

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA
COVID-19 EN POBLADORES DE LA COMUNIDAD NATIVA
CHUQUIBAMBILLA ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD CUBANTIA
DEL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PANGOA – JUNIN 2022**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD PUBLICA Y COMUNITARIA**

AUTORES:

SUSAN YURY CRISPIN ARANDA

SYDNEY JOSIANNE VARGAS MANTILLA

Callao, 2023

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. HERNAN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ	-	PRESIDENTE
Lic. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO	-	SECRETARIA
Mg. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES	-	VOCAL

ASESOR (a): Dra. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO

Nº de Libro: 05

Nº de Acta: 002-2023

Fecha de Aprobación de tesis: 02 de enero del 2023

Resolución de sustentación: N° 099-2021-CU del 30 de junio de 2022

DEDICATORIA

A Dios, porque sin el nada es posible.

A nuestros padres porque son nuestro motor y motivo para seguir emprendiendo nuevos caminos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos los docentes que contribuyeron con mi formación profesional concediéndome su tiempo y dedicación. Un agradecimiento especial a la Dra. Juana Medina Mandujano, asesora del trabajo de investigación, por su tiempo, dedicación y compromiso hacia nosotras. A los docentes que colaboraron en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Hoja de referencia del jurado y aprobación.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Índice de contenidos.....	v
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos.....	viii
Resumen	ix
Abstract.....	x
INTRODUCCIÓN	11
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1 Descripción de la realidad problemática	13
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema General	15
1.2.2 Problemas específicos	15
1.3 Objetivos de la investigación	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4 Justificación	16
1.4.1 Justificación Social	16
1.4.2 Justificación Teórica.....	17
1.4.3 Justificación metodológica	17
1.5 Delimitantes de la investigación.....	17
1.5.1 Limitación teórica	17
1.5.2 Limitación espacial	18
1.5.3 Limitación temporal	18
II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 Antecedentes:.....	19
2.2 Bases teóricas	23
2.3 Marco conceptual	26
2.3 Definición de términos básicos	29
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	31
3.1 Hipótesis	31
3.2 Operacionalización De Variables.....	32
IV. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	33
4.1 Diseño de Investigación.....	33

4.2 Método de investigación	33
4.3 Población y muestra	33
4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado.....	33
4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	33
4.6 Análisis y procesamiento de datos	34
4.7 Aspectos éticos en investigación	35
V. RESULTADOS	36
5.1 Resultados descriptivos.....	36
5.2 Resultados inferenciales.....	46
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	51
6.1 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	51
6.2 Responsabilidad ética de acuerdo con los reglamentos vigentes.	55
VII. CONCLUSIONES	56
VIII. RECOMENDACIONES.....	57
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
Anexos	65
Matriz de consistencia	65
Instrumentos validados.....	68
Consentimiento informado.....	72
Confiabilidad	73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1.1	Categorización de los niveles de acceso a los servicios de salud	36
Tabla 5.1.2	Nivel de acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19	37
Tabla 5.1.3	Acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 según su dimensión disponibilidad.	38
Tabla 5.1.4	Nivel de disponibilidad de los servicios de salud durante la pandemia	39
Tabla 5.1.5	Acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 según su dimensión accesibilidad.	40
Tabla 5.1.6	Nivel de accesibilidad de los servicios de salud durante la pandemia COVID-19	41
Tabla 5.1.7	Acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 según su dimensión aceptabilidad.	42
Tabla 5.1.8	Nivel de aceptabilidad a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19	43
Tabla 5.1.9	Acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID- 19 según su dimensión contacto con el servicio.	44
Tabla 5.1.10	Nivel de contacto con los servicios de salud durante la Pandemia COVID- 19.	45
Tabla 5.2.1	Prueba de proporción acceso a los servicios	46
Tabla 5.2.2	Prueba de proporción de disponibilidad	47
Tabla 5.2.3	Prueba de proporción de accesibilidad	48
Tabla 5.2.4	Prueba de proporción de aceptabilidad	49
Tabla 5.2.5	Prueba de proporción contacto con el servicio	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1.1	Nivel de acceso a los servicios de salud durante la.....	37
	Pandemia COVID- 19.	
Gráfico 5.1.2	Nivel de disponibilidad de los servicios de salud durante.....	39
	la pandemia COVID- 19.	
Gráfico 5.1.3	Nivel de accesibilidad los servicios de salud durante la.....	38
	Pandemia COVID- 19.	
Gráfico 5.1.4	Nivel de aceptabilidad a los servicios de salud durante la.....	39
	pandemia COVID- 19	
Gráfico 5.1.5	Nivel de contacto con los servicios de salud durante la.....	40
	Pandemia COVID- 19.	

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía; cuyo método de investigación fue cuantitativo y descriptivo de diseño no experimental transversal; con una población muestral siendo de 280 pobladores nativos de dicha comunidad, el cual, para la recopilación de la información, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario. Como resultados se muestra que el 59,6% de refieren tener un alto nivel de acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19. Asimismo en las dimensiones de acceso a los servicios de salud, disponibilidad, aceptabilidad y de contacto con el servicio durante la pandemia COVID-19 es adecuada, teniendo un alto nivel un 93.2%, 92.9% y el 93.2% respectivamente, sin embargo, en la dimensión de accesibilidad dio como resultado inadecuado alcanzando un nivel medio siendo de 80.7%.

Palabras clave: acceso a la salud, pandemia covid-19, comunidad nativa.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine access to health services during the COVID-19 pandemic in residents of the Chuquibambilla Native Community attached to the Cubantía Health Center; whose research method was quantitative and descriptive of a cross-sectional non-experimental design; with a sample population of 280 native residents of said community, which, for the collection of information, the survey was used as a technique and a questionnaire as an instrument. The results show that 59.6% report having a high level of access to health services during the COVID-19 pandemic. It was also in the dimensions of access to health services, availability, acceptability and contact with the service during the COVID-19 pandemic, it is adequate, having a high level of 93.2%, 92.9% and 93.2%. % respectively, however, in the accessibility dimension it gave an inadequate result, reaching a medium level of 80.7%.

Keywords: access to health, covid-19 pandemic, native community.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 continúa siendo una importante amenaza para la salud pública mundial, que desafía la prestación de servicios de atención médica y su accesibilidad. Incluso ha afectado a aquellos países con alta disponibilidad de instalaciones de salud, tecnologías de punta y un número razonable de profesionales de la salud. Por ello, independientemente del país o continente, todos han tenido que adaptar sus sistemas para poder acceder rápidamente y encontrar la mejor manera de responder a este virus.

La actual pandemia de COVID-19 y las diversas estrategias que se han adoptado para enfrentarla están obligando a modificar el acceso a los servicios de salud para otras condiciones, pudiendo producir un impacto en la salud de la población superior al provocado por el propio COVID-19 (1). En este sentido, algunas estrategias adoptadas para combatir las crecientes tasas de infección por COVID-19 pueden haber afectado negativamente el acceso a los servicios de salud para otras afecciones. En primer lugar, a nivel de los servicios de salud, una de las medidas más influyentes fue la clasificación de los servicios en esenciales o no esenciales, siguiendo los lineamientos de la OMS, lo que permitió redirigir los recursos a la respuesta a la pandemia. Sin embargo, esto también ha causado cancelaciones o retrasos en procedimientos electivos y no urgentes (2)

A pesar de que muchos países implementan estrategias para mitigar el impacto de estas interrupciones (por ejemplo, visitas de atención médica en línea) (3), otra medida importante fue el distanciamiento social para reducir la interacción entre las personas, incluidos los cierres parciales o totales a nivel nacional, el cierre de escuelas y negocios no esenciales, y las instrucciones para quedarse en casa, lo que en algunos casos ha erigido una barrera en términos de movilidad a la entrada de los servicios de salud (4).

Ante lo mencionado, el contenido del presente trabajo de investigación se desarrolla en ocho capítulos, que a continuación se detalla:

En el capítulo I, se realiza una descripción del problema de lo más general al más específico, además se realiza la formulación del problema, se proponen los objetivos, la justificación y se describen las limitantes de la investigación. En el capítulo II, se desarrolla los antecedentes, bases teóricas, definiciones de los términos básicos, formulación de hipótesis. Así mismo en el capítulo III se realiza la formulación de hipótesis, definición conceptual de variables, operacionalización, en el capítulo IV, se explica la metodología que comprende tipo y diseño, método de investigación, población muestra, lugar de estudio, Operacionalización de las variables, técnicas e instrumentos, análisis y procesamiento de la información, el capítulo V, contiene los resultados de la investigación, el capítulo VI, contiene la discusión de resultados, en el capítulo VII, encontramos las conclusiones, en el capítulo VIII, encontramos las recomendaciones y el capítulo IX encontramos las referencias bibliográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

De acuerdo con lo declarado por el secretario general de la ONU, la pandemia de la COVID-19 es una crisis humana con graves consecuencias en la salud de la población mundial, generando graves consecuencias socioeconómicas. Asimismo, está afectando desproporcionadamente a ciertos sectores de la población, entre los que se encuentran las comunidades indígenas, dejando en evidencia las desigualdades estructurales subyacentes en las sociedades, la discriminación generalizada y los sistemas inadecuados de salud y protección social, los cuales requieren atención urgente (5)

Esta pandemia (COVID-2019) ha golpeado a Latinoamérica desde finales del mes de febrero, cuando se reportó el primer caso en Brasil, y ahora se está extendiendo a las comunidades indígenas rurales de la región, donde habitan aproximadamente 42 millones de personas. El 80 % de esta población se concentra en Bolivia, Guatemala, México y Perú. Históricamente, las comunidades indígenas rurales han encontrado los obstáculos más marcados para acceder a servicios de salud debido a la profunda discriminación que sufren basada en el origen étnico, la pobreza y el idioma. En Perú, el 61% de estas comunidades carece de un establecimiento de salud en sus territorios, por lo que, ante un eventual contagio por SARS-CoV-2, el riesgo a la salud pública en indígenas es mayor. Ellos integran uno de los sectores con menos acceso a los servicios básicos: el 48% tiene conexión a un sistema de desagüe, más del 30% no cuenta con agua potable permanente y de calidad, y el 75 % no tiene acceso a servicios de salud. Además, en ciertas regiones existe una alta prevalencia de enfermedades como el dengue y la malaria, cuya salud de dichos pobladores podría agravarse ante un eventual contagio por el nuevo coronavirus (6).

