



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Estudio comparativo de barreras de acceso a servicios de salud
entre zona rural y urbana en Urdaneta, 2021**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Moscoso Pico, Tamara Isabel (ORCID: 0000-0002-7041-4335)

ASESORA:

Dra. Díaz Espinoza, Maribel (ORCID: 0000-0001-5208-8380)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Política de los servicios de salud

PIURA – PERÚ

2022

Dedicatoria

Esta investigación se la dedico con mucho cariño a mis padres por haberme apoyado durante toda mi carrera, a Dios por darme la posibilidad de seguir creciendo tanto de manera académica como profesional, y a todas las personas que contribuyeron a que este peldaño más en mi vida haya sido posible.

Agradecimiento

Doy un merecido agradecimiento a los docentes de la universidad que me brindaron parte de sus conocimientos para concluir con este proyecto, a la autoridad del distrito de salud por haberme dado la apertura a realizar esta investigación. Un agradecimiento especial a la Dra. Guevara por su apoyo y, por último, a la Universidad César Vallejo por dar a los profesionales el incentivo que crecer de manera profesional.

Índice de Contenidos

| | |
|---|-----------|
| Dedicatoria | II |
| Agradecimiento | III |
| Índice de contenidos | IV |
| Índice de tablas | V |
| Índice de gráficos y figuras | VI |
| Resumen..... | VII |
| Abstract | VIII |
| I.INTRODUCCIÓN | 1 |
| II.MARCO TEÓRICO | 5 |
| III.METODOLOGÍA | 18 |
| 3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 18 |
| 3.2 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN | 19 |
| 3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO..... | 19 |
| 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD | 22 |
| 3.5 PROCEDIMIENTO | 24 |
| 3.6. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS | 24 |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS | 24 |
| IV.RESULTADOS..... | 25 |
| V.DISCUSIÓN..... | 37 |
| VI.CONCLUSIONES..... | 43 |
| VII.RECOMENDACIONES..... | 45 |
| REFERENCIAS | 46 |
| ANEXOS..... | 53 |

Índice de tablas

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. <i>Usuarios de los establecimientos de salud año 2021</i> | 20 |
| Tabla 2. <i>Validación del instrumento por expertos</i> | 23 |
| Tabla 3. <i>Diferencias De barreras de acceso a los servicios de salud entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama en Urdaneta, 2021</i> | 255 |
| Tabla 4. <i>Diferencia de disponibilidad como barrera de acceso entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, 2021</i> | 266 |
| Tabla 5. <i>Diferencia de accesibilidad como barrera de acceso entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, 2021</i> | 277 |
| Tabla 6. <i>Diferencia de aceptabilidad como barrera de acceso entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, 2021</i> | 288 |
| Tabla 7. <i>Diferencia de contacto con el servicio como barrera de acceso entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, 2021</i> | 299 |
| Tabla 8. <i>Diferencia de la cobertura efectiva como barrera de acceso entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, 2021</i> | 30 |
| Tabla 9. <i>Nivel de significancia de la variable barreras de acceso a los servicios de salud entre zona rural y urbana en Urdaneta, 2021</i> | 322 |
| Tabla 10. <i>Nivel de significancia de dimensión disponibilidad entre zona rural y urbana en Urdaneta, 2021</i> | 322 |
| Tabla 11. <i>Nivel de significancia de dimensión accesibilidad entre zona Rural y urbana en Urdaneta, 2021</i> | 333 |
| Tabla 12. <i>Nivel de significancia de dimensión aceptabilidad entre zona rural y urbana en Urdaneta, 2021</i> | 344 |
| Tabla 13. <i>Nivel de significancia de dimensión contacto con el servicio entre zona rural y urbana en Urdaneta, 2021</i> | 355 |
| Tabla 14. <i>Nivel de significancia de dimensión cobertura efectiva entre zona rural y urbana en Urdaneta, 2021</i> | 36 |

Índice de gráficos y figuras

| | |
|--|-----------|
| Figura 1. Barreras de acceso en el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama ... | 25 |
| Figura 2. Disponibilidad como barrera de acceso en los establecimientos de salud | 26 |
| Figura 3. Accesibilidad como barrera de acceso en los establecimientos de salud | 27 |
| Figura 4. Aceptabilidad como barrera de acceso en los establecimientos de salud | 28 |
| Figura 5. Contacto con el servicio como barrera de acceso en los establecimientos de salud..... | 29 |
| Figura 6. Cobertura efectiva como barrera de acceso en los establecimientos de salud | 30 |

Resumen

La finalidad de esta investigación se centra en establecer las diferencias existentes de barreras de acceso a los servicios entre zona rural y urbana en la población del cantón Urdaneta en el año 2021. Para llevarla a cabo se decidió utilizar un enfoque cuantitativo, siendo esta una investigación de tipo básica de nivel descriptivo y comparativo en la cual se empleó el diseño no experimental de corte transversal. La población elegida fueron los usuarios de dos establecimientos de salud, uno ubicado en zona rural y otro en zona urbana, por lo tanto, la investigación cuenta con dos muestras que corresponden a 361 del Puesto de Salud Santo Domingo y 316 del Centro de Salud Catarama. La técnica seleccionada para la recolección de datos fue la encuesta y como instrumento en cuestión, el cuestionario. Se concluyó en este estudio que existen diferencias significativas ($p=0,00000$) de barreras de acceso a servicios de salud entre los establecimientos de salud de la zona rural y la zona urbana, siendo la accesibilidad la principal barrera de acceso en el Puesto de salud Santo Domingo y la cobertura efectiva en el Centro de Salud Catarama.

Palabras clave: disponibilidad, aceptabilidad, aceptabilidad, contacto, cobertura.

Abstract

The purpose of this research is to establish the existing differences in access barriers to services between rural and urban areas in the population of the Urdaneta canton in 2021. To carry it out, it was decided to use a quantitative approach, this being an investigation of a basic type, in a descriptive and comparative level in which the non-experimental cross-sectional design was used. The chosen population were users of two health establishments, one located in a rural area and the other in an urban area, therefore, the investigation has two samples that correspond to 361 from the Santo Domingo Health Post and 316 from the Catarama Health Center. The technique selected for data collection was the survey and, as the instrument in question, the questionnaire. We conclude in this study that there are significant differences ($p = 0,00000$) in access barriers to health services between health centers in rural and urban areas, with accessibility being the main access barrier in the Santo Domingo Health Post and effective coverage at the Catarama Health Center.

Keywords: Accessibility, availability, acceptability, contact, coverage.

I. INTRODUCCIÓN

La salud es un proceso dinámico, que se refleja en el ser humano como ente personal y social impulsándolo hacia la búsqueda del equilibrio entre bienestar físico, mental y social (De La Guardia y Ruvalcaba, 2020). Además, se encuentra entrelazada al desarrollo económico y humano, por lo que el rol del sistema sanitario es fundamentalmente dar solución a las necesidades de la población, lo cual implica elaborar y mantener mecanismos que nos encaminen a la prestación lineal, integrada, universal y equitativa de sus servicios (Rivera et al, 2020). El papel de la salud es muy relevante en el proceso social actual, marcado por la pandemia de la COVID-19, que ha afectado la capacidad de los sistemas de salud para brindar atención continua (Orús, 2021).

Desde el año 2015, uno de los objetivos de desarrollo sostenible, nos habla acerca de lograr cobertura sanitaria universal (CSU), lo cual involucra un proceso permanente desarrollado a la par que se producen cambios demográficos, tecnológicos y epidemiológicos (OMS, 2019). Los datos arrojados por el informe de seguimiento de la cobertura sanitaria universal de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) afirma que la CSU ha aumentado con respecto al año 2000, aunque varía entre los diferentes países, obteniéndose el valor más alto en Asia Oriental, Europa y Norteamérica (índice de cobertura 77) por otro lado se sitúa el África subsahariana con el valor más bajo (índice de cobertura 42), mientras que Latinoamérica y el Caribe por su parte, poseen el segundo valor más alto (índice de cobertura 75). Pese al impulso que ha dado la CSU, el informe descubre que como mínimo, la mitad de la población del mundo aún carece de acceso a los servicios de salud básicos, 100 millones de habitantes se ven ahogados en la pobreza extrema por pagos sanitarios directos y aproximadamente 800 millones de personas desembolsan el 10% o más de su presupuesto en atención sanitaria (OMS, 2017).

Particularmente, en América Latina, pioneros como Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica, seguidos de Argentina, Ecuador, Guatemala, México, Perú y Uruguay, plantearon reformas y políticas públicas para mejorar este índice y ampliar el

acceso a servicios de salud (OMS, 2017). Un estudio llevado a cabo en Perú por Soto (2019) nos indica que la escasez de recursos en estos establecimientos de salud constituye una de las principales barreras de acceso, así como un riesgo que pone en juego la calidad de atención, acompañado de la pobreza como otro de los obstáculos en este acceso a servicios sanitarios. En Costa Rica, Cortés y Fernández (2020), identificaron que una brecha importante en el acceso está marcada por una cultura de cobro de manera interiorizada por el personal que se encuentra en la ventanilla cuya intención es el pago de todas las atenciones a pesar de la aspiración de universalidad en materia de salud, otra barrera importante que nos mencionan los autores es la xenofobia por parte del personal de salud. En el caso de Colombia, García (2017), manifiesta que el 59.86% de las mujeres encuestadas señalan que acceder al establecimiento de salud se les hizo lejos y el 17.43% también añadió que era difícil, el componente de infraestructura solo fue calificado como excelente por el 8.28%, la calidad de atención recibida fue regular o mala en el 15.62% de los casos.

En Ecuador, se han llevado a cabo reformas importantes a través de la búsqueda de equidad y universalidad, marcado en 2008 por la Constitución de la República como garante a este acceso, obteniéndose en un inicio, una gran acogida. Sin embargo, diferentes factores políticos y económicos presentes a lo largo de los años, continuaron perpetuando un sistema desarticulado que, a día de hoy, no garantiza el acceso universal a la salud (Chang, 2017). En otra investigación llevada a cabo en el Carchi, Ecuador por Salgado (2019), buscando las barreras sociales y culturales para prevenir la diabetes se identificaron que la edad, situación laboral e instrucción son barreras sociales importantes mientras que dentro de las culturales encontramos los valores, actitudes, creencias que impide una comunicación asertiva entre el personal de salud y los usuarios.

Esta investigación se centrará en dos establecimientos de salud uno ubicado en zona rural y otro en zona urbana, pertenecientes a la localidad de Urdaneta, localizada en la provincia de los Ríos, Ecuador. La asimilación real de barreras de acceso en esta población comprende la persistencia de diferentes barreras de acceso a servicios sanitarios ligadas a factores que involucran al sistema de salud y sus diferentes componentes, que se acentúan especialmente en la población

que habita en la zona rural, siendo esta la de recursos económicos más bajos, y por lo tanto, los más vulnerables. A partir de lo cual se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la diferencia que existe en las barreras de acceso a servicios de salud entre zona rural y urbana en Urdaneta, 2021?

