

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



## **FACTORES RELACIONADOS AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD-COMUNIDAD CAMPESINA DE MOLLEPATA, DISTRITO DE AYACUCHO 2008**

*TESIS PARA OPTAR TITULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA*

**PRESENTADO POR:**

Bach. PILLACA FERNÁNDEZ, Jaime Alfonso

Bach. PRADO DIAZ, Antonio

**AYACUCHO - PERÚ**

**2009**

A mis queridos abuelos Policarpo, Lucinda y mi querida madre Pelagia con mucho aprecio y cariño por el sacrificio y esfuerzo depositado en mí, a pesar de las dificultades económicas a fin de hacer realidad mis aspiraciones académicas.

A mis tíos Miguel, Erasma, Augusto, Remigia Edwin, Leoncio, Dolores, por su apoyo en mi formación Profesional.

A mis hermanos Jorge, Herlinda, Graciela, Lourdes, Diomedes, Luis Nery, Jesús, Jonnel, Mirko, Jordano, Abel los cuales son la expresión de fortaleza en este largo camino por recorrer.

**JAIME**

A la memoria de mi querido padre Paulino y madre Agustina con mucho cariño y valor por apoyarme en Todo momento a fin de influir en hacer realidad mis metas académicas.

A los que luchan día a día por un noble ideal de nuevos cambios profundos dando todo de si e inclusive la vida.

A mis hermanos Juan, Rubén, Oscar, y Ludovina como una esperanza de esta familia que lucha cada día por salir adelante.

**ANTONIO**

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestra alma Mater: La Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos permitido ingresar a sus aulas y lograr nuestras aspiraciones y metas de ser profesionales de Salud lo cual nos llena de inmensa satisfacciones.

Nuestro reconocimiento a todos los docentes de la Facultad de Enfermería que con su esfuerzo contribuyeron inmensamente en nuestra Formación Profesional a través de sus enseñanzas.

A nuestro Asesor principal Mag. Manglio Aguirre Andrade por la orientación, apoyo y colaboración que nos brindó en todo momento en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al Dr. Mariano Benites Villanueva y Dra. Nancy Gabriel Sinche, Lic. Hugo Ayala Prado, Antrop. Percy Escriba Tineo, y a todas las personas que nos brindaron su apoyo constante, orientación y sugerencias para la culminación del presente trabajo de investigación.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	<i>i-ii</i>
AGRADECIMIENTO	<i>iii</i>
ÍNDICE	<i>iv</i>
INTRODUCCIÓN	01
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	10
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXO	

## INTRODUCCIÓN

Dentro del marco de análisis económico y social en el campo de la salud, en los diferentes países del mundo se vienen planteando reformas de Estado en temas relacionados al sector salud, que tiene como uno de sus principales objetivos y principios de acción en el logro de la equidad.

La equidad se puede definir de diferentes maneras de acuerdo a las especialidades y disciplinas que por necesidad se estudian; tenemos así definiciones filosóficas, económicas, epidemiológicas, políticas, centradas cada una de ellas en su propia perspectiva. Una definición operativa de equidad en el campo de la salud encierra por lo menos tres imperativos, e implica: 1) igual acceso a la atención para igual necesidad; 2) igual utilización de recursos para igual necesidad; 3) atención de igual calidad para todos. Estos tres mandamientos no abarcan la totalidad del concepto, pero hablamos de una definición operativa para el sector de la salud<sup>1</sup>

La equidad es un concepto muy discutido y abarca muchos aspectos en el proceso de desarrollo de las personas en una sociedad, tiene que ver principalmente con la **"igualdad de oportunidades"**, y se inscribe dentro de un marco normativo como la justicia y un marco de acción como son las políticas sociales, que en salud se hace más evidente y por ello se busca reducir con las políticas de salud "las disparidades de las condiciones de salud de los diferentes grupos sociales y que estas políticas garanticen el acceso de toda la población a la atención de sus necesidades básicas de salud"<sup>1</sup>

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se estipula que toda persona tiene derecho a establecer "libremente su condición política" y asimismo "su desarrollo económico, social y cultural", y que los Estados deben asegurar a que los hombres y las mujeres disfruten de esos derechos por igual. En el Pacto también se reconoce el derecho fundamental de toda persona a estar "protegida contra el hambre", a ser educada y a disfrutar del "más alto nivel posible de salud física y mental". Para lograr este último, además de la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la provisión de servicios médicos, el Pacto estipula "el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente", referencia temprana al vínculo entre el medio ambiente y la salud<sup>5</sup>.

A pesar de que existen normas y propuestas políticas en salud en distintas partes del mundo no se hace lo suficiente, para asegurar el acceso a los servicios de salud a la que toda familia tiene derecho y que exigen legítimamente. Como consecuencia, el progreso hacia los objetivos de desarrollo del milenio ha sido demasiado lento y poco uniforme. Pareciera que el derecho básico de acceso a los servicios de salud por el momento sea una limitante para muchos y una realidad lejana difícil de encontrar para otros.

A finales del siglo XX, la situación sanitaria de las Américas siguió mejorando, estas mejoras se asocian con los adelantos sociales, económicos, ambientales y tecnológicos, y con la mayor disponibilidad de servicios de asistencia sanitaria y creciente eficacia de los programas de salud pública. Sin embargo, estas ganancias en materia de salud no se han logrado en la misma proporción en todos los países de la Región, ni tampoco han beneficiado por igual a todos los grupos de la población. Las situaciones sanitarias menos favorables son aquellas en las cuales la persistencia de las enfermedades transmisibles se asocia con condiciones de vida deficientes, agravadas por la pobreza y el deterioro ambiental progresivo. En algunos países han aumentado los problemas de salud relacionados con las formas de vida, la urbanización y el envejecimiento de la población.

En Perú, durante la década de los noventa la infraestructura pública de salud se amplió de manera considerable, especialmente en lo que se refiere a los establecimientos de primer nivel. En efecto, los puestos de salud pasaron de 3.163 en 1990 a 5.085 en el año 2000. Sin embargo, los avances



fueron menores en términos de eficiencia y equidad en la provisión de los servicios. También quedaron pendientes reformas básicas en el terreno institucional, como por ejemplo la integración, o por lo menos la coordinación, entre el ministerio de salud y la seguridad social. Así, a pesar de la ampliación de la cobertura, las brechas en salud entre los diversos estratos sociales y regiones geográficas continúan siendo enormes. La subsistencia de estas brechas y los agudos problemas de eficiencia y equidad en el sector, hacen necesaria una reforma global de la salud pública en el país<sup>14</sup>.

La efectividad del modelo de atención actual ha llegado a su límite. En las dos últimas décadas ha habido una importante mejoría en la esperanza de vida, pero las tasas de mortalidad materna y perinatal no se han reducido de manera significativa, a la vez que se ha incrementado rápidamente la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles, accidentes y violencia. Por otro lado, los indicadores de salud muestran grandes brechas entre regiones y grupos sociales. El diagnóstico permite identificar varios retos, como por ejemplo la cobertura de la atención de parto, el saneamiento básico y los sistemas de alcantarillado en las zonas rurales; y la promoción de estilos de vida saludables en las ciudades más grandes. En resumen existe la necesidad de reducir las iniquidades existentes en la prestación de los servicios estatales<sup>15</sup>.