El 18 de marzo, el Instituto Nacional de Salud (INS) confirmó al primer caso de COVID-19 en una persona de origen indígena en la región San Martín. Se trataba de un líder de las comunidades de los ríos Corrientes, Marañón, Tigre y Pastaza, que había regresado a Lima proveniente de Holanda (7).

Hasta fines de mayo de 2020, se han reportado casos por COVID-19 en las diferentes comunidades indígenas, registrando 218 casos positivos y dos fallecidos en la región Loreto; en dicho reporte no están los 600 casos sospechosos que reportan de la comunidad Pucacuro, de la etnia Achuar, donde el 90% de la población presentaba síntomas de la enfermedad. Debemos recordar que la etnia Achuar presenta 94 comunidades, de las cuales 48 afirmaron tener establecimientos de salud. También se han reportado 17 casos en la comunidad de Santa Teresita, de etnia Yine, la cual cuenta con 30 comunidades y 13 de ellas tienen establecimientos para la atención de salud. Para el 25 de mayo, los casos y muertes de COVID-19 habían disminuido en Iquitos, región Loreto; sin embargo, aumentaban en áreas remotas accesibles solo por río o avioneta. Se estaba reforzando al personal sanitario y coordinando con personal militar para la entrega de fármacos, oxígeno y otros suministros a los centros de salud en los ríos Marañón, Corrientes y Tigre, donde gran parte de la población es indígena. Hasta el 11 de junio, se reportaron casos de COVID-19 en comunidades indígenas de la región Ucayali, mostrando 456 casos positivos y 22 fallecidos (5).

El área de Epidemiología de la Microred Cubantia refiere que, durante la primera ola y la segunda ola no se reportaron casos de afectación en la Comunidad Nativa de Chuquibambilla, quienes migraron a sus chacras cerraron las carreteras para evitar el ingreso de las personas que migraban de la ciudad de Pangoa; este trabajo de investigación está dentro de la tercera ola donde se presentó 6 casos positivos en la población adulta y 3 casos positivos en la población adulto mayor de los cuales ninguno de los casos positivos

llego a presentar síntomas graves de la enfermedad, los síntomas más comunes fueron tos, rinorrea, sensación de alza térmica y malestar general. Para la cuarta ola no se han presentado casos positivos en la comunidad.

Según el panorama anteriormente mencionado se decide presentar el siguiente proyecto de investigación.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cómo es el acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud en su dimensión disponibilidad durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del distrito de San Martín de Pangoa - 2022?
- ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud en su dimensión accesibilidad durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del distrito de San Martín de Pangoa - 2022?
- ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud en su dimensión aceptabilidad durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del distrito de San Martín de Pangoa - 2022?
- ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud en su dimensión contacto con el servicio durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del distrito de San Martín de Pangoa - 2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar el acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID- 19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía según su dimensión disponibilidad.
- Identificar el acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía según su dimensión accesibilidad.
- Identificar el acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID- 19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía según su dimensión aceptabilidad.
- Identificar el acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID- 19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía según su dimensión **contacto** con el servicio.

1.4 Justificación

1.4.1 Justificación Social

La pandemia del coronavirus (COVID-19) constituye una grave amenaza para la salud de los pueblos indígenas de todo el mundo. Los pueblos indígenas ya experimentan un acceso deficiente a la atención sanitaria, tasas significativamente más altas de

enfermedades transmisibles y no transmisibles, falta de acceso a servicios esenciales, saneamiento como agua limpia, jabón, desinfectante, etc. Asimismo, la mayoría de las instalaciones médicas locales cercanos, si es que las hay, suelen estar mal equipadas y carecen de personal. Incluso cuando los pueblos indígenas pueden acceder a los servicios de salud, pueden enfrentarse al estigma y la discriminación.

1.4.2 Justificación Teórica

La presente investigación pretende contribuir en conocimiento, explorando los factores contextuales y poblacionales que influyen en el acceso continuo de servicios de salud, mostrando los problemas del acceso de salud y sus determinantes, identificando las principales brechas y desigualdades, con el fin de hacer un análisis más profundo que permita tener como resultado obtener un eficiente acceso de salud.

1.4.3 Justificación metodológica

Desde que comenzó la pandemia, los servicios de salud de rutina fueron reorganizados e interrumpidos, es por ello que este estudio servirá como antecedente para estudios posteriores y para buscar formas innovativas que garanticen la continuidad de estas atenciones, y hacer frente a pandemias posteriores.

1.5 Delimitantes de la investigación

1.5.1 Barrera teórica

En nuestro país aún existen pocos estudios de investigación en razón al tema a tratar en la presente investigación en el contexto de pandemia COVID-19.

1.5.2 Barrera espacial

Es factible y viable porque la Red de salud Pangoa y el jefe máximo (APU) de la comunidad nativa más los colaboradores del Centro de Salud Cubantía dan su autorización para ejecutar el trabajo.

1.5.3 Barrera temporal

Se viene realizando coordinaciones con los diferentes colaboradores del centro de salud, se cuenta con movilidad, presupuesto y apoyo de la Red de Salud

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes:

2.1.1 Antecedentes internacionales

Pujolar G. et al (Puerto Rico 2022), en su estudio de tipo descriptivo observacional titulado: “Cambios en el acceso a los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19: una revisión de alcance”, refiere como objetivo sintetizar el conocimiento disponible sobre el acceso a la atención médica para condiciones no relacionadas con COVID-19e identificar brechas de conocimiento. Obteniendo como resultados que la barrera de acceso más frecuente descrita para condiciones no COVID-19 relacionadas con los servicios fue la falta de recursos, mientras que las barreras relacionadas con la población fueron características predisponentes (miedo al contagio, estigma o anticipación de barreras) y habilitantes (peor nivel socioeconómico y un aumento de las barreras tecnológicas). Además, muestran una reducción general en el uso de los servicios en las primeras etapas de la pandemia, así como nuevas barreras de acceso y la exacerbación de las existentes (8).

Mularczyk P, et al. (Polonia-2022), en su estudio cuantitativo, denominado “Barreras para acceder a los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19 en Polonia”; tiene como finalidad evaluar la prevalencia de las barreras para acceder a los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19 en Polonia, así como identificar los factores asociados con el acceso perturbado a la atención médica durante la pandemia. Los datos mostraron que la edad media fue de 48 a 50 años en los sujetos informantes y el 57,2% eran mujeres. La mayoría de los encuestados había visitado a un médico durante los últimos 12 meses (70,4%). Casi la mitad de los adultos en Polonia (49,7%) reportaron barreras para acceder a los servicios de salud en los últimos 12 meses. Además, el largo tiempo de espera (40%) y el cierre temporal de los establecimientos de salud/la transformación en

un centro dedicado a la COVID-19 (28,8%) fueron las barreras más comunes indicadas por los encuestados (9).

Bastani P (Arabia- 2021), en su investigación descriptiva, cuyo título es: “Factores que influyen en el acceso y la utilización de los servicios de salud entre las personas mayores durante la pandemia de COVID-19”; tiene como finalidad explorar los factores que afectan el acceso a la atención médica y la utilización de los servicios de salud para las personas mayores durante la pandemia. Como principal problema se tiene que el acceso a los servicios de salud es regular siendo del 52%; además los servicios de salud mental y de salud digital se identificaron como problemas importantes que influyen, contribuyen o influyen en la salud de las personas mayores durante la pandemia de COVID-19 (10).

Podubinski P, et al (Australia-2021) en su investigación de descriptiva, cuyo título es “Experiencia de acceso a la atención médica en Australia durante el primer año de la pandemia de COVID-19”, cuya finalidad es identificar áreas clave de preocupación, así como oportunidades para que los servicios prevengan, manejen y traten problemas de salud cuando se interrumpe el acceso normal. Los resultados mostraron que existe una variedad de influencias en sus comportamientos de búsqueda de atención médica, lo que resultó en decisiones de retrasar la atención o no poder llegar a la atención. Muchas personas accedieron a los servicios de salud a través de telesalud y ofrecieron una variedad de percepciones y puntos de vista sobre su efectividad y adecuación. Además, el mantenimiento de la salud y el acceso a la atención médica y el apoyo psicosocial se vieron comprometidos para algunas personas, lo que generó impactos negativos en la salud mental y física (11)

Bran L. (Colombia - 2020), en su estudio de tipo cualitativo con enfoque histórico hermenéutico, titulado : “Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de

usuarios del régimen subsidiado”, refiere como objetivo es explorar la percepción las barreras de acceso a los servicios de salud percibidas por usuarios del régimen subsidiado del municipio de Sonsón para el año 2016, obteniendo como resultados más importantes la identificación de barreras económicas y administrativas que limitan el acceso de las personas a los servicios de salud; representadas en las demoras para reclamar medicamentos y su dispensación incompleta, lo que lleva a que las personas asuman gastos de bolsillo o desistan del tratamiento, concluyendo que estas barreras son más recalcitrantes en poblaciones pobres y vulnerables, pues su condición coarta sus posibilidades para hacer frente a las eventualidades derivadas de las barreras existentes en el sistema (12).

Salazar G. (Ecuador-2021), en su tesis que lleva por título “Impacto de la pandemia del Covid - 19 en las atenciones en el servicio de emergencia en un centro hospitalario del Ecuador” este estudio presenta como fin mostrar el impacto de la epidemia COVID-19 en la atención de urgencias del nosocomio en mención. Se encontró que existió una diferencia porcentual del 26% en las atenciones entre los dos periodos (2019-2021), hubo una reducción significativa de atenciones ginecológicas y pediátricas del 22.4 y 83.2% respectivamente. Asimismo, concluyó, que el nivel de acceso a los servicios de salud son altos durante el periodo del Sar Cov2 (13).