Con el fin de discernir entre las diferentes variables que generan el problema planteado, y debido a la necesidad de conocer qué sucede y en qué condiciones se encuentra actualmente la población de Urdaneta con respecto al acceso a servicios sanitarios, se mostrará información relevante y precisa sobre los diferentes aspectos que dificultan el acceso y comunicación entre el usuario y los establecimientos de salud de la zona rural y de la zona urbana, ambas pertenecientes al cantón Urdaneta, así como las carencias dentro del mismo sistema que contribuyen de manera negativa en el nivel de salud de la población, investigando de qué manera ha afectado la COVID-19 a la población rural y urbana, con énfasis en la búsqueda de equidad en salud, buscando las mismas oportunidades para todas las personas de alcanzar su máximo potencial. Búsqueda en la que se ha determinado como esencial el acceso universal a los servicios de salud de acuerdo a la necesidad independientemente del aspecto económico.

Dentro del objetivo general de este documento se encuentra el de establecer las diferencias existentes de barreras de acceso a los servicios de salud entre zona rural y urbana en la población cantón Urdaneta en el año 2021. Para lo cual necesitaremos objetivos específicos como el primero de ellos que es identificar la diferencia de disponibilidad de los servicios de salud entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021. El segundo de los objetivos específicos que busca establecer la diferencia de accesibilidad a los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021. El tercero de los objetivos específicos es acerca de describir la diferencia de la aceptabilidad que reciben los servicios sanitarios por parte de la población entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021. El cuarto de los objetivos específicos que trata de determinar la diferencia del contacto con el servicio entre la población y los

establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021. El quinto y último de los objetivos específicos que consiste en establecer la diferencia de la cobertura efectiva dada por parte de los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021.

Teniendo como punto de partida nuestra pregunta general, nos planteamos la hipótesis general la cual afirma que existen diferencias significativas entre las barreras de acceso a los servicios de salud entre la población del establecimiento de la zona rural y el de la zona urbana del cantón Urdaneta en el año 2021, seguido de las hipótesis específicas alineados con los objetivos específicos, como son en el primero de los casos que existen diferencias entre el nivel de disponibilidad entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021. La segunda hipótesis específica la cual consiste en que existen diferencias en el nivel de accesibilidad a los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021. Seguido de la tercera hipótesis específica en donde se asegura que existen diferencias en el nivel de aceptabilidad entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021. La cuarta hipótesis específica en la que se afirma la existencia de diferencias en cuanto al contacto con el servicio de los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021. Y la quinta hipótesis específica que nos habla de la presencia de diferencias respecto a la cobertura efectiva entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Para ayudarnos a entrar en contexto hablaremos acerca de algunos estudios acerca de nuestra variable de estudio, es decir, barreras de acceso.

El estudio realizado por Zegeye et al (2021) titulado *Breaking Barriers to Healthcare Access: A Multilevel Analysis of Individual – and Community – Level Factors Affecting Women’s Access to Healthcare Services in Benin*, de tipo descriptivo transversal tuvo como objetivo principal analizar la magnitud del problema que representa el acceso a servicios de salud en mujeres y sus factores asociados. Para completarlo hicieron uso de los datos de la Encuesta demográfica y de salud de Benin 2017-2018, examinando las interacciones entre las características socioeconómicas y demográficas en mujeres por medio de regresión logística multinivel, realizando en primer lugar un análisis descriptivo, seguido de un análisis bivariado para determinar la asociación entre las diferentes variables. Los resultados obtenidos develaron que el 60.4% de las mujeres que participaron en el estudio tuvieron dificultades para acceder a servicios de salud, factores individuales como la situación económica, estado civil, paridad y educación en pareja, así como factores comunitarios entre los cuales tenemos la región y el nivel de alfabetización fueron determinados como factores de riesgo importantes.

Durante el año 2021, Blukacz et al en su estudio *Barriers to Access and acceptability of health care in Chile for international migrants during the COVID-19 pandemic*, estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, de suma relevancia ya que se produjo durante la pandemia, en el cual se realizaron 40 entrevistas individuales, el cual tuvo como fin presentar los resultados enfocado en la salud de personas de carácter migrantes internacionales en Chile. Entre los resultados observamos como principal barrera de acceso el alto costo de los servicios, así como una brecha entre la calidad de atención que espera recibir el paciente, con respecto a la que realmente reciben.

Otro estudio fue llevado a cabo por Houghton et al (2020), conocido como *Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries*, de tipo descriptivo transversal con el fin de presentar las

desigualdades de tipo social y económico en cuanto a barreras de acceso a servicios de salud en cuatro países latinoamericanos entre los cuales figuran Perú, Colombia, Paraguay y El Salvador. El método escogido fue la encuesta efectuada en hogares a nivel de los países inmiscuidos. Los resultados mostraron la persistencia de brechas de desigualdad, siendo las más altas en Colombia con un 60% seguidas de Paraguay con 30%, Perú con 20% y El Salvador con 20%. Lo cual afirman los autores deberá ser incentivo para análisis futuros acerca de las iniciativas nacionales sobre equidad en acceso a servicios sanitarios.

Barreras de acceso del I nivel de atención a gestantes con SARS-CoV2, referidas al Hospital de Emergencias Villa El Salvador traído a nosotros por Gamarra en 2020, de tipo básico, cuantitativo, descriptiva y transversal, en el cual de estudiaron a 121 gestantes con el fin de determinar precisamente las barreras de acceso según las gestantes portadoras de infección SARS-CoV, determinó que la presencia de barreras de acceso percibidas por este grupo fue baja en el 52% de los casos y 47.6% moderadas.

Hoyos y Muñoz (2019) durante el año 2017 se introdujeron en el estudio Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquía, Colombia. Este estudio con método cuantitativo, etnográfico se centró en describir las barreras de acceso frente a controles prenatales en aquellas mujeres que presentaron morbilidad materna extrema durante 7 meses en un Hospital de Medellín, Colombia, siendo algunas de ellas como se aprecia la atención médica como la inexperiencia, no disponibilidad de especialista, distancia del centro de salud y falta de equipos de diagnóstico. El artículo finaliza con la conclusión de que el sistema sanitario en ese país no garantiza el derecho de las mujeres embarazadas y los hijos en sus vientres al acceso en salud oportuno.

Moscoso et al (2019) realizaron el estudio denominado Barreras de acceso a centros de salud para personas con discapacidad física: el caso de Perú. Tiene como principal finalidad averiguar qué tipo de asociación hay entre la presencia de infraestructura y barreras en el campo del transporte, así como la accesibilidad a cita médica para aquella población con discapacidad física en Perú. Con ese fin utilizaron datos de la encuesta nacional transversal, conocida como Encuesta

Nacional Especializada de Discapacidad del Perú (ENEDIS), la cual tuvo lugar en el año 2012. Los resultados no son favorecedores, ya que se concluyó que las habitantes de las áreas rurales se sienten marginados comparándose con los habitantes de áreas urbanas en lo que se refiere a la accesibilidad y disponibilidad en establecimientos de salud, además se constató que el 25% de habitantes que poseen discapacidad física en este país afirman la falta de rampas, baños públicos adaptados en los centros de salud y pasamanos.

Bran et al (2019) nos aporta más información en su investigación titulada Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Este estudio cualitativo con un enfoque histórico hermenéutico buscaba explorar la percepción de los usuarios del régimen subsidiado acerca de las barreras de acceso a servicios sanitarios. Algunas de las barreras identificadas son la económica y las de tipo administrativo, que se reflejan en demoras en la entrega de medicación, así como la falta de dispensación completa de la misma que empuja a los pacientes a gastar de sus propios recursos económicos o incluso renunciar al tratamiento, todo esto recae y afecta principalmente a la población en situación de pobreza y vulnerables.

En Perú, en el 2018 se llevó a cabo una investigación realizada por Mancilla, conocida como Barreras asociadas al acceso de los servicios de salud en los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa 2016. Este estudio de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo, con la finalidad de reconocer la diferencia entre las barreras de acceso entre los establecimientos determinados, encontró que efectivamente hay diferencias significativas entre las barreras de acceso asociadas a estas unidades de salud, con una accesibilidad que suman 46% entre los dos establecimientos.

En el año 2018 Corcadden et al publican el estudio Factors associated with multiple barriers to Access to primary care: an international analysis, argumentando la falta de estudios que evalúen los factores relacionados con las diversas barreras de acceso en ciudadanos pertenecientes a diferentes sistemas de salud, realizaron un análisis de la encuesta de políticas de salud internacional para adultos del 2016, con un número de encuestados en cada país como Australia, Francia, Noruega,

Canadá, Francia, Países Bajos, que son 6 de los 11 que participaron en el estudio, que varía entre los 1000 y 7000. Los resultados fueron que un 21% de adultos hicieron frente a barreras antes de llegar a la atención, un 16% experimentó dos o más impedimentos después de la atención, las personas que menos ingresos son candidatos más frecuentes en la experimentación de estas barreras, así como los pacientes con enfermedades relacionadas a la salud mental y extranjeros.

Por su parte, Toledo (2018) en su estudio denominado Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura, de enfoque cuantitativo cuyo objetivo principal fue precisamente diferenciar el nivel de percepción de las barreras de acceso a servicios de control de crecimiento y desarrollo por parte de los usuarios de estos centros de salud ubicados en la ciudad de Piura. Los resultados muestran que un 28.1% de la población reportan un nivel moderado y alto en presencia de barreras de acceso con respecto a la disponibilidad, 55.1% con respecto a la dimensión de accesibilidad, 5.8% refieren un nivel moderado en cuanto a barreras de acceso asociadas a la aceptabilidad, por último, un 30.4% de la población informó acerca de la presencia de barreras de acceso asociadas al contacto con el servicio.

Almutlaqah et al (2018) en su estudio *Factors Affecting Access to Oral Health Care among Adults in Abha City* cuyo objetivo fue determinar las principales barreras de acceso a las que estaban expuestas las personas de esta localidad respecto al acceso a salud oral, compuesto por un enfoque descriptivo transversal, analizado mediante el software estadístico SPSS, tuvieron como resultado que el acceso está afectado por varias barreras, entre ellas la educación, ingresos, transporte, falta de tiempo y costo. Cosar (2017) realiza la investigación titulada *Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de Educación Superior Tecnológico Público en Lima*, llevado a cabo mediante enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, aplicado a 242 alumnos, concluye en la apreciación de un nivel moderado en la presencia de barreras de acceso, siendo la más influyente la accesibilidad seguido de la disponibilidad marcado por la escasez de recursos humanos y físicos tales como el número de consultorios.