El trabajo de Valdivia (GRADE) encuentra que, en efecto, la utilización de servicios médicos está concentrada en los estratos socioeconómicos más

altos, incluso en el caso de los servicios públicos. En el acceso a los servicios de salud medido a través de la atención del parto por profesionales. La autora descubre que las variables más relevantes para explicar el acceso, no son solamente las referidas a la infraestructura de salud, sino también el nivel de educación y la lengua materna, factores que pueden constituir impedimentos socio cultural, y generar desconfianza hacia médicos y profesionales de salud. Así, las diferencias en el acceso entre zonas urbanas y rurales obedecen no sólo a factores de oferta (infraestructura), sino también a los de demanda (nivel educativo y barreras culturales)<sup>16</sup>.

El autor identifica una serie de problemas institucionales que generan ineficacia e ineficiencia en el empleo de los recursos, así como mala calidad de los servicios: la falta de coordinación entre los subsectores; el carácter cerrado, tradicional y vertical del ministerio; la mezcla de funciones de gobierno con la administración del financiamiento y la prestación de los servicios; entre otros<sup>17</sup>.

Subraya la falta de unidad de gobierno y de planeamiento estratégico. Por un lado, el MINSA, asigna recursos de manera aislada para cada hospital, bajo su jurisdicción, en Lima. Por el otro, cada Consejo Transitorio de Administración Regional (CTAR) negocia individualmente con diferentes ministerios y específicamente con el ministerio de Economía y finanzas los recursos que les serán asignados. Tampoco existe vinculación alguna con

los sistemas hospitalarios de Es Salud, ni de las fuerzas armadas o policiales, ni del sector privado. Esta situación genera irracionalidad e iniquidad en la situación hospitalaria de los distintos departamentos<sup>18</sup>.

El Seguro Social, Ministerio de Salud, Sanidad de Fuerzas policiales y fuerzas Armadas aplicaron una reforma subsectorial o parcial, sin una reforma global que los enmarque, y que su línea de fuerza fue siempre aumentar la productividad, mas no la calidad. La evaluación de estas experiencias apunta a la necesidad urgente de una reforma global en salud para que las políticas sectoriales sean eficientes, equitativas y sustentables<sup>19</sup>.

Los problemas de Salud en el Perú se inscriben en contextos caracterizados por el deterioro de las condiciones de vida generados por (pobreza, desempleo y subempleo), las limitaciones del gasto público en el sector (MINSAL), la dificultad de acceso a los servicios de salud y las malas condiciones de saneamiento básico.<sup>20</sup>

Según análisis de los planteamientos de los diversos autores, en el Perú existen muchos factores que influyen en el acceso y no acceso a los servicios de salud; de ello entre los más importantes que impiden que la población se convierta en demanda son; los ingresos económicos, el nivel de educación y la cultura. La gran mayoría de peruanos que no acceden o que acceden y no pueden continuar con el tratamiento es debido a que no cuentan con el ingreso económico suficiente, otro grupo no accede porque

sencillamente no percibe su salud como un bien y ello tiene relación con el nivel de educación y finalmente otro grupo no accede a los servicios por cuestiones culturales (tradiciones, costumbres, hábitos, vergüenza, etc.). Y estos aspectos se tratan de comprobar en el presente estudio.

En el Departamento de Ayacucho y en especial en la Comunidad Campesina de Mollepata, constituido con una población aproximada de 4784, en su mayoría son: migrantes, pobres, pobres extremos, quechua hablantes, con bajo nivel académico, hacinamiento. Se observa un mayor porcentaje de la población con múltiples problemas de salud; de ellos según resultados de la investigación pocos demandan los servicios de salud.

En este contexto sanitario en la que se encuentra el País y la región, fue necesario investigar la equidad en salud en nuestra localidad, pero restringido a dos de sus aspectos principales: el acceso a los servicios o acceso a la atención de salud y el uso o la permanencia en los servicios; estudiándose el problema de porqué una determinada parte de la población accede y la otra no accede a los servicios de salud, explicando detenidamente teniendo en cuenta los factores más importantes que constituyen los determinantes del acceso y las barreras del no acceso. Para ello se planteó como problema **¿CUALES SON LOS FACTORES RELACIONADOS AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA COMUNIDAD CAMPESINA DE MOLLEPATA, DISTRITO DE AYACUCHO, 2008?** . Como objetivo se planteó:

## **OBJETIVO GENERAL.**

- Identificar los factores determinantes relacionados con la equidad de acceso y uso de los servicios de salud en la Comunidad Campesina de Mollepata- Ayacucho 2008

## **OBJETIVO ESPECIFICO.**

- Identificar la proporción de la población con equidad de acceso a los servicios de salud de la Comunidad Campesina de Mollepata.
- Relacionar los factores sociales (trato del personal de salud, religión, grado de instrucción, idioma, procedencia), con el acceso y uso a los servicios de salud en la Comunidad Campesina de Mollepata.
- Relacionar el factor económico con el acceso y uso de los servicios de salud en la población de la Comunidad de Mollepata.
- Relacionar la calidad de oferta de los Servicios de Salud con el acceso y uso de los servicios de salud en la población de la Comunidad de Mollepata.

La hipótesis propuesta, fue “Los factores; déficit de ingreso económico familiar, religión y bajo nivel de instrucción, están relacionados con la falta de acceso y uso de los Servicios de Salud en la Comunidad Campesina de Mollepata”.

Tipo de estudio empleado fue descriptivo correlacional, Universo constituido por 4784 pobladores de la Comunidad Campesina de Mollepata del Distrito de Ayacucho. Muestra 152 comuneros. Tipo de muestreo utilizado, muestreo probabilística aleatorio simple.

La recolección de datos se realizó utilizando como técnica e instrumento la observación y entrevista.

Los datos se procesó utilizando la estadística descriptiva, que permitió ratificar la hipótesis planteada “interacción de factores de pobreza, idioma quechua, menor grado de instrucción y calidad deficiente de servicios de salud (maltrato y deficiente capacidad resolutive en la solución de patologías), son las principales factores relacionados con el acceso a los servicios de salud por cual, la gran mayoría de los pobladores de la Comunidad Campesina de Mollepata no acceden y si es que acceden no les permite continuar con el tratamiento.

El presente trabajo contiene, introducción, procesamiento, interpretación y análisis de datos, conclusiones, recomendación, bibliografía y anexos.

## **PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

## CUADRO N° 01.

### Población con acceso a los servicios de salud, de la Comunidad Campesina de Mollepata- Ayacucho 2008.

Acceso a los Servicios de Salud	TOTAL	
	N	%
Acceso	22	14.5
Acceso Limitado	106	69.7
No Acceso	24	15.8
TOTAL	152	100.00

FUENTE: Entrevista Comunidad Mollepata, agosto 2008.

En el presente trabajo de investigación la variable "acceso a los servicios de Salud", está constituido por los siguientes componentes: acceso, acceso limitado y no acceso.