Gutiérrez J. (México - 2019), en su estudio titulado: “Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud”, refiere como objetivo es estimar la desigualdad en acceso a servicios de salud en poblaciones de localidades menores de 100 000 habitantes en México, obteniendo como resultados más importantes que la afiliación a algún esquema de aseguramiento en salud fue de 82.42% y el acceso a atención de 60.03%. Se identificaron desigualdades en ambos indicadores, marginales para acceso potencial y con mayor concentración entre la población de menor ingreso; para acceso a atención se encontró desigualdad con

mayor concentración entre la población de mayor ingreso, concluyendo que en México prevalecen desigualdades en acceso a servicios de salud para la población en condiciones de pobreza. Es necesario desarrollar intervenciones públicas con mayor granularidad para incidir de forma efectiva en la desigualdad (14).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Quispe, L. (Huancavelica 2021) en su estudio de tipo básico , nivel explicativo y diseño no experimental de corte transversal titulado: “Repercusión de la pandemia covid-19 en el acceso a los servicios de salud en la región Huancavelica”, refiere como objetivo determinar la repercusión de la pandemia covid-19 en el acceso a los servicios en salud en el primer nivel de salud, obteniendo como resultados más importantes que la extensión de uso en tiempos de pandemia por covid-19 fue 46%, observándose una reducción del 24% en relación a tiempos de no pandemia por covid19; la intensidad de uso en tiempos de pandemia por covid-19 fue 6 veces, evidenciándose una disminución de 3 veces en referencia a tiempos de no pandemia por covid-19; el tipo de atención en tiempos de pandemia por covid-19 fue 51%, con una reducción del 13%, en relación a tiempos de no pandemia por covid-19; con un valor de significancia $p = 0,000$ ($p < 0.01$), $r = 0.98$ y $r^2 = 0.98$, concluyendo que la pandemia covid-19 repercutió negativamente en el acceso en los servicios de salud en el primer nivel de atención en la región Huancavelica (15).

Alzamora, A. (Ñaña 2020) en su estudio de tipo analítico y de corte transversal titulado: “Factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del AAHH San Francisco de Ñaña, 2020”, refiere como objetivo determinar los factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud, obteniendo como resultados que, el 53,3% de los pobladores fueron mujeres, con una edad promedio de 41 años, estuvieron casados/convivientes y contaron

con por lo menos 2 hijos en el hogar. Del mismo modo, la mayoría percibía un ingreso mensual de S/1538,2, demoraba aprox. 22 min en llegar a algún puesto de salud y el 42,7% prefería consultar sobre su estado de salud a agentes de la comunidad como el chamán, curanderos, familia, etc. Con respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, el 71,2% la percibió como baja y 28,8% alta (16).

Aleman D., (Arequipa-2021), en su tesis cuyo título es “Impacto de la pandemia covid-19 en la demanda de atención del servicio de emergencia en un hospital del Minsa, es así, que el objetivo del estudio fue observar el impacto del COVID-19 según las características sociodemográficas en la demanda de atención en un hospital MINSA. Como resultado más predominante se obtuvo que el acceso a los servicios de emergencias es alta siendo del 58%, bajo la perspectiva de los pacientes. Además, la necesidad de atención en el primer año de la pandemia (2020) es menor que el año anterior a la pandemia (2019), asimismo, al inicio de la cuarentena se registró una menor necesidad de atención para los pacientes sin COVID-19 (segundo trimestre) (17).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría de la Enfermería Transcultural o Teoría de la Enfermería del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger

Se Basa en la teoría Antropológica y la Ciencia Enfermera, además desarrolló su teoría desde la convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibirla clase de cuidado que desean o necesitan los demás (18)

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que

reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que a cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras (18).

Enfermería Transcultural: Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural (18).

Enfermería Intercultural: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médico o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación (18).

La teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus simientes en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. Las culturas representan los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones (18).

2.2.2 Modelo de Creencias en Salud de Hochbaum

Uno de los modelos más utilizados en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo perceptivo es el Modelo de Creencias de Salud (MCS). El MCS fue originalmente desarrollado en los años cincuenta por un grupo de especialistas en psicología social del Departamento de Salud Pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades (19).

El MCS se basa en tres premisas:

- La creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
- La creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema.
- La creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable. De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en nuestro caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades (19).

2.2.3 Modelo de adaptación de Calixta Roy (MAR)

Roy definió la adaptación como el proceso y el resultado por el que las personas de pensamiento y de sensación, como individuos o en grupos, utilizan el conocimiento y la opción consciente para crear la integración humana y ambiental; señala que los seres humanos como sistemas adaptantes tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente. La capacidad de responder positivamente a estos cambios es una función del nivel de adaptación del sistema humano (20).

El nivel de adaptación representa la condición de los procesos de la vida, afecta la capacidad del sistema humano de responder positivamente en una situación. El comportamiento del ser humano (salida) es una función de los estímulos de la entrada y el nivel de la adaptación del individuo o del grupo. Este nivel de modificación es tan significativo que los seres humanos y el ambiente son constantemente proceso del cambio. Un proceso integrado de la vida puede cambiar a un proceso compensatorio que evoque tentativas de restablecer la adaptación (20).

Conceptos básicos del Modelo de Adaptación:

- **Adaptación:** Es el proceso y resultado por el que las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente el conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental. Este concepto enfoca cinco dimensiones: supervivencia, desarrollo, reproducción, dominio o competencia, y transformación ambiental y personal.
- **Comportamiento:** Son acciones y reacciones internas o externas bajo circunstancias específicas. Son todas las respuestas del sistema adaptativo incluyendo capacidades, recursos, conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidad. Este concepto engloba dos dimensiones: 1) Las respuestas adaptantes, 2) Las respuestas ineficaces.
- **Procesos que hacen frente:** Se definen como maneras naturales o adquiridas de interactuar recíprocamente (respondiendo e influido) con el ambiente que cambia. Este concepto abarca cuatro dimensiones: subsistema que hacen frente cognator y regulador para individuos y proceso de control estabilizador e innovador para grupos (20).

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Pandemia (COVID – 19)

Son una gran familia de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves. La epidemia de COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020. El 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) se caracterizó como una pandemia. Significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las autoridades chinas dedicado al estudio sobre los orígenes del Covid-19 (21).

El grupo científico maneja la hipótesis de que hubo un salto indirecto del virus, es decir a través de una especie intermediaria. Pero, aún no hay pistas suficientemente fuertes que apunten a una especie en particular, a pesar de que los murciélagos y los pangolines han sido sobre los que más se ha sospechado. La hipótesis que más manejan los científicos que realizaron el estudio después de una visita a la ciudad china de Wuhan, donde se originó el virus. El grupo de expertos asegura que los datos genómicos recolectados entre los animales indican que los coronavirus más emparentados que pueden causar el Covid-19 se han encontrado en esos dos animales, lo que indica que estos mamíferos pueden actuar como reservorios naturales (21).

2.3.2 Servicios de Salud

Los servicios de salud son uno de los sectores fundamentales de la sociedad y la economía. La OIT refrenda los principios fundamentales del derecho humano a la salud y a la protección social. Proporcionar protección social de la salud e igualdad de acceso a una atención de salud de calidad tiene considerables efectos positivos en la salud individual y pública, además de potenciar el crecimiento económico y el desarrollo. El sector de la salud también es un importante sector de empleo, con un gran potencial para la generación de empleo (22).

El trabajo decente para estos trabajadores es esencial para con el fin de proporcionar una atención de salud de calidad. Los servicios de salud son entornos laborales únicos y complejos con oportunidades y desafíos inherentes. La OIT apoya la mejora de las condiciones de trabajo y de las relaciones de trabajo en el sector de la salud a través de normas laborales sectoriales y del diálogo social, y colabora con la OMS a fin de promover unos entornos de trabajo favorable, adecuado y saludable para la fuerza de trabajo de este sector (22).

2.3.3 Vigencia del concepto de acceso

La Royal Society of Medicine considera que el acceso a los servicios de salud es un concepto complejo que se mide a través de “cuantificar las personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan”. Se considera que el concepto de acceso debe abordarse cuando menos en cuatro dimensiones: (23).

- Disponibilidad de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, etcétera.
- Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.
- La existencia de barreras para la utilización de los servicios.
- Barreras personales. El reconocimiento por el paciente de sus necesidades de servicios y su necesidad de buscar atención médica representan el primer escalón para tener acceso a los servicios, así como las experiencias previas del paciente en condiciones similares y las expectativas que tiene en relación con el servicio.
- Barreras económicas. Particularmente importantes cuando se trata de servicios del sector privado. A pesar de que los servicios públicos de salud por lo general son gratuitos, puede haber costos extra que no son tomados en cuenta ni siquiera en un esquema de aseguramiento, que los pacientes no pueden pagar como tiempo perdido por faltar al trabajo, transporte a las unidades médicas, atención dental y oftálmica, etcétera.
- Barreras organizacionales. Diferimientos y tiempos de espera a causa de sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos.
- Barreras sociales y culturales. Se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos (24).

2.3.4 Dimensiones de acceso a los servicios de salud

- Disponibilidad. Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud.
- Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva (25).
- Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par de sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida (26)
- Calidad. Deberán proporcionar una atención apropiada y con una condición adecuada a la necesidad de la población. Se rescata el concepto como el medio oportuno para que se haga realidad el cumplimiento de la satisfacción de la persona por recibir la atención que requiere (27).

2.3 Definición de términos básicos

- **Población indígena:** Son descendientes de los primeros pobladores de una región han sido colonizados por otros pueblos en el transcurso de la historia y han sido expulsados de sus habitas naturales y originario. Son política-, económica- y socialmente marginados (al margen de la sociedad nacional). Se distinguen de la sociedad nacional respecto a su autoidentificación, así como por sus rasgos lingüísticos, étnicos, culturales, sociales y económicos (28).
- **Sistemas de salud:** comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Fortalecer los sistemas de salud significa abordar las limitaciones principales relacionadas con la dotación de personal y la

infraestructura sanitaria, los productos de salud (como equipo y medicamentos), y la logística, el seguimiento de los progresos y la financiación eficaz del sector. Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones y orientación y dirección generales. También tiene que prestar servicios que respondan a las necesidades y sean equitativos desde el punto de vista financiero, al tiempo que se dispensa un trato digno a los usuarios. El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias (29)

- **Servicios de Salud:** son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas (30)

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

- El acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 es inadecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022

3.1.2 Hipótesis específica

- El acceso a los servicios de salud en su dimensión disponibilidad durante la pandemia COVID-19 es inadecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022
- El acceso a los servicios de salud en su dimensión accesibilidad durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022
- El acceso a los servicios de salud en su dimensión aceptabilidad durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022
- El acceso a los servicios de salud en su dimensión contacto con el servicio durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022.