Así mismo, Muñoz (2017) nos trajo la investigación Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II en Lima, con enfoque cuantitativo, de tipo descriptiva, no experimental con la finalidad de describir el nivel de barreras de acceso percibido por los usuarios de dicho servicio, encontrándose que la barrera de acceso que presenta el nivel más bajo es la disponibilidad, por otro lado la accesibilidad en este grupo poblacional no representó problemas en el 48.1% de los usuarios. Cabe recalcar que un 68.4% de los participantes señalaron que realizan gastos añadidos para acceder a atención de salud bucal.

Hablaremos ahora acerca del derecho a la salud en Ecuador, empezando por comentar que el sistema de salud de Ecuador ha estado expuesto a cambios constantes, los cuales han ido de la mano de las últimas tres constituciones aprobadas en el país en 1979, 1998 y la actual promulgada en 2008 (Jiménez et al, 2017). Con respecto al sector salud, estos cambios los podemos ver plasmados en los artículos 32 y 34; el primero rechaza el viejo concepto de que la salud es simplemente buen estado físico y mental, sino que, además, los vincula a otros derechos básicos como alimentación, educación, trabajo, servicios públicos, cultura física, seguridad social, ambientes sanos y todo aquello que promueva la calidad de vida de la población (Constitución de la República de Ecuador, 2008). En el artículo 34, se plantea como un derecho innegable a la seguridad social, tanto de manera individual como para cubrir las necesidades de las comunidades y pueblos (Constitución de la República de Ecuador, 2008).

Por su parte, el Sistema Nacional de Salud, en su Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud – LOSNS (2015), sujeta en su tercer artículo, que una de sus metas primordiales es garantizar el acceso universal y de manera equitativa a servicios de atención integral de salud, mediante el funcionamiento de la red de servicios de administración de manera descentralizada y desconcentrada. Para el cumplimiento de este objetivo, se aplicará el Plan Integral de Salud, el cual, como parte de estrategia de protección social en salud, deberá brindar cobertura a toda la población de manera obligatoria y ser accesible, sirviéndose de la malla de proveedores públicos y privados, manteniendo un enfoque pluricultural.

Se propone entonces dentro del Plan Integral de Salud, prestaciones en conjunto de prevención, detección, diagnóstico, recuperación y rehabilitación en salud, que además abarca la provisión continua de servicios, insumos y medicamentos necesarios en materia de salud, en los distintos niveles de complejidad del sistema, buscando dar solución a los problemas de salud del pueblo conforme al modelo epidemiológico del país, la región y local (LOSNS, 2015). En base al modelo de atención centrado en promoción de la salud y atención en el primer nivel, mediante procesos coordinados y permanentes, desarrollándose ambientes familiares, comunitarios y promocionando la complementariedad de la medicina tradicional con la medicina alternativa (Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS, 2012).

El abandono en el que yacía la infraestructura pública de salud y el gran aumento de la demanda de servicios ocasionado por la gratuidad de los servicios de salud, hizo urgente la necesidad de modificar los criterios de extensión territorial de las unidades de salud y la mejora de la infraestructura disponible. Gracias a ello se puso en marcha la división territorial dependiendo de la población existente en cada unidad geográfica y la distancia idónea a la que deberían ubicarse los establecimientos de salud, para permitir un acceso universal y gratuito. (Espinoza, 2017). Se realizó una clasificación de las unidades de salud conforme a la cartera de servicios y capacidad de resolución; primer, segundo, tercer y cuarto nivel de atención, además de estándares a cumplir, modelos de gestión, se adquirieron nuevos equipos y se contrataron recursos humanos (Espinoza, 2017)

Susset (2017) nos habla acerca de la riña que se produce al hablar acerca de los términos acceso y accesibilidad, en las que afirma que hay muchas ocasiones que se utilizan sin diferenciación alguna, mientras que en otros casos se determinan diferencias a partir de la creencia de que uno envuelve al otro, es decir, uno es el proceso como tal y el otro solo una etapa, la de llegar al servicio en el caso del acceso.

La conceptualización de acceso a los servicios de salud empezó a adquirir un carácter multidimensional, fenómeno que podemos ver reflejado en la definición dada por Donnabedian (1973) quien nos dice que es un elemento intermediario entre la posibilidad de elaborar prestaciones y el verdadero consumo de dichas

prestaciones. Es más que la existencia de los recursos en un lugar y momento determinados, sino también la variedad de particularidades que dificultan o facilitan el uso de los mismos.

Resulta de gran ayuda acudir a Frenk (1985), quien define el acceso a servicios sanitarios como el proceso por medio del cual puede alcanzarse la satisfacción completa de una necesidad de atención. Se pueden diferenciar tres alcances, el primero de ellos el estrecho que abarca la búsqueda de atención e inicio de la misma, intermedio que aumenta la continuación de la atención, amplio que adiciona la aspiración de la atención y comprende todo el proceso en conjunto.

Complementando esta definición, Aday y Andersen (1974), configuran tres niveles para el acceso; el político en el que se sitúan acciones dirigidas y planificadas por el estado dirigidas a mejorar el acceso a servicios sanitarios, el acceso potencial que es una interrelación entre el sistema de salud e individuo del que brotan barreras a las que se pueden atribuir las prestaciones de servicios y el acceso real, que determina como el sistema de salud da solución a las necesidades de los individuos.

Por otro lado, el conocido Institute of Medicine (1993), en Washington, clasifica a las barreras como obstáculos que impiden el acceso, y propuso tres tipos, barreras estructurales, financieras y personales. Arboleda (1999) en cambio nos comenta acerca de las barreras de acceso a servicios de salud como aquellas que difieren en el acceso a los servicios sanitarios, y pueden ser geográficas, económicas u organizacionales. Agudelo et al (2013) afirman que la negativa frente al goce efectivo del servicio público esencial, como el punto de encuentro entre la comunidad y los servicios sanitarios puede ser considerado como barreras de acceso en salud. La Organización Mundial de la Salud (OPS, 2017) conceptualiza a los obstáculos que deben superar los usuarios que necesitan hacer uso de los servicios sanitarios como barreras de acceso en salud.

Luego, Pechansky & Thomas (1981), propusieron un conjunto de dimensiones que se ajustaban entre los pacientes y el sistema de salud, desglosándolas en cinco dimensiones que incluyen al igual que el modelo de Tanahashi la disponibilidad,

accesibilidad y aceptabilidad, con la diferencia de que añaden la acomodación y la asequibilidad. Otro de los modelos es el que se fundamenta Dutton (1986) propuso que el acceso es el resultado de las características del paciente acompañado de las del proveedor del servicio y el sistema de salud, propuso tres dimensiones conformadas por la financiera, el tiempo y factores organizacionales.

Petters et al (2008), quienes vieron al acceso como el uso real de servicios. Al igual que Dutton, considera las características de la población y el sistema. Identifica que debe haber una acoplación entre los usuarios y los servicios. Las dimensiones de las que nos hablan consisten en la calidad, accesibilidad geográfica, disponibilidad y accesibilidad financiera. En el más reciente de los enfoques, surge el modelo de dimensiones de Levesque et al (2013), que se centra en factores de carácter individual, como habilidades que los usuarios deben desplegar para lograr el acceso, nos aportan cinco dimensiones que abarcan accesibilidad, disponibilidad y acomodación, asequibilidad y oportunidad.

Tanahashi (1978), autor con cuya definición vamos a trabajar a lo largo de nuestro estudio, define a las barreras de acceso como factores que obstruyen el alcance de una cobertura efectiva en grupos poblacionales con necesidades por resolver. Su modelo acerca del acceso, en el que lo visualiza como el resultado de una cobertura efectiva explicada como la medida en que la población recibe una atención eficaz. Modelo teórico al cual vamos a seguir en esta investigación. Bajo este modelo teórico se asumen las dimensiones para la variable barreras de acceso: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con el servicio y cobertura efectiva. Este modelo abarca cinco dimensiones, la primera de ellas es la disponibilidad, se encuentra dentro de este apartado los recursos humanos y físicos, información e infraestructura; es decir, el número de establecimientos de salud y el recurso humano o la disponibilidad de los equipos y tecnologías, pueden llegar a constituirse como barreras. Por lo tanto, la disponibilidad se encarga de determinar en qué medida es capaz el sistema de salud frente a la población asignada (Tanahashi, 1978).

Peranovich (2017) comenta que la disponibilidad se mide gracias a los recursos humanos, materiales e incluso la infraestructura para atender problemas de salud

en comparación con el grupo poblacional que un estado debe atender. Abarca tanto a ofertas de servicios de clínicas, consultorios, puestos de salud, así como también materiales a utilizar como camas, fármacos e incluso personal médico. Se comprende entonces como un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a la gente y al personal de salud con la única finalidad de satisfacer un propósito de salud en específico.

Recursos humanos según Chiavenato (2009) es toda forma de actividad que requiera participación humana dentro de una organización. Según Acevedo (2013) se refiere al eje de productividad de un trabajo como operarios y funcionarios, es decir, el personal de una empresa. López (2001) nos dice que el recurso humano es un pilar fundamental dentro de cualquier empresa, ya que son bases que pueden facilitar la consecución de objetivos de la misma.

Recursos físicos hace referencia a los recursos palpables del lugar de trabajo con el objetivo de dar un servicio concreto Acevedo (2013). Chiavenato (2009) incluye dentro de este apartado a las instalaciones, equipos, herramientas, materiales, máquinas, entre otros.

La información es un mensaje significativo que permite a sus destinatarios, utilizando su propia inteligencia y experiencia previa, tomar una decisión informada, de una manera que implica comunicar o adquirir ideas. En otras palabras, es el conocimiento que permite expandir o definir lo que existe sobre un tema en particular (García, 2019).

La infraestructura según Buhr (2009), es la adición de recursos institucionales y físicos que contribuyen a las diferentes necesidades, teniendo como antecedente la asignación oportuna de bienes. Se refiere por lo tanto a la estructura, en este caso del establecimiento de salud, así como el abastecimiento de agua, recolección de basura y drenaje entre otros (Barajas & Gutiérrez, 2012).

La segunda dimensión que está representada por la accesibilidad, Bashshur (1982) propone la accesibilidad como el nexo pragmático entre infraestructura y recursos

humanos en salud y la población, lo cual pone de manifiesto la existencia de facilitadores y obstáculos en la atención de salud. En este apartado se incluyen la accesibilidad física como distancia, presencia y tiempo necesario para el transporte y conectividad. Además, el componente organizacional y/o administrativo, que como su nombre lo indica, tiene que ver con el ámbito de requisitos de tipo administrativo para que se efectúe una atención médica como el horario de atención, forma de agendamiento de citas, y el aspecto financiero que se asocia a los gastos de bolsillo, costos del transporte (Tanahashi, 1978).

