (incluyendo la tecnología y los valores étnicos) influyen sobre el uso de los servicios: el factor económico se analiza como un determinante externo que afecta a quienes demandan y a quienes ofertan servicios de salud. ³

Los determinantes organizacionales son aquellas estructuras y procesos relacionados a la organización de la respuesta que ha realizado la sociedad al bien salud, se pueden citar ejemplos como la disponibilidad de recursos, las características de la estructura del sistema de salud y el proceso de prestación de servicios ²⁶

En el caso particular del acceso a servicios de salud, los principales determinantes sociales se refieren a: la edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, número de hijos y la condición laboral que presenta la población. En el caso de los determinantes culturales encontramos al grado de instrucción, la religión y la lengua materna de la población. ^{2,27,28}

En el caso particular del acceso a servicios de salud, los principales determinantes organizacionales son: el horario de atención de los servicios de salud, el tiempo de espera y el trato del personal de salud ²

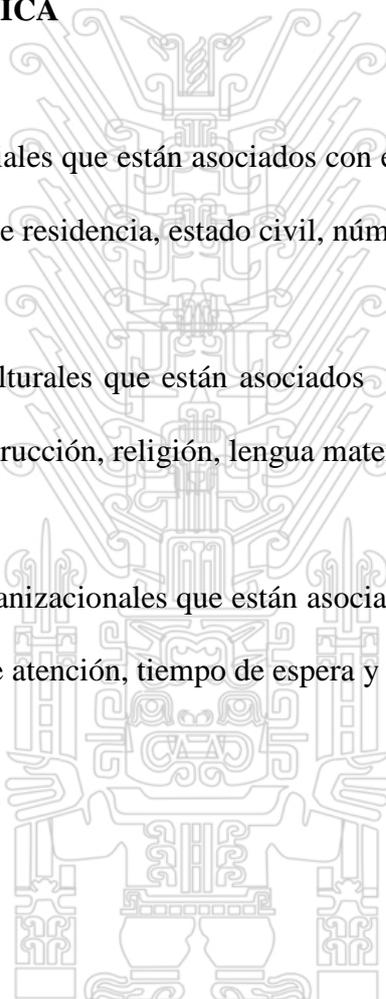
2.2. HIPÓTESIS

2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL

Los determinantes socioculturales y organizacionales están asociados con el acceso a los servicios de salud del distrito de Leymebamba- Amazonas

2.2.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA

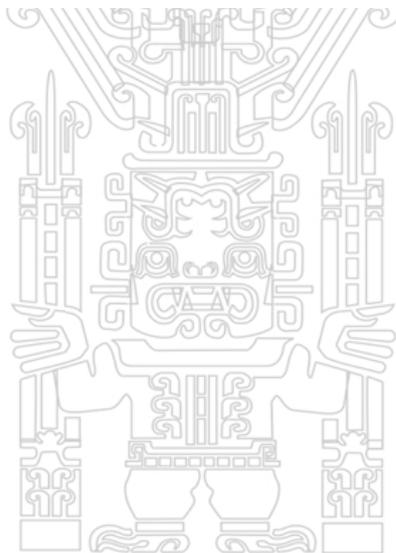
- Los determinantes sociales que están asociados con el acceso a los servicios de salud son sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, número de hijos y condición laboral
- Los determinantes culturales que están asociados con el acceso a los servicios de salud son grado de instrucción, religión, lengua materna
- Los determinantes organizacionales que están asociados con el acceso a los servicios de salud son horario de atención, tiempo de espera y trato de personal





CAPÍTULO III

MÉTODO



3.1. TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo prospectivo, transversal, observacional y analítico

- Prospectivo: Son aquellos estudios cuyo inicio es anterior a los hechos estudiados de forma que los datos se recogen a medida que van sucediendo.
- Transversal: Son los estudios en los que los datos de cada unidad de observación representan un momento en el tiempo
- Observacional: Son aquellos en los que el factor de estudio no es dado por los investigadores sino que estos se condicionan a observar, medir y analizar variables, sin desempeñar un control directo sobre el factor de estudio.
- Analítico: Todo estudio que evalúa relaciones causa-efecto ²⁹

3.2. VARIABLES

3.2.1. Definición conceptual:

Variable 1, Acceso a los servicios de Salud

El acceso a los servicios sanitarios se refiere al proceso de entrar, ingresar o usar un servicio de salud, yendo más allá de esta afirmación, se debe analizar las características de la población (factores determinantes) y de los recursos disponibles (oferta de servicios: uso de

Variable 2, Determinante sociocultural y organizacional

Determinantes socioculturales: Condiciones sociales y culturales de la población respecto a los servicios, incluyen: Sexo, edad, Lugar de residencia, estado civil, número de hijos, Condición laboral, grado de instrucción, religión y lengua materna.

Determinantes organizacionales: Forma como se organiza y administra los servicios de salud en cuanto a su horario de atención, tiempo de espera de la atención y el trato del personal sanitario hacia el usuario. ²

3.2.2. Definición operacional:

Llevar la variable del campo abstracto al concreto se refleja en la siguiente tabla.



VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO	FUENTE
Determinantes sociales	Edad	Según grupo etáreo	Continua	Encuesta
	Sexo	Masculino Femenino	Dicotómica	Encuesta
	Lugar de residencia	Urbano rural	Dicotómica	Encuesta
	Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente	Nominal	Encuesta
	Número de hijos	Cantidad de hijos	Continua	Encuesta
	Condición laboral	Ocupado Desocupado	Dicotómica	Encuesta
Determinantes Culturales	Grado de instrucción	Sin nivel Educación inicial Primaria Secundaria Técnico Superior Universitario	Nominal	Encuesta
	Religión	Católica otra	Nominal	Encuesta
	Lengua	Quechua Castellano Otros	Nominal	Encuesta
Determinantes Organizacionales	Horario de atención	Adecuado Inadecuado	Dicotómica	Encuesta
	tiempo de espera	Muy poco Poco Bastante Demasiado	Nominal	Encuesta
	trato del personal	Muy bueno Bueno Malo Muy malo	Nominal	Encuesta

Fuente: Elaboración propia

3.3. POBLACIÓN

La población está dada por los pobladores del distrito de Leymebamba-Amazonas (3918).

- Descripción de la Población

El Distrito de Leymebamba es uno de los 21 distritos de la Provincia de Chachapoyas Región Amazonas, conformado por su capital Leymebamba, y los anexos, se encuentra ubicado a 2 horas de viaje al sur de Chachapoyas, el distrito fue fundado por los españoles en el año de 1575, su altitud está entre 2158 msnm, contando con una extensión de 373.14 km², el alcalde actual es el Sr. Engel Escobedo Portal. Su densidad poblacional es de 10.4 habitantes por km².³⁰

3.4. MUESTRA

Se usó el programa Epi Info 2000 v6

Conf: 95%

Poder: 80%

Inacceso a los servicios de salud: 47%

Odds Ratio: 1.5

N= 808 pobladores

Esta investigación presentará una muestra de 1020 pobladores

Criterios de Inclusión

- Personas naturales del distrito de Leymebamba- Amazonas
- Personas no naturales del distrito que tengan una residencia mayor de tres años al momento de la investigación

Criterios de Exclusión

- Pobladores que estuvieron ausentes en el distrito de Leymebamba los últimos 30 días
- Trabajadoras del hogar con cama afuera
- Miembros de las fuerzas armadas que viven en los cuarteles o campamentos
- Personas que presenten discapacidad física o mental

3.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de la aplicación de una encuesta, la cual fue tomada del trabajo de investigación de la autora Edith Sullcahuaman Valdiglesias ², que fue aplicada en los pobladores del distrito de Leymebamba- Amazonas. La validez de esta encuesta está dada por un estudio piloto y opinión de expertos.

El objetivo es Evaluar los determinantes socioculturales y organizacionales que están asociados al acceso de los servicios de salud en el último trimestre del año 2016. La encuesta se aplicó en el tiempo de Cuatro semanas

La encuesta consta de Cuatro partes; la primera parte presenta preguntas dirigidas al jefe del hogar, la segunda a todos los miembros del hogar, en caso ser menores de 13 años, fueron contestadas por el jefe del hogar; la tercera parte presenta preguntas dirigidas a las personas mayores de tres años y la cuarta parte está dirigida a todos los miembros del hogar.

Anexo 2

3.6. METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó el viaje al distrito de Leymebamba-Amazonas, luego se desarrolló la capacitación de los encuestadores explicando en qué consiste la investigación y analizando cada una de las preguntas de la encuesta. Fueron 3 encuestadores

Posterior a ello se hizo el levantamiento de datos en aproximadamente un mes, y la información se obtuvo siguiendo los pasos:

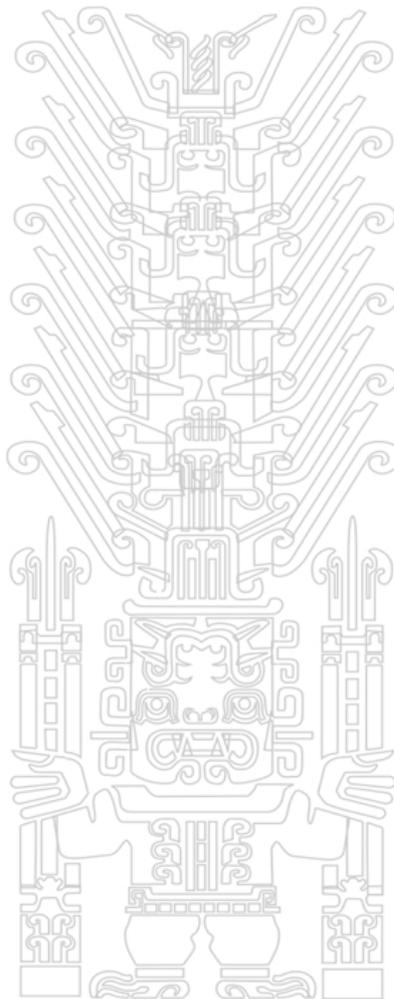
Se hizo la Selección aleatoria del hogar a encuestar, se explicó a los miembros del hogar el motivo de la investigación y luego se realizó la entrevista dirigida al jefe del hogar y a todas aquellas personas mayores de 13 años; la información de personas menores de 13 años fue recolectada del padre o tutor según corresponda, una vez culminada la recolección de datos se agradeció a los informantes.

3.7. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se recogieron y analizaron con el programa SPSS v. 23, haciendo uso de una laptop. En todas las pruebas se usó una confianza del 95%.

El análisis de datos se realizó mediante el análisis divariado

El análisis divariado se realizó mediante la aplicación de la prueba chi cuadrado para determinar la asociación entre los determinantes socioculturales y organizacionales con el acceso a los servicios de salud.





CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

1) Ho: Los determinantes sociales edad, sexo, lugar de residencia, estado civil , número de hijos y condición laboral no están asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: Los determinantes sociales Edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, número de hijos y condición laboral están asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

2) Ho: Los determinantes culturales grado de instrucción, religión y lengua no están asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: Los determinantes culturales grado de instrucción, religión y lengua están asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

3) Ho: Los determinantes Organizacionales Horario de atención, tiempo de espera y trato del personal no están asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba,

Ha: Los determinantes Organizacionales Horario de atención, tiempo de espera y trato del personal están asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba,

Cuadro 01: Distribución de la Población por grupos Etáreos- Leymebamba- 2016

Edad	frecuencia	Porcentaje	porcentaje acumulado
[0-10>	198	19.4%	19.4%
[10-20>	216	21.2%	40.6%
[20-30>	152	14.9%	55.5%
[30-40>	130	12.7%	68.2%
[40-50>	93	9.1%	77.4%
[50-60>	103	10.1%	87.5%
[60-70>	85	8.3%	95.8%
[70-80>	27	2.6%	98.4%
[80-90>	10	1.0%	99.4%
[90-100]	6	0.6%	100.0%
Total	1020	100%	100%

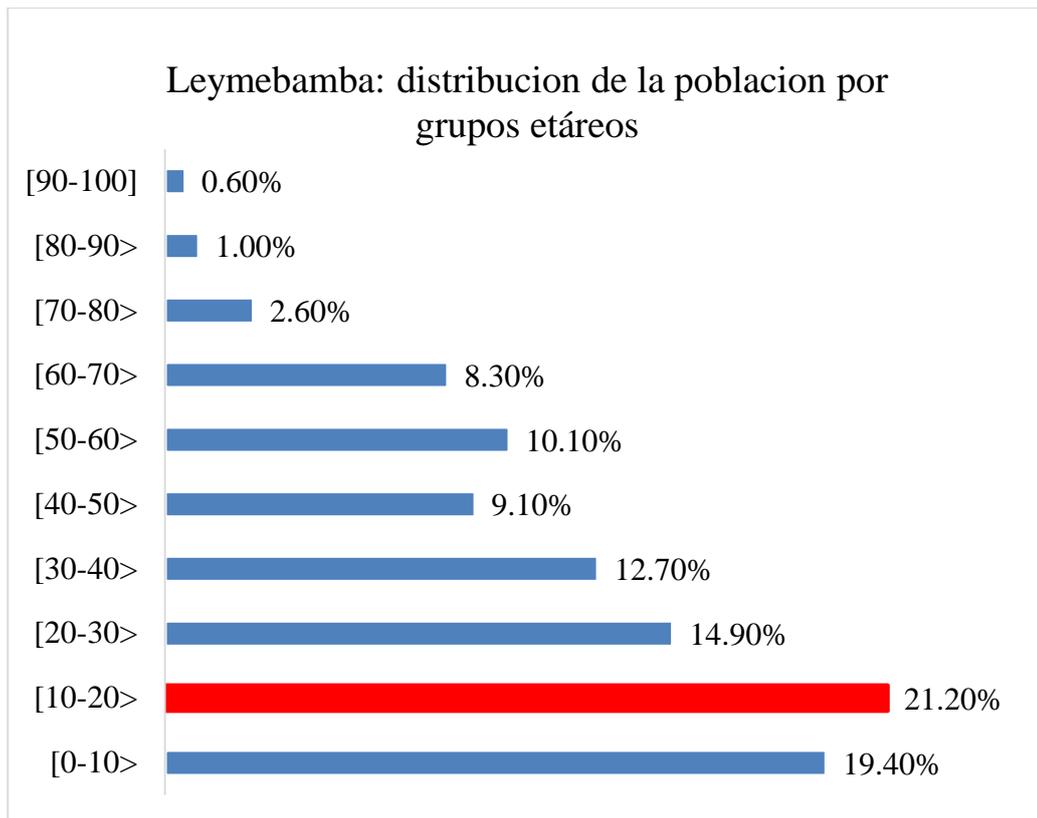
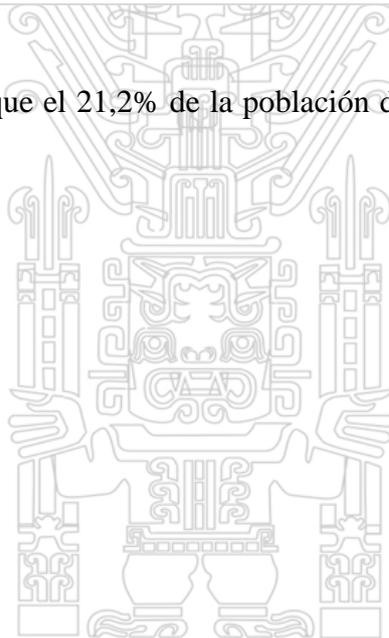


Figura 1: Podemos apreciar que el 21,2% de la población de Leymebamba presenta edades entre los 10 y 20 años.