3.2 Operacionalización De Variables

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	VALORES FINALES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	
Acceso a los servicios de Salud	Disponibilidad	La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminarlas barreras que pudieran interponer. (COMES, y otros, 2006).	Los pueblos indígenas ya experimentan un acceso deficiente a la atención sanitaria, tasas significativamente más altas de enfermedades transmisibles y no transmisibles, falta de acceso a servicios esenciales, saneamiento como agua limpia, jabón, desinfectantes, el costo de transporte, el costo de medicamentos, etc.	Recursos físicos	1-2	Totalmente en desacuerdo = 5	BUENO	Categoría	Nominal	
	Accesibilidad			Recursos humanos	3-4					Desacuerdo = 4
				Servicios	5-7					
					Física	8-9				Indiferente= 3
					Organizacional	10-12				
					Financiera	13-14				De acuerdo = 2
	Aceptabilidad			Sociocultural	15-17	Totalmente de acuerdo= 1				
	Contacto de servicio			Trato	18-19					
				Continuidad de la atención	20-22					
				Calidad de atención	23-24				Nominal	

IV. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

4.1 Diseño de Investigación

El estudio es de enfoque cuantitativo, porque los parámetros matemáticos se utilizaron para lograr los objetivos previstos; es decir, se utilizó la estadística; asimismo fue de nivel descriptivo pues permite describir las características de la población de estudio, de corte transversal y prospectivo (31).

4.2 Método de investigación

Es deductivo el cual es un método lógico que nos permitió inferir nuevos conocimientos.

4.3 Población y muestra

La población de estudio está conformada por toda la población mayor de 18 años de la Comunidad Nativa de Chuquibambilla constituida por 280 pobladores indígenas.

4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado

El estudio se realizó en la población nativa Nomatsiguenga de la Comunidad Nativa de Chuquibambilla, situado en el distrito de San Martín de Pangoa, provincia de Satipo, departamento de Junín. Es una población de extrema pobreza, viven en casas fabricadas de palos y hojas de shapaja, el piso de sus domicilios son de tierra, cocinan a leña, viven de la caza, recolección de frutos, sus alimentos son a base de yuca, camote, pituca, suri, chicharras (cicádidos) entre otros. En esta población predomina la anemia y la desnutrición en los niños menores de 5 años debido a la mala alimentación que reciben desde el vientre materno. Los datos para la investigación fueron recolectados durante los meses de setiembre a octubre del 2022.

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Como instrumento se utilizó un cuestionario, el cual consta de un total

de 24 ítems, los cuales están dirigidos a recolectar la información referida a los variables acceso a los servicios de salud durante la pandemia covid-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla Adscritos Al Centro De Salud Cubantia del distrito de San Martin De Pangoa – Junín 2022”.

Este cuestionario ha sido validado por docentes expertos en el tema Mg. Paul vilchez castro y la Dra Maribel Diaz espinoza en el año 2019, inicialmente este cuestionario fue utilizado para evaluar Barreras de acceso a los servicios de salud en dos establecimientos de salud en el distrito de Lagunas – Ayabaca 2019, ahora es un instrumento con una elevada confiabilidad, ya que a través de una prueba piloto nos dio el valor de alfa de croncach de 0.911. **(Anexo 1)**

Para la **confiabilidad** del instrumento se realizó una prueba piloto donde la muestra representativa fue de 20 personas que habitan en la Comunidad Nativa de Chuquibambilla. Los resultados fueron analizados en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20, se realizó el análisis Alpha de Cronbach el cual varía desde cero hasta la unidad, donde un coeficiente cero (0) significa nula confiabilidad y uno (1) representa un máximo de confiabilidad (fiabilidad total, perfecta). En la presente prueba piloto los coeficientes fueron todos superiores a 0,70; por tanto, el instrumento produce datos confiables y puede ser utilizado para recoger la información.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

El proceso de recolección de datos se dio entre los meses de setiembre a octubre del 2022, previo a ello se realizó los trámites administrativos con las autoridades de la comunidad. Para la recolección de datos las investigadoras acudieron a la comunidad en la fecha y hora indicada y se procedió a explicar a los comuneros los objetivos del estudio así como la importancia de su participación solicitándoles su colaboración. Una vez aceptada su participación se les solicito que firmen el consentimiento

informado.

Una vez obtenido los datos se elaboró una base de datos en el programa SPSS 20, previa elaboración de la tabla de códigos asignando valores para cada respuesta. El análisis de datos se presentó en tablas simples y gráficos para su mayor comprensión, en el análisis y procesamiento de los datos se utilizó la estadística descriptiva. **(Anexo 3)**.

4.7 Aspectos éticos en investigación

El comportamiento ético es muy importante en la investigación porque protege la información que entra en la investigación; por tanto, existió un principio de justicia, donde los pobladores de la comunidad Nativa Chuquibamba han tenido la misma oportunidad de ser elegidos, de igual manera se ha tenido en cuenta el principio de transparencia; ya que toda la información recibida fue publicada en la forma recabada mediante las herramientas. Además, las investigadoras han tratado a cada uno de los pobladores de la comunidad nativa en estudio con amabilidad y comprensión, teniendo en cuenta el principio de respeto. Por último, contó con el principio de beneficencia, es decir, las investigadoras tendrán la mejor disposición con el participante; en consecuencia, se deben verificar los riesgos frente a los beneficios del estudio.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

Tabla 5.1.1

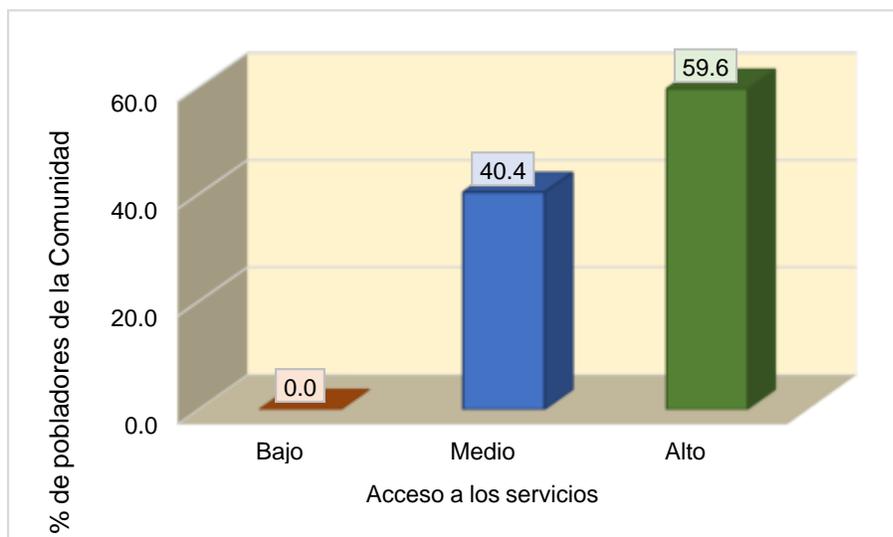
Nivel de acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Acceso a los servicios	Bajo	0	0,0	0,0
	Medio	113	40,4	40,4
	Alto	167	59,6	100,0
Total		280	100,0	

Fuente: CC.NN.Chuquibambilla

Grafico 5.1.1

Nivel de acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19.



Interpretación:

El 59,6% de los pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia refieren tener un alto nivel de acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 2022, mientras que el 40,4% un nivel medio y ninguno de ellos nivel bajo.

Tabla 5.1.2

Acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID- 19 según su dimensión disponibilidad.

Pregunta		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total	
P1	¿Considera que el establecimiento de salud cuenta con la infraestructura necesaria?	n	0	0	0	205	75	280
		%	0,0	0,0	0,0	73,2	26,8	100,0
P2	¿El establecimiento de salud cuenta con el equipamiento necesario para atender sus necesidades?	n	0	0	1	278	1	280
		%	0,0	0,0	0,4	99,3	0,4	100,0
P3	¿el establecimiento de salud cuenta con el personal suficiente?	n	0	0	0	270	10	280
		%	0,0	0,0	0,0	96,4	3,6	100,0
P4	¿Considera que el personal de salud se encuentra capacitado para brindarle atención adecuada?	n	0	0	0	279	1	280
		%	0,0	0,0	0,0	99,6	0,4	100,0
P5	¿ha recibido información sobre los servicios que ofrece el establecimiento de salud?	n	0	1	0	278	1	280
		%	0,0	0,4	0,0	99,3	0,4	100,0
P6	¿el SIS cubre todos los tratamientos que usted necesita actualmente?	n	0	10	0	197	73	280
		%	0,0	3,6	0,0	70,4	26,1	100,0
P7	¿la farmacia del establecimiento de salud cuenta con todos los medicamentos que le han recetado?	n	0	18	48	159	55	280
		%	0,0	6,4	17,1	56,8	19,6	100,0

Fuente: CC.NN.Chuquibambilla

Interpretación:

Se presenta el detalle de las respuestas dadas a cada 1 de los indicadores de la dimensión disponibilidad, únicamente en la pregunta 7 *¿La farmacia del establecimiento de salud cuenta con todos los medicamentos que le han recetado?*, se observaron porcentajes importantes de pobladores indecisos respecto a la disponibilidad (17,1%), mientras que en cinco preguntas (P1, P2, P3, P4 y P5) se observaron a casi el 100% estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con la disponibilidad.

Tabla 5.1.3

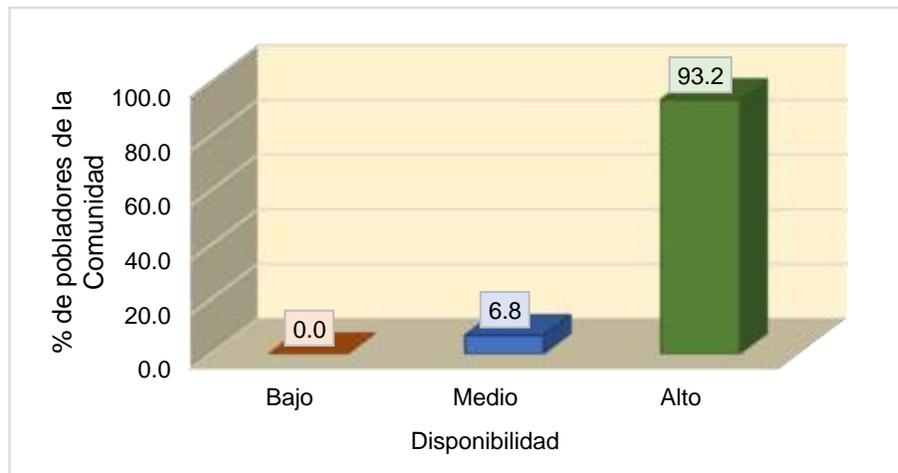
Nivel de disponibilidad de los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Disponibilidad	Bajo	0	0,0
	Medio	19	6,8
	Alto	261	93,2
Total	280	100,0	---

Fuente: CC.NN. Chuquibambilla

Grafico 5.1.2

Nivel de disponibilidad de los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19.