Salkever (1976) define a la accesibilidad financiera como la capacidad que tienen las personas para afrontar una atención médica, es decir, es una variable que pertenece al paciente más que al sistema de salud. Se incluyen dentro de este apartado el costo del servicio de transporte, peajes, estacionamiento (Jirón & Mansilla, 2013). Además del consumo de energía, tiempo, recursos destinados a costo del tratamiento, pérdida del día de trabajo (Arawaka et al, 2011).

La accesibilidad física, se refiere a la facilidad con respecto al acceso a edificaciones, además del urbanismo, señalando el derecho de las personas de poder transitar sin impedimentos (Saraki, 2011). Moseley (1979) nos dice que esta puede entenderse como una característica del destino, el cual afecta directamente a la población. Está vinculada a la distancia que se debe realizar para llegar a la consulta médica, presencia de transporte público o privado, así como de las condiciones de los lugares en los que se interactúa como las calles, buses, parques (Jirón & Mansilla, 2013).

Por último, la accesibilidad administrativa u organizacional está representada por los obstáculos o impedimentos que tienen su origen en la manera en que se organizan los servicios de salud (Arawaka et al, 2011). Por lo tanto, este componente expresa, como su nombre lo indica, la organización per se de los servicios de salud, como son el horario de atención o el agendamiento de turnos (Jirón & Mansilla, 2013).

Dependiendo de diversos factores socioculturales, vamos a tener una u otra percepción de las prestaciones brindadas, a esto se le conoce como aceptabilidad, que es nuestra tercera dimensión. No sólo es necesario que el servicio ofrecido sea asequible, sino que es necesario que además sea aceptable para los usuarios. (Tanahashi, 1978). Esta dimensión abarca la percepción de las prestaciones desde el punto de los factores socioculturales, es decir cultural, religioso, creencias y valores de las personas (Aday et al, 2013). Según Wallace & Enriquez (2001) los servicios ofrecidos deben dar respuesta a los valores y necesidades de los pacientes, de manera que sean motivados a hacer uso de los mismos de manera apropiada y digna. Con frecuencia, esta dimensión se suele estudiar mediante la satisfacción de los usuarios.

La satisfacción es definida como la medida en que se cumple la perspectiva del usuario con respecto al nivel de atención médica esperada y la situación de salud resultante de la misma (Coreballa & Saturno, 1990). En otras palabras, la satisfacción representa el cumplimiento o no de las expectativas que tiene una persona respecto a una situación (Instituto Nacional de Salud, 1992). Según Chang (1999), este indicador puede referirse a varios aspectos como son la atención recibida y la repercusión de la misma en el estado de salud de los pacientes, así como el trato recibido durante el proceso por parte

Los factores socioculturales son todas las condiciones que cambian o afectan el estado de salud de las personas, según su condición, factores sociales y culturales. (Yanarico, 2013). Estos factores afectan la calidad de la salud personal, en este grupo encontramos determinantes a nivel remoto, necesarios para acceder y comprender el proceso de salud de la enfermedad en la comunidad. Son todas las formas y manifestaciones que describen a la población y determinan el estado de salud de la población, tales como raza, nivel formativo, género, religión, lengua, cosmovisión, creencias, hábitos y valores (González et al, 2017).

La cuarta de las dimensiones es el contacto con el servicio que se entiende como aquella continuidad en la atención que se presta gracias a la acomodación de servicios sanitarios a los habitantes y a la calidad de atención. (Tanahashi, 1978).

Es el contacto físico entre un proveedor de atención médica y la población que necesita atención y es de vital importancia para ganar la confianza del usuario en el paciente con un tratamiento efectivo, asegurando que los usuarios se den cuenta de que se está brindando una atención integral de alta calidad (Tanahashi, 1978). La calidad es el conjunto de funciones, características o comportamientos de un bien manufacturado o de un servicio prestado que le permiten satisfacer las necesidades del consumidor (Molina et al, 2004). Al buscar un significado más claro del término y en relación con la salud pública, hemos encontrado que la calidad se refiere a diferentes aspectos de las operaciones de una organización: producto o servicio, proceso, sistema de producción o prestación de servicios, o el grado en que las características del producto son satisfechas en relación con los requisitos del cliente (Molina et al, 2004).

La continuidad de la atención es el grado de consistencia y coherencia de las experiencias de atención percibidas por los pacientes a lo largo del tiempo. Hay tres tipos, de relación, definida como la percepción del paciente de una relación estable en el tiempo con uno o más proveedores. Información entendida así la percepción del usuario sobre la disponibilidad, uso e interpretación de información sobre eventos pasados para fijar la atención adecuada sobre su situación actual, y de Gestión que es la percepción del usuario de que está recibiendo servicios diferentes y no repetitivos y de manera complementada (Hernández et al, 2010).

Que se produzca el contacto entre el establecimiento de salud y el paciente, no siempre quiere decir que haya sido un proceso exitoso. (Tanahashi, 1978). La cobertura efectiva recopila información sobre el acceso de las personas a los servicios de salud necesarios, mide su calidad y los integra. La cobertura efectiva es una medida que nos permite conocer la fracción de beneficios potenciales de salud que un sistema de salud puede brindar a través de una intervención preexistente. En otras palabras, la cobertura efectiva es una cobertura integral ajustada por calidad. Es un indicador relacionado con los tres conceptos discutidos en la literatura cobertura de procedimientos de salud, uso de la atención y acceso a los servicios. (Martínez et al, 2011).

La cobertura de procedimientos de salud se puede analizar según Paganini (1998), en función del proveedor de servicios, en este caso, la cantidad y el tipo de atención está relacionada con el tamaño de la población, aunque también nos comenta acerca de una verdadera cobertura cuando los indicadores de medición provienen de la correlación entre las necesidades de atención de la población y el uso efectivo de los servicios.

El Uso de la atención es un proceso complejo, dinámico y social que reúne a actores, poblaciones y profesionales de la salud con el propósito de satisfacer una situación de salud determinada, en la que no solo se combina la atención sino también la predisposición de la población, sus creencias y aspectos culturales, pero sobre todo el contexto en que los servicios de salud son prestados y las condiciones que tiene la población en torno a su patrimonio personal, familiar y comunitario. Es una expresión o medida de acceso, pero no puede justificarse solo por esto (Díaz et al, 2013).

Acceso a los servicios, es la medida en que las personas reciban la atención que requieren de los servicios en salud, donde todos los recursos son utilizados con la finalidad de producir un resultado palpable del estado de salud, relacionado también con la satisfacción del usuario y proveedor (Fajardo et al, 2015)

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

En este caso se utilizó el enfoque fue cuantitativo, su principal forma de trabajo fue mediante recolección y análisis de datos con valor numérico sobre distintas variables, intentando establecer la asociación o relación entre variables y objetivar los resultados mediante una muestra (Fernández & Pértegas, 2002).

El estudio comparativo de barreras de acceso a servicios de salud entre zona rural y urbana en Urdaneta, 2021, fue una investigación de tipo básica, a la cual también se la conoce como pura, citando a Nicomedes (2018) es aquella que está que está motivada por la curiosidad, sirviendo de base para la investigación aplicada, podemos decir que es importante debido a que es el cimiento para el desarrollo de conocimientos.

El diseño de nuestra investigación fue no experimental que quiere decir, que se asienta en la ejecución de observaciones, sin intercesión o mediación con el entorno que se está observando, descriptiva y comparativa que en palabras de Abreu (2014) sirve para establecer diferencias entre variables que son persistentes en las realidades a estudiar, saca a luz los contrastes entre los objetos de estudio o variables y las compara con otras realidades semejantes, de corte transversal, lo que significa que estudiamos el fenómeno en un momento dado y específico de tiempo (Neill & Cortez, 2018).

El diseño de la investigación se esquematiza de la siguiente manera:

$$M_1 \rightarrow O_1$$

$$M_2 \rightarrow O_2$$

$$O_1 \neq O_2$$

Dónde:

M_1 = Muestra de usuarios del Centro de salud de Catarama

M_2 = Muestra de usuarios del Puesto de salud Santo Domingo

O_1 = Observaciones de barreras de acceso del Centro de salud Catarama

O_2 = Observaciones de barreras de acceso del Puesto de salud Santo Domingo

$O_1 \neq O_2$ = Comparación de resultados obtenidos

3.2 Variables y operacionalización

Variable única: Barreras de acceso

Definición conceptual: Tanashi (1978) define a las barreras de acceso como aquellas dificultades que son precursoras de ineficacia o falta de calidad en una atención en salud.

Definición operacional: conjunto de obstáculos entre la búsqueda y obtención de un servicio de salud. En este caso se evaluaron a los usuarios de los establecimientos de salud pertenecientes uno a zona rural y otro a zona urbana, por medio de nuestro instrumento previamente validado por expertos tomando en consideración las dimensiones dadas por el modelo teórico de Tanahashi que son cinco comenzando por la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, contacto con el servicio y cobertura efectiva.

Dimensiones/Indicadores:

Disponibilidad: recursos físicos, recursos humanos, servicio

Accesibilidad: accesibilidad física, accesibilidad organizacional, accesibilidad financiera

Aceptabilidad: factores socioculturales, trato al paciente

Contacto con el servicio: continuidad de la atención, calidad de la atención

Cobertura efectiva: cobertura de procedimientos en salud, uso de la atención.

Escala: Ordinal

3.3 Población, muestra y muestreo

Según Funtelsaz (2004), la población es un cúmulo de elementos que comprenden ciertas propiedades que se quieren estudiar. Nuestro estudio tomará lugar dentro del cantón Urdaneta, el cual se compone de 12 parroquias con 12 subcentros, de los cuales se tomarán para el estudio, la población que acude a 2 de ellos, denominados Puesto de Salud Santo Domingo y Centro de Salud Catarama. La población del subcentro de salud ubicado en zona urbana, o C.S Catarama es de 6240, mientras que la del establecimiento ubicado en zona rural o P.S Santo Domingo es de 1803, haciendo un total de 8043 personas.

Tabla 1

Usuarios de los establecimientos de salud año 2021

| Establecimiento de salud | Usuarios |
|--------------------------|----------|
| P.S Santo Domingo | 1803 |
| C.S Catarama | 6240 |
| Total | 8043 |

Nota. Datos tomados del Análisis de Situación Integral de Salud del Distrito de salud de Urdaneta – Puebloviejo (2021).

Criterios de inclusión: se consideraron a los usuarios que acuden a los dos establecimientos de salud seleccionados dentro del cantón Urdaneta, que tengan mayoría de edad, en nuestro país es a partir de 18 años y aquellos que aporten su consentimiento y predisposición para acceder a la investigación.