**Acceso.-** Comprende los siguientes indicadores: Barreras de financiamiento, localización y distribución espacial de los servicios de salud, trabajador dependiente e independiente, patrones discriminatorios, calidad de servicio, calidad de atención, tiempo de espera, garantías de acceso en población de riesgo, infraestructura física disponible, experiencias de recursos humanos.

En el presente trabajo de investigación el acceso se mide con los indicadores: consulta medica, información de servicios prestados, método de ayuda diagnóstico y tratamiento.

**Acceso limitado.-** Es cuando el paciente logra la consulta médica y abandona el tratamiento por tener privaciones económicas.



**No acceso.-** Se considera cuando el paciente por ningún motivo hace uso de los servicios de salud.

El cuadro demuestra que del 100 % de la muestra, el 69.7 % tuvo acceso limitado al uso de los Servicios de Salud, el 15.8 % no accedió y finalmente solo el 14.5 % refieren haber accedido a los Servicios de Salud.

Según el informe del programa de investigación (MECOVI-Perú); "Del total de la población con algún problema de salud (enferma o accidentada) accedió a los servicios de salud 51,5% y no accedió a los servicios de salud 48,5%. Respecto de las razones por las que no accedan a los servicios de salud, el 22,3% de la población indica que no acceden, porque no tiene dinero, es decir, son pobres o pobres extremos, y ello se observa en los modelos utilizados pues siempre están interactuando dos ó más NBI (necesidades básicas insatisfechas), como barreras al acceso en los modelos hallados, a ello se suman otras variables estructurales que constatan la falta de una oferta de servicios de salud, así la no existencia de consultas o medicinas, la falta de atención, y el 6.4 % de la población que no accedió a los servicios de salud, manifiestan que no existe servicios de salud o no hay personal calificado. Hay un alto porcentaje de la población de todas las áreas de residencia, regiones naturales, nivel de urbanización, ingresos, sexo y nivel educativo que no acceden a los servicios de salud, por razones culturales; pues indican, que no les tratan bien, no confían en la medicina, no fue necesario, prefieren los métodos caseros, curanderos o

tienen otra razón, esta población alcanza el 68,8% de la población que no accede a los servicios de salud en el Perú<sup>4</sup>.

Según la actual política de salud uno de los grandes objetivos del Gobierno es ir consolidando las bases y los elementos para conformar el aseguramiento universal de los peruanos, es decir, el acceso universal de todos, cualquiera sea su condición u ocupación, a los servicios de salud,.. *“El objetivo es que todos los peruanos pobres, trabajadores, desempleados, ricos, todos tengan acceso a la salud, pero naturalmente desde su condición laboral o desde su condición de pobreza, todos tienen el derecho de poder alcanzar servicios de salud de manera sistemática, consistente y moderna”*

<sup>21</sup>

El planteamiento teórico de las políticas de salud del actual gobierno” *que todos los peruanos pobres, trabajadores, desempleados, ricos, todos tengan acceso a la salud”*, no es concordante con los resultados del presente trabajo de investigación en que existe acceso limitado a los servicios de salud.

En resumen los pobladores de la Comunidad Campesina de Mollepata, a pesar que existe un Puesto de Salud en la misma comunidad, existe todavía el 15.8% que refieren no tener acceso a los servicios de salud. El porqué se explicará en las tablas siguientes.

**CUADRO N° 02.**

**Acceso de la población a los Servicios de Salud, según el trato del personal de salud, en la Comunidad Campesina de Mollepata- Ayacucho 2008.**

Acceso a los Servicios de Salud	Trato Humano				TOTAL.	
	Buen trato		Mal trato		N	%
	N	%	N	%		
Acceso	12	7.9	10	6.6	22	14.5
Acceso Limitado	56	36.8	50	32.9	106	69.7
No Acceso	10	6.6	14	9.2	24	15.8
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>	<b>51.3</b>	<b>74</b>	<b>48.7</b>	<b>152</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Entrevista Comunidad Mollepata, agosto 2008.

Para el presente trabajo de investigación la variable “trato del personal de Salud”, está constituido por los siguientes componentes: Buen trato y mal trato.

**Buen trato.-** Cuando el personal de salud realiza una actividad en un establecimiento de salud respetando: su condición económica, idioma, vestido, cultura del paciente.

**Mal trato.-** Cuando el personal de salud realiza una actividad en un establecimiento con conductas inadecuadas: humillación, no respeta orden de llegada, desestimación por su condición económica, marginación por su idioma y no respeta su cultural.

En el presente cuadro se aprecia que del 69.7 % de la población con acceso a los Servicios de Salud, el 36.8 % manifiesta haber percibido buen

trato del personal en el momento de la atención y el porcentaje restante de 32.9 % manifiesta haber recibido mal trato; Mientras del 15.8 % que no obtuvo acceso a los Servicios de Salud, la mayoría 9.2 % de ellos, refieren que fueron mal tratados y solo el 6.6 % manifiestan no haber sufrido maltrato; y finalmente del 14.5 % que tienen acceso a los Servicios de Salud, el 7.9 % manifiestan no haber recibido muestras de maltrato por parte del personal; pero sí, el 6.6 % refieren que han sufrido maltratos por el personal de salud.

Que en el Perú, hay un alto porcentaje 68.8 % de la población que acudieron a los establecimientos de salud han sido maltratados por parte del personal de salud; es decir fueron atendidos transgrediendo los principios éticos, normas legales y vulnerando derechos fundamentales de las personas a la atención de salud. Razón por lo que no confían en la medicina, prefieren los métodos caseros, curanderos<sup>4</sup>

Según la caracterización de la exclusión social en el Perú “La población excluida en el Perú accede limitada y tardíamente a los servicios de salud”, debido principalmente a los siguientes factores: a) baja percepción del derecho a la salud y a su estado de salud; b) bajos niveles de calidad de servicio y maltrato percibido por los usuarios, y c) por costo económico.<sup>7</sup>

De acuerdo al análisis del presente cuadro se observa que un porcentaje significativo de 48.7 % de los pobladores de la Comunidad Campesina de Mollepata afirman que las veces que por enfermedad o

accidente han acudido a los servicios de salud, fueron víctimas de maltrato (verbal y/o gestos) por parte del personal de salud que laboran en las instituciones de salud de nuestra Región. El maltrato por parte del personal de salud a los demandantes de los servicios, es un factor común casi en la mayoría de los establecimientos de salud de la Región de Ayacucho y esto influye negativamente en el acceso a los servicios de salud; es decir, a mayor maltrato o indiferencia del personal de salud hacia los usuarios hay menor demanda y a mayor trato adecuado y empático; mayor demanda de los servicios de salud. Esta afirmación se sustenta en los resultados del presente cuadro y los autores citados.

Testimonio del usuario:

*“El personal técnico nos trata como que fuéramos sus soldados; grita y ordena.*

*“Atienden a otras personas que llegaron después que yo”.*

*“Demoran en atender, se enojan porque el niño está enfermo. Por qué no cuidas, te gritan. La vez pasada se enfermaba a cada rato y cuando lo llevé me dijeron que el SIS sólo atiende dos veces gratis y más de eso debería de pagar”*

(Tomados del Informe de los comuneros de Mollepata- Ayacucho – 2008).