Interpretación:

Consolida los resultados de los 7 indicadores de la dimensión disponibilidad, los resultados indican que el 93,2% de los pobladores dieron respuestas compatibles con una alta disponibilidad de los servicios de salud durante la pandemia COVID-19, mientras que solo el 6,8% presentaron un nivel medio y ningún poblador presentó nivel bajo en esta dimensión, estos resultados se ilustran en la figura dos.

Tabla 5.1.4

Acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID-19 según su dimensión accesibilidad.

Pregunta		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total	
P8	¿El establecimiento de salud se encuentra cerca de su vivienda?	n	37	121	94	28	0	280
		%	13,2	43,2	33,6	10,0	0,0	100,0
P9	¿Tiene facilidad para conseguir un medio de transporte que lo lleve al Establecimiento de salud?	n	86	166	1	27	0	280
		%	30,7	59,3	0,4	9,6	0,0	100,0
P10	¿los horarios de atención son adecuados?	n	18	0	52	179	31	280
		%	6,4	0,0	18,6	63,9	11,1	100,0
P11	¿No realiza demasiados trámites para ser atendido?	n	1	26	48	202	3	280
		%	0,4	9,3	17,1	72,1	1,1	100,0
P12	¿El tiempo de espera es adecuado?	n	18	1	27	217	17	280
		%	6,4	0,4	9,6	77,5	6,1	100,0
P13	¿Cuenta con el dinero suficiente para afrontar algún gasto extra?	n	133	50	45	52	0	280
		%	47,5	17,9	16,1	18,6	0,0	100,0
P14	¿Gasta poco dinero en trasladarse al establecimiento de salud?	n	151	31	71	26	1	280
		%	53,9	11,1	25,4	9,3	0,4	100,0

Fuente: CC.NN. Chuquibambilla

Interpretación:

Se presenta el detalle de las respuestas dadas a cada uno de los indicadores de la dimensión accesibilidad, en el cual se puede observar diferencias entre los porcentajes de respuesta a cada una de las alternativas, se observa que en 4 indicadores (P8, P9, P13 y P14) los porcentajes de pobladores indecisos o en desacuerdo es más del 50%, mientras que en el restante de los indicadores se da lo contrario.

Tabla 5.1.5

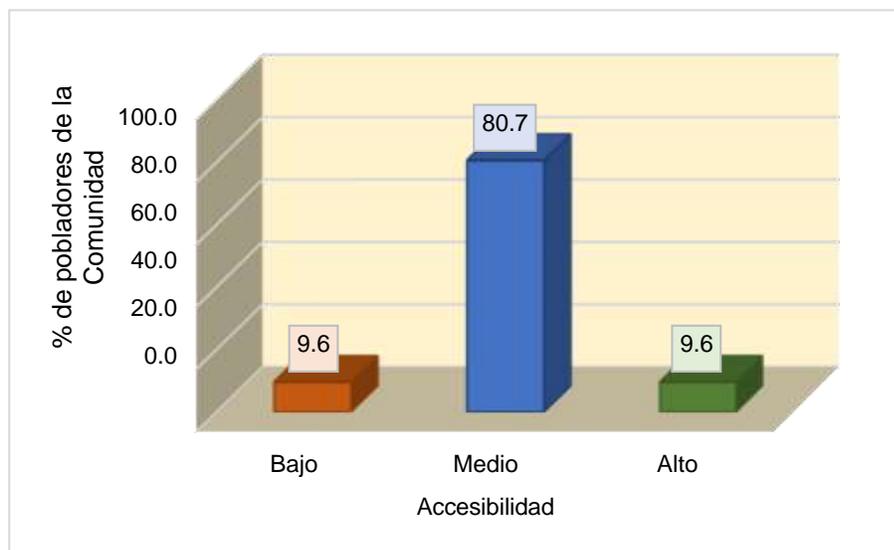
Nivel de accesibilidad los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Bajo	27	9,6	9,6
Accesibilidad	Medio	226	80,7	90,4
	Alto	27	9,6	100,0
	Total	280	100,0	

Fuente: CC.NN. Chuquibambilla

Grafico 5.1.3

Nivel de accesibilidad los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19.



Interpretación:

Consolida los resultados de los 7 indicadores de la dimensión accesibilidad, los resultados indican que el 80,7% de los pobladores dieron respuestas compatibles con una accesibilidad media a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19, mientras que solo el 9,6% presentaron un nivel alto y otro 9,6% nivel bajo, estos resultados se ilustran en la figura tres.

Tabla 5.1.6

Acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID- 19 según su dimensión aceptabilidad.

Pregunta		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
P15	¿Confía en el tratamiento brindado en el establecimiento de salud?	n	0	19	0	250	11 280
		%	0,0	6,8	0,0	89,3	3,9 100,0
P16	¿se siente tranquilo cuando se atiende en el establecimiento de salud?	n	1	0	18	260	1 280
		%	0,4	0,0	6,4	92,9	0,4 100,0
P17	¿durante la atención no se ha sentido vulnerado en sus creencias o costumbres?	n	0	1	19	211	49 280
		%	0,0	0,4	6,8	75,4	17,5 100,0
P18	¿Considera que el personal de salud le brinda un buen trato?	n	0	18	2	140	120 280
		%	0,0	6,4	0,7	50,0	42,9 100,0
P19	¿Siente que el personal de salud se preocupó por atender su problema de salud?	n	18	1	1	258	2 280
		%	6,4	0,4	0,4	92,1	0,7 100,0

Fuente: CC.NN. Chuquibambilla

Interpretación:

Se presenta el detalle de las respuestas dadas a cada uno de los indicadores de la dimensión aceptabilidad, en el cual se puede observar que en la totalidad de los 5 indicadores más del 90% está de acuerdo o totalmente de acuerdo con una aceptabilidad a los servicios de Salud durante la pandemia COVID- 19.

Tabla 5.1.7

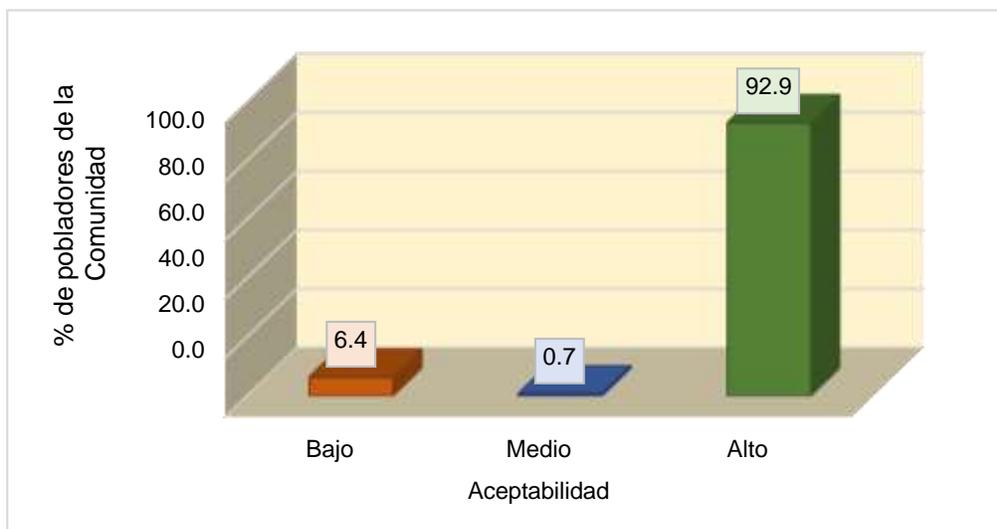
Nivel de aceptabilidad a los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	18	6,4	6,4
Aceptabilidad Medio	2	0,7	7,1
Alto	260	92,9	100,0
Total	280	100,0	

Fuente: CC.NN. Chuquibambilla

Grafico 5.1.4

Nivel de aceptabilidad a los servicios de salud durante la pandemia COVID- 19.



Interpretación:

Consolida los resultados de los 5 indicadores de la dimensión aceptabilidad, los resultados indican que en su gran mayoría el 92,9% de los pobladores dieron respuestas compatibles con una alta aceptabilidad a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19, mientras que solo el 0,7% presentaron un nivel medio y el 6,4% restante nivel bajo, estos resultados se ilustran en la figura cuatro.

Tabla 5.1.8

Acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID- 19 según su dimensión contacto con el servicio.

Pregunta		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
P20	¿Confía en la atención recibida en el establecimiento de salud?	n	0	1	18	233	28 280
		%	0,0	0,4	6,4	83,2	10,0 100,0
P21	¿Cumple con el tratamiento recomendado por el personal de salud?	n	0	20	18	223	19 280
		%	0,0	7,1	6,4	79,6	6,8 100,0
P22	¿Regresaría al establecimiento de salud?	n	0	0	19	191	70 280
		%	0,0	0,0	6,8	68,2	25,0 100,0
P23	¿Se siente satisfecho/a con la atención recibida?	n	0	0	2	190	88 280
		%	0,0	0,0	0,7	67,9	31,4 100,0
P24	¿Considera que la atención recibida es buena?	n	0	0	18	220	42 280
		%	0,0	0,0	6,4	78,6	15,0 100,0

Fuente: CC.NN. Chuquibambilla

Interpretación:

Se presenta el detalle de las respuestas dadas a cada uno de los indicadores de la dimensión contacto con el servicio, en el cual se puede observar que en la mayoría de los indicadores (P20, P22, P23 y P24) más del 90% está de acuerdo o totalmente de acuerdo con un contacto con el servicio de Salud durante la pandemia COVID- 19.