Criterios de exclusión: se consideraron a usuarios que no finalicen a cabalidad el cuestionario

La muestra, nos explican Hernández et al (2014) es aquel subgrupo de la población, del cual se recogerán datos, que debe seleccionarse con precisión y además debe ser representativa. Debido a que nuestra investigación es comparativa, trabajamos sobre dos muestras diferentes, la primera de ellas perteneciente a la población que acude al establecimiento de salud Urbano y la segunda con la población que acude al establecimiento de salud Rural, por lo tanto, nuestras unidades de análisis están conformadas por dichos establecimientos de salud.

Para ello se utilizará la siguiente fórmula para una realizar muestreo no probabilístico intencionado para población finita:

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{e^2 (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

Z = Nivel de confianza.

p = Probabilidad de ocurrencia del evento.

q = Probabilidad de no ocurrencia del evento.

N = Tamaño de la población.

e = Margen de error.

n = Tamaño de la muestra.

Muestra 1: Personas que acuden al Centro de Salud tipo A Catarama

Z = 1,96 con un nivel de confianza del 95% p = 0,5 de estimado q = 0,5 de estimado

e = 0.0536 de margen de error

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 6240}{0.0536^2 * (6240 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 316$$

Muestra 2: Personas que acuden al Puesto de salud Santo Domingo

Z = 1,96 con un nivel de confianza del 95% p = 0,5 de estimado q = 0,5 de estimado

e = 0.0461 de margen de error

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 1803}{0.0461^2 * (1803 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 361$$

El muestreo fue aleatorio simple debido a que la muestra será verdaderamente representativa cuando haya sido seleccionada de manera aleatoria, esto quiere decir que todos los sujetos de la población de interés tuvieron exactamente la misma posibilidad de ser escogidos para acceder al estudio, y que también representen de manera numérica a la población original. (Otzen & Manterola, 2017).

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica por utilizar fue la encuesta, ya que nos posibilita recoger datos de modo eficaz y rápido (Anguita et al, 2003). Siguiendo a García (1993), es una técnica que hace uso de un conglomerado de procedimientos de manera estandarizada en una investigación, de los cuales se busca explorar y analizar un conjunto de características. Para Sierra (1994), la encuesta radica en obtener datos mediante la interrogación a los habitantes de la sociedad, el más empleado y, por lo tanto, uno de los más importantes.

El instrumento que utilizamos fue un cuestionario dotado de 25 preguntas que evalúan todas y cada una de las dimensiones a estudiar de nuestra única variable, barreras de acceso a servicios de salud, distribuidas de la siguiente manera: la dimensión disponibilidad contó con 6 preguntas, seguida de accesibilidad que estuvo provista de 7 preguntas más, a continuación nos encontramos con la dimensión aceptabilidad que desplegó al usuario un total de 5 preguntas, tenemos a la dimensión contacto con el servicio que contó con 4 preguntas y por último cobertura efectiva que añadió 3 preguntas al cuestionario.

La validez atañe al grado en que una mensuración refleja la realidad de un hecho o la capacidad de medición del instrumento para lo que fue propuesto (Alarcón y Muñoz, 2008). En este caso se utilizó el juicio de varios expertos para dar validez al instrumento, mediante el formato de ficha de experto, el mismo que toma en cuenta con 9 parámetros que evalúan: claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia y metodología. Se observa en anexos, en el cual se obtuvo la calificación de excelente.

Tabla 2*Validación del instrumento por expertos*

| Experto | Parámetros | | | | | | | | | Calificación |
|-------------------------------|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| Dr. Jhonny Real Cotto | 82 | 84 | 81 | 79 | 82 | 80 | 85 | 85 | 81 | Excelente |
| Mg. Gabriela Alarcón Alvarado | 81 | 89 | 84 | 80 | 82 | 80 | 82 | 83 | 80 | Excelente |
| Dr. Maxwell Rodríguez Ortiz | 75 | 90 | 85 | 81 | 80 | 81 | 83 | 84 | 80 | Excelente |
| Dra. Doris Guevara Santana | 85 | 87 | 84 | 85 | 86 | 84 | 87 | 87 | 85 | Excelente |
| Mg. Miriam Loor Intriago | 83 | 86 | 86 | 81 | 81 | 83 | 80 | 86 | 82 | Excelente |

Nota: en la tabla se puede observar la matriz de evaluación de expertos

La confiabilidad, según Bernal (2010) se define como la consistencia de los puntajes conseguidos por los mismos sujetos examinados en diferentes ocasiones, con el mismo instrumento. La confiabilidad se realizó mediante una prueba piloto en la cual fueron encuestadas 68 personas. Se procedió con el Alfa de Cronbach, el cual necesita solamente una administración de nuestro instrumento y arroja valores entre 0 y 1. El análisis de confiabilidad por consistencia interna de barreras de acceso mediante el coeficiente Alfa de Cronbach evidencia excelente confiabilidad, tanto en la variable global de barreras de acceso ($\alpha = .959$), como en las dimensiones de disponibilidad ($\alpha = .950$), accesibilidad ($\alpha = .782$), aceptabilidad ($\alpha = .854$), contacto con el servicio ($\alpha = .969$) y cobertura efectiva ($\alpha = .828$) lo cual constituye que el instrumento cuenta con evidencia de confiabilidad por consistencia interna.

3.5 Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación se realizará en primer lugar contacto con el distrito de salud 12D02, a donde pertenecen las unidades de salud del cantón Urdaneta, para obtener apertura en el acceso a la información. En segundo lugar, se coordinó con las comunidades de estudio para realizar las encuestas, así como el consentimiento informado.

3.6. Métodos de análisis de datos

Para el análisis de datos se recogieron los resultados de las encuestas de manera manual y se trasladaron a una base de datos en el programa Microsoft Excel. Se realizó el análisis mediante el programa SPSS compatible con Windows 10, estos resultados se plasmaron en tablas y gráficos que veremos más adelante.

3.7 Aspectos éticos

La actual investigación se rige bajo el código de ética de la Universidad César Vallejo, el cual afirma que existen diversas normas que controlan las buenas prácticas y aseguran el bienestar de los participantes de la investigación, así como responsabilidad y sinceridad del investigador durante todas las etapas del estudio (Universidad César Vallejo, 2021). Por lo cual se utilizarán citas de autores, teniendo mucha cautela de evitar propiedad intelectual respetando así los derechos de los autores.

Del mismo modo, se dará uso del consentimiento informado para aquellos participantes que estén de acuerdo en acceder al estudio, aunque los datos de las encuestas se recojan de manera anónima, para garantizar su confidencialidad.

IV. RESULTADOS

Tabla 3

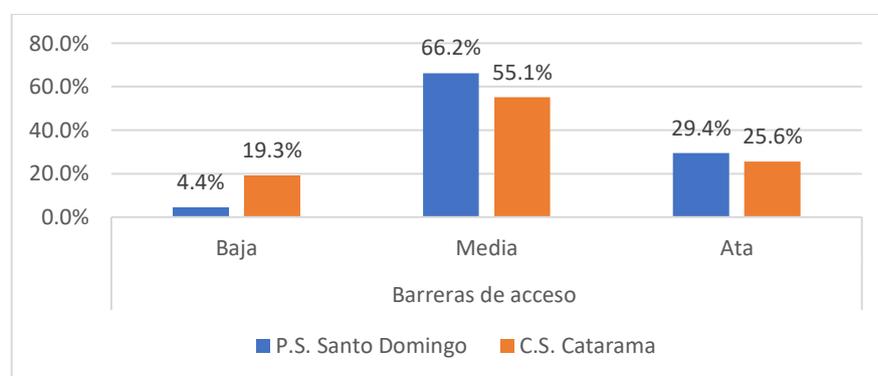
Diferencias de barreras de acceso a los servicios de salud entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama en la población de Urdaneta en el año 2021.

| Barreras de acceso | P.S Santo Domingo | | C.S Catarama | |
|--------------------|-------------------|-------|--------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Baja | 16 | 4.4% | 61 | 19.3% |
| Media | 239 | 66.2% | 174 | 55.1% |
| Alta | 106 | 29.4% | 81 | 25.6% |
| Total | 361 | 100% | 316 | 100% |

Nota. La tabla muestra porcentajes correspondientes a barreras de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

Figura 1

Barreras de acceso en el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama



Nota. La figura muestra porcentajes correspondientes a barreras de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

Observando la tabla 3 y figura 1, el nivel medio de barrera de acceso fue el más sobresaliente en los dos establecimientos. En el P.S Santo Domingo más del 66% de personas percibieron un nivel mediano de barreras, mientras que en el C.S Catarama esta cifra fue de 55.1%. Podemos observar al nivel alto de barreras de acceso un porcentaje importante de 29.4% para el caso del P.S Santo Domingo,

seguido de un 25.6% en el caso del establecimiento de salud de la zona Urbana. En tanto, solo un 4.4% de usuarios en el P.S Santo Domingo manifestó un nivel bajo de barreras de acceso, mientras que más de 19% presentaron un nivel bajo en el C.S Catarama.

Tabla 4

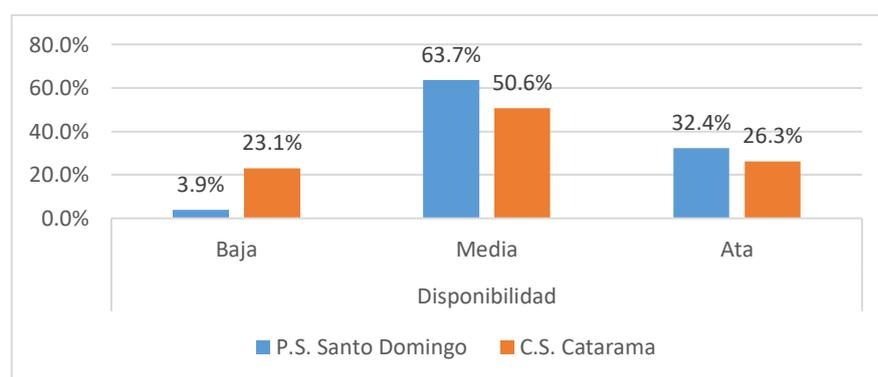
Diferencia de disponibilidad como barrera de acceso entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, 2021

| Disponibilidad | P. S Santo Domingo | | C.S Catarama | |
|----------------|--------------------|-------|--------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Baja | 14 | 3.9% | 73 | 23.1% |
| Media | 230 | 63.7% | 160 | 50.6% |
| Alta | 117 | 32.4% | 83 | 26.3% |
| Total | 361 | 100% | 316 | 100% |

Nota. La tabla muestra porcentajes correspondientes a la disponibilidad como barrera de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

Figura 2

Disponibilidad como barrera de acceso en el P.S Santo Domingo y C.S Catarama



Nota. La figura muestra porcentajes correspondientes a la disponibilidad como barrera de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

Como podemos observar en la tabla 4 y en la figura 2, la diferencia entre la disponibilidad baja brindada entre los establecimientos de salud fue muy diferente, mostrándose para la parte Rural muy escasa, con un 3,9%, en relación a la zona Urbana, que fue en un 23,1%. En cuanto al nivel medio de disponibilidad, el P. S Santo Domingo sobresale numéricamente con 230 personas encuestadas que significa un 63.7% en relación al C.S Catarama que con 160 personas representaron un 50,6%. Para el nivel alto, se mantiene la tendencia en el sector Rural versus la Urbana con 32,4% a 26,3 % respectivamente.