Cuadro 2: Distribución de la Población con Problemas de salud- Leymebamba- 2016

¿Presentó alguna enfermedad, accidente o malestar en las últimas 4 semanas?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Si	713	69.9%	69.9%	69.9%
No	307	30.1%	30.1%	100.0%
Total	1020	100.0%	100.0%	

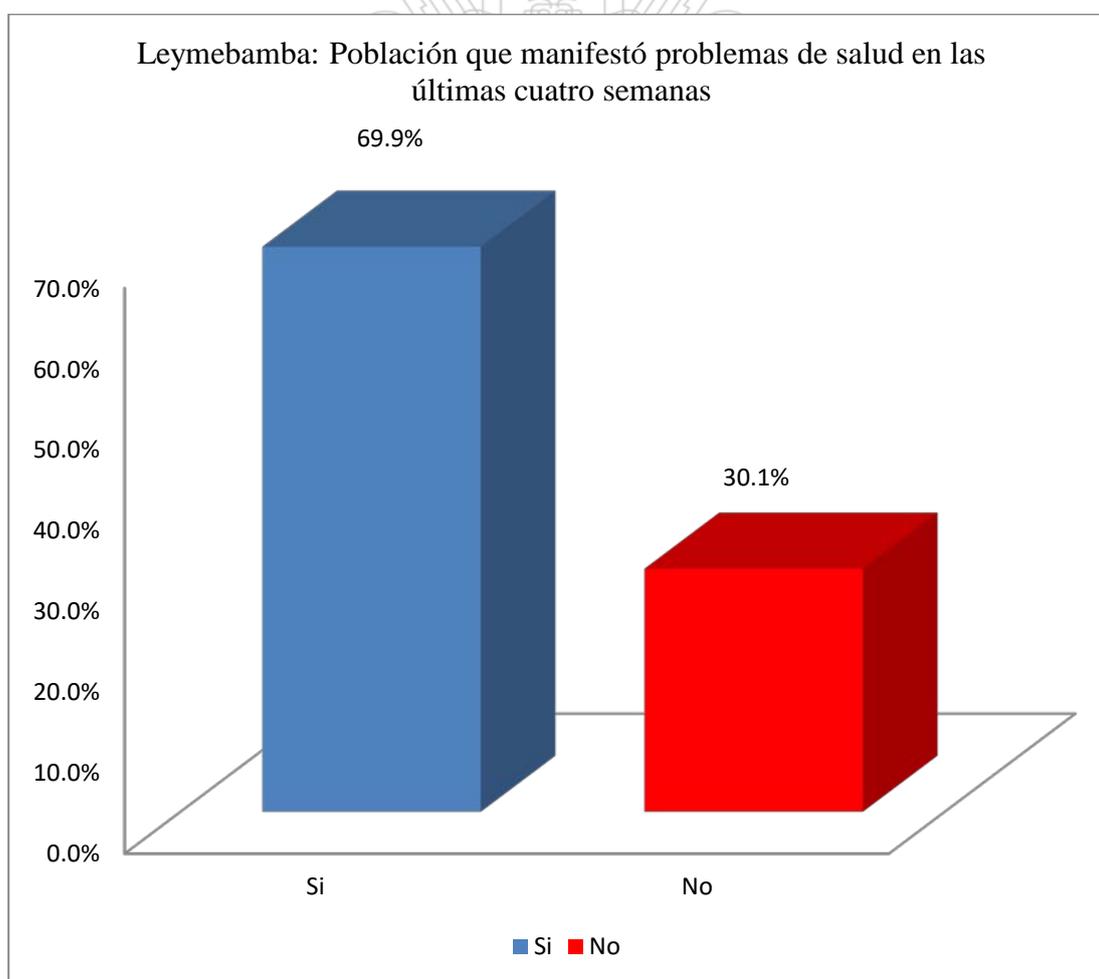


Figura 2: Podemos apreciar que el 69.9% de la población de Leymebamba presentó algún problema de salud cuatro semanas previas a la investigación.

Cuadro 3: Población con problemas de salud según Lugar de Residencia- Leymebamba- 2016

Estrato Geográfico	¿Presento alguna enfermedad, accidente o malestar en las últimas 4 semanas?		Total
	Si	No	
Urbano	472	206	678
Rural	241	101	342
Total	713	307	1020

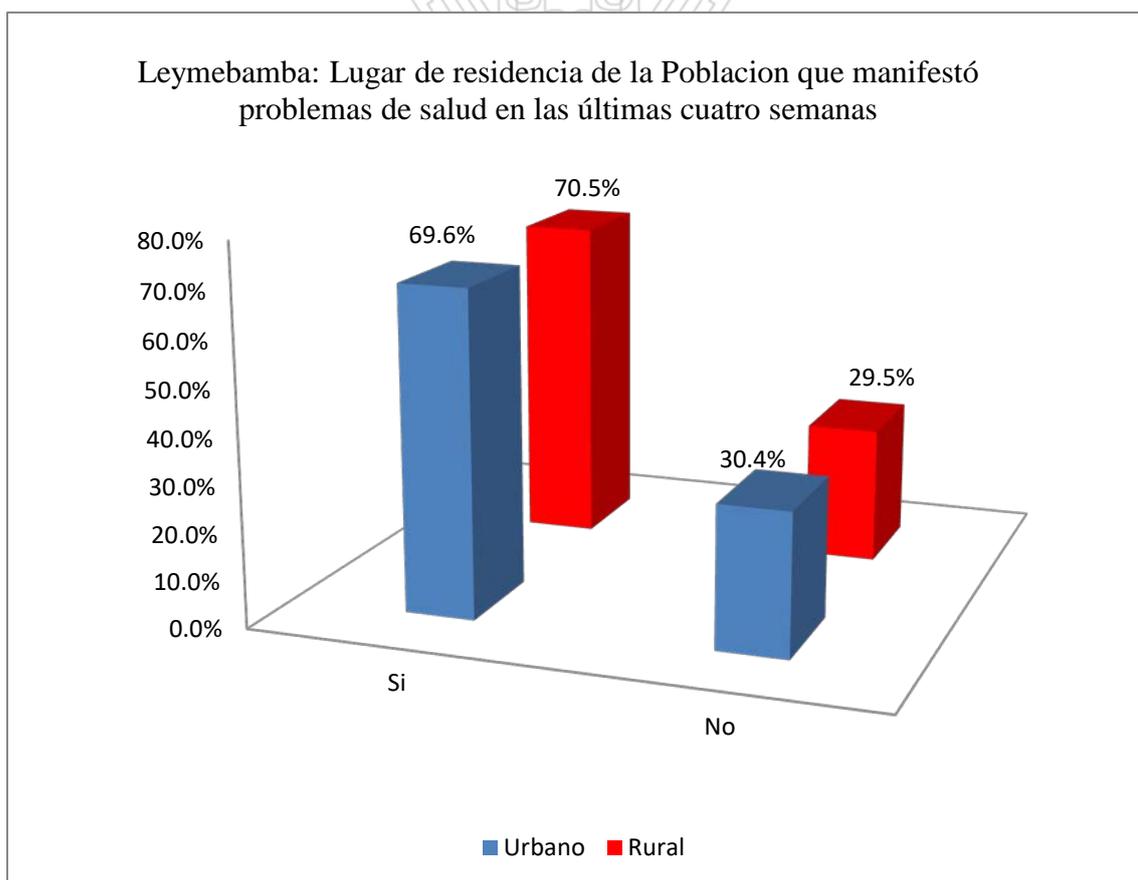


Figura 3. Podemos observar que el 69,6% (472/678) y el 70,5% (241/342) de la población urbana y rural respectivamente, presentaron problemas de salud las últimas cuatro semanas previas a la investigación

Cuadro 4: Población con problemas de salud según Sexo - Leymebamba- 2016

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Masculino	334	46.8%	46.8%	46.8%
Femenino	379	53.2%	53.2%	100.0%
Total	713	100.0%	100.0%	

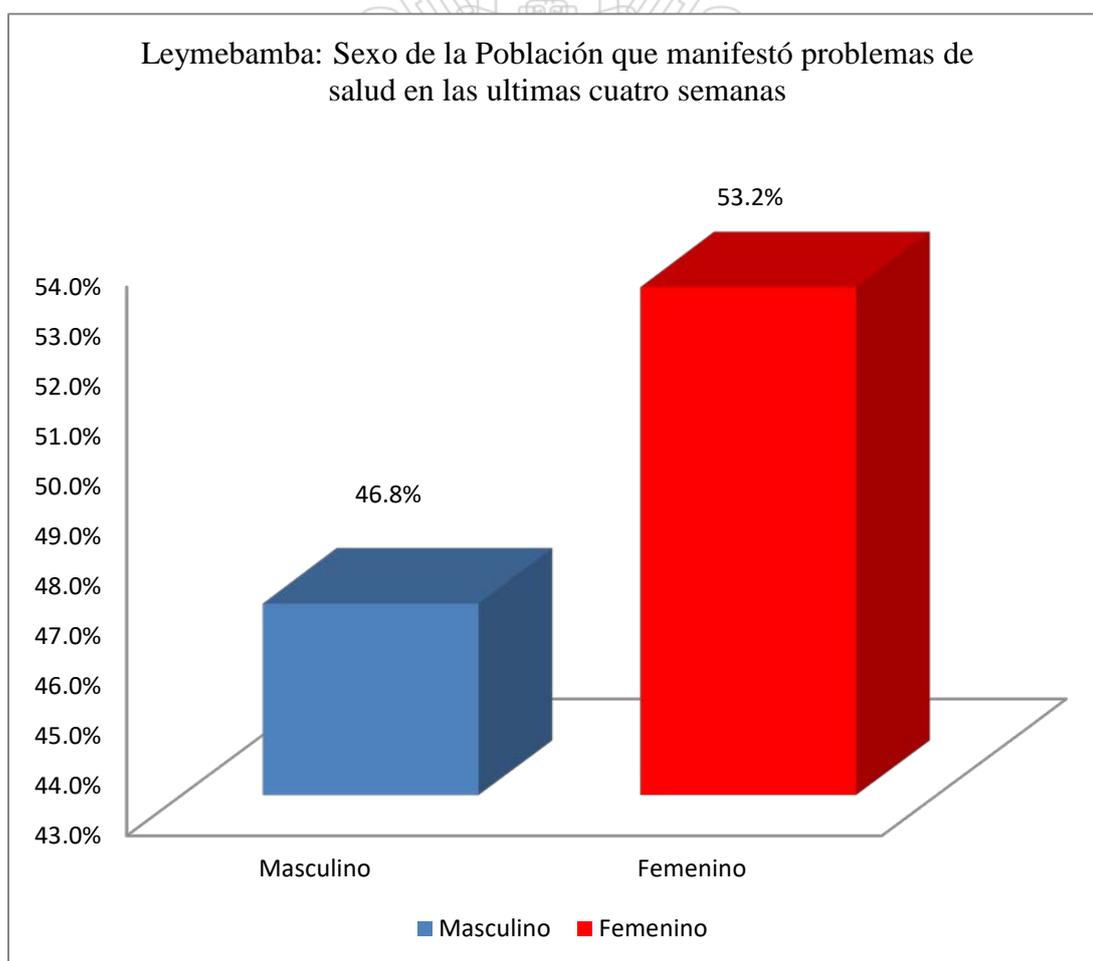


Figura 4. Se aprecia que el sexo femenino manifestó un mayor porcentaje (53.2%) de problemas de salud en las últimas cuatro semanas previas a la investigación

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

Cuadro 5: Población que manifestó molestias las últimas cuatro semanas: Lugar de Atención para solucionar el problema de Salud- Leymebamba- 2016

Lugar de Atención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
1. Puesto MINSA	81	11.4%	11.4%	11.4%
2. Centro MINSA	115	16.1%	16.1%	27.5%
3. Puesto o centro CLAS	0	0.0%	0.0%	27.5%
4. Posta, policlínica de ESSALUD	5	0.7%	0.7%	28.2%
5. Hospital MINSA	9	1.3%	1.3%	29.5%
6. Hospital ESSALUD	10	1.4%	1.4%	30.9%
7. Hospital FF AA/ PNP	8	1.1%	1.1%	32.0%
8. Consultorio médico particular	9	1.3%	1.3%	33.2%
9. Farmacia o botica	222	31.1%	31.1%	64.4%
10. En su domicilio (del paciente)	9	1.3%	1.3%	65.6%
11. Huesero o curandero	13	1.8%	1.8%	67.5%
12. Otro	6	0.8%	0.8%	68.3%
13. No busco atención	226	31.7%	31.7%	100.0%
Total	713			

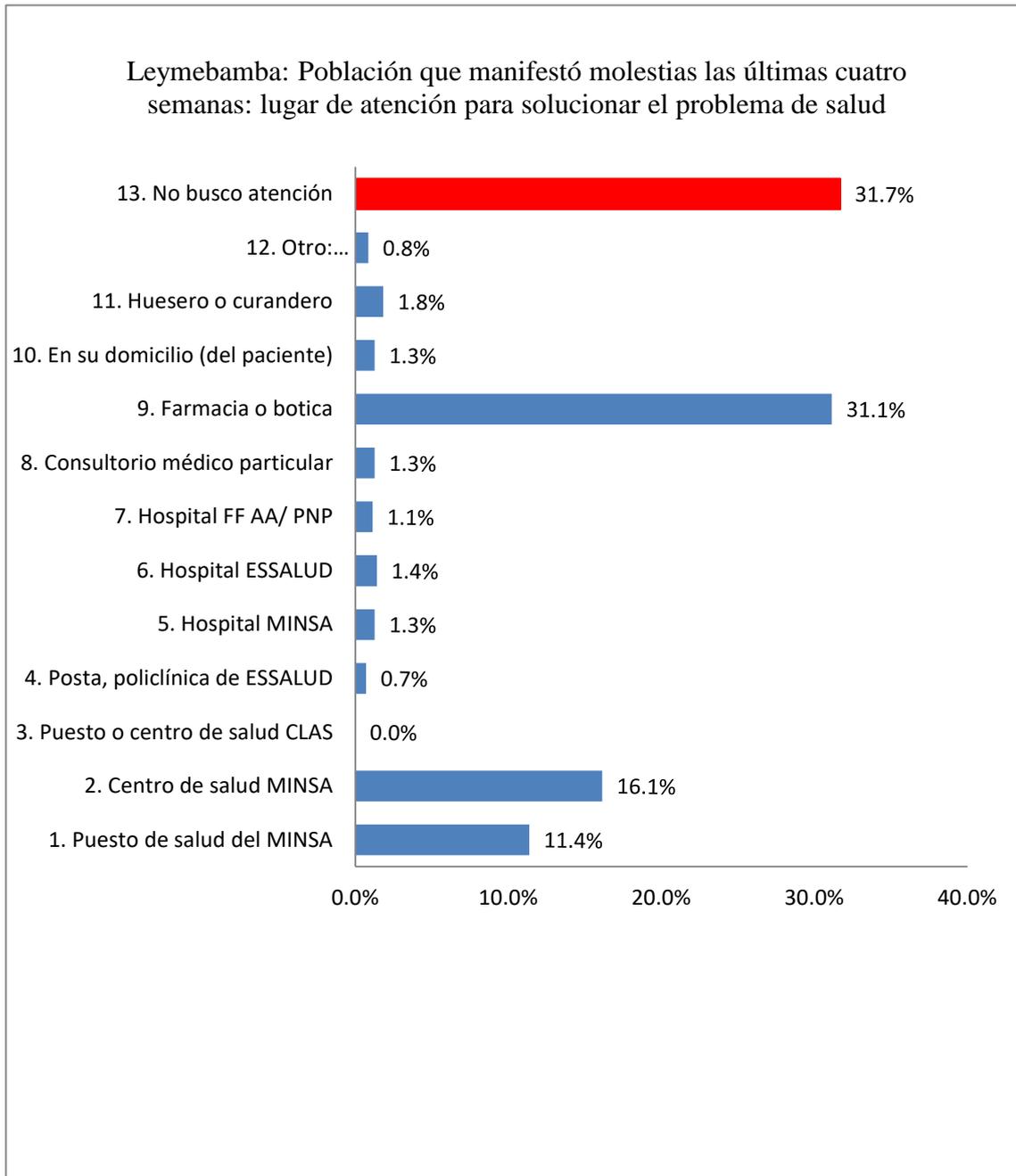


Figura 5. Se observa que el 31,7% de pobladores no buscó atención y prefirió no acceder a ningún establecimiento de salud, mientras que el 31,1% acudió a una farmacia o botica para solucionar su molestia o enfermedad