Tabla 5.1.9

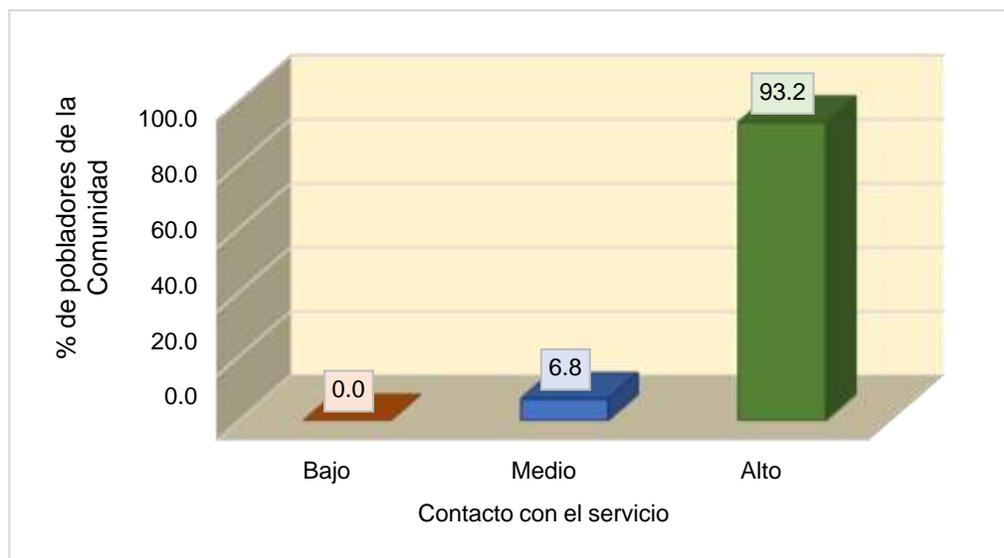
Nivel de contacto con los servicios de salud durante la pandemia COVID-19.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Contacto con el servicio	Bajo	0	0,0
	Medio	19	6,8
	Alto	261	93,2
Total	280	100,0	

Fuente: CC.NN. Chuquibambilla

Grafico 5.1.5

Nivel de contacto con los servicios de salud durante la pandemia COVID-19.



Interpretación:

Consolida los resultados de los 5 indicadores de la dimensión contacto con los servicios, los resultados indican que en su gran mayoría el 93,2% de los pobladores dieron respuestas compatibles con un alto Contacto con el servicio de salud durante la pandemia COVID-19, mientras que solo el 6,8% presentaron un nivel medio y el 0,0% restante nivel bajo, estos resultados se ilustran en la figura 5.

5.2 Resultados inferenciales

Prueba de hipótesis

Hipótesis general

H0: El acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 no es inadecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022

H1: El acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 es inadecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022.

Tabla 5.2.1

Prueba de proporción Acceso a los servicios.

Tipo de prueba	Observado			Z	Significación
	Éxitos	Ensayos	Proporción		p valor
Acceso a los servicios = Inadecuado	113	280	0,404	-3,227	0,999

Valor de prueba = .5

Como el p valor es mayor a 0,05, no se rechaza la hipótesis nula, es decir se concluye que el acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 no es inadecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022

Hipótesis específica 01

H0: El acceso a los servicios de salud en su dimensión disponibilidad durante la pandemia COVID-19 es inadecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022

H1: El acceso a los servicios de salud en su dimensión disponibilidad durante la pandemia COVID-19 es adecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022

Tabla 5.1.2.

Prueba de proporción de Disponibilidad.

Tipo de prueba	Observado			Z	Significación
	Éxitos	Ensayos	Proporción		p valor
Disponibilidad = Adecuado	261	280	0,932	14,46	0,000

Valor de prueba = .5

Como el p valor es menor que 0,05 se rechaza la hipótesis nula y si acepta la hipótesis alterna, es decir se puede concluir que el acceso a los servicios de salud en su dimensión disponibilidad durante la pandemia COVID-19 es adecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022.

Hipótesis específica 02

H0: El acceso a los servicios de salud en su dimensión accesibilidad durante la pandemia COVID-19 no es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022

H1: El acceso a los servicios de salud en su dimensión accesibilidad durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022.

Tabla 5.1.3.

Prueba de proporción de Accesibilidad.

Tipo de prueba	Observado			Z	Significación
	Éxitos	Ensayos	Proporción		p valor
Accesibilidad = Inadecuado	253	280	0,904	13,506	0,000

Valor de prueba = .5

Como el p valor es menor que 0,05 se rechaza la hipótesis nula y si acepta la hipótesis alterna, es decir se puede concluir que acceso a los servicios de salud en su dimensión accesibilidad durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022.

Hipótesis específica 03

H0: El acceso a los servicios de salud en su dimensión aceptabilidad durante la pandemia COVID-19 no es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022

H1: El acceso a los servicios de salud en su dimensión aceptabilidad durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022

Tabla 5.2.4
Prueba de proporción de aceptabilidad.

Tipo de prueba	Observado			Z	Significación
	Éxitos	Ensayos	Proporción		p valor
Aceptabilidad = Inadecuado	20	280	0,071	-14,343	0,999

Valor de prueba = .5

Como el p valor es mayor a 0,05, no se rechaza la hipótesis nula, es decir se concluye que el acceso a los servicios de salud en su dimensión aceptabilidad durante la pandemia COVID-19 no es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022.

Hipótesis específica 04

H0: El acceso a los servicios de salud en su dimensión contacto con el servicio durante la pandemia COVID-19 no es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022.

H1: El acceso a los servicios de salud en su dimensión contacto con el servicio durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022.

Tabla 5.2.5

Prueba de proporción contacto con el servicio.

Tipo de prueba	Observado			Z	Significación
	Éxitos	Ensayos	Proporción		p valor
Contacto con el servicio = Inadecuado	19	280	0,068	-14,462	0,999

Valor de prueba = .5

Como el p valor es mayor a 0,05, no se rechaza la hipótesis nula, es decir se concluye que el acceso a los servicios de salud en su dimensión contacto con el servicio durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

El campo de la atención de la salud debe trabajar para garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios sociales, conductuales y de salud asequibles y equitativos; proporcionar mayor valor a las personas; aceptar la diversidad de las personas y servir como socios en su salud, incluida la conexión con ellos en formas que tengan sentido en la era digital; enfoque en el bienestar y alianzas con organizaciones comunitarias; y coordinar e integrar la atención.

En la tabla 5.1.2, prevaleció el nivel alto siendo del 59.6% en el acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19; seguido del nivel medio con el 40.4% y con respecto al nivel bajo no se obtuvo ninguna puntuación, es decir 0.0%.

Por tal motivo, los resultados mencionados, están vinculados con el objetivo general del estudio, el cual, estos hallazgos están relacionados con Salazar G. (13), quien encontró que existió una diferencia porcentual del 26% en las atenciones entre los dos periodos (2019-2021), donde concluyó que el nivel de acceso a los servicios de salud es alto durante el periodo del Sar Cov2 (13). De igual manera, Aleman D. (17) quien obtuvo como resultado más predominante se obtuvo que el acceso a los servicios de emergencias es alta siendo del 58%, bajo la perspectiva de los pacientes. Además, la necesidad de atención en el primer año de la pandemia (2020) es menor que el año anterior a la pandemia (2019), asimismo, al inicio de la cuarentena se registró una menor necesidad de atención para los pacientes sin COVID-19 (segundo trimestre).

Sin embargo, Bastani P (10) indicó que el acceso a los servicios de salud es regular siendo del 52%; además los servicios de salud mental y de

salud digital se identificaron como problemas importantes que influyen, contribuyen o influyen en la salud de las personas mayores durante la pandemia de COVID-19.

Por ende, se puede mencionar que el acceso a la atención médica es fundamental para la salud y que es un factor determinante de la salud. Por lo tanto, la evidencia que sugiere que el acceso a la atención médica es problemático para muchos pueblos indígenas es preocupante. Si bien las perspectivas biomédicas son la base de la comprensión actual del acceso, considerar perspectivas alternativas podría ampliar la conciencia y capacidad para abordar este problema.

Por otro lado, dando respuesta al primer objetivo específico en la tabla 5.1.4, se observa que el nivel de acceso a los servicios de salud durante el periodo de pandemia por la COVID-19 según la dimensión disponibilidad es alto (93.2%) y en un mínimo porcentaje (6.8%) señalaron que es medio. Además, en la tabla 5.1.3 los pobladores de la comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia, indican que se cuenta con la infraestructura y equipamiento necesario, cuenta con el personal suficiente y capacitado, entre otros aspectos.

En consecuencia, los resultados discrepan con lo que menciona Pujolar G. (8), quien indica que la barrera de acceso más frecuente descrita para condiciones no COVID-19 relacionadas con los servicios fue la falta de recursos.

Por lo tanto, se puede mencionar que la disponibilidad de los servicios recae en contar con médicos, camas de hospital, equipamiento, etcétera; por lo que es de vital importancia, que en dicho centro de salud de la comunidad nativa Chuquibambilla se disponga con ambientes adecuados para la prestación médicas, profesionales sanitarios capacitados y sobre todo medicamentos que ayuden al tratamiento de las enfermedades de los pobladores que se atienden en el centro de salud de Cubantia.

Continuando con la discusión de los resultados, en la tabla 5.1.6, se detallan los resultados del segundo objetivo específico, el cual, prevaleció el nivel medio con el 80.7% en relación a la dimensión accesibilidad de los servicios de salud durante la pandemia, en pobladores de la comunidad Chuquibambilla. No obstante, en la tabla 5.1.5 se ha obtenido indican que el establecimiento de salud no se encuentra cerca de su hogar, no tienen facilidad para conseguir un medio de transporte, entre otros efectos.

Los hallazgos coinciden con Alzamora, A (16), indican que la accesibilidad a los servicios de salud, el 71,2% la percibió como baja y 28,8% alta. Asimismo, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva.

Para ir concluyendo, con la discusión de los resultados, en la tabla 5.1.8, el nivel de aceptabilidad a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19, fue alto con el 92.9% y solo un 6.4% indico que es bajo. En ese mismo sentido, en la tabla 5.1.7 los pobladores de la comunidad en estudio señalan que confían en el tratamiento brindado en el establecimiento de salud, se sienten tranquilos durante su atención, no se sienten vulnerados por sus costumbres y creencias que poseen y consideran que el personal de salud les brinda un buen trato.