Tabla 5

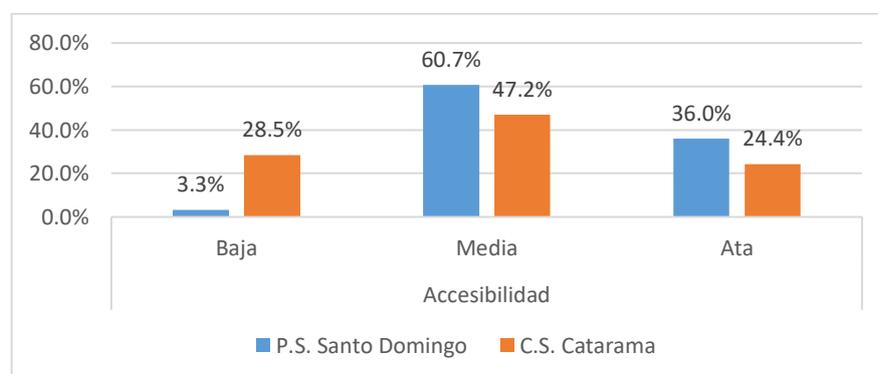
Diferencia de accesibilidad como barrera de acceso entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, 2021

| Accesibilidad | P.S Santo Domingo | | C.S Catarama | |
|---------------|-------------------|-------|--------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Baja | 12 | 3.3% | 90 | 28.5% |
| Media | 219 | 60.7% | 149 | 47.2% |
| Alta | 130 | 36% | 77 | 24.4% |
| Total | 361 | 100% | 316 | 100% |

Nota. La tabla muestra porcentajes correspondientes a la accesibilidad como barrera de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

Figura 3

Accesibilidad como barrera de acceso en los establecimientos de salud



Nota. La figura muestra porcentajes correspondientes a la accesibilidad como barrera de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

En la tabla 5 y en la figura 3, se contempla que el nivel más alto de accesibilidad fue más predominante en el Puesto de Salud Santo Domingo con el 60.7%, mientras que en el C.S Catarama fue de 47,2%. La diferencia de accesibilidad en su nivel bajo se reflejó en el P.S Santo Domingo con un 3,3%, mientras que el Centro de Salud Rural presento un 28,5% mostrando diferencias estadísticas significativas. La accesibilidad alta fue más marcada en el establecimiento de salud Rural en relación al Urbano con 36% y 24,4% respectivamente.

Tabla 6

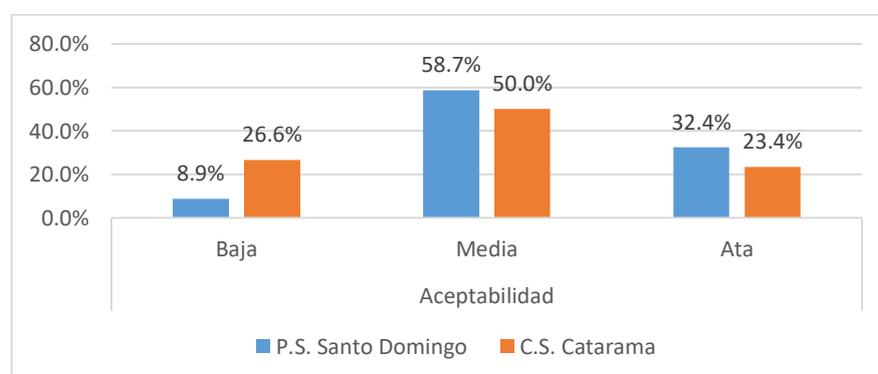
Diferencia de aceptabilidad como barrera de acceso entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, 2021

| Aceptabilidad | P.S Santo Domingo | | C.S Catarama | |
|---------------|-------------------|-------|--------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Baja | 32 | 8.9% | 84 | 26.6% |
| Media | 212 | 58.7% | 158 | 50% |
| Alta | 117 | 32.4% | 74 | 23.4% |
| Total | 361 | 100% | 316 | 100% |

Nota. La tabla muestra porcentajes correspondientes a la aceptabilidad como barrera de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

Figura 4

Aceptabilidad como barrera de acceso en los establecimientos de salud



Nota. La figura muestra porcentajes correspondientes a la aceptabilidad como barrera de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

En la tabla 6 y figura 4 podemos observar la diferencia de aceptabilidad de los establecimientos de salud, presentan una mediana aceptación siendo el P.S Santo Domingo el que goza de mayores valores con 212 personas que representan un 58,7%, mientras en el C.S Catarama cuenta con 158 personas en este nivel, lo que representa un 50%. Dentro de la aceptabilidad en su nivel bajo, el P.S Santo Domingo refleja promedios inferiores con 8,9% mientras que el C.S Catarama refleja un 26,6%. En cuanto al nivel alto para la dimensión aceptabilidad, fue de 32.4% para el P.S Santo Domingo y 23.4% para el C.S Catarama.

Tabla 7

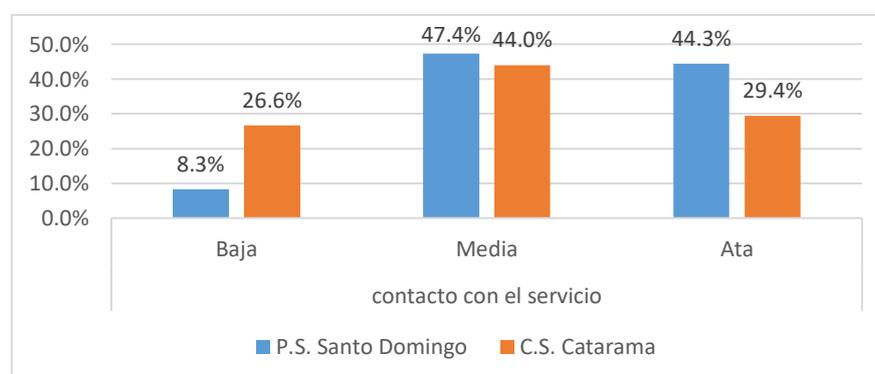
Diferencia de contacto con el servicio como barrera de acceso entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, 2021

| Contacto con el servicio | P.S Santo Domingo | | C.S Catarama | |
|--------------------------|-------------------|-------|--------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Baja | 30 | 8.3% | 84 | 26.6% |
| Media | 171 | 47.4% | 139 | 44% |
| Alta | 160 | 44.3% | 93 | 29.4% |
| Total | 361 | 100% | 316 | 100% |

Nota. La tabla muestra porcentajes correspondientes al contacto con el servicio como barrera de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

Figura 5

Contacto con el servicio como barrera de acceso



Nota. La figura muestra porcentajes correspondientes al contacto con el servicio como barrera de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

En la tabla 7 y en la figura 5, se observa que, el nivel alto del contacto con el servicio fue más predominante en el P.S Santo Domingo con el 47.4% y el 40% de personas percibieron un nivel mediano del contacto con el servicio en el Centro de Salud Catarama. En tanto, solo un 8.3% de personas en el P.S Santo Domingo manifestaron percibir un nivel bajo, y más de 26% presentaron un nivel bajo en el C.S Catarama. Para el nivel alto vemos una marcada diferencia, obteniéndose un 44.3% en el establecimiento de salud Rural y un 29.4% en el Urbano.

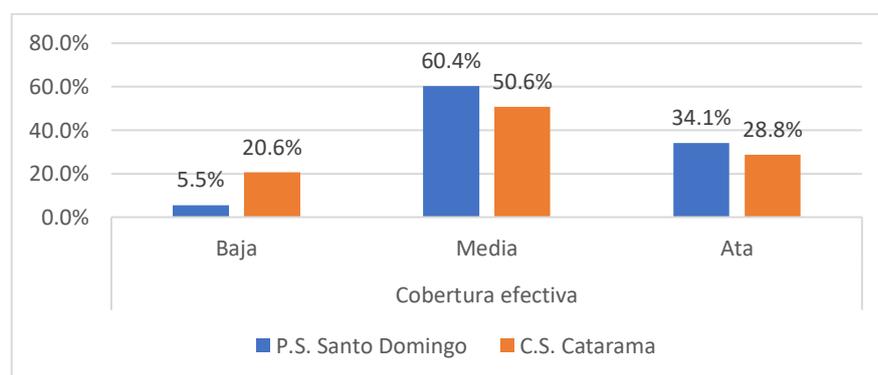
Tabla 8

Diferencia de la cobertura efectiva como barrera de acceso entre el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, 2021

| Cobertura efectiva | P.S Santo Domingo | | C.S Catarama | |
|--------------------|-------------------|-------|--------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Baja | 20 | 5.5% | 65 | 20.6% |
| Media | 218 | 60.4% | 160 | 50.6% |
| Alta | 123 | 34.1% | 91 | 28.8% |
| Total | 361 | 100% | 316 | 100% |

Nota. La tabla muestra porcentajes correspondientes a la cobertura efectiva como barrera de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

Cobertura efectiva como barrera de acceso en los establecimientos de salud



Nota. La figura muestra porcentajes correspondientes a la cobertura efectiva como barrera de acceso en diferentes niveles para los establecimientos de salud estudiados.

En la tabla 8 y en la figura 6, se observa que, el nivel alto de la cobertura efectiva fue más predominante en el P.S Santo Domingo con el 60.4% y más del 50% de personas percibieron un nivel mediano la cobertura efectiva en el Centro de Salud Catarama. En tanto, solo un 5.5% de personas en el P.S Santo Domingo manifestaron percibir un nivel bajo, y más de 20% presentaron un nivel bajo en el C.S Catarama. Un 34.1% de los encuestados reportaron un nivel alto para esta dimensión en el P.S Santo frente al 28.8% que lo reportó así en el C.S Catarama.

Contrastación de Hipótesis

Contrastación de Hipótesis General

Los valores que se usan en dicha prueba son las siguientes:

Regla de decisión

P-valor < 0.05: Se acepta la H_1 , se Rechaza la H_0

P-valor > 0.05: Se acepta H_0 , se Rechaza la H_1

H_1 : Existe diferencia significativa entre barreras de acceso a los servicios de salud entre zona rural y urbana en la población cantón Urdaneta en el año 2021

H_0 : No existe diferencia significativa entre barreras de acceso a los servicios de salud entre zona rural y urbana en la población cantón Urdaneta en el año 2021

Dado que la tabla 9, el valor de significancia es mucho menor que 0.01 (Sig 0,00000), se da por rechazada la hipótesis nula y aceptada la hipótesis alterna, por lo que podemos decir que existen diferencias significativas entre la variable barreras de acceso a los servicios de salud entre zona rural y urbana en la población cantón Urdaneta en el año 2021.