Cuadro 6: Población que manifestó enfermedad y accedió a un Establecimiento De Salud - Leymebamba- 2016

Acceso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Accede	237	33.2%	33.2%	33.2%
No Accede	476	66.8%	66.8%	100.0%
Total	713	100.0%	100.0%	

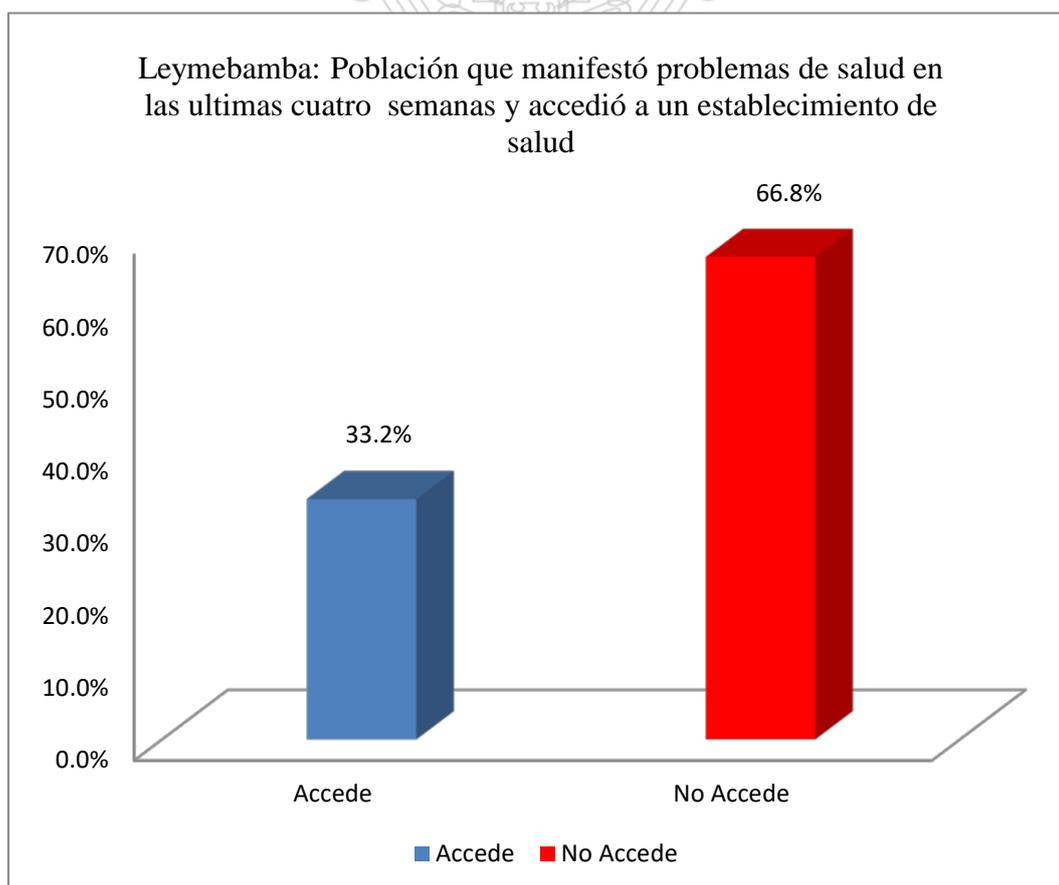


Figura 6. Podemos observar que más de la mitad (66,8%) de la población no acudió a un Establecimiento de Salud para curar o recuperarse de algún malestar, molestia o accidente presente en las últimas cuatro semanas previas a la investigación

Cuadro 7: Tipo de seguro de la población que no accedió a un Establecimiento De Salud- Leymebamba 2016

Tipo de Seguro	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Essalud	43	9.0%	9.0%	9.0%
FF.AA- FF.PP	40	8.4%	8.4%	17.4%
SIS	297	62.4%	62.4%	79.8%
No está Afiliado	96	20.2%	20.2%	100.0%
Total	476	100.0%	100.0%	

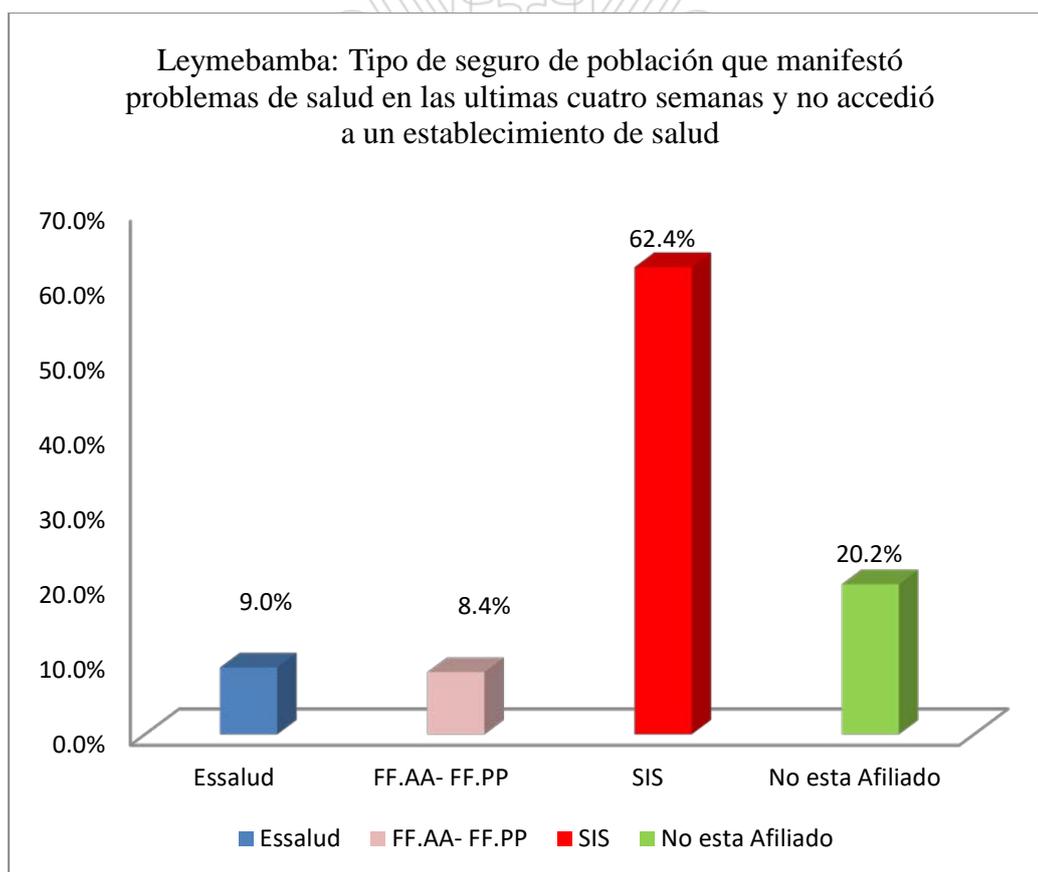


Figura 7: El 62,4% de personas que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas cuenta con SIS y el 20,2 % de la población no está afiliado a ningún seguro de Salud

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

Cuadro 8: Población que no accedió a un Establecimiento de Salud las últimas cuatro semanas según Sexo - Leymebamba- 2016

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Femenino	258	54.2%	54.2%	54.2%
Masculino	218	45.8%	45.8%	100.0%
Total	476	100.0%	100.0%	

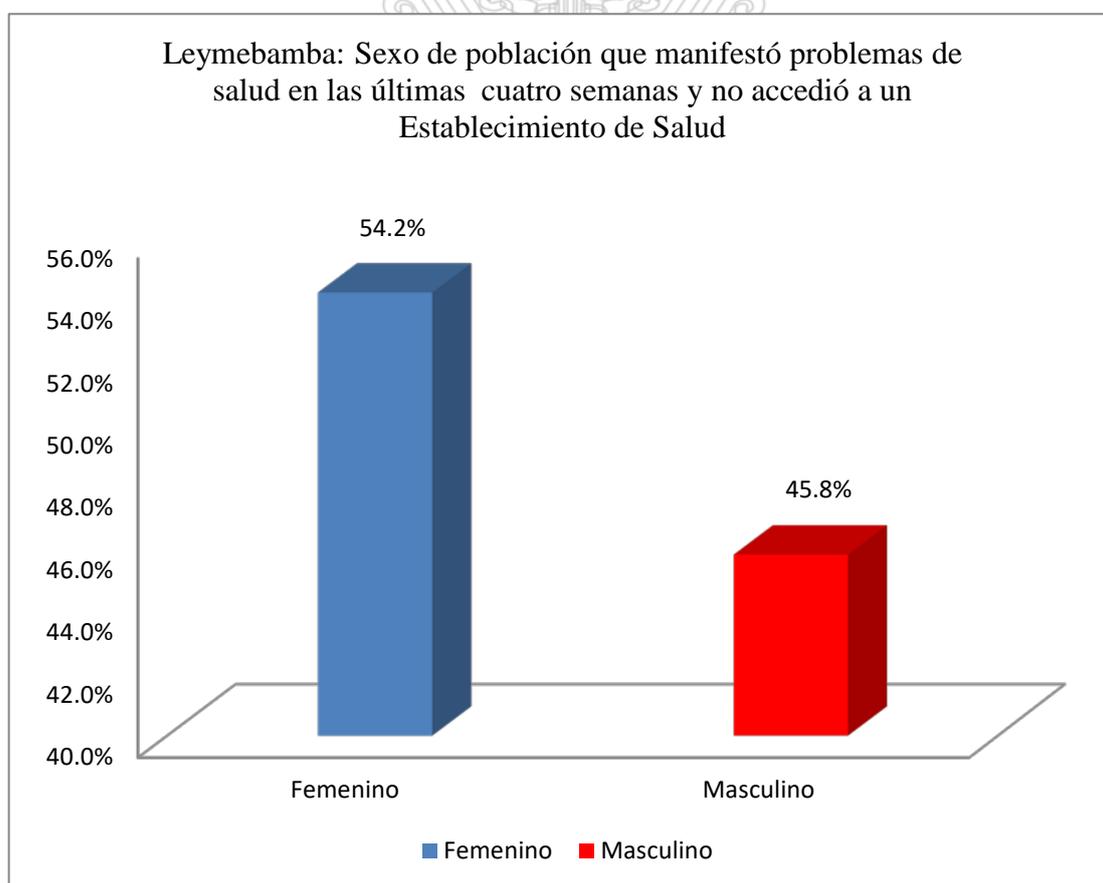


Figura 8: El 54,2, % de la población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas pertenece al sexo Femenino y el 45,8% al sexo Masculino

Cuadro 09: Población que no accedió a un Establecimiento de Salud las últimas cuatro semanas según Edad- Leymebamba- 2016

Edad	frecuencia	porcentaje	porcentaje acumulado
[0-10>	81	17.0%	17.0%
[10-20>	97	20.4%	37.4%
[20-30>	65	13.7%	51.1%
[30-40>	62	13.0%	64.1%
[40-50>	50	10.5%	74.6%
[50-60>	51	10.7%	85.3%
[60-70>	46	9.7%	95.0%
[70-80>	15	3.2%	98.1%
[80-90>	5	1.1%	99.2%
[90-100]	4	0.8%	100.0%
Total	476	100%	

Figura 9. El 20,4% de la población que no accedió las últimas cuatro semanas a un EE.SS

se encuentra comprendido entre 11 Y 20 años

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

UNFV

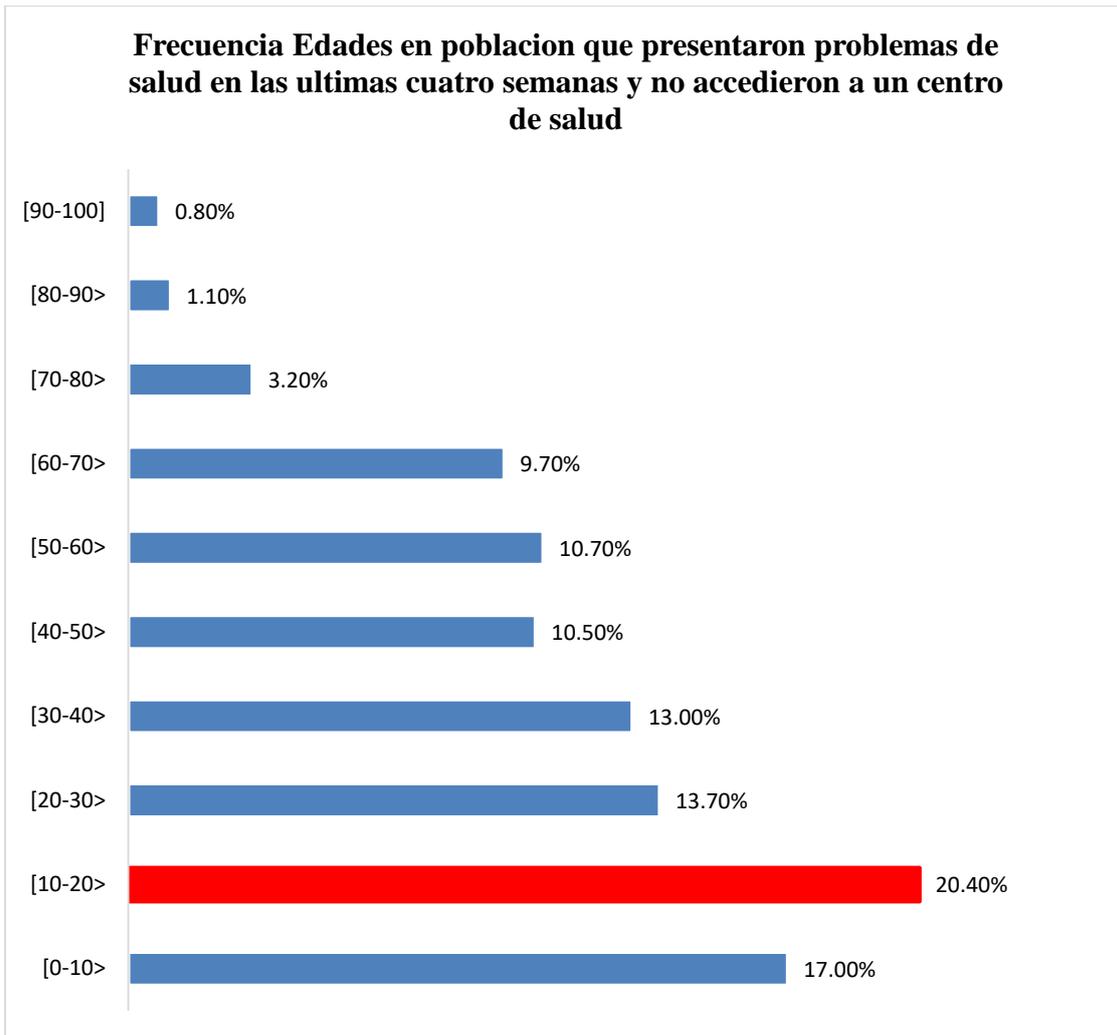
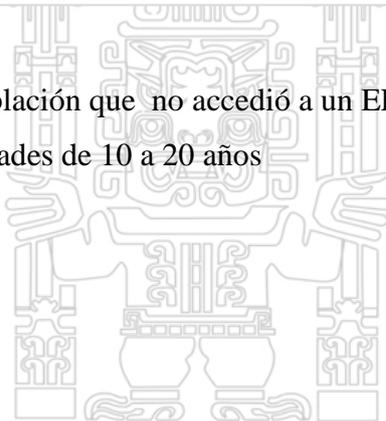