Dichos hallazgos discrepan con el aporte de Mularczyk P, et al. (Polonia-2022) quien obtuvo como resultado que el largo tiempo de espera (40%) y el cierre temporal de los establecimientos de salud/la transformación en un centro dedicado a la COVID-19 (28,8%) fueron las barreras más comunes indicadas por los encuestados (9). De igual manera, Bastani P (Arabia- 2021), quien encontró Como principal problema se tiene que el

acceso a los servicios de salud es regular siendo del 52%; además los servicios de salud mental y de salud digital se identificaron como problemas importantes que influyen, contribuyen o influyen en la salud de las personas mayores durante la pandemia de COVID-19 (10).

Un buen acceso también puede conducir directamente a mejores resultados de salud, ya que cuando los pacientes tienen un buen acceso a la atención, es más probable que reciban atención preventiva y exámenes de detección. Esto puede ayudar a detectar los problemas de salud a tiempo, cuando son más tratables. Un buen acceso a la atención también puede ayudar a controlar las afecciones crónicas y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Mejores resultados de salud significan que los pacientes pueden vivir vidas más largas y saludables. Esto es bueno para los pacientes y sus familias, y para el sistema de salud.

Finalmente, se tiene a la tabla 5.1.10 donde el 93.2% indico que el nivel de contacto con los servicios de salud durante la pandemia es alto siendo del 93.2%, seguido del nivel medio con el 6.8%; es decir, que confían en la atención brindada por el centro de salud, regresarían nuevamente a atenderse en dicho establecimiento, se sienten satisfechos con la atención y consideran que la atención recibida es buena.

En efecto, dichos resultados difieren con lo que plantea, Podubinski P (11), donde los resultados mostraron que existe una variedad de influencias en sus comportamientos de búsqueda de atención médica, lo que resultó en decisiones de retrasar la atención o no poder llegar a la atención. Muchas personas accedieron a los servicios de salud a través de telesalud y ofrecieron una variedad de percepciones y puntos de vista sobre su efectividad y adecuación.

Como tal, se deduce firmemente que las mejoras en la calidad y el rendimiento son una respuesta fundamental para abordar los cambios ambientales y los desafíos en el cuidado de la salud. Brindar atención de alta calidad es un objetivo que no vacilará incluso cuando la estructura del sistema nacional de atención de la salud esté cambiando, ya que es la piedra angular de las organizaciones de atención de la salud.

Como aporte de este estudio se proporcionan evidencia de que a medida que continúa la transformación en el campo de los hospitales y la atención médica, algunas comunidades pueden correr el riesgo de perder el acceso a los servicios de atención médica y las oportunidades y recursos que necesitan para mejorar y mantener su salud. Se necesitan estrategias integradas e integrales para reformar la prestación y el pago de la atención médica, dentro de las cuales las comunidades vulnerables puedan tomar decisiones individuales en función de sus necesidades, estructuras de apoyo y preferencias.

6.2 Responsabilidad ética de acuerdo con los reglamentos vigentes.

Para la ejecución del presente trabajo de investigación se consideró los aspectos éticos del informe de Belmont. Del mismo modo, el principio de anonimato se aplica para garantizar la confidencialidad de la información proporcionada como parte de una investigación y para asegurar que no se revele el resultado de las medidas evaluadas y las identidades de los participantes. Dignidad, porque este principio incluye la autodeterminación, que incluye a los participantes respondiendo a sus respectivas preguntas sin ningún tipo de coerción y asegurando un ambiente tranquilo y relajado

VII. CONCLUSIONES

- El acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 es adecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martin de Pangoa – Junín 2022
- El acceso a los servicios de salud en su dimensión disponibilidad durante la pandemia COVID-19 es adecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martin de Pangoa – Junín 2022
- El acceso a los servicios de salud en su dimensión accesibilidad durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martin de Pangoa – Junín 2022
- El acceso a los servicios de salud en su dimensión aceptabilidad durante la pandemia COVID-19 es adecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martin de Pangoa – Junín 2022
- El acceso a los servicios de salud en su dimensión contacto con el servicio durante la pandemia COVID-19 es adecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martin de Pangoa – Junín 2022.

VIII. RECOMENDACIONES

1. A la Diresa de San Martín, construir y mantener vínculos sólidos con un grupo diverso de partes interesadas de la comunidad para garantizar que las necesidades de las comunidades vulnerables sean respaldadas en el futuro, con la finalidad de trabajar juntos para identificar las barreras que podrían impedir que las poblaciones logren una buena salud, unirse en torno a objetivos compartidos y trabajar en colaboración para implementar cambios que promuevan una comunidad más saludable, al mismo tiempo que se cumpla con la atención universal.
2. A la Diresa de San Martín, invertir en equipamiento y equipos biomédicos que ayuden a la mejora de la atención de las comunidades indígenas, con el fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida en salud de los pobladores que requieren atención médica. Asimismo, realizar convocatorias para contar con el suficiente personal asistencial, que ayude a brindar una atención segura y oportuna para cubrir las necesidades hospitalarias de los pobladores.
3. Al Ministerio de salud, realizar compañías y jornadas médicas, que permitan el acceso al monitoreo y control de la salud de los pobladores, con el fin de eliminar las barreras de atención que tienen para transportarse al centro de salud en mención y así contribuir al acceso universal en las prestaciones sanitarias.
4. Al Ministerio de Salud ofrecer al personal de salud oportunidades de apoyo, educación, capacitación, desarrollo y educación relacionado a la calidad de atención, equidad y relaciones interpersonales, con el único propósito de que desarrollen competencias para que ayuden a

los pobladores a sentirse en confianza y así se sientan tranquilos durante toda su atención.

5. Al Ministerio de salud, desarrollar programas sociales, que permitan el acceso a la salud de las poblaciones indígenas y vulnerables en todo el país, ya sea en el primer nivel de atención y así replicar dichas acciones en el segundo y tercer nivel de atención. Además, se sugiere ofrecer nuevos y modernos sistemas de prestación de salud como es la telesalud con el fin de mejorar la satisfacción del usuario paciente.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hussein J. COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sex Reprod Health Matters*. diciembre de 2020;28(1):1746065.
2. Ma X, Vervoort D, Reddy C, Park K, Makasa E. Emergency and essential surgical healthcare services during COVID-19 in low- and middle-income countries: A perspective. *Int J Surg*. julio de 2020;79:43-6.
3. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report. 2020;2-30.
4. Teslya A, Pham T, Godijk N, Kretzschmar M, Bootsma M, Rozhnova G. Impact of self-imposed prevention measures and short-term government-imposed social distancing on mitigating and delaying a COVID-19 epidemic: A modelling study. *PLoS Med*. julio de 2020;17(7):e1003166.
5. Filmer W. Pueblos Indígenas y la COVID-19: Nota de orientación para el sistema de la ONU [Internet]. Organización de las Naciones Unidas; 2020. Disponible en: https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/IASG-Declaracion-IPs-and-COVID-19.SP_.23.04.2020_FINAL-ES.pdf
6. Iglesias S, Saavedra JL. COVID-19 en comunidades indígenas del Perú: casos y accesibilidad a servicios de salud. *Anales de la Facultad de Medicina*. abril de 2020;81(2):250-1.
7. Ojo público. Pueblos indígenas: “Sentimos que el Estado nos abandonó. No sabemos qué más hacer” [Internet]. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP). 2020 [citado 21 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.caaap.org.pe/2020/03/31/pueblos-indigenas-sentimos-que-el-estado-nos-abandono-no-sabemos-que-mas-hacer/>

8. Pujolar G, Oliver A, Vargas I, Vázquez M. Changes in Access to Health Services during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 3 de febrero de 2022;19(3):1749.
9. Mularczyk P, Zarnowski A, Gujski M, Jankowski M, Bojar I, Wdowiak A, et al. Barriers to accessing health services during the COVID-19 pandemic in Poland: A nationwide cross-sectional survey among 109,928 adults in Poland. *Front Public Health*. 8 de septiembre de 2022;10:986996.
10. Bastani P, Mohammadpour M, Samadbeik M, Bastani M, Rossi G, Balasubramanian M. Factors influencing access and utilization of health services among older people during the COVID -19 pandemic: a scoping review. *Archives of Public Health*. 7 de noviembre de 2021;79(1):190.
11. Podubinski T, Townsin L, Thompson SC, Tynan A, Argus G. Experience of Healthcare Access in Australia during the First Year of the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 12 de octubre de 2021;18(20):10687.
12. Bran L, Valencia A, Palacios L, Molina S, Acevedo Y, Arias C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*. 1 de julio de 2020;25:29-38.
13. Salazar G. Impacto de la pandemia del Covid - 19 en las atenciones en el servicio de emergencia del Hospital de los Valles durante los meses de febrero a junio del 2020 comparado con el mismo periodo del año 2019. Pontificia Universidad Católica del Ecuador [Internet]. 12 de marzo de 2021 [citado 22 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/handle/22000/18635>

14. Gutiérrez J, Heredia I, Hernández M, Pelcastre B, Torres P, Reyes H. Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *salud publica mex.* 13 de enero de 2020;61(6):726-33.
15. Quispe L. Repercusión de la pandemia covid-19 en el acceso a los servicios de salud en la región Huancavelica. Universidad Nacional de Huancavelica [Internet]. 6 de diciembre de 2021 [citado 22 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/4225>
16. Alzamora A, Ponce D. Factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020. Universidad Peruana Unión [Internet]. 11 de marzo de 2020 [citado 22 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3021>
17. Aleman D. Impacto de la pandemia covid-19 en la demanda de atención del servicio de emergencia en pacientes no covid en un hospital del Minsa, Arequipa 2020 [Internet] [Tesis de posgrado]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/13453/MCalgudl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Fornons D. Madeleine Leininger: claroscuro trascultural. *Index de Enfermería.* septiembre de 2010;19(2-3):172-6.
19. Moreno P. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy.* 2003;3(1):20.
20. Gómez J, Valencia M, Puente Y, Suárez D, Rios P, Nates S. Modelo de adaptación de Callista Roy: instrumentos de valoración reportados por la

- literatura en escenarios cardiovasculares. *Cultura del cuidado*. 1 de junio de 2016;13(1):6-21.
21. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) [Internet]. OPS. 2021 [citado 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19?topic=All&d%205Bmin%5D=&d%5Bmax%5D=&page=1>
22. Organización Internacional del Trabajo. Servicios de salud [Internet]. OIT. 2021 [citado 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang-es/index.htm>
23. Fajardo G, Gutiérrez J, García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*. 3 de marzo de 2015;57(2):180-6.
24. Patiño S, Mignone J, Castro D, Valencia N, Rojas C. Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. *Salud Colectiva*. septiembre de 2016;12:415-28.
25. Figueroa D, Cavalcanti G. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*. enero de 2014;13(33):267-78.
26. Wallace S. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;5(6):11.
27. Reyna A, González M, Ramos I. Accesibilidad geográfica y social en un servicio de salud de especialidad: Acapulco, Guerrero, México, año 2011. *Terra*. diciembre de 2013;29(46):69-79.