Tabla 9

Nivel de significancia de la variable barreras de acceso a los servicios de salud entre zona rural y urbana en Urdaneta en el año 2021

| | Grupo | N | Rango promedio | Suma rangos | Sig. |
|--------------------|---------------|-----|----------------|-------------|--------|
| BARRERAS DE ACCESO | P.S | 361 | 479,24 | 173004,50 | ,00000 |
| | Santo Domingo | | | | |
| | C.S Catarama | 316 | 178,79 | 56498,50 | |
| | Total | 677 | | | |

Nota. La tabla muestra el nivel de significancia para la variable general barreras de acceso entre los establecimientos de salud estudiados.

Contrastación de Hipótesis Específicas

Hipótesis específica 1

H1: Existen diferencias significativas del nivel de disponibilidad entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021.

H0: No existen diferencias significativas entre el nivel de disponibilidad entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021.

Dado que la tabla 10, el valor de significancia es mucho menor que 0.01 (Sig 0,00000), se da por rechazada la hipótesis nula y aceptada la hipótesis alterna, por lo que podemos decir que existen diferencias significativas entre el nivel de disponibilidad a los servicios de salud entre zona rural y urbana en la población cantón Urdaneta en el año 2021 que formaron parte del presente estudio.

Tabla 10

Nivel de significancia de dimensión disponibilidad entre zona rural y urbana en Urdaneta en el año 2021

| | Grupo | N | Rango promedio | Suma rangos | Sig |
|----------------|-------------------|-----|----------------|-------------|--------|
| DISPONIBILIDAD | P.S Santo Domingo | 361 | 447,55 | 161565,00 | ,00000 |
| | C.S Catarama | 316 | 214,99 | 67938,00 | |

Nota. La tabla muestra el nivel de significancia para la dimensión disponibilidad entre los establecimientos de salud estudiados. Fuente: SPSS.

Hipótesis específica 2

H2: Existen diferencias significativas del nivel de accesibilidad entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021

H0: No existen diferencias significativas del nivel de accesibilidad entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021.

Dado que la tabla 11, el valor de significancia es mucho menor que 0.01 (Sig 0,00000), se da por rechazada la hipótesis nula y aceptada la hipótesis alterna, por lo que podemos decir que existen diferencias significativas entre el nivel de accesibilidad a los servicios de salud entre zona rural y urbana en la población cantón Urdaneta en el año 2021 que formaron parte del presente estudio.

Tabla 11

Nivel de significancia de dimensión accesibilidad entre zona rural y urbana en Urdaneta en el año 2021

| | Grupo | N | Rango promedio | Suma de rangos | Sig. |
|---------------|-------------------|-----|----------------|----------------|--------|
| ACCESIBILIDAD | P.S Santo Domingo | 361 | 470,47 | 169840,00 | ,00000 |
| | C.S Catarama | 316 | 188,81 | 59663,00 | |

Nota. La tabla muestra el nivel de significancia para la dimensión accesibilidad entre los establecimientos de salud estudiados. Fuente: SPSS.

Hipótesis específica 3

H3: Existen diferencias significativas del nivel de aceptabilidad entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021

H0: No existen diferencias significativas del nivel de aceptabilidad entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021

Dado que la tabla 12, el valor de significancia es mucho menor que 0.01 (Sig 0,00000), se da por rechazada la hipótesis nula y aceptada la hipótesis alterna, por lo que podemos decir que existen diferencias significativas entre el nivel de aceptabilidad a los servicios de salud entre zona rural y urbana en la población cantón Urdaneta en el año 2021 que formaron parte del presente estudio.

Tabla 12

Nivel de significancia de dimensión aceptabilidad entre zona rural y urbana en Urdaneta en el año 2021

| | Grupo | N | Rango promedio | Suma de rangos | Sig. |
|---------------|-------------------|-----|----------------|----------------|--------|
| ACEPTABILIDAD | P.S Santo Domingo | 361 | 458,14 | 165389,00 | ,00000 |
| | C.S Catarama | 316 | 202,89 | 64114,00 | |

Nota. La tabla muestra el nivel de significancia para la dimensión aceptabilidad entre los establecimientos de salud estudiados. Fuente: SPSS.

Hipótesis específica 4

H4: Existen diferencias significativas del nivel del contacto con el servicio entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021

H0: No existen diferencias significativas del nivel del contacto con el servicio entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021.

Dado que la tabla 13, el valor de significancia es mucho menor que 0.01 (Sig 0,00000), se da por rechazada la hipótesis nula y aceptada la hipótesis alterna, por lo que podemos decir que existen diferencias significativas entre el nivel del contacto con el servicio a los servicios de salud entre zona rural y urbana en la población cantón Urdaneta en el año 2021 que formaron parte del presente estudio.

Tabla 13

Nivel de significancia de dimensión contacto con el servicio entre zona rural y urbana en Urdaneta en el año 2021

| | Grupo | N | Rango promedio | Suma de rangos | Sig. |
|--------------------------|-------------------|-----|----------------|----------------|--------|
| CONTACTO CON EL SERVICIO | P.S Santo Domingo | 361 | 442,45 | 159725,50 | ,00000 |
| | C.S Catarama | 316 | 220,81 | 69777,50 | |

Nota. La tabla muestra el nivel de significancia para la dimensión contacto con el servicio entre los establecimientos de salud estudiados. Fuente: SPSS.

Hipótesis específica 5

H1: Existen diferencias significativas del nivel de cobertura efectiva entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021.

H0: No existen diferencias significativas del nivel de cobertura efectiva entre los establecimientos de salud en la zona rural y urbana del cantón Urdaneta en el año 2021.

Dado que la tabla 14, el valor de significancia es mucho menor que 0.01 (Sig 0,00000), se da por rechazada la hipótesis nula y aceptada la hipótesis alterna, por lo que podemos decir que existen diferencias significativas entre el nivel de cobertura efectiva a los servicios de salud entre zona rural y urbana en la población cantón Urdaneta en el año 2021 que formaron parte del presente estudio.

Tabla 14

Nivel de significancia de dimensión cobertura efectiva entre zona rural y urbana en Urdaneta en el año 2021

| | Grupo | N | Rango promedio | Suma de rangos | Sig. |
|--------------------|-------------------|-----|----------------|----------------|--------|
| COBERTUTA_EFECTIVA | P.S Santo Domingo | 361 | 444,96 | 160630,00 | ,00000 |
| | C.S Catarama | 316 | 217,95 | 68873,00 | |

Nota. La tabla muestra el nivel de significancia para la dimensión cobertura efectiva entre los establecimientos de salud estudiados. Fuente: SPSS.

V. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo de investigación fue determinar si existen diferencias significativas entre las barreras de acceso a los servicios de salud en establecimientos de salud del cantón Urdaneta, mediante un análisis comparativo, pudimos identificar la diferencia en las barreras percibidas. La variable de estudio se analizó de manera comparativa, se utilizaron escalas ordinales. Los aspectos incluidos en esta investigación responden a las preferencias percibidas por el usuario. Esto se vuelve conveniente, porque un diagnóstico adecuado ayuda a identificar claramente el problema y asignar correctamente los recursos para su solución. Los resultados arrojados muestran diferencias significativas entre las barreras de acceso entre los usuarios del P.S Santo Domingo ubicado en zona rural, y el C.S Catarama en zona urbana.

Desglosando los resultados obtenidos podemos empezar por comentar que tanto en el P.S Santo Domingo como el C.S Catarama se distribuyen los porcentajes casi equitativamente con respecto al nivel medio de la variable general barreras de acceso. Por otro lado, se observa una diferencia sustancial en cuanto a la percepción del nivel bajo de barreras de acceso a servicios sanitarios, representado por el 19.3% en el C.S Catarama y 4.4% en el P.S Santo Domingo. Se encontró que existe concordancia con los resultados presentados por Toledo (2018) ya que, del mismo modo, reportó una diferencia significativa entre los dos establecimientos estudiados, en su investigación encontró que los caminos, el número de recursos humanos en los asentamientos y las clases socioeconómicas de los grupos poblacionales estudiados fueron algunos de los factores que contribuyeron a la determinación de la existencia de barreras de acceso entre ambos establecimientos de salud. De la misma manera Moscoso et al (2019) concluyeron en su estudio de barreras de acceso a centros de salud, que los habitantes de las áreas rurales se sienten marginados en comparación a los de áreas urbanas en la dimensión de accesibilidad y disponibilidad en establecimientos de salud.

Teóricamente el estudio se sustenta bajo las ideas de Tanahashi, quien dice que los usuarios enfrentan una variedad de barreras de acceso cuando buscan atención médica, lo cual podemos afirmar mediante los resultados obtenidos en nuestro estudio, donde no se encontró solo una barrera, sino varias en dichos establecimientos de salud. Entre las dimensiones que fueron analizadas, la que se corona como principal barrera de acceso es la accesibilidad entre los usuarios del P.S Santo Domingo que manifestaron tener un nivel alto y medio de barreras en comparación con C.S Catarama donde la barrera que predomina es la cobertura efectiva.

En relación al primer objetivo específico que fue identificar la disponibilidad de los servicios de salud de los establecimientos de salud, los resultados demuestran que existen diferencias significativas ($p= 0,00000$) siendo el centro de salud de Catarama el de mejor disponibilidad caracterizada por mayor disposición de recursos humanos, mejor equipamiento, mejor información hacia el paciente y una infraestructura adecuada para la atención en comparación al puesto de salud Santo Domingo, en el cual se evidencian deficiencias por factores como la falta de medicación para pacientes con enfermedades crónicas, biológicos como vacunas, insumos para atención odontológica y especialistas incrementan la disponibilidad como barrera en estos establecimientos. Podemos decir entonces que la mayor parte de los usuarios encuestados no se encuentran satisfechos con el servicio proporcionado por los centros de salud estudiados dado que tan sólo el 3.9% de Santo Domingo y 23.1% de Catarama manifestaron percepción baja con respecto a esta barrera de acceso. En concordancia con Hoyos y Muñoz (2019) que mostraron que las principales quejas pertenecen a la dimensión disponibilidad como la inexperiencia, no disponibilidad de especialista y falta de equipos de diagnóstico. Siguiendo esta misma línea, Muñoz (2017) encontró que la disponibilidad fue una de las barreras más influyentes, representada por los recursos físicos y el nivel de recursos humanos.