Figura 9: El 20,4, % de la población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas se encuentra en el rango de edades de 10 a 20 años



Cuadro 10: Población que no accedió a un Establecimiento de Salud las últimas cuatro semanas según Lugar de residencia - Leymebamba- 2016

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Urbano	312	65.5%	65.5%	65.5%
Rural	164	34.5%	34.5%	100.0%
Total	476	100.0%	100.0%	

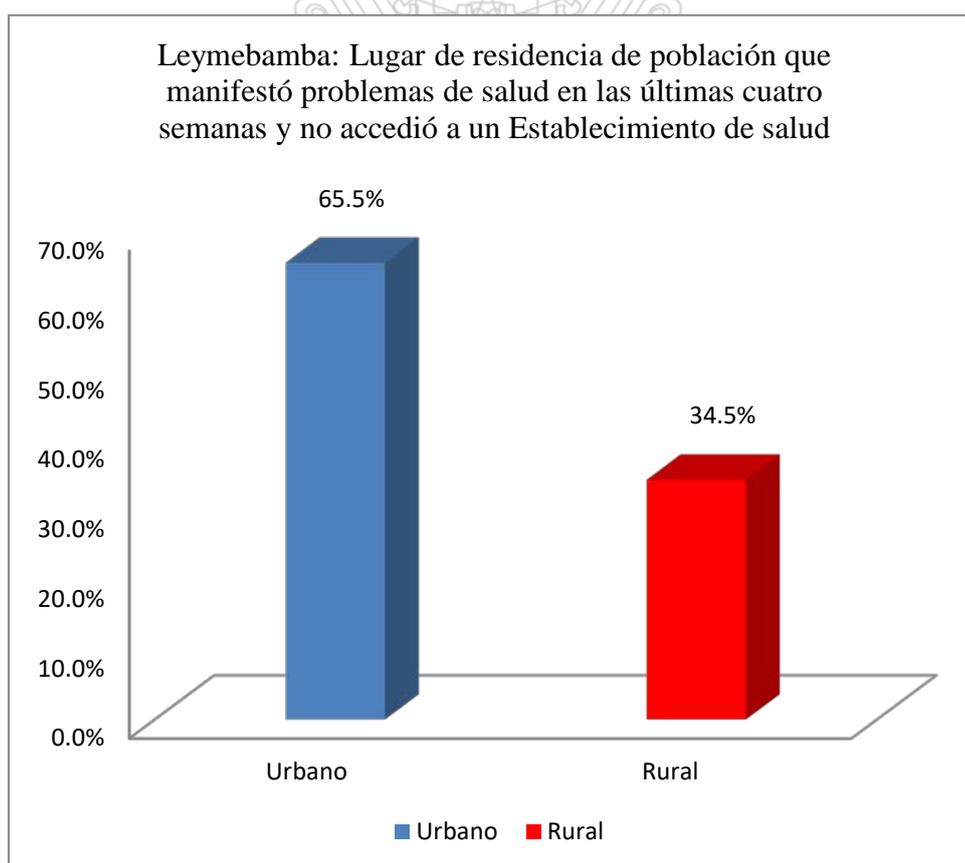


Figura 10. El 34,5 % de la población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas pertenece al estado rural y el 65,5 % al estrato Urbano

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

Cuadro 11: Población que no accedió a un Establecimiento de Salud las últimas cuatro semanas según Estado Civil - Leymebamba- 2016(No Incluye Menores De 13 Años)

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Conviviente	88	24.4%	24.4%	24.4%
Casado	101	28.0%	28.0%	52.4%
Viudo	11	3.0%	3.0%	55.4%
Divorciado	14	3.9%	3.9%	59.3%
Separado	15	4.2%	4.2%	63.4%
Soltero	132	36.6%	36.6%	100.0%
Total	361	100.0%	100.0%	

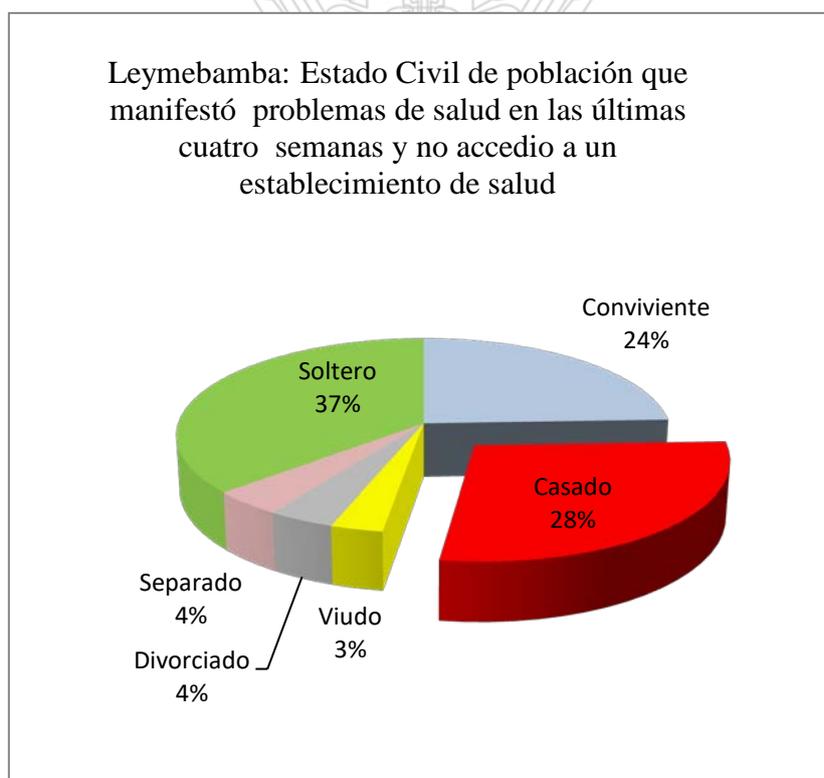


Figura 11. El 37 % de la población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas son Solteros y el 28% son Casados

Cuadro 12: Población que no accedió A Un Establecimiento de Salud las últimas cuatro semanas según Número de Hijos- Leymebamba- 2016 (No Incluye Menores De 13 Años)

Número de Hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Sin Hijos	54	15.0%	15.0%	15.0%
1 a 2 hijos	126	34.9%	34.9%	49.9%
3 a 5 hijos	149	41.3%	41.3%	91.1%
6 a 10 hijos	32	8.9%	8.9%	100.0%
Más de 10 hijos	0	0.0%	0.0%	100.0%
Total	361	100.0%	100.0%	

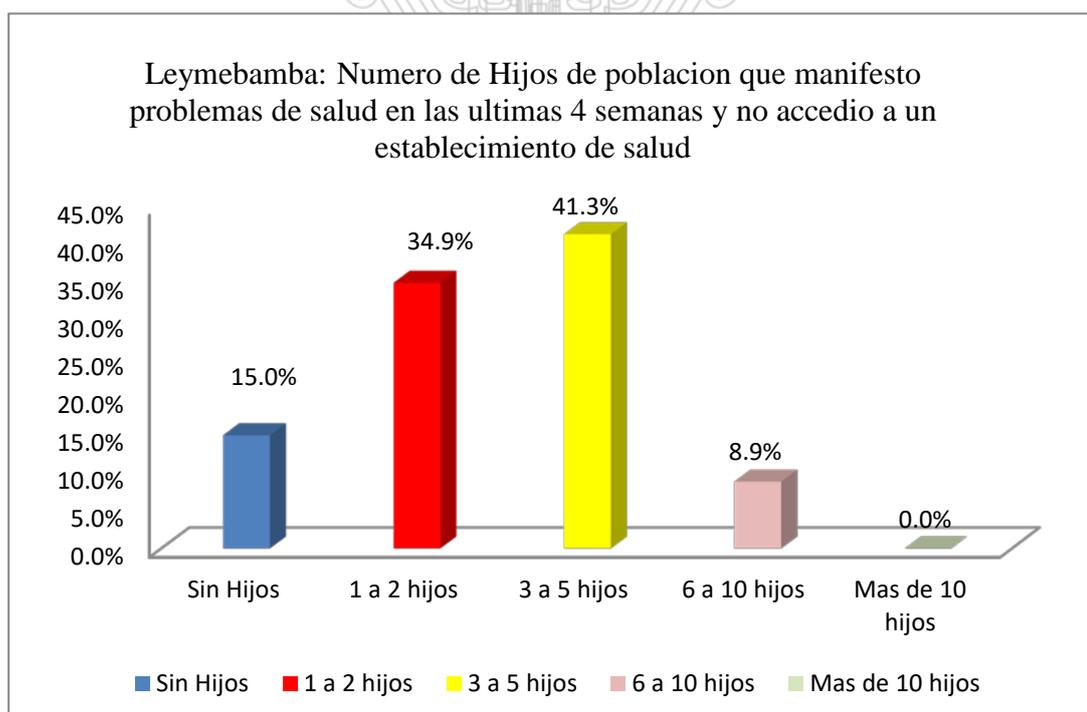


Figura 12: El 41,3% de la población que no accedió las últimas cuatro semanas a un EE.SS tiene de 3 a 5 hijos

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

Cuadro 13: Población que no accedió a un Establecimiento de salud las últimas cuatro semanas según Condición laboral- Leymebamba- 2016 (No Incluye Menores De 13 Años)

Condición Laboral	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Ocupado	315	87.3%	87.3%	87.3%
Desocupado	46	12.7%	12.7%	100.0%
Total	361	100.0%	100.0%	

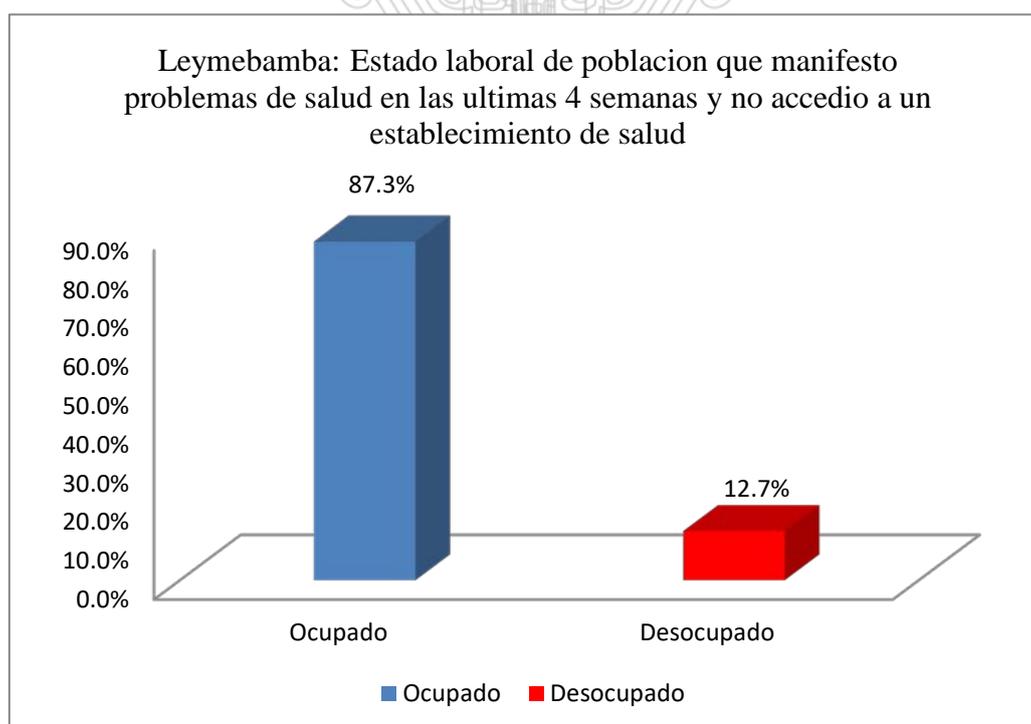


Figura 13: El 87,3 % de la PEA que no accedió las últimas cuatro semanas a un EE.SS se encuentra en Actividad Laboral

Cuadro 14: Población que no accedió a un Establecimiento de Salud las últimas cuatro semanas según Grado de Instrucción- Leymebamba- 2016(No Incluye Menores De 13 Años)

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Sin nivel	35	7.8%	7.8%	7.8%
Educación inicial	28	6.3%	6.3%	14.1%
Primaria incompleta	111	24.8%	24.8%	38.8%
Primaria completa	74	16.5%	16.5%	55.4%
Secundaria incompleta	80	17.9%	17.9%	73.2%
Secundaria completa	61	13.6%	13.6%	86.8%
Superior no universitaria incompleta	19	4.2%	4.2%	91.1%
Superior no universitaria completa	21	4.7%	4.7%	95.8%
Superior universitaria incompleta	9	2.0%	2.0%	97.8%
Superior universitaria completa	10	2.2%	2.2%	100.0%
Total	448	100.0%	100.0%	