### CUADRO N° 03

**Acceso de la población a los Servicios de Salud, según Religión de los integrantes de Comunidad Campesina de Mollepatá- Ayacucho 2008.**

Acceso a los Servicios de Salud	Religión				Total	
	Católico		Evangélico		N	%
	N	%	N	%		
Acceso	14	9.2	8	5.3	22	14.5
Acceso limitado	66	43.4	40	26.3	106	69.7
No acceso	10	6.6	14	9.2	24	15.8
Total	90	59.2	62	40.8	152	100.0

FUENTE: Entrevista Comunidad Mollepatá, agosto 2008.

En el presente cuadro, se aprecia que del 40.8 % que practica religión Evangélica, el 9.2 % no accede a los servicios de salud y solo un porcentaje mínimo de 5.3 % acuden al uso de los servicios de salud; y, mientras del 59.2 % de la población que practican la religión católica, el 9.2 % accedió a los servicios de salud y solo un porcentaje mínimo de 6.6 % no acceden.

La mesa redonda de "Americana de las Ciencias" recientemente celebrada en Baltimore, concluye "que existen evidencias científicas de que las personas religiosas tienen mejor salud que los que no practican la religión"<sup>11</sup>

Luego de la revisión de 212 trabajos publicados sobre la influencia de la religión en la salud, concluyen que, el 70% de los estudios concluían, ser religioso se correlacionaba positivamente con la salud y Sólo el 7% de los trabajos asociaba negativamente la religión con la salud<sup>22</sup>.

De acuerdo al análisis de los resultados del presente trabajo de investigación y los autores citados, se concluye que el mayor porcentaje de las personas que practican la religión evangélica mantienen buena salud, razón por lo que tienen poca necesidad de demandar atención de salud; pero, mientras las personas de religión católica o ateos inversamente tienen más problemas de salud y demandan mayor atención de salud.

#### CUADRO N° 04

**Acceso de la población a los Servicios de Salud, según en dominio del idioma por los integrantes de Comunidad Campesina de Mollepata- Ayacucho 2008.**

Acceso a los Servicios de Salud	Idioma				TOTAL	
	Quechua		Castellano		N	%
	N	%	N	%		
Acceso	12	7.9	10	6.6	22	14.5
Acceso Limitado	66	43.4	40	26.3	106	69.7
No Acceso	15	9.9	9	5.9	24	15.8
TOTAL	93	61.2	59	38.8	152	100.0

FUENTE: Entrevista Comunidad Mollepata, agosto 2008

En el cuadro de investigación se aprecia que del 61.2 % de personas que platican idioma quechua, un porcentaje de 9.9 % no logran acceder al uso de los servicios de salud y solo un porcentaje menor de 7.9 % logran acceder; y mientras del 38.8 % que platican con mayor frecuencia idioma castellano, el porcentaje mayor de 6.6 % logran acceder al uso de dichos servicios y solo un porcentaje menor de 5.9 % no accede.

“En Otavalo- Ecuador, el 12% de los 13.200.000 habitantes del Ecuador son nativos de idioma quechua, con demasiada frecuencia carecen de acceso a servicios de educación, atención de la salud y están sumidos en la pobreza; es decir, casi un 88% de los hogares indígenas viven por debajo del límite de pobreza, en la que refleja en las altas tasas de mortalidad de madres y lactantes. En algunas comunidades remotas, la mortalidad



derivada de la maternidad llega a 250 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos, casi el doble del promedio nacional, de 130. En algunas zonas rurales de los Andes, uno de cada 10 lactantes muere antes de cumplir un año. La falta de servicios de educación y de salud menoscaba las perspectivas de desarrollo y empobrece a las familias.<sup>8</sup>

En el informe investigadores de la Universidad de Carolina del Norte. Concluyen: "Los hispanos que hablan español en los Estados Unidos tienen dificultades para acceder al sistema de atención de salud. "Abordar por completo las disparidades de la atención de salud requerirá de una mejor comprensión de los factores contribuyentes dentro de la rica diversidad de la población de EE.UU. Además, más de la mitad de los adultos hispano parlantes carecían de seguro de salud y de un médico personal, y uno de cada cuatro no había podido buscar la atención necesaria en el pasado debido al costo. "Las disparidades asociadas al idioma en el acceso a la atención son más pronunciadas en las regiones del país que experimentan un rápido crecimiento neto en la población hispana<sup>8</sup>.

Refiere "pobreza, y no el idioma, el verdadero culpable en la falta de acceso a la atención de salud, entre los estadounidenses hispanos. "El uso del idioma español es un sustituto de una aculturación baja, menores ingresos y menor educación en la población latina<sup>23</sup>.

"Una de las barreras para el acceso a los servicios de salud es el idioma, Los pacientes hispanoparlantes tienen menos probabilidades de

acceder a la atención de salud, sobre todo debido a barreras culturales y lingüísticas. Más del 70% de los hispanos hispanoparlantes carecen de seguro, sobre todo en las áreas de nuevo crecimiento.”<sup>10</sup>

Los resultados de esta investigación son concordantes con las conclusiones de CORNEJO M. y otros autores citados, en la que, las personas de idioma quechua, son los que mayor frecuencia, carecen de acceso a servicios de salud, educación y están sumidos en la pobreza.

La comunidad Campesina de Mollepata, en un 61.2 % son Quechua hablantes; y con frecuencia expresan los sentimientos de miedo, desconfianza y aislamiento. Estas situaciones dificultan el acceso a los servicios de salud con normalidad. Pero también la diferencia cultural y los problemas de comunicación en un sentido amplio, más allá del idioma, favorecen que las demandas de la población inmigrada a los servicios de salud sean inespecíficas. Por otra parte, la escasa formación académica de los profesionales de la salud en Interculturalidad, la actual organización asistencial, la falta de tiempo para una atención y escucha de la demanda adecuada y porque no, también en ocasiones, la poca sensibilidad hacia esta población, pueden contribuir a cronificar la sintomatología expresada, disconformidad en la persona atendida, impotencia del profesional, aumento de costes y frustración mutua.

En esta realidad socioeconómica y política del país, los habitantes quechua hablantes son postergados en el acceso y uso de los servicios de

salud. Este efecto empobrece a un más la situación económica de las familias de esta comunidad. Por tanto nuestra misión debe ser siempre sumar, nunca restar, sumar culturas, razas, voluntades, y restar crispación e intolerancia.

**CUADRO N° 05**

**Acceso de la población a los Servicios de Salud, según ocupación de los integrantes de Comunidad Campesina de Mollepata- Ayacucho 2008.**

Acceso a los servicios de Salud	Ocupación										Total	
	Emplea.		Agricult.		Comerc.		Conduct.		Emplea. Domest.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acceso	5	3.3	8	5.3	4	2.6	3	2.0	2	1.3	22	14.5
Acceso Limitado	16	10.5	56	36.8	19	12.5	8	5.3	7	4.6	106	69.7
No Acceso	2	1.3	12	7.9	5	3.3	4	2.6	1	0.7	24	15.8
Total	23	15.1	76	50.0	28	18.4	15	9.9	10	6.6	152	100.00

FUENTE: Entrevista Comunidad Mollepata, agosto 2008.