Con respecto al segundo objetivo específico acerca de describir la aceptabilidad que reciben los servicios sanitarios por parte de la población, los resultados demuestran que la aceptabilidad es considerada barrera de acceso ($p=0.00000$), esto parece concordar con Zegeye et al, cuyos resultados demuestran que la aceptabilidad forma parte de las barreras de acceso debido a que las mujeres que participaron en el estudio tuvieron factores socioculturales que impiden su acceso a servicios de salud como estado civil, paridad y educación en pareja, así como factores comunitarios entre los cuales tenemos la región y el nivel de alfabetización que fueron determinados como factores de riesgo importantes. Al igual que Blucakz (2021), quien identificó que las discrepancias culturales, así como la discriminación representan barreras importantes, además menciona que ha surgido un desbalance entre la atención que espera recibir versus la que realmente recibe haciendo referencia a la satisfacción que se encuentra comprendida en la aceptabilidad. En lo que respecta a la prestación de servicios de salud, debemos tener en cuenta entonces, que los profesionales de la salud son las entidades primarias involucradas en facilitar y promover el acceso rápido, ético y empático a los servicios de salud, sin embargo, tengamos en consideración que la capacidad de actuar de acuerdo con la lógica que prioriza la atención centrada en el paciente, contemplando la singularidad e independencia de cada proceso puede ser una tarea abrumadora para los clínicos del servicio de salud donde la demanda supera sus recursos y estructura.

En cuanto al tercer objetivo específico que busca establecer la accesibilidad a los establecimientos de salud, también encontramos diferencias significativas ($p=0,00000$), debido los problemas de accesibilidad geográfica que presenta como la distancia del centro de salud con respecto a todas las comunidades que abarca lo cual que se acentúa con la calidad de la vía, en este caso de segundo orden que quiere decir que es de lastre y tierra. Además de no existir disponibilidad de transporte público o privado que facilite el acceso al establecimiento de salud. Estos resultados concuerdan con los hallazgos obtenidos por Bran (2019) quien identificó a la accesibilidad financiera como barrera puesto que muchos de los pacientes se ven en la necesidad de gastar más de lo esperado en el tratamiento, así como la accesibilidad organizacional reflejado en las demoras que se producen

en la entrega de medicación. Corroborado con los resultados obtenidos por Toledo (2018), quien en su estudio un 55.1% de la población manifestó percibir nivel moderado y alto con respecto a la accesibilidad. Al contrario de lo que manifiesta Muñoz (2017) quien hace mención que el 48.8% de los usuarios no tiene problemas respecto a la barrera de accesibilidad justificado en este caso por un 89% de usuarios que refirió vivir cerca del establecimiento, además de contar con el tiempo necesario para acudir a este, resultados totalmente ajenos si los contrastamos con Almutlaqah et al (2018) quienes determinaron la accesibilidad como una barrera de acceso, constituyendo al precio y la escasez de tiempo factores para no acceder a servicios de salud.

El objetivo número cuatro trata de determinar el contacto con el servicio entre la población y los establecimientos estudiados, en el cual se demostró que hay una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,00000$). En este estudio los resultados arrojados muestran un 91.1% de personas que ven el contacto con el servicio como una barrera moderada y alta en Santo Domingo frente a un 73.4% para el caso de Catarama, lo que es un indicador claro de que no hay una buena percepción del contacto con el servicio por parte de los usuarios. Cosar (2020) encontró resultados similares con respecto a esta dimensión representado por el 56.2% de usuarios que la ven como barrera moderada y 24% alta, según este estudio el rango etario más afectado serían los jóvenes. Algo parecido sucedió en el estudio presentado por Ayala (2016), en el cual se determinó que personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos minoritarios suelen buscar soluciones para sus afecciones basadas en medicina alternativa, por desconfianza de la medicina tradicional y por consiguiente no acuden al establecimiento de salud, refiriéndonos al indicador de continuidad en la atención dentro de la dimensión de contacto con el servicio. Por el contrario, Gamarra (2018) identificó el contacto con el servicio como una barrera de nivel bajo en un 49.6% de los casos, además el 21% dijo no sentirse satisfechos con respecto a la atención que recibió y un 47% manifiesta que no se les realizó el debido seguimiento a las pacientes.

Para finalizar con el quinto objetivo específico de cobertura efectiva de nuestra variable barreras de acceso, se situó como la principal en el centro de salud de Catarama con niveles percibidos como medios y altos que suman un total de 79.4%. Recordemos que esta barrera se define por la cobertura de los procedimientos en salud, el uso de la atención, y el acceso a servicios, es decir, los beneficios en materia de salud que el sistema puede brindar a través de diferentes intervenciones, en Santo Domingo la población dice no recibir la misma atención odontológica que se recibe en los demás establecimientos de salud de la región, tanto por falta del profesional como por falta de los instrumentos e insumos. Por su parte en Catarama existe la tendencia por parte de los profesionales de salud a no realizar un buen cribado enfocado en patologías comunes dirigido a toda la población limitado por la amplia extensión asignada al establecimiento y, por consiguiente, no se permite el acceso o cobertura a procedimientos de salud por parte de aquellos que realmente lo necesitan, resultados que coinciden con Martínez et al (2011) observando en su estudio resultados porcentajes de cobertura baja con respecto a enfermedades crónicas en adultos oscilando entre 24 y 68%, aunque no ocurre lo mismo con respecto a la salud infantil en donde los valores suben a 80% como media.

Por todo lo mencionado anteriormente, podemos decir que aún existen brechas muy amplias con respecto al acceso a la salud, propiciado por deficientes políticas públicas que afectan principalmente a la población más vulnerable que en este caso, está representada por la población que habitan en la zona rural, los servicios de salud son insuficientes e inadecuados para atender a las necesidades de la población estudiada. Las barreras de acceso a la atención médica aumentan la carga de la enfermedad en los pacientes y cuidadores, provocan sentimientos negativos sobre la enfermedad, afectan las oportunidades de diagnóstico y tratamiento, así como de supervivencia además determinan la respuesta de las familias y los cuidadores a la enfermedad.

Este estudio enfatiza la necesidad de diseñar e implementar políticas de salud multisectoriales y participativas que reduzcan o eliminen las barreras de responsabilidad de los diferentes sectores de salud. Finalizamos esta discusión afirmando que el proceso de identificar barreras para el acceso a la atención contribuye a un monitoreo más efectivo de la equidad en salud y es un paso esencial hacia la mejora del acceso universal y reducir las desigualdades sociales y de género.

VI. CONCLUSIONES

Se determinó que existen diferencias significativas ($p=0,00000$) con respecto a las barreras de acceso según la perspectiva de los usuarios, si bien es cierto en la mayor parte de la población reportó nivel medio para nuestra variable barreras de acceso en el P.S Santo Domingo y el C.S Catarama, observamos diferencias significativas en cuanto a la percepción baja de barreras de acceso marcada por tan solo un 4.4% de la población en el P.S Santo Domingo, frente al 19.3% del C.S Catarama, siendo la accesibilidad la principal barrera de acceso el P.S Santo Domingo, en tanto que en el Centro de Salud de Catarama la cobertura efectiva.

Podemos afirmar en relación al primero de nuestros objetivos específicos que existen diferencias significativas en cuanto a la dimensión aceptabilidad de barreras de acceso ($p=0,00000$), basados en qué la distribución de percepción del nivel bajo difiere entre ambos establecimientos de salud, con un 3.9% en el P.S Santo Domingo y 23.1% en C.S Catarama, así como un 32.4% de la población encuestada que afirma un nivel alto en el P.S Santo Domingo frente a un 26.3% en el C.S Catarama.

Respecto al segundo objetivo específico, podemos concluir que existen diferencias significativas en cuanto a la dimensión accesibilidad de barreras de acceso ($p=0,00000$), teniendo en cuenta que la distribución de percepción del nivel bajo difiere entre ambos establecimientos de salud, con un 3.3% en el P.S Santo Domingo y 28.5% en C.S Catarama.

El tercer objetivo específico dirigido a describir la diferencia de la aceptabilidad que reciben los servicios sanitarios por parte de la población entre los establecimientos de salud concluyó determinándose que efectivamente existen diferencias significativas entre ambos ($p=0,00000$). En el P.S Santo Domingo solamente un 8.9% de la población determinó a esta barrera dentro de un nivel bajo, mientras que el C.S Catarama el 26.6% la clasificó así. Del mismo modo el 32.4% de los usuarios del establecimiento de salud rural determinó esta barrera como alta.

Se concluyó que existen diferencias significativas en cuanto a la dimensión de contacto con el servicio entre ambos establecimientos de salud ($p=0,00000$), para dar respuesta a nuestro cuarto objetivo específico, ya que la población encuestada en el P.S Santo Domingo afirmó un 44.3% de nivel de barrera alto para esta dimensión, frente a un 29.4% en Catarama. El 8.3% de la población en Santo Domingo de los Amarillos dijo percibía esta barrera de acceso como baja.

Para finalizar con el quinto de los objetivos específicos, concluimos que, si existen diferencias significativas en cuanto a la cobertura efectiva ($p=0,00000$), siendo esta la más segunda más predominante en su nivel alto con un 28.8% en C.S Catarama versus un 34.1% en P.S Santo Domingo que la convierte en la tercera dimensión predominante en el nivel alto para este establecimiento de salud.

VII. RECOMENDACIONES

Se hace la recomendación al distrito de salud al cual pertenecen los establecimientos de salud estudiados, realizar mejoras en las condiciones de las instalaciones sanitarias, determinar los equipos y materiales que son necesarios en la práctica diaria, del mismo modo mejorar el abastecimiento de medicación e insumos en los establecimientos de salud.

Se recomienda a las autoridades de dicho distrito de salud mejorar el componente de calidad en las atenciones, mediante capacitaciones que se realicen de forma segura, confiable y constante tanto de conocimientos en el campo de la salud de enfermedades más prevalentes de la zona y su manejo de forma estandarizada bajo evidencia actualizada, así como el seguimiento correcto de los pacientes para mejorar el contacto con el servicio que fue la principal barrera de acceso detectada en ambos establecimientos de salud.

A las autoridades que pertenecen tanto al distrito de salud como al Gobierno Autónomo del cantón Urdaneta, realizar los trámites y solicitudes correspondientes para mejorar las vías de acceso de forma permanente, en especial al P.S Santo Domingo, así como la solicitud de aumentar el tránsito del transporte público tan necesario por esta población no sólo para acceder a servicios de salud, sino para su vida diaria en general.

Dirigiéndonos a los profesionales de salud que trabajan en las instituciones de investigación se recomienda mejorar e implementar estrategias que fomenten una cultura de cuidado en la población, para identificar con ayuda de líderes comunitarios a personas que requieran de atención y que reciban la misma mediante acuerdos y compromisos, acercándonos al objetivo de un acceso equitativo en salud.

Se recomienda realizar encuestas cortas y