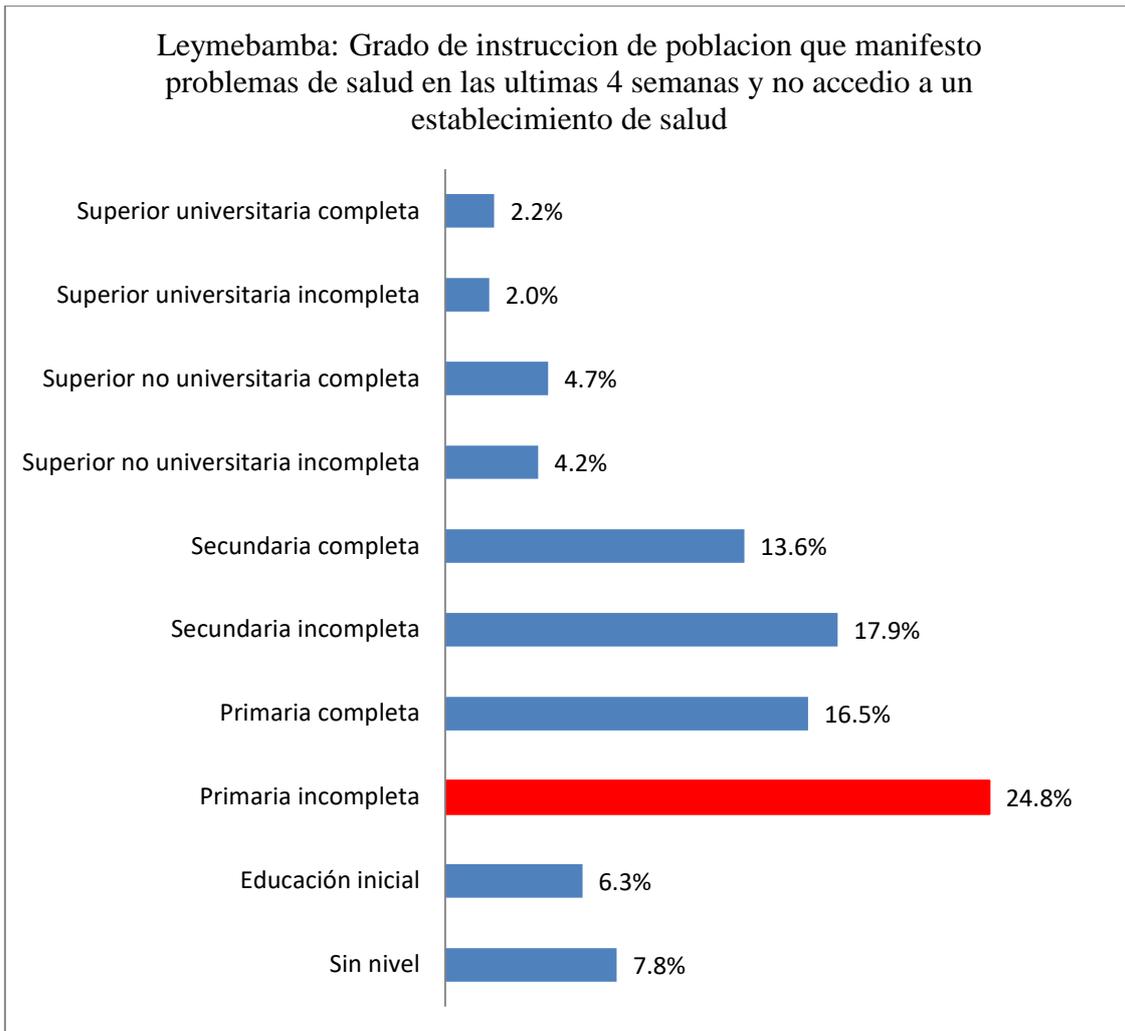


Figura 14: El 24,8% de la población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas presentó primaria incompleta



Cuadro 15: Población que no accedió a un Establecimiento de Salud las últimas cuatro semanas según Religión- Leymebamba- 2016(No Incluye Recién Nacidos)

Religión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Católica	264	56.1%	56.1%	56.1%
Otra	207	43.9%	43.9%	100.0%
Total	471	100.0%	100.0%	

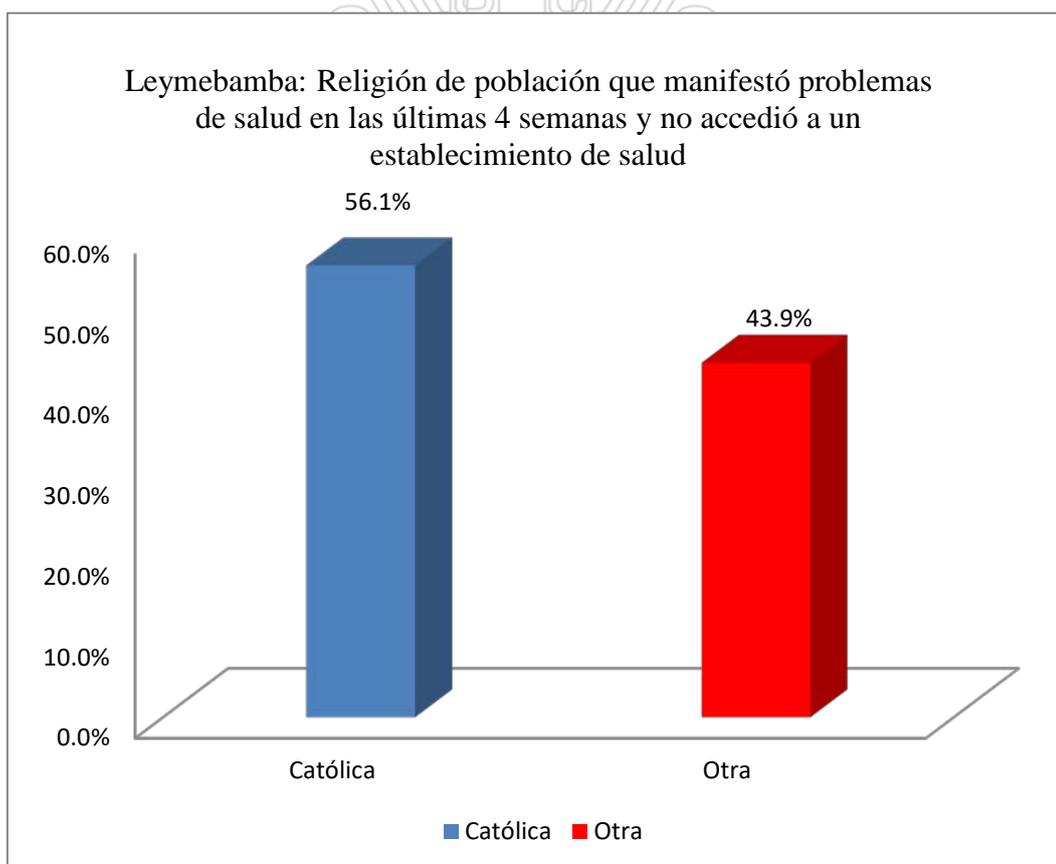


Figura 15: El 56,1% de la población que no accedió las ultimas cuatros semanas a un EE.SS

Tesis por Católicas con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Cuadro 16: Población que no accedió a un Establecimiento de Salud las últimas cuatro semanas según Lengua Materna - Leymebamba- 2016(No Incluye Recién Nacidos)

Lengua Materna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Quechua	10	2.1%	2.1%	2.1%
Castellano	458	97.2%	97.2%	99.4%
Otro	3	0.6%	0.6%	100.0%
Total	471	100.0%	100.0%	

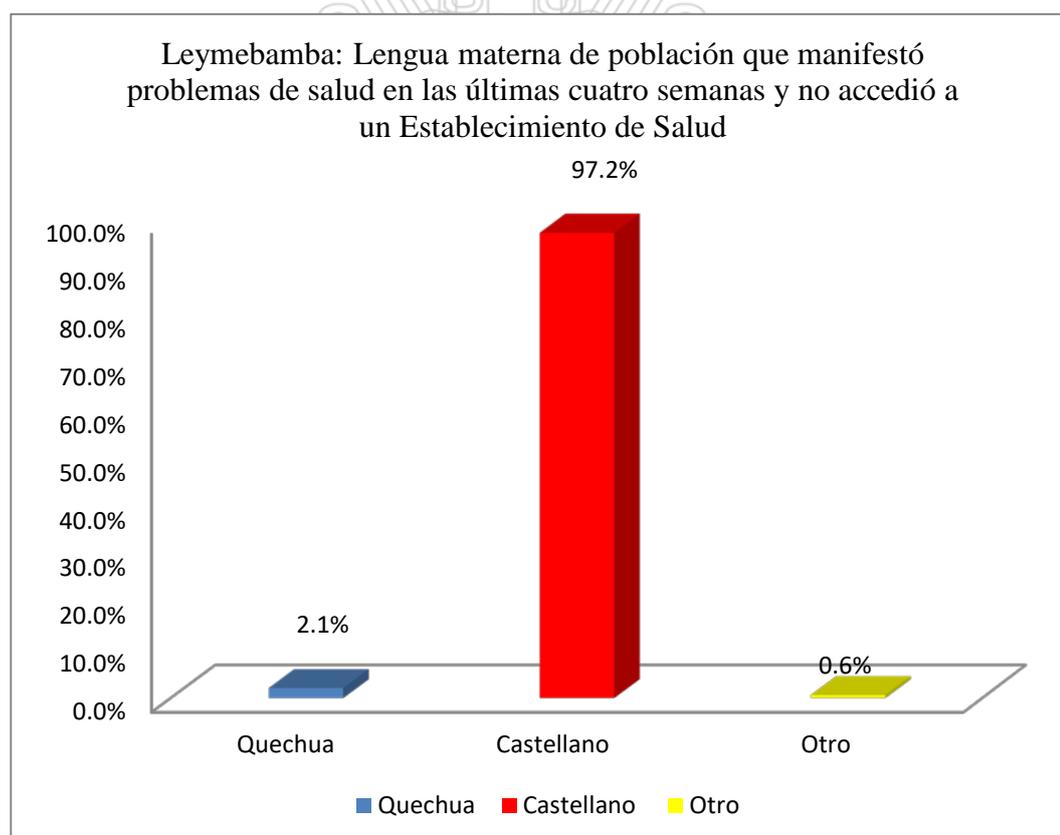


Figura 16: El 97,2% de la población que no accedió a un EE.SS las últimas cuatro semanas habla castellano

Cuadro 17: Población que alguna vez acudió a un Establecimiento de Salud.

Leymebamba- 2016

Alguna vez asistieron a un EE.SS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Si	309	64.9%	64.9%	64.9%
No	167	35.1%	35.1%	100.0%
Total	476	100.0%	100.0%	

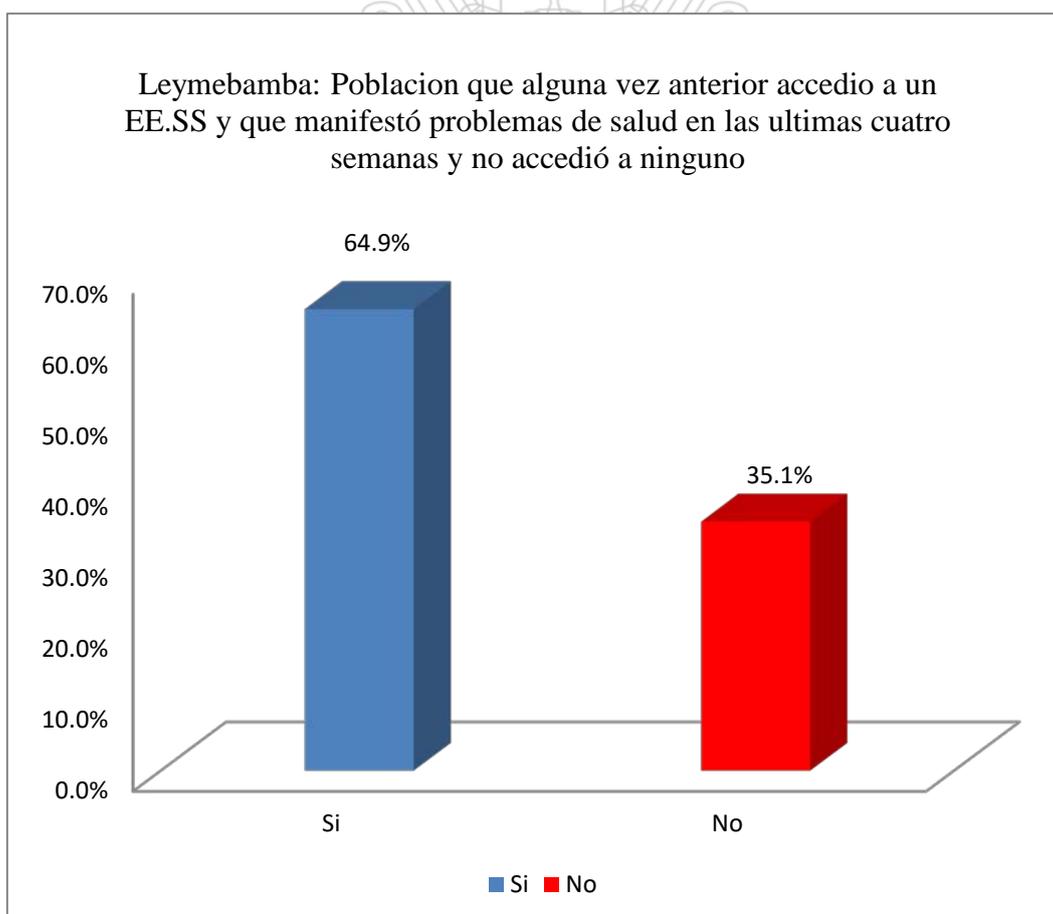


Figura 17: El 64,9% de la población alguna vez acudió a un EE.SS

Cuadro 18: Horario de Atención del Establecimiento de salud según la población de Leymebamba- 2016

Horario de Atención	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Adecuado	99	32.0%	32.0%	32.0%
Inadecuado	210	68.0%	68.0%	100.0%
Total	309	100.0%	100.0%	

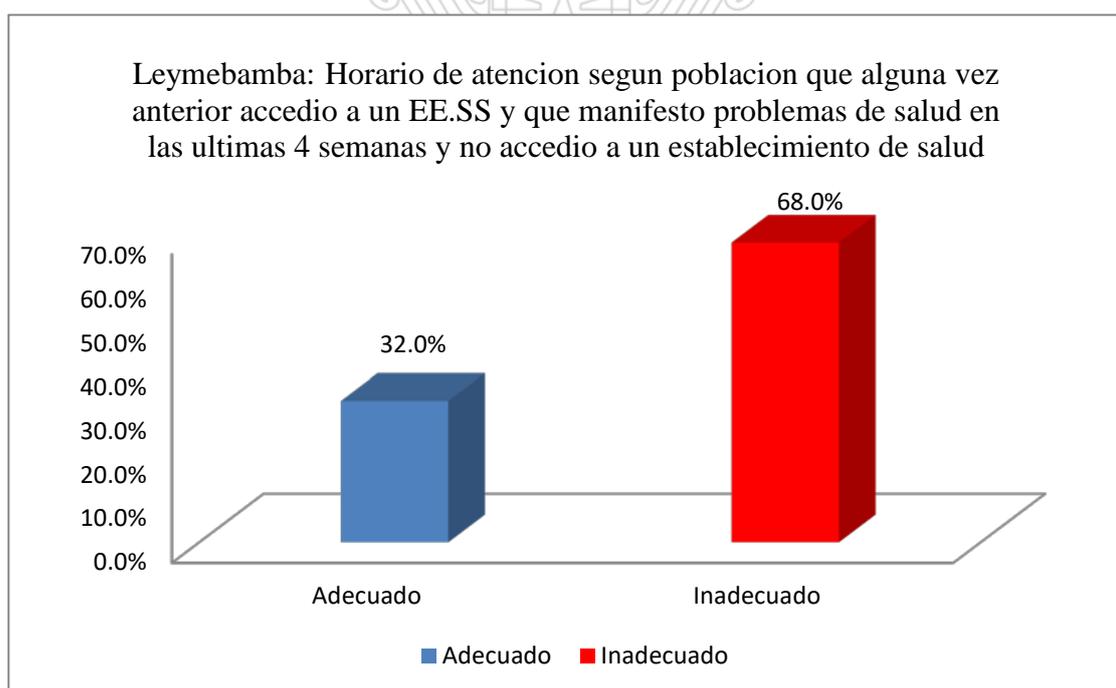


Figura 18: El 68% de la población que asistió alguna vez a un EE.SS afirma que el horario de atención es inadecuado