En el presente cuadro, se aprecia entre los aspectos más significativos los siguientes: Que del 100 % de la población en estudio, el 50.0 % son agricultores, de ellos, el 36.8 % tienen acceso limitado al uso servicios de salud, un porcentaje importante de 7.9 % no acceden y solo un porcentaje menor de 5.3 acceden al uso de los servicios de salud; mientras del 18.4 % de comerciantes; el 12.5 % tienen acceso limitado, porcentaje significativo de 3.3 % no acceden y solo 2.6 % logran acceder; y finalmente 15.1 % de la población son empleados; de ellos, el 10.5 % tienen acceso limitado, pero un buen porcentaje de 3.3 tienen acceso y no acceden solo un porcentaje menor de 1.3 %.

“El mercado laboral peruano muestra que la mitad de la población económicamente activa (PEA), está constituido principalmente por trabajadores independientes, es decir sin vínculo laboral con un empleador y dentro del segmento dependiente destaca que apenas un 18% reporta tener un vínculo contractual, mientras que el 21% carece de una relación formal de trabajo. Esta estructura del mercado laboral y sus relaciones contractuales reflejan una reducida protección social”<sup>7</sup>

Los resultados del presente cuadro revelan, que los pobladores que carecen de un vínculo formal de trabajo (agricultores, comerciantes menoristas, conductores y empleadas domésticas) tienen menos acceso a los servicios de salud. OPS/OMS indica que los trabajadores independientes sin vínculo laboral con el empleador reflejan una escasa protección social.

En conclusión, la ocupación de los pobladores es un factor determinante para el acceso o no acceso a los servicios de salud. Las ocupaciones (agricultores, comerciantes, conductores de vehículos, empleadas domésticas, etc.), que no tienen vínculo contractual con el empleador, tienen acceso limitado y en otros casos no tienen acceso a la salud; mientras las ocupaciones con vínculo laboral con el empleador en su mayoría tienen acceso a la salud.

**CUADRO N° 06**

**Acceso de la población a los Servicios de Salud, según grado de instrucción de los pobladores de Comunidad Campesina de Mollepata- Ayacucho 2008.**

Acceso a los Servicios de Salud	Grado de Instrucción										Total	
	Analf.		Primaria		Secund.		Superior no Univer.		Univers.		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Acceso	3	2.0	6	3.9	8	5.3	2	1.3	3	2.0	22	14.5
Acceso Limitado	7	4.6	48	31.6	45	29.6	2	1.3	4	2.6	10	69.7
No Acceso	2	1.3	12	7.9	4	2.6	4	2.7	2	1.3	24	15.8
Total	12	7.9	66	43.4	57	37.5	8	5.3	9	5.9	15	100.00
											2	

FUENTE: Entrevista Comunidad Mollepata, agosto 2008.

En este cuadro cabe destacar, que del 100 % de la población en estudio, el 43.4 % tienen grado de instrucción primaria; de ellos, un porcentaje significativo de 7.9 % no acceden a los servicios de salud y solo un porcentaje menor de 3.9 % acuden al uso de los servicios de salud; mientras del 37.5 % que tienen grado de instrucción secundaria, un porcentaje significativo de 5.3 % acceden a los servicios de salud y un porcentaje menor 2.6 % de este grupo no acceden a los servicios de salud. Esta misma tendencia se nota en los estudiantes Universitarios, en donde un

porcentaje mayor 2.0 % acceden a los servicios de salud y un porcentaje menor 1.3 % no acceden al uso de los servicios de salud.

Como resultado del trabajo de investigación, concluye, que el 48.2 % de población de la zona rural y sin nivel educativo no accedió a los servicios de salud y el restante 51,8% sí accedió a los servicios de salud; Mientras 49.6 % de la población con grado de instrucción primaria, no accedió y el 50,4% de esta población si accedió; y finalmente el 45,4% de la población universitaria no accedió y el 54,6% sí accedió.<sup>4</sup>

Los problemas endémicos de América Latina, como la maternidad precoz, el escaso acceso a servicios sanitarios, a fuentes seguras de agua y el alto grado de analfabetismo femenino, todo lo cual hace muy difícil cumplir con muchas de las Metas de Desarrollo del Milenio acordadas por las Naciones Unidas al inicio del siglo XXI. “Se requiere atender a los niños desde que están en el útero materno”, afirma categórico tras señalar el vínculo directo que existe entre estado de salud, edad y grado de instrucción de la madre, con una buena perspectiva de vida para los niños por nacer.<sup>24</sup>

Los resultados del presente cuadro son concordantes con Lara More Y Portillo, en que a menor grado de instrucción menos posibilidad de acceso a los servicios de salud y a mayor grado de instrucción mayor posibilidad de acceso a los servicios de salud.

La percepción de la salud está en función de nivel educacional, ingresos económicos, estrato poblacional, etc. por tanto, la educación además de ser una vía importante para salir de la pobreza donde la población recibe conocimientos básicos de lecto-escritura y matemáticas, favorece al individuo a valorar su salud.

En conclusión, se afirma que las personas a mayor grado de instrucción, tienen más accesibilidad a los servicios de salud, de superar la pobreza, superar las barreras, etc. Pero a la inversa, menor acceso a los servicios de salud.



**CUADRO N° 07**

**Acceso de la población a los Servicios de Salud, según percepción de calidad de prestación de servicios de salud por los pobladores de Comunidad Campesina de Mollepata- Ayacucho 2008.**

Acceso a los Servicios de Salud	Percepción de Calidad de Prestación de Servicios de Salud				Total	
	Buena		Deficiente		N	%
	N	%	N	%		
Acceso	14	9.2	8	5.3	22	14.5
Acceso Limitado	70	46.0	36	23.7	106	69.7
No Acceso	8	5.3	16	10.5	24	15.8
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>60.5</b>	<b>60</b>	<b>39.5</b>	<b>152</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Entrevista Comunidad Mollepata, agosto 2008.

En la presente investigación la variable “percepción de calidad de prestación de servicios de salud”, está constituido por los siguientes componentes: Buena y deficiente.

**Buena calidad.-** Cuando el paciente durante la atención en un establecimiento de salud es atendido con: amabilidad, cordialidad, paciencia, interés, capacidad resolutoria, efectividad.

**Calidad deficiente.-** Cuando el paciente durante la atención en un estableciendo es atendido en forma: despectiva, antipática, intratable, impaciente, apática, duda.

En este cuadro se destaca, que del 100 % de la población en estudio, el 14.5 % tuvieron acceso al servicio de salud; de ellos, un porcentaje significativo de 9.2 % califican al actual servicio de salud de buena calidad

y un porcentaje menor 5.3 califican calidad deficiente; mientras del 15.8 % que no tuvieron acceso, el 10.5 % califican calidad deficiente y solo 5.3 % califican de buena calidad; y finalmente de 69.7 % de la población que tuvo un acceso limitado, el 46.0 % califican de buena calidad y 23.7 % de mala calidad.