28. Banco Mundial. Pueblos indígenas: Panorama general [Internet]. World Bank. 2020 [citado 23 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/indigenouspeoples>
29. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud pública Méx.* 2011;53:s243-54.
30. Mendoza R, Béria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública.* agosto de 2011;17:819-32.
31. Hernandez R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana; 2018. 753 p.

ANEXOS

Anexos
MATRIZ DE CONSISTENCIA

“ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN POBLADORES DE LA COMUNIDAD NATIVA CHUQUIBAMBILLA ADSCRITOS AL CENTRO DE SALUD CUBANTIA DEL DISTRITO DE SAN MARTIN DE PANGOA – JUNÍN 2022”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema general:</p> <p>¿Cómo es el acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar el acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía</p>	<p>Hipótesis general:</p> <ul style="list-style-type: none"> El acceso a los servicios de salud durante la pandemia COVID-19 es inadecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022 	<p>Variable: Acceso a los servicios de salud</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad Accesibilidad Acceptabilidad Contacto con el servicio 	<p>Recursos Físicos Recursos Humanos Servicios</p> <p>Física Organizacional Financiera</p> <p>Socio Cultural Trato</p> <p>Continuidad de la atención Calidad de la atención</p>	<p>Tipo de investigación: Es prospectiva, transversal</p> <p>Diseño de investigación: Descriptiva</p> <p>Población: La población en estudio estará conformada por 280 pobladores indígenas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión</p> <p>Instrumentos: Es un cuestionario de acceso a los servicios de salud con valor final de: Bueno Malo Regular</p>
Problemas específicos	Objetivos específicos:	Hipótesis específicas			
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud en su dimensión disponibilidad durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del distrito de San Martín de Pangoa - 2022? ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud en su dimensión accesibilidad durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del distrito de San Martín de Pangoa - 2022? ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud en su dimensión aceptabilidad durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía según su dimensión disponibilidad. Identificar el acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía según su dimensión accesibilidad. Identificar el acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía según su dimensión aceptabilidad. Identificar el acceso a los servicios de Salud durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía según su dimensión contacto con el servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> El acceso a los servicios de salud en su dimensión disponibilidad durante la pandemia COVID-19 es adecuada en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022 El acceso a los servicios de salud en su dimensión accesibilidad durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022 El acceso a los servicios de salud en su dimensión aceptabilidad durante la pandemia COVID-19 es inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantía del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022 El acceso a los servicios de salud en su dimensión contacto con el servicio durante la pandemia COVID-19 es 			

<p>del distrito de San Martín de Pangoa - 2022? ¿Cómo es el acceso a los servicios de salud en su dimensión contacto con el servicio durante la pandemia COVID-19 en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del distrito de San Martín de Pangoa - 2022?</p>		<p>inadecuado en pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla adscritos al Centro de Salud Cubantia del Distrito de San Martín de Pangoa – Junín 2022</p>			
---	--	---	--	--	--

INSTRUMENTOS VALIDADOS

INSTRUMENTO “BARRERAS ASOCIADAS AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD”



PRESENTACIÓN:

Saludos cordiales: solicito su colaboración para la realización de la presente encuesta, por lo que se le agradece complete todo el cuestionario el cual tiene carácter confidencial. Este cuestionario está destinado a. recopilar información que será necesaria como sustento de la investigación.

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con un aspa (x) la alternativa que Ud. Crea conveniente según la escala que se presente a continuación. Muchas gracias.

- (1) Totalmente de acuerdo – (2) De acuerdo – (3) Indeciso – (4) En desacuerdo – (5) Totalmente en desacuerdo

BARRERAS DE ACCESO						
	DISPONIBILIDAD	ESCALA				
		1 TOTALMENTE DE ACUERDO	2 DE ACUERDO	3 INDECISO	4 EN DESACUERDO	5 TOTALMENTE EN DESACUERDO
1.	¿Considera que el establecimiento de salud cuenta con la infraestructura necesaria?					
2.	¿El establecimiento de salud cuenta con el equipamiento necesario para atender sus necesidades?					
3.	¿el establecimiento de salud cuenta con el personal suficiente?					

4.	¿Considera que el personal de salud se encuentra capacitado para brindarle atención adecuada?					
5.	¿ha recibido información sobre los servicios que ofrece el establecimiento de salud?					
6.	¿el SIS cubre todos los tratamientos que usted necesita actualmente?					
7.	¿la farmacia del establecimiento de salud cuenta con todos los medicamentos que le han recetado?					
	ACCESIBILIDAD	¹ TOTALMENTE DE ACUERDO	² DE ACUERDO	³ INDECISO	⁴ EN DESACUERDO	⁵ TOTALMENTE EN DESACUERDO
8.	¿El establecimiento de salud se encuentra cerca de su vivienda?					
9.	¿Tiene facilidad para conseguir un medio de transporte que lo lleve al Establecimiento de salud?					
10.	¿los horarios de atención son adecuados?					
11.	¿No realiza demasiados trámites para ser atendido?					
12.	¿El tiempo de espera es adecuado?					
13.	¿Cuenta con el dinero suficiente para afrontar algún gasto extra?					
14.	¿Gasta poco dinero en trasladarse al establecimiento de salud?					
	ACEPTABILIDAD	¹ TOTALMENTE DE ACUERDO	² DE ACUERDO	³ INDECISO	⁴ EN DESACUERDO	⁵ TOTALMENTE EN DESACUERDO
15.	¿Confía en el tratamiento brindado en el establecimiento de salud?					
16.	¿se siente tranquilo cuando se atiende en el establecimiento de salud?					
17.	¿durante la atención no se ha sentido vulnerado en sus creencias o costumbres?					
18.	¿Considera que el personal					

	de salud le brinda un buen trato?					
19.	¿Siente que el personal de salud se preocupó por atender su problema de salud?					
	CONTACTO CON EL SERVICIO	1 TOTALMENTE DE ACUERDO	2 DE ACUERDO	3 INDECISO	4 EN DESACUERDO	5 TOTALMENTE EN DESACUERDO
20.	¿Confía en la atención recibida en el establecimiento de salud?					
21.	¿Cumple con el tratamiento recomendado por el personal de salud?					
22.	¿Regresaría al establecimiento de salud?					
23.	¿Se siente satisfecho/a con la atención recibida?					
24.	¿Considera que la atención recibida es buena?					

VARIABLE: ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD			
DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	
Disponibilidad	Recursos físicos	1	
		2	
	Recursos Humanos	3	
		4	
		5	
	Accesibilidad	Física	6
			7
Organizacional		8	
		9	
		10	
Financiera		11	
	12		
Aceptabilidad	Socio cultural	13	
		14	
		15	
	Trato	16	
		17	
Contacto con el servicio	Continuidad de la atencion	18	
		19	
		20	
	Calidad de la atencion	21	
		22	
		23	
		24	

CONSENTIMIENTO INFORMADO



A través del presente documento, se solicita su participación en el estudio que lleva como título “” Acceso a los servicios de Salud durante la pandemia del COVID–19 en la población indígena, San Martín de Pangoa 2022”

Esta investigación está siendo realizada por el grupo de integrantes, para obtener el grado de especialista en Salud pública y comunitaria.

El objetivo de esta investigación es Determinar el acceso a los servicios de Salud durante la pandemia del COVID–19 en la población indígena, San Martín de Pangoa 2022”

La información que usted proporcione será estrictamente confidencial y se utilizara solamente para fines del presente trabajo.

Por todo lo manifestado, su participación es voluntaria.

Agradecemos el tiempo que nos ha dedicado, así como su colaboración en la investigación y sobre todo por la sinceridad de sus respuestas.

Yo _____ acepto
participar en la investigación.

Firma.....

DNI.....

Categorización de los niveles de acceso a los servicios de Salud.

Variable/Dimensión	# de ítem	Bajo	Medio	Alto
Disponibilidad	7	7-16	17-26	27-35
Accesibilidad	7	7-16	17-26	27-35
Aceptabilidad	5	5-11	12-18	19-25
Contacto con el servicio	5	5-11	12-18	19-25
Acceso a los servicios	24	24-56	57-88	89-120

Fuente: CC.NN.Chuquibambilla

Interpretación:

Se observó en relación al acceso a los servicios que fueron categorizadas en 3 niveles: nivel bajo si la puntuación es de 24 a 56 puntos, nivel medio si la puntuación es de 57 a 88 puntos y nivel alto si la puntuación es de 89 a 120 puntos, asimismo también se presenta los rangos utilizados para cada una de las categorías de las respectivas dimensiones.

Confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad

Variable/Dimensiones	Alfa de Cronbach	N de elementos
D1 Disponibilidad	0,739	7
D2 Accesibilidad	0,857	7
D3 Aceptabilidad	0,942	5
D4 Contacto con el servicio	0,864	5
V1 Acceso a los servicios de salud	0,945	24

Para el cálculo de la confiabilidad de los datos se consideró una muestra piloto de 20 pobladores de la Comunidad Nativa Chuquibambilla y sobre esta se aplicó el instrumento, como la escala de medición de los datos es de tipo Cualitativo ordinal, se usó el método de la consistencia interna. El cálculo se realizó mediante el coeficiente el Alfa de Cronbach, el cual varía desde cero hasta la unidad, donde un coeficiente cero (0) significa nula confiabilidad y uno (1) representa un máximo de confiabilidad (fiabilidad total, perfecta). En el presente estudio los coeficientes fueron todos superiores a 0,70; por tanto, el instrumento produce datos confiables y puede ser utilizado para recoger la información.