Cuadro 19: Tiempo de Espera del Establecimiento de Salud según La población de Leymebamba- 2016

Tiempo de Espera	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Muy poco	7	2.3%	2.3%	2.3%
Poco	64	20.7%	20.7%	23.0%
Bastante	172	55.7%	55.7%	78.6%
Demasiado	66	21.4%	21.4%	100.0%
Total	309	100.0%	100.0%	

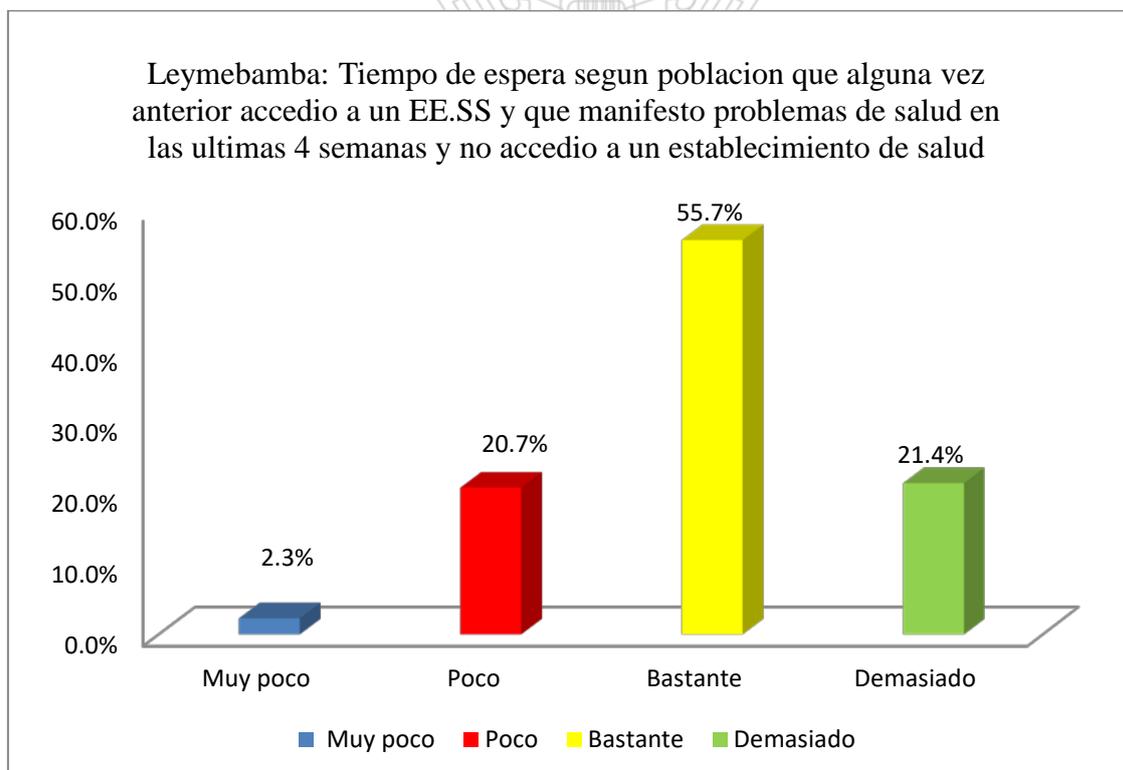


Figura 19: El 55,7% de la población que asistió alguna vez a un EE.SS afirma que el tiempo de espera es bastante

Cuadro 20: Trato del personal del Establecimiento de salud según la población de Leymebamba- 2016

Trato de personal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje Acumulado
Muy Bueno	44	14.2%	14.2%	14.2%
Bueno	72	23.3%	23.3%	37.5%
Malo	155	50.2%	50.2%	87.7%
Muy Malo	38	12.3%	12.3%	100.0%
Total	309	100.0%	100.0%	

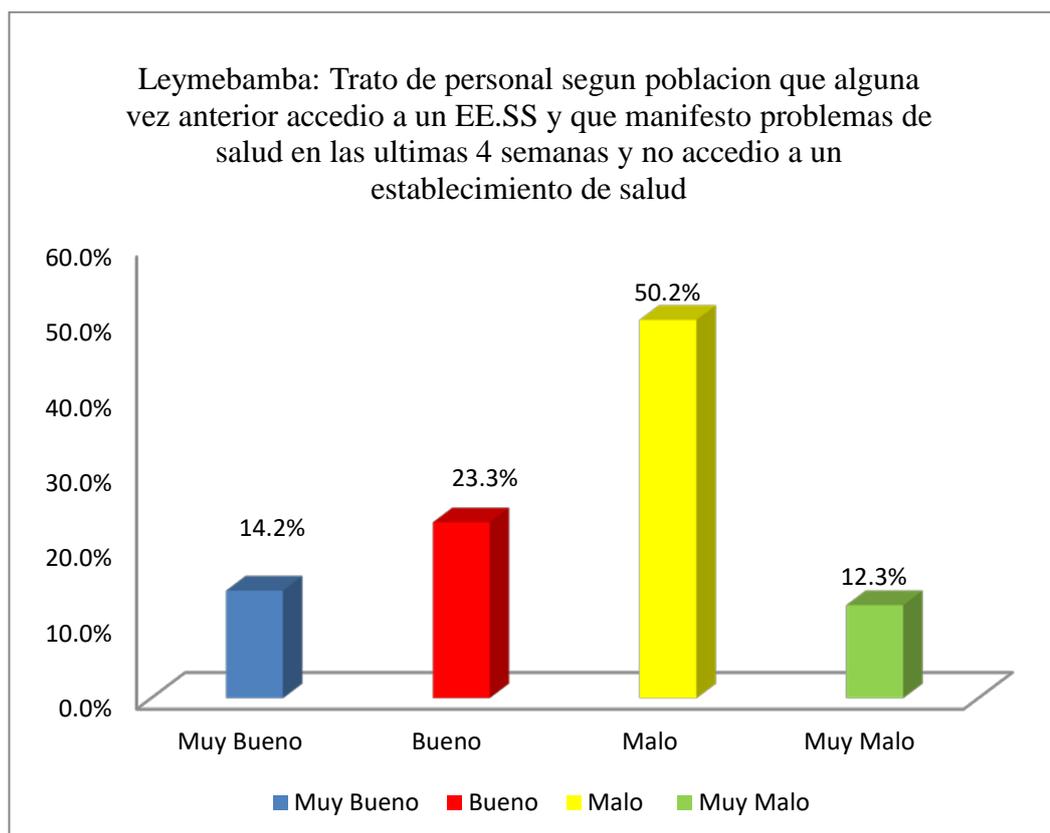


Figura 20: El 50,2 % de la población que asistió alguna vez a un EE.SS afirma que el trato del personal es malo

TABLAS

Tabla 1: Acceso a los servicios de salud según Sexo

Ho: El determinante social Sexo no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante social Sexo está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Acceso*Sexo

		Recuento		
		Sexo		Total
		Femenino	Masculino	
Acceso	Accede	121	116	237
	No accede	258	218	476
	Total	379	334	713

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,629 ^a	1	,428		
Corrección de continuidad ^b	,509	1	,475		
Razón de verosimilitud	,629	1	,428		
Prueba exacta de Fisher				,473	,238
Asociación lineal por lineal	,628	1	,428		
N de casos válidos	713				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 111.02.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson no es significativo ($p > 0,05$) ya que $p = ,428$.

Por tanto no existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que no existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante social Sexo.

Tabla 2: Acceso a los servicios de salud según Edad

Ho: El determinante social edad no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante social edad está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Edad*Acceso

	Recuento			
	Acceso		Total	
	Accede	No accede		
Edad				
	0 a 9 años	47	81	128
	10 a 19 años	42	97	139
	20 a 29 años	41	65	106
	30 a 39 años	28	62	90
	40 a 49 años	23	50	73
	50 a 59 años	20	51	71
	60 a 69 años	23	46	69
	70 a 79 años	7	15	22
	80 a 89 años	4	5	9
	90 a 99 años	2	4	6
	Total	237	476	713

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,319 ^a	9	,889
Razón de verosimilitud	4,287	9	,892
Asociación lineal por lineal	,292	1	,589
N de casos válidos	713		

a. 3 casillas (15,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,99.

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson no es significativo ($p > 0,05$) ya que $p = ,889$

Por tanto no existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que no existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante social Edad.

Tabla 3: Acceso a los servicios de salud según Lugar de Residencia

Ho: El determinante social Lugar de Residencia no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante social Lugar de Residencia está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Acceso*Residencia

		Recuento		
		Residencia		Total
		Urbano	Rural	
Acceso	Accede	160	77	237
	No accede	312	164	476
	Total	472	241	713

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,273 ^a	1	,601		
Corrección de continuidad ^b	,192	1	,661		
Razón de verosimilitud	,274	1	,601		
Prueba exacta de Fisher				,615	,332
Asociación lineal por lineal	,272	1	,602		
N de casos válidos	713				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 80.11.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson no es significativo ($p > 0,05$) ya que $p = ,601$

Por tanto no existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que no existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante social Lugar de residencia.

Tabla 4: Acceso a los servicios de salud según Estado Civil

Ho: El determinante social Estado Civil no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante social Estado civil está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Acceso*Civil

		Recuento						Total
		Civil						
		Conviviente	Casado	Viudo	Divorciado	Separado	Soltero	
Acceso	Accede	39	42	5	7	9	69	171
	No accede	88	101	11	14	15	132	361
	Total	127	143	16	21	24	201	532

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,399 ^a	5	,924
Razón de verosimilitud	1,395	5	,925
Asociación lineal por lineal	1,047	1	,306
N de casos válidos	532		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.14.

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson no es significativo ($p > 0,05$) ya que $p= ,924$

Por tanto no existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que no existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante social Estado civil.

Tabla 5: Acceso a los servicios de salud según Número de Hijos

Ho: El determinante social Número de hijos no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante social Número de hijos está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Acceso*Hijos

		Recuento		Total
		Hijos		
		0 a 1 hijo	2 a más hijos	
Acceso	Accede	135	102	237
	No accede	215	261	476
Total		350	363	713

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,806 ^a	1	,003		
Corrección de continuidad ^b	8,341	1	,004		
Razón de verosimilitud	8,825	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,003	,002
Asociación lineal por lineal	8,794	1	,003		
N de casos válidos	713				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 116.34.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson es significativo ($p < 0,05$) ya que $p = ,003$

Por tanto existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante social Número de hijos.

Tabla 6: Acceso a los servicios de salud según Condición Laboral

Ho: El determinante cultural Condición laboral no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante cultural Condición laboral está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Acceso*Laboral

		Recuento		
		Trabajo		Total
		Ocupado	Desocupado	
Acceso	Accede	164	7	171
	No accede	315	46	361
	Total	479	53	532

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,676 ^a	1	,002		
Corrección de continuidad ^b	8,736	1	,003		
Razón de verosimilitud	11,144	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,002	,001
Asociación lineal por lineal	9,658	1	,002		
N de casos válidos	532				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,04.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson es significativo ($p < 0,05$) ya que $p = ,002$

Por tanto existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante cultural Condicion laboral.

Tabla 7: Acceso a los servicios de salud según Grado de Instrucción

Ho: El determinante cultural Grado de instrucción no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante cultural Grado de instrucción está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Instrucción*Acceso

		Recuento		Total
		Acceso		
		Accede	No accede	
Instrucción	Sin nivel	19	35	54
	Educación inicial	15	28	43
	Primaria incompleta	53	111	164
	Primaria completa	37	74	111
	Secundaria incompleta	36	80	116
	Secundaria completa	32	61	93
	Superior no universitaria incompleta	11	19	30
	Superior no universitaria completa	9	21	30
	Superior universitaria incompleta	2	9	11
	Superior universitaria completa	7	10	17
	Total	221	448	669

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,421 ^a	9	,983
Razón de verosimilitud	2,523	9	,980
Asociación lineal por lineal	,024	1	,877
N de casos válidos	669		

a. 1 casillas (5.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.63.

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson no es significativo ($p > 0,05$) ya que $p = ,983$

Por tanto no existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que no existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante cultural Grado de instrucción.

Tabla 8: Acceso a los servicios de salud según Religión

Ho: El determinante cultural religión no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante cultural religión está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Acceso*Religion

		Recuento		
		Religión		Total
		Católica	Otro	
Acceso	Accede	132	102	234
	No accede	264	207	471
	Total	396	309	705

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,008 ^a	1	,928		
Corrección de continuidad ^b	0	1	,992		
Razón de verosimilitud	0,008	1	,928		
Prueba exacta de Fisher				,936	,496
Asociación lineal por lineal	0,008	1	,928		
N de casos válidos	705				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 116.34.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson no es significativo ($p > 0,05$) ya que $p= ,928$

Por tanto no existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que no existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante cultural Religión.

Tabla 9: Acceso a los servicios de salud según Lengua

Ho: El determinante cultural Lengua no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante cultural Lengua está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Acceso*Lengua

		Recuento			Total
		Lengua			
		Quechua	Castellano	Otros	
Acceso	Accede	7	227	0	234
	No accede	10	458	3	471
	Total	17	685	3	705

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,980 ^a	2	,372
Razón de verosimilitud	2,893	2	,235
Asociación lineal por lineal	1,264	1	,261
N de casos válidos	705		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5.
El recuento mínimo esperado es 1.00.

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson no es significativo ($p > 0,05$) ya que $p = ,372$

Por tanto no existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que no existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante cultural

Lengua

Tabla 10: Acceso a los servicios de salud según Horario de atención

Ho: El determinante organizacional Horario de atención no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante organizacional Horario de atención está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Acceso2*Horario

		Recuento		
		Horario		Total
		Adecuado	Inadecuado	
Acceso2	Accede	90	58	148
	No accede	99	210	309
Total		189	268	457

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,157 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	32,981	1	,000		
Razón de verosimilitud	34,028	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	34,082	1	,000		
N de casos válidos	457				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 61.21.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson es significativo ($p < 0,05$) ya que $p = ,000$

Por tanto existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante cultural Horario de atención.

Tabla 11: Acceso a los servicios de salud según Tiempo de espera

Ho: El determinante organizacional Tiempo de espera no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante organizacional Tiempo de espera está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Acceso2*Tiempo

		Recuento				Total
		Tiempo				
		Muy poco	Poco	Bastante	Demasiado	
Acceso2	Accede	2	9	119	18	148
	No accede	7	64	172	66	309
	Total	9	73	291	84	457

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,060 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	30,532	3	,000
Asociación lineal por lineal	1,248	1	,264
N de casos válidos	457		

a. 1 casillas (12.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.91.