Según el informe del proyecto de investigación (MECOVI-PERU), en la población rural “ el 52,3% de la población que manifestó como razón de no acceso a los servicios de salud, por ausencia de consulta y medicinas, el 53,7% de la población manifestó como razón de no acceso la falta de dinero, otros por razones de la no existencia de personal calificado (86,4%), prefiere los métodos caseros (64,0%) y prefiere los curanderos (95,3)” ; y mientras que la población urbana, “refieren de no asistencia a los servicios de salud, por que no les tratan bien (57,9%), no fue necesario (73,1%), no confía en la medicina (53,0%)”<sup>4</sup>.

Los hallazgos del presente trabajo de investigación ratifican las conclusiones de Lara More, en que “buen porcentaje de personas no demandan los servicios de salud, por que consideran que en estos establecimientos brindan atención de mala calidad (trato inadecuado del personal de salud, falta de profesionales especialistas, falta de medicina.

Entendiendo que la calidad en la atención de los servicios de salud, viene ha ser la combinación de características humanas y tecnológicas que los servicios de salud deben poseer, para cumplir con sus objetivos. Calidad

técnica, se entiende como eficacia clínica de los servicios. Por otra parte, prestación de un servicio de salud es de calidad, cuando esta se brinda de una manera integral (satisfacer toda las necesidades del paciente), con destreza (hacer bien lo que se debe hacer en cada caso), oportuna (hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer) y en contenido (hacer todo lo que se debe hacer en cada caso); un porcentaje de 39.5 % de comuneros de la comunidad campesina de Mollepata consideran que la prestación de los servicios de salud en la Región de Ayacucho es de una calidad deficiente; de los cuales 23.7% usan solo en forma parcial los servicios de salud, 10.5 % no acceden y solo 5.3 % a pesar que consideran de calidad deficiente acceden y usan los servicios de salud de su jurisdicción.

La percepción negativa de la población sobre la calidad de oferta de los servicios de salud, está relacionado con el acceso limitado o no acceso al uso de los servicios de salud en la Región de Ayacucho. La calidad de servicios de salud en Ayacucho, es un tema que amerita ser investigado en forma específica y con mayor amplitud.

## CUADRO N° 08

### Acceso de la población a los Servicios de Salud, según situación económica familiar de la Comunidad Campesina de Mollepata- Ayacucho 2008.

Acceso a los Servicios de Salud	Situación Económica familiar						Total	
	No pobre		Pobre		Pobre extremo		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Acceso	02	1.3	20	13.2	00	0.0	22	14.5
Acceso limitado	13	8.6	67	44.0	22	14.5	102	67.1
No Acceso	02	1.3	20	13.2	06	3.9	26	18.4
Total	17	11.2	108	70.4	28	18.4	152	100.00

FUENTE: Entrevista Comunidad Mollepata, agosto 2008.

La variable “situación económica familiar”, está constituido por los siguientes componentes: No pobre, pobre y pobre extremo. Para el presente trabajo los indicadores significan.

**No pobre**, Cuando la situación económica familiar permite satisfacer las necesidades básicas.

**Pobre**.- Cuando la situación económica familiar del hogar no permite cubrir el costo per-cápita de la canasta básica. Una necesidad básica insatisfecha.

**Pobreza extrema**.- Cuando el ingreso per-cápita del hogar no alcanza para cubrir el costo per cápita de la canasta alimentaria. Dos o más necesidad básicas insatisfechas.

En el presente cuadro se observa, que del 100 % de la población en estudio, el 67.1 % tienen acceso limitado a los servicios de salud; de ellos 44.0 % son pobres, 14.5 % pobres extremos y solo el 8.6 % corresponde a la población no pobre. Mientras el 18.4 % no tienen acceso; de los cuales el 13.2 % son pobres, 3.9 % pobres extremos y un porcentaje mínimo de 1.3 % los no pobres. Finalmente se observa 14.5 % de la población acceden a los servicios de salud; del cual el 1.3 % son no pobres y los pobres extremos 0.0 %.

Refiere que las NBI, que interactúan y presentan una relación inversa respecto del acceso a los servicios de salud, así tenemos los hogares con niños que no asisten a la escuela (NBI4), sin servicios higiénicos (NBI3) y en condiciones de hacinamiento (NBI2), se convierten en barreras del acceso a los servicios de salud. Ello significa que la población vista por el lado de sus condiciones de vida, estas condiciones actúan (en el caso de las NBI) como determinantes para el no acceso a los servicios de salud. La probabilidad de que acceda a los servicios de salud el poblador es mucho menor cuando exista mayor presencia en el hogar de niños que no van a la escuela, los hogares no cuenten con servicio higiénico y haya existencia de hacinamiento. Otras dos variables explican de modo positivo el acceso a los servicios de salud, el tiempo de llegada (la accesibilidad temporal) y el ingreso per-cápita, es decir, existencia de establecimientos a menor distancia del hogar permite mayor accesibilidad a los servicios de salud, lo mismo

sucede con el ingreso, si la población mejora sus ingresos existe la posibilidad de que mejore el acceso a los servicios de salud.<sup>1</sup>

El Vicepresidente del Banco Mundial para América Latina y el Caribe, refieren que "América Latina es altamente desigual en cuanto a ingresos y también en el acceso a servicios como educación, salud, agua y electricidad. Esta situación frena el ritmo de la reducción de la pobreza y mina el proceso de desarrollo en sí"<sup>25</sup>.

El éxito en este ámbito exige la superación de las barreras económicas, sociales y culturales que obstaculizan el acceso de las embarazadas a los servicios de salud. Un estudio reciente realizado en Perú por la Universidad del Pacífico reveló que la mortalidad infantil está en estrecha relación con el número de consultas preventivas, el porcentaje de niños inmunizados contra el sarampión, los logros educativos de la madre, la calidad del agua potable y de los servicios de saneamiento, así como la calidad de la infraestructura de salud. Otras variables similares están relacionadas con la mortalidad infantil, es decir, el deceso de niños antes de cumplir el primer año de vida, y todas ellas están relacionadas con factores socioeconómicos, familiares y de conducta<sup>26</sup>.

En nuestro concepto, tres son los motivos más importantes que impiden que la población se convierta en demanda: los ingresos, el nivel de educación y la cultura. La gran mayoría de peruanos que no acceden o que acceden y no pueden continuar con el tratamiento es debido a que no

cuentan con el ingreso suficiente, otro grupo no accede porque sencillamente no percibe su salud como un bien y ello tiene relación con el nivel de educación y finalmente otro grupo no accede a los servicios por cuestiones culturales (tradiciones, costumbres, hábitos, vergüenza, etc.). Y estos aspectos es que se tratan de comprobar en el presente estudio<sup>27</sup>.