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson es significativo ($p < 0,05$) ya que $p = ,000$

Por tanto existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante cultural Tiempo de espera.

Tabla 12: Acceso a los servicios de salud según Trato de personal

Ho: El determinante organizacional Trato de personal no está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Ha: El determinante organizacional Trato de personal está asociado con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba

Tabla cruzada Acceso2*Trato
Recuento

		Trato				Total
		Muy bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
Acceso2	Accede	29	23	61	35	148
	No accede	44	72	155	38	309
	Total	73	95	216	73	457

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,462 ^a	3	,002
Razón de verosimilitud	14,114	3	,003
Asociación lineal por lineal	,809	1	,368
N de casos válidos	457		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 23.64.

Interpretación:

El valor del Chi cuadrado de Pearson es significativo ($p < 0,05$) ya que $p = ,002$

Por tanto existe evidencia para rechazar la H_0 ; el contraste de Chi-cuadrado comprueba que existe asociación entre el acceso a los servicios de salud y el determinante cultural Trato de personal.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN

5.1. DISCUSIÓN

La investigación permitió determinar que la demanda potencial para los servicios de Salud en el Distrito de Leymebamba es de 69,9% - los valores nacionales indican que la demanda potencial es de 69,5%.³¹

El análisis de la Demanda potencial por Lugar de residencia de la población del distrito de Leymebamba demuestra que está representada por 69,6% de los pobladores de zona urbana y el 70,5% de pobladores de zona rural, cifras muy parecidas a las de nivel nacional, ya que la demanda potencial es de 71% de la zona urbana y el 65,2% de la zona rural. Este grupo poblacional que presentó molestias, malestar o enfermedad tiene características propias que definen el acceso o no a los Establecimientos de Salud. Estas características son las que determinan la Demanda efectiva, que en este caso fue de 33,2%, cifra que se asemeja a los valores nacionales (30,8%).³¹

La demanda en salud en el Perú es cubierta por Establecimientos del Ministerio de Salud en un 32,9%, establecimientos de Essalud en un 13,4%, Fuerzas Armadas en un 0,7%, establecimientos particulares en un 15,2% y Farmacias en un 35%³²; en el caso del distrito de Leymebamba se observa que el 28,8% resolvió su problema accediendo a establecimientos de salud del MINSA, el 2,1% en centros de Essalud y el 31% lo hizo acudiendo a farmacias o boticas. Cabe resaltar que el 31,7% de la población decidió no acceder a ningún establecimiento de salud, cifras alarmantes para ser un distrito relativamente pequeño.

En nuestro país la población con Seguro de Salud alcanza un 70,1%; en el caso específico del distrito de Leymebamba, el 79,8% se encuentra asegurada, lo que denota que las estrategias para la afiliación a seguros de salud está funcionando, pero no se cumple al 100%. En el caso de la población que presenta SIS, en el Perú es 59,8% y en el distrito de Leymebamba es de 62,4%, esta diferencia es de esperarse ya que dentro del distrito solo existe un Centro de Salud perteneciente al Ministerio de Salud. En el Perú un 30,9% se encuentran asegurados en Essalud, en Leymebamba sólo un 9% se encuentran en esta aseguradora, ya que la población generalmente cuenta con trabajo dedicado a la ganadería y agricultura, lo que no permite que cuenten con seguro de trabajo.³²

La demanda de atención por salud en el distrito de Leymebamba es cubierta en su mayoría por establecimientos de salud del MINSA (28,8%), cifras muy distantes a la cobertura de Essalud, FFAA/PNP que presentan cobertura de menos del 5%, esto se debe a que la población, en su mayoría, está inscrita en el SIS y además se cuenta con un centro de salud perteneciente al MINSA. Llama la atención que el principal proveedor de atención de salud lo constituyen la farmacias o boticas (31%), el distrito cuenta con tres farmacias para una población de 3918 habitantes, también se debe tener en cuenta que bodegas venden medicamentos. Si comparamos estos datos con las cifras a nivel nacional, se puede observar que son similares, la demanda efectiva es cubierta en un 32,9% en establecimientos del MINSA y un 35% acuden a farmacias.

La población del Perú se encuentra en proceso de urbanización, a finales del año 2016 la población urbana alcanzó el 77% y la población rural el 23%³³, mientras que en Leymebamba el 66,5% viven en zona urbana y el 33,5% en zona rural³¹, demostrando que existe una cantidad considerable de pobladores en zona rural que se encuentran alejados de

los establecimientos de Salud. El proceso de urbanización tiene implicancias importantes en el sector salud, ya que a mayor cantidad de vías de comunicación como carreteras, mayor oportunidad de acudir a un centro sanitario, en el caso de las zonas rurales pertenecientes a Leymebamba, se encuentran bastante alejadas, una de ellas es el pueblo de Chilchos, para poder llegar al distrito solo es posible mediante caballos o a pie, el viaje dura entre día y medio a dos días, otras zonas alejadas como Plazapampa cuentan con carretera de trocha y el viaje es de aproximadamente 6 horas, pero debido a la condición de pobreza de los pobladores, muchas veces optan por dirigirse a pie, realizando la travesía en 1 día.

La investigación permitió evaluar que de la demanda potencial, 66,8% no accedió a un establecimiento de salud al presentar algún malestar o molestia, podemos contrastar esta información con cifras a nivel nacional 69,2%.

En la composición poblacional el 50,09% está constituido por personas del sexo masculino y 49,9% del sexo femenino ³³, en el distrito de Leymebamba la población masculina representa el 52,2% y la femenina 47,8% ²⁹. En el estudio, la población que no accedió a un establecimiento de salud para solucionar alguna dolencia, malestar o enfermedad fue en un 54,2% del sexo femenino y 45,8% del sexo masculino, esto se corrobora con cifras a nivel nacional, ya que el 43,4% de la población femenina y 42,8% de población masculina no buscaron ayuda a su problema³¹

En líneas generales, se considera que el grupo con más vulnerabilidad de presentar una enfermedad es la población que se encuentra en los extremos de la vida, es decir los niños cuyas edades fluctúan entre 0 y 10 años y los adultos con edades superiores a los 60 años³⁴, en el caso de Leymebamba se observa que estos grupos poblacionales no acceden a los

servicios de salud en 17% y 14,8% respectivamente a pesar de presentar alguna molestia, malestar o enfermedad, valores bastante diferentes a los de nivel nacional(39,4% y 42,5% respectivamente), siendo los adolescentes(49%) los que menos acuden a un establecimiento de salud. Particularmente las personas comprendidas entre 10 y 20 años no acudieron a un centro de salud a pesar de presentar algún malestar, molestia o enfermedad (20,4%)

Los pobladores sin pareja, es decir las personas con estado civil de solteros presentaron una mayor frecuencia a no acudir a los servicios de salud (36,6%), posiblemente porque no presentan la presión familiar de mantener en equilibrio la salud.

Actualmente se ha presentado en el distrito de Leymebamba un fenómeno migratorio bastante controversial, los jóvenes al terminar sus estudios secundarios se dirigen a la capital del departamento (Chachapoyas), a la capital de otras provincias(especialmente a la ciudad de Chiclayo o de Cajamarca) o a la capital del Perú(Lima) para continuar sus estudios, y a su vez, muchos pobladores de la región de Cajamarca están emigrando hacia Leymebamba por la riqueza de sus tierras para el desarrollo de la agricultura y ganadería, esto ocasiona cambios culturales en esta zona del país. La lengua Quechua o Castellano fue analizada en esta investigación con la finalidad de obtener información que nos permita conocer el papel de ella en el acceso o no a los servicios de salud, obteniéndose que el 97% de la población que no accedió a un establecimiento sanitario tenían como lengua materna el castellano y el 2,1% que no accedió a un establecimiento de salud presentan al Quechua como lengua materna.

Existen dos factores estrechamente ligados: educación y salud, la interacción de estos elementos configuran escenarios para el desarrollo de las poblaciones, según el Banco Mundial, el Perú es uno de los países con mayor inequidad en indicadores de salud.

Para el año 2016 el Perú logro avances significativos en cuanto a educación, especialmente en la cobertura, sin embargo, la calidad de la educación y el número de horas dictadas- especialmente en zonas rurales- continúa siendo uno de los problemas más graves. Los problemas del sector educación son básicamente presupuestales, en el caso de esta investigación se pudo observar que el 24,8% de la población que no accedió a un establecimiento de salud no culminó la primaria, siguiéndole un 17,9% que no terminó la secundaria, mientras que cifras menores se observan en aquellos que cursaron la educación universitaria(2%); Al evaluar según el nivel educativo, se observa que aquellos que tienen nivel superior buscaron atención en mayor proporción que los que no tienen nivel educativo. En cuanto a los valores nacionales, indican que el 46,5% de los que no accedieron a un centro sanitario solo cuentan con educación primaria y un 38,3% con educación superior. Estas cifras se relacionan con la cantidad de hijos que desean tener las familias, en la investigación se observó que las familias que presentan entre 3 a 5 hijos presentan la mayor cifra de no acceso a establecimientos de salud, con un 41,3%

En la investigación se recogieron las siguientes cifras de acuerdo a la ocupación de la población: el 87.3% de los pobladores que no accedieron a un centro sanitario se encuentran ocupados, mientras que el 12,7% se encuentran desocupados, cifras muy diferentes a las nacionales, en las cuales el 54,5% de la población que no accedió a un centro sanitario se encuentra ocupada y el 59,4% se encuentra desocupada³³. Esto se puede explicar debido a que la población estudiada labora en el ámbito de la agricultura y ganadería y la mayoría de

ellos se encuentra afiliados al SIS, siendo el Centro de salud del Ministerio de Salud el único que se localiza dentro del distrito.

En cuanto a los factores Organizacionales, se observa que solo el 32% de la población considera que el horario de atención fue adecuado, el 55.7% considera que el tiempo de espera para la atención de salud fue bastante y el 50,2% considera que el trato del personal fue malo.

El análisis estadístico permitió determinar la asociación de los determinantes en estudio y el acceso a los servicios de salud circunscritos en esta población. De la investigación se desprende en lo referente al análisis del sexo una ligera mayor frecuencia de no acceso a los servicios de salud en el sexo femenino, siendo estadísticamente no significativa ($p= .428$), lo que demuestra que el determinante sexo no está asociado al acceso de salud.

La edad como determinante social tampoco demostró estar asociado al acceso de salud ($p= .889$), al igual que el estrato geográfico, a pesar que existe mayor concentración de la población con estrato geográfico urbano, no es estadísticamente influyente en el acceso a servicios de salud ($p= .601$)

En cuanto al estado civil no demostró tener mayor importancia sobre el acceso a los servicios de salud en la población del distrito de Leymebamba ($p= .924$) a diferencia del determinante cantidad de hijos, que si demostró tener importancia sobre el acceso a los establecimientos de salud, ($p=.003$).

La condición laboral según la investigación estadística es un determinante importante que está asociado al acceso o no de los servicios de salud ($p = .002$), trabajos nacionales e internacionales presentan información similar en la que la ocupación del poblador puede tener una relación directa en la toma de decisión de acceder o no a los establecimientos sanitarios.

El grado de instrucción es una de las expresiones de desigualdad social y por ende necesario conocer la relación que tiene con el acceso a los servicios de salud, el análisis estadístico nos permite conocer que en la población de Leymebamba este determinante no está asociado al acceso de los establecimientos de salud ($p = .983$)

El determinante cultural Religión no presentó asociación con el acceso a servicios de salud ($p = .928$) al igual que el determinante lengua ($p = .372$)

Al analizar estadísticamente los determinantes organizacionales, se observa que el horario de atención ($p = .000$), el tiempo de espera ($p = .000$) y el trato de personal ($p = .002$) están asociados al acceso de establecimientos de salud.

Del conjunto de determinantes estudiados los determinantes sociales y culturales: edad, sexo, lugar de residencia, estado civil, grado de instrucción, religión y lengua no están asociados al acceso de establecimientos de salud

Del conjunto de determinantes sociales y culturales estudiados, el número de hijos y la condición laboral están asociados al acceso de establecimientos de salud y los

determinantes organizacionales: horario de atención, tiempo de espera y trato del personal también están asociados al acceso de establecimientos de salud.

5.2. CONCLUSIONES

El análisis de los determinantes socioculturales y organizacionales asociados con el acceso a los establecimientos de salud en el distrito de Leymebamba, provincia de Chachapoyas, departamento de Amazonas, ha demostrado que:

Primera: La demanda potencial para los servicios de salud en el distrito de Leymebamba es de 69,9% y la demanda efectiva es de 33.2%, cifras que reflejan existencia de determinantes que influyen negativamente para la búsqueda de atención médica. El promedio nacional para el mismo es de 30,8%(Demanda efectiva)

Segunda: La población del distrito de Leymebamba que participa en este estudio tiene como factores demográficos o personales: Edad entre 0 y 10 años 19,4%, entre 10 y 20 años 21,2%; entre 20 y 30 años 14,9%; entre 30 y 40 años 12,7%; entre 40 y 50 años 9,1%; entre 50 y 60 años 10,1%: entre 60 y 70 años 2,6% entre 80 y 90 años 1% y mas de 90 años 0,6%. Con respecto a la ubicación geográfica, el 66,4% vive en zona urbana y el 33,6% en zona rural.

Tercera: Durante las últimas cuatro semanas previas a la ejecución de la encuesta, un 69,9% presentó alguna enfermedad, accidente o malestar, de esta población, El 28,8% de las actividades asistenciales para solucionar esta situación fueron realizadas en establecimientos del MINSA. El 31% lo hizo acudiendo a farmacias o boticas y un el 31,7% de la población decidió no acceder a ningún establecimiento de salud.

Cuarta: De la población que presentó alguna enfermedad, accidente o malestar sólo accedió a un establecimiento de salud el 33,2% y no accedió un 66,8%.

Quinta: La población que presentó alguna enfermedad, accidente o malestar y no accedió a un establecimiento de salud presentó las siguientes características: EL 54.2% son de sexo femenino y el 45.8% de sexo masculino; en cuanto a edad, el 20,4% fue representada por las edades de 10 a 20 años, seguida de la población de 0 a 10 años con un 17%, menores cifras se observan en la población de 90 a 100 años, representada solo con un 0,8%. En cuanto al determinante de urbanización geográfica, el 65.5% vive en zona urbana y el 34.5% en zona rural. El 62,4% cuenta con Seguro Integral de Salud, el 9% cuenta con seguro en ESSALUD, un 8,4% está afiliado al seguro de las FFAA/PNP y llama la atención que un 20,2% no se encuentra asegurado, lo que explicaría su no acceso a un establecimiento de Salud. En cuanto a estado civil, el 36,6% está representado por población soltera y solo un 3% representa a la población viuda. El idioma Castellano es hablado por un 97,2% y solo un 2,1% habla Quechua. El 24% solo presenta estudios de primaria incompleta, seguido de la secundaria incompleta con un 17,9%. El 41,3% de las familias que no accedieron a un establecimiento de salud a pesar de presentar una enfermedad, accidente o malestar, presentan de 3 a 5 hijos; el 87,3% se encuentra ocupada y el 56,1 presenta la religión Católica

Sexta: La población que presentó enfermedad, malestar o molestias y que no accedió a un establecimiento de salud y que en alguna oportunidad pudo acceder a un centro sanitario representa el 64,9%, esta población pudo responder preguntas relacionadas a los determinantes organizacionales de los establecimientos de

salud. En cuanto al horario de atención, el 68% cree que es inadecuado; el 55,7% indicó que el tiempo de espera fue bastante y el 50,2% cree que el trato del personal fue malo.