Los pobladores de la Comunidad de Mollepata de acuerdo a las NBI e ingreso per cápita, se encuentran en situación de pobreza (70.4 %) y en extrema pobreza (18.4 %), de ellos, la mayoría tuvo acceso limitado al uso de los servicios de salud y otros no lograron ni logran acceder. Este hallazgo es concordante con el reporte de los autores citados.

La población rural de Mollepata con menores ingresos económicos, es la que en mayor proporción no accede a los servicios de salud o si acceden no tienen posibilidades de continuar con el tratamiento.

Por otra parte, algunos integrantes de la comunidad que han logrado acceder y restaurar su salud; no pueden conservar su bienestar, debido a que no poseen las condiciones necesarias para preservar su salud como: agua, electricidad, alcantarillado, vivienda, educación, alimentación, recreación, y seguridad etc.

Los resultados de esta investigación demuestra una vez más, que la pobreza y extrema pobreza son factores determinantes que obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

## CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis de los determinantes del acceso a los servicios de salud a partir de variables de orden demográfico, social, económico, sociocultural y educativo en la comunidad campesina de Mollepata, se demuestra que:

1. Porcentaje significativo (69.7%) tienen acceso limitado al uso de los servicios de salud; es decir, no pueden continuar con el tratamiento; mientras 15.8 % no logran acceder a los servicios de salud.
2. La situación de pobreza y extrema pobreza en la que se encuentran sumidos la población campesina de Mollepata, es el principal factor que influye negativamente en el no acceso o acceso limitado al uso de los servicios de salud (acceden, pero no pueden continuar con el tratamiento, debido a que no cuentan con ingresos suficientes para cumplir con las indicaciones y lograr a restaurar su salud.



3. En segundo lugar, la percepción negativa de la población sobre la calidad de oferta de los servicios de salud, está relacionado con el acceso limitado o no acceso al uso de los servicios de salud en la Región de Ayacucho.
4. El mayor porcentaje de los integrantes de la Comunidad Campesina de Mollepata son Quechua hablantes y migrantes del campo; y con frecuencia expresan los sentimientos de exclusión, miedo, la desconfianza y la soledad. Estas situaciones dificultan el acceso al sistema sanitario en un contexto de normalidad.
5. La religión evangélica es un factor importante relacionado con el no acceso a los servicios de salud; puesto que estas personas mantienen buena salud, razón por lo que tienen poca necesidad de demandar atención de salud; pero, mientras las personas de religión católica o ateos inversamente tienen más problemas de salud y demandan mayor atención de salud.
6. Las personas a mayor grado de instrucción, tienen más accesibilidad a los servicios de salud, de superar la pobreza y superar las barreras; pero a la inversa, menor acceso a los servicios de salud.

## RECOMENDACIONES

1. Para mejorar el no acceso a los servicios de salud en la población se debe integrar en forma efectiva los programas sociales, estableciendo políticas claras con alto nivel de compromiso del gobierno central, regional y local. Además se deben de constituir términos y metas cuantificables para reducir y superar la pobreza, hambre, miseria, analfabetismo, enfermedad, degradación ambiental y la discriminación hacia la población menos poseída.
2. Los grupos vulnerables (Pobres, de idioma quechua, migrantes del campo) deben recibir especial atención en pos de superar su estado de ánimo, mediante programas integrales de inclusión. No basta con promover el acceso a los servicios de salud; sino, paralelamente se debe brindar educación, ya que de lo contrario, no utilizarán los servicios de salud debido a factores culturales ni estar en capacidad

de conseguir puestos de trabajo. Superar la exclusión social no sólo supone disminuir carencias y aumentar o mejorar la infraestructura en salud o saneamiento; sino se debe desarrollar y promover la educación, proveer nuevas capacidades y conocimientos; por tanto, es preciso crear y promover una integridad nacional en la que se acepten y se reconozcan las diferencias raciales y culturales; las cuales deben estar consideradas en la etapa de concepción de políticas de superación de la pobreza e inclusión social

3. La integración con el sector educación será importante, pues la sensibilización, la información, la educación y la comunicación debe ser puesta en marcha con la creación de un curso de cuidados de la salud, la participación de los niños y jóvenes en campañas de la salud y en pos de la modificación del comportamiento sobre la salud; ello deberá ser hecha en todo el país en todos los sectores y zonas.
4. La integración del médico de la familia con el comportamiento de las personas ante un problema de la salud deberá estar ligada a incentivos tanto para la población como para el profesional de la salud. Se hace evidente también que se integren políticas de atención en las que se incluya la medicina tradicional, de modo que se rompa la barrera cultural de no acceso a los servicios de salud.
5. Finalmente, no debemos soslayar la importancia que tiene la necesidad de una política de financiamiento a los servicios de salud

de parte del Estado con un nuevo concepto de focalización a partir de integrar el concepto descentralizado, comunicación, médico de familia o cabecera y políticas de prevención, promoción, educación, comunicación y aseguramiento y de mejora de ingresos en la población de modo que ello implique mejorar sus condiciones de vida y por ende mayor probabilidad de acceder a los servicios de salud.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Murillo Alfaro Félix  
1998 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud En el Perú. Encuesta nacional de hogares. Lima- Perú. Pág. 11-22.
2. Mwabu Germano  
1984 A Model of household Choice Among Medical Treatment Alternatives in Rural Kenya, Boston, Massachusetts: Boston University.
3. Mwabu Germano  
1986 Health Care Decisions at the Household Level: Result of Result of Rural Health Survey in Kenya. Social Science and Medicine, vol,2, N1 3.
4. Lara More  
2000 Fondo de investigación del programa de mejoramiento de Encuestas y la medición de las condiciones de vida de los Hogares (MECOVI-PERU) Lima- Perú. Pág. 5.
5. BID  
2007 Análisis de la situación de Salud de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publican/Pan Am J Public Health Pag. 13-28.  
[www.iadb.org](http://www.iadb.org).

6. Torres. Castillo  
2002  
Programa de Políticas Públicas y Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington- EEUU.
7. OPS/OMS  
2003  
Caracterización de la Exclusión Social en el Perú. Proyecciones de financiamiento de la atención de la Salud en el Perú. Lima- Perú.
8. Cornejo. M  
1994  
Organización no Gubernamental Jambi Huasi un modelo para el Empoderamiento de la Comunidad. ONGs. [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).
9. Dubard. A  
2008  
Centro de investigación sobre servicios de salud. Cecil G. Sheps University of North Carolina- EEUU. La revista American Journal of Public Health.
10. Panares. R  
2008  
Healthday Facultad de Medicina David Geffen de la Universidad de California-los Ángeles.
11. José de la Serna  
2006  
Religión, Medicina y Salud en Cuba. Estudios Humanísticos La Habana Academia de Ciencias de Cuba Editorial Científico- Técnica .Oriente. Pág. (81-110). [www.dialnet.unirioja.es/servlet](http://www.dialnet.unirioja.es/servlet).