Séptima: Según el análisis estadístico, del conjunto de determinantes estudiados los determinantes socioculturales: número de hijos y la condición laboral están asociados al acceso de establecimientos de salud

Octavo: Según el análisis estadístico, de los determinantes organizacionales: horario de atención, tiempo de espera y trato del personal también están asociados al acceso de establecimientos de salud.

5.3. RECOMENDACIONES

- 1) Se debe resaltar la importancia que tiene la necesidad de políticas con un nuevo concepto de focalización que permitan conocer las necesidades propias de cada zona, permitiendo la aplicación de estrategias con mejores resultados.
- 2) Realizar programas y políticas educativas y sociales en la población sobre las necesidades de atención de salud institucional, considerando que un 66,8% de las personas de Leymebamba no buscan ayuda en caso de enfermedad.
- 3) la organización territorial de la oferta sanitaria debe modificarse a partir de un trabajo dinámico en las zonas con mayor densidad poblacional y con mayores necesidades de salud.
- 4) El aseguramiento Universal en salud debe limitar todo tipo de barreras al acceso, sobre todo de carácter sociocultural y organizacional
- 5) Educar al personal de los servicios de salud para mejorar el trato a los pacientes, así como mejorar la cultura organizacional de las instituciones de Salud
- 6) Regular el expendio de medicamentos por parte de las boticas o farmacias, ya que son el principal centro de consulta ante una enfermedad, malestar o molestia.
- 7) Realizar investigaciones teniendo en cuenta la relación entre determinantes económicos con el acceso a servicios de salud.

5.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Longaray Chau, C. Impacto del Seguro Integral de Salud en el acceso a los servicios de salud. [Tesis doctoral]. Lima: Facultad de ciencias económicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2010
2. Sullcahuaman Valdiglesias, Edith. Factores socioculturales y organizacionales que limitan el acceso a los servicios de salud en Cajabamba Cajamarca- 2006. [Tesis]. Cajamarca: Maestría en salud Pública. Universidad Nacional Federico Villarreal
3. Navarrete Mejía, P. Determinantes no económicos asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de San Ignacio en el departamento de Cajamarca- 2006. [Tesis doctoral]. Cajamarca: Maestría en salud Pública. Universidad Nacional Federico Villarreal. 2007
4. Suárez Bustamante, M; Segura García, L; Mendoza, R. Inequidad en el uso de los servicios de salud en niños y adultos de tres poblaciones rurales del Perú. Med fam. 2000 ene.-dic. 8(1/2):6-13.
5. More Lama, A. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. Fondo de Investigaciones del programa de Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de las Condiciones de Vida de los Hogares en el Perú. 2000 Jun. Instituto Nacional de Estadística e Informática.
6. Alvis Zakzuk, J & Herrera Rodríguez M. Determinantes socioeconómicos del acceso a la prestación de los servicios de salud en la región caribe colombiana [Tesis doctoral]. Cartagena de Indias: Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Cartagena; 2013.
7. Zapata Vanegas, m. Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen Subsidiado del municipio de San Gil – Santander. [Tesis doctoral]. Bucaramanga: Especialización en gerencia de la seguridad social. Universidad autónoma de Bucaramanga; 2013.

8. Florez martínez, s; campo rivera,c; trochez gómez, m & peña lemus, c. Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace cauca, 2012. [Tesis doctoral]. Popayán: Especialización en auditoría y garantía de la calidad en Salud con énfasis en epidemiología. Universidad EAN-universidad del cauca. 2012.
9. Morera Salas, M & Aparicio Llanos, A. Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Gac Sanit.* 2010 Junio; 24(5):410–5
10. Hautecoeur Maeve, M; Zunzunegui, M & Vissandjee, B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pública de México*, 2007 marzo-abril. 49(2): 86-93
11. Mejía Mejía, A; Sánchez-Gandur, A & Tamayo-Ramírez, J. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud pública.* 2007 Febr; 9(1): 26-38
12. Organización Internacional del trabajo. Acceso a servicios de salud. *El Caribe*: 2014
13. Stewart, E. El uso de servicios de salud pública en América Latina y el Caribe. Estados Unidos: Vanderbilt University; 2015. Documentos de trabajo: 110
14. Bustamante Chauca, T & Alegre Romero, M. Plan regional concertado de salud Amazonas 2008- 2021. Amazonas: Gobierno Regional de Amazonas; Nov 2008.
15. Equipo técnico de Epidemiología. Sala situacional de salud 2014. Amazonas: Dirección de Salud Amazonas. 2014
16. Rodríguez Acosta, S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. [Tesis doctoral].Bellaterra: Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada. Universidad autónoma de Barcelona. Jun 2010
17. Vargas Lorenzo, I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. [Tesis doctoral]. Bellaterra: programa de Doctorado en Salud Pública. Universidad autónoma de Barcelona. 2009.

18. Comité Regional andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Bogotá: Comité Regional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. 2010
19. Agudelo-Suárez, A.; Alzate-Urrea, S; López-Vergel, F; López-Orozco, C; Espinosa-Herrera, É; Posada-López, A et al. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, jul-dic 2014. 13 (27): 181- 99.
20. Campo-Arias, A; Oviedo Celina, H & Herazo, E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Bogotá, Colombia. *Rev colomb psiquiat*. Jul-Dic 2014; 43(3):162–167
21. Cetrángolo, O; Bertranou, F; Casanova, L & Casalí, P . Lima: Essalud & Organización internacional del trabajo; 2013.Documento de trabajo: 184
22. Girón Daviña, P. Los determinantes de la salud percibida en España. [Tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid. 2010.
23. Villar Aguirre, M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención, Lima. *Acta Med Per*. Oct-Dic 2011, 28(4):237-41
24. Darias Curvo, S. Determinantes Socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular. [Tesis doctoral]. Universidad de La Laguna. 2009
25. Agudelo Suárez, A. Trabajo y Determinantes de Salud en la Población Inmigrante en España. [Tesis doctoral]. Alicante: Departamento de enfermería comunitaria, medicina preventiva y salud pública e historia de la ciencia. Universidad de Alicante. 2010
26. who.int/social_determinants. Determinantes sociales de la salud. [Sede Web]: OMS; 2014- [actualizada el 3 de Marzo de 2014; acceso 30 de Junio de 2006]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

27. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Argentina: Comisión sobre determinantes sociales de la salud, Organización Mundial de la Salud, 2013.
28. Pérez Guerra, N. Acceso a los servicios de salud del MINSA según la Encuesta Nacional de Hogares 2006. [Tesis doctoral]. Lima: Maestría en Economía de la Salud. Universidad Nacional Mayor de san Marcos. 2010
29. Hernández Sampieri, R. Metodología de la Investigación. 2ª Ed. México. 2010
30. Equipo técnico de Epidemiología. Sala situacional de salud 2014. Amazonas: Direccion de Salud Amazonas. 2014
31. Instituto Nacional de Estadística e Informática. "Perú: Análisis Etnosociodemográfico de las Comunidades Nativas de la Amazonía, 1993 y 2007". Lima: INEI; 2010. Documentos de trabajo: 4
32. Ministerio de Salud. Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. Dirección General de Epidemiología. 1º Ed. Perú. 2012
33. Superintendencia Nacional de Salud. Anuario estadístico 2016. Intendencia de Investigación y Desarrollo de la Superintendencia Nacional de Salud 1º Ed. Perú. 2016
34. Compañía Peruana de estudios de mercados y opinión pública. Peru: Población 2016. Market report. 2016 Agosto; (5):20-8

ANEXO

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Identificación del problema	Pregunta General	Hipótesis General	Objetivo General	Variable dependiente	Dimensiones	Indicadores
Desconocimiento de los determinantes socioculturales y organizacionales que están asociados con el acceso a los servicios de salud del distrito de Leymebamba- Amazonas en el año 2016	¿Cuáles son los determinantes socioculturales y organizacionales que están asociados con el acceso a los servicios de salud del distrito de Leymebamba- Amazonas en el año 2016	Los determinantes socioculturales y organizacionales esta asociados con el acceso a los servicios de salud del distrito de Leymebamba- Amazonas	Identificar los determinantes socioculturales y organizacionales que están asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba- Amazonas en el año 2016	Acceso a los servicios de salud	Acudió a servicios de salud los últimos 04 meses?	Si No
	Pregunta Especifica	Hipótesis específica	Objetivos Específicos	V. Independiente	Dimensiones	Indicadores
	- ¿Cuáles son los determinantes sociales que están asociados con el acceso a los servicios de salud? - ¿Cuáles son los determinantes culturales que están asociados con el acceso a los servicios de salud? - ¿Cuáles son los determinantes organizacionales que están asociados con el acceso a los servicios de salud?	-Los determinantes sociales que están asociados con el acceso a los servicios de salud son sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, número de hijos y condición laboral -Los determinantes culturales que están asociados con el acceso a los servicios de salud son grado de instrucción, religión, lengua - Los determinantes organizacionales que están asociados con el acceso a los servicios de salud son horario de atención, tiempo de espera y trato de personal	-Determinar los determinantes sociales que están asociados con el acceso de los servicios de salud -Identificar los determinantes culturales que están asociados con el acceso de los servicios de salud -Identificar los determinantes organizacionales que están asociados con el acceso de los servicios de salud	Determinantes sociales	Sexo	Masculino- Femenino
					Edad	Grupo etáreo
					Lugar de residencia	Rural- Urbano
					Estado civil	Soltero-casado, viudo- divorciado-conviviente
					Número de hijos	Cantidad de hijos
					Condición laboral	Ocupado- Desocupado
				Determinantes culturales	Grado de instrucción	Sin nivel, Educación inicial, Primaria, Secundaria, Técnico, Superior, Universitario
					Religión	Católica- otra
Lengua					Quechua- Castellano- Otros	
Determinantes Organizacionales	Horario de atención	Adecuado				
	tiempo de espera	Muy poco, Poco, Bastante, Demasiado				
	trato del personal	Muy bueno, Bueno, Malo, Muy malo				

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

FACTORES SOCIOCULTURALES Y ORGANIZACIONALES QUE LIMITAN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO DE LEYMEBAMBA-AMAZONAS 2015

Fecha de la encuesta:

A. ESTRATO GEOGRAFICO:

I. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

PARTE 1 (preguntas realizadas al jefe del hogar)

I.1 Conservación de la vivienda

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo
5. Muy malo

I.2 El material predominante en las paredes exteriores es:

1. ladrillo o bloque de cemento
2. piedra o sillar con cal o cemento
3. adobe o Tapia
4. quincha
5. Piedra con barro
6. Madera
7. Estera
8. Otro material

I.3 Material predominantemente en los pisos

1. parquet o madera pulida
2. Laminas asfálticas, vinílicos o similares
3. Losetas, terrazos o similares
4. Madera(entablados)
5. Cemento
6. Tierra
7. Otro material

I.4 El material predominantemente en los techos es:

1. Cemento armado
2. Madera
3. Tejas
4. Calamina
5. Caña o estera con torta de barro
6. Estera
7. Pajas, hojas de palmera
8. Otro material

I.5 Número de habitaciones en total tiene la vivienda

I.6 Número de habitaciones se usan para dormir

I.7 Número de personas que viven permanentemente en el hogar

I.8 El abastecimiento de agua proviene de:

1. Red pública, dentro de la vivienda
2. Red pública, fuera de la vivienda pero dentro del edificio
3. Pilón de uso público
4. Camión, cisterna u otro similar
5. Pozo
6. Río, acequia, manantial o similar
7. Otros

I.9. El servicio higiénico que tiene su hogar está conectado a:

1. Red pública, dentro de la vivienda
2. Red pública, fuera de la vivienda pero dentro del edificio
3. Pozo séptico
4. Pozo ciego o negro/ letrina
5. Río, acequia o canal
6. Otro

PARTE II: CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Preguntas realizadas a todos los miembros del hogar

II.1 ¿Cuál es la relación de parentesco con el miembro del hogar?

1. Jefe(a)
2. Esposo(a)
3. Hijo(a)
4. Yerno/nuera
5. Nieto
6. Padres/suegros
7. Otros parientes

II.2 Sexo: M F

II.3 Fecha de nacimiento:/...../.....

II.4 ¿Usted nació en este distrito? SI - NO

II.5 Estado civil

1. Conviviente
2. Casado(a)
3. Viudo(a)
4. Divorciado
5. Separado
6. Soltero

II.6 ¿Cuántos hijos tiene?

II.7 ¿Cuál es su religión? : Católica () Otra ()

III. EDUCACION

(Para personas de 3 a más años)

III.1 ¿cuál es el idioma o lengua materna que aprendió en su niñez?

1. Quechua
2. Castellano
3. Otro

III.2 Cual es el último año de estudio que aprobó:

1. Sin nivel
2. Educación inicial
3. Primaria incompleta
4. Primaria completa
5. Secundaria incompleta
6. Secundaria completa
7. Superior no universitaria incompleta
8. Superior no universitaria completa
9. Superior universitaria incompleta
10. Superior universitaria completa

III.3 Sabe leer y escribir: Si..... No.....

III.4 Está matriculado en algún centro o programa de enseñanza regular: Si..... No.....

III.5 Actualmente ¿Asiste a algún centro de enseñanza regular? Si..... No.....

IV. EMPLEO O INGRESO

Todos los miembros de 14 a más años de edad

IV.1 ¿La semana pasada tuvo algún trabajo? SI NO

IV.2 Números de personas que trabajan y generan ingresos:

IV.3 Alta dependencia económica: Si..... No.....

V. SALUD

V.1 Padece de alguna enfermedad o malestar crónico (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, etc). SI NO

V.2 En las últimas 4 semanas presentó algún(a):

1. Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)
2. Enfermedad (gripe, diarrea, etc)
3. Recaída de enfermedad crónica
4. Accidente
5. No, ninguna.

V.3 A dónde acudió para consultar por esta enfermedad, síntoma o malestar

1. Puesto de salud del MINSAs
2. Centro de salud MINSAs
3. Puesto o centro de salud CLAS
4. Posta, policlínica de ESSALUD
5. Hospital MINSAs
6. Hospital ESSALUD
7. Hospital FF AA/ PNP
8. Consultorio médico particular
9. Farmacia o botica
10. En su domicilio (del paciente)

11. Huesero o curandero
12. Otro:
13. No busco atención

V.4 Actualmente está afiliado a algún tipo de seguro

1. ESSALUD
2. FFAA- FF.PP
3. SIS
4. No está afiliado

V.5 En alguna oportunidad buscó ayuda (del personal de salud) para alguna dolencia, malestar o síntoma: SI.....NO.....

V.6 El horario de atención del hospital, puesto o centro fue:

1. Adecuado
2. Inadecuado

V.7 El tiempo de espera para su atención fue:

1. Muy poco
2. Poco
3. Bastante
4. Demasiado

V.8 Como considera el trato que le dieron

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Malo
4. Muy malo