12. Lázaro. P y Otros 2002 Dirección General de Ordenación de Investigación y Formación Investigación y Formación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid-España. [www.svmfyc.org](http://www.svmfyc.org).
13. [sparodi@grade.org.pe](mailto:sparodi@grade.org.pe). Lima 27, Perú.
14. Aramburu Carlos 2005 El Artículo de Problemas de Salud Lima-Perú
15. Carlos Bardales. 2003 El Artículo sobre el Análisis de la Evolución de los Problemas de Salud de la población Peruana para identificar cuáles deben ser Las prioridades de las nuevas políticas de salud.
16. Valdivia, Martín. 2002 Sensibilidad de la demanda por servicios de salud ante un Sistema de tarifas en el Perú: ¿Precio o calidad?». *Economía y Sociedad* N° 44, Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, pp. 11-16.
17. Jonson, Jaime. 2004 Artículo de Reestructuración institucional del sector salud cconsorcio de Investigación Económica y Social. Lima-Perú.

18. Palomino, José. 2003. Artículo de los servicios hospitalarios en el Perú. Consorcio de Investigación Económica y Social. Lima-Perú.
19. Arroyo, Juan. 2004. Artículo de acuerdos de gestión y nuevos mecanismos de pago En los noventa: Consorcio de Investigación Económica y Social Lima-Perú.
20. Palomino, José. 2001. «Los servicios hospitalarios en el Perú». En Pedro Francke, Editor. *Políticas de salud 2001-2006*. Lima-Perú.
21. García Pérez, Alan. 2009. Propuestas de políticas de Salud de aseguramiento Universal. [www.elperuano.com.pe](http://www.elperuano.com.pe).
22. Matthews. D. 2006. Cristianismo y Psicoterapia. Implicancias para la clínica desde la antropología bíblica adventista. [www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp](http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp).
23. Vega, W. 2008. Temario Vol. III. Oposiciones Trabajador Social Instituciones Sanitarias. [www.agapea.com](http://www.agapea.com).
24. Portillo, Zoraida. 2008. UITA – Secretaría Regional Latinoamericana – América Latina y el Caribe Lejos de las Metas



del Milenio en Salud y Nutrición Montevideo-  
Uruguay.

25. Ferranti , D  
2002

Seminario sobre Globalización CEPAL. Banco  
Mundial Santiago de Chile, Marzo 6-8.  
[www.en.scientificcommons.org](http://www.en.scientificcommons.org).

26. [www.up.edu.pe](http://www.up.edu.pe).

27. Martínez, Elena  
2007

Directora regional para América Latina y el Caribe  
del Programa de las Naciones Unidas para el  
Desarrollo.  
[www.inap.uchile.cl/cienciapolitica/pnud](http://www.inap.uchile.cl/cienciapolitica/pnud).

## **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA.  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERIA.  
FICHA DE ENTREVISTA- CUESTIONARIO.**

**INTRODUCCION.-** Estimados señor: somos egresados de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga (UNSCH). El presente cuestionario tiene por finalidad recoger información sobre los factores socio-económicos, culturales y políticos que influyen en el acceso de UD. De su familia a los servicios de salud. Para lo cual solicito a usted responder con la sinceridad, ya que estas respuestas serán útiles solo para fines de estudio de investigación. Las respuestas son de carácter personal y anónimo. (Gracias).

**I.- ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.**

**1.- ¿Cuándo usted y sus familiares se enferman a donde acuden con mayor frecuencia?**

- a).- Puestos y hospitales ( )
- b).- Curanderos, hueseros, herbolaros ( )
- c).- Clínicas y/o consultorios particulares ( )
- d).- Ningunos ( )

**2.- ¿Cuándo usted y sus familiares se enferman y acuden a los servicios de salud; logra?**

a.- Consulta medica, información de servicios prestados, método de ayuda diagnóstico y tratamiento; es decir hasta lograr su completa recuperación.

( )

b.- Solo consulta médica o hasta una aparente mejoría y luego abandona el tratamiento por carencia económica.

( )

c.- No logra hacer uso de los servicios de salud.

( )

## **II.- FACTORES SOCIOCULTURALES.**

### **1.- Exclusión social.**

**¿Cuándo usted acude a los establecimientos de salud, cuál de las siguientes formas de trato recibió usted? refiera con toda sinceridad.**

- a).- Amable. Cordial, equitativo ( )
- b).- indiferente, desprecio, muecas, gritos, postergaciones, indiferencia, no ser escuchados ( )

**¿Por su condición social y económica, le postergaron atender en los establecimientos de salud?**

SI ( ) NO ( )

### **2.- Religión.**

**1.- ¿La mayor parte de su familia son religiosos?**

- a).- Creyente ( )
- b).- Agnóstico ( )
- c).- Ateo ( )

**3.- ¿Si es creyente a que organización religiosa pertenece?**

- a).- Religión católico ( )
- b).- Religión Evangélico ( )

### **4.- Idioma.**

**1.- ¿Usted y su familia que idioma practican con mayor frecuencia?**

- a).- Quechua ( )
- b).- Castellano ( )

### **5.- Ocupación.**

**1.- ¿En que se ocupa el jefe de familia?**

- a).- Empleado ( )
- b).- Agricultor ( )
- c).- Comerciante ( )
- d).- Conductor ( )

- e).- Empleada doméstica ( )
- g).- otros ( )

**6.- Grado de instrucción.**

- a).- Analfabeto ( )
- b).- Primaria ( )
- c).- Secundaria ( )
- d).- Superior no Universitaria ( )
- e).- Superior Universitaria ( )

**III. FACTOR ECONOMICO.**

**1.- ¿Cuánto es el ingreso económico mensual de la familia?**

- a).- Menos de 550 soles ( )
- b).- 600 a 1500 soles ( )
- c).- 1500 a más ( )

**2.- ¿La casa en la que habita es:**

- a).- Propia ( )
- b).- Familiar ( )
- c).- Cuidante ( )
- d).- Arrendatario ( )

**3.- ¿De que material esta construido la casa en la que vive?**

- a).- Material noble ( )
- b).- Material adobe ( )
- c).- Material quincha ( )

**4.- ¿Numero de integrantes de familia que viven en la casa:**

---

**5.- ¿Cuántas habitaciones tiene su casa?**

- a).- Menos de 3 ( )
- b).- 4 a más ( )

**6.- ¿En las habitaciones que ocupa la familia hay presencia de animales como: cuy, perro, otros?**

SI ( ) NO ( )

**7.- ¿La vivienda cuenta con los servicios básicos?**

a).- Agua SI ( ) NO ( )

b).- Desagüe SI ( ) NO ( )

c).- Electricidad SI ( ) NO ( )

**8.- ¿Dentro de la familia, existen niños en edad escolar que no están estudiando o han dejado de estudiar?**

SI ( ) NO ( )

#### **IV. CALIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.**

**1.- Características humanas del personal de salud.**

**a).- ¿El personal de salud le atiende con amabilidad, cordialidad, paciencia e interés?**

SI ( ) NO ( )

**b).- ¿el personal de salud le atiende en forma despectiva, antipatía, intratable, impaciencia, apatía, duda?**

SI ( ) NO ( )

**2.- ¿En el establecimiento de salud al que acudió han identificado rápidamente su enfermedad y han logrado curarle?**

SI ( ) NO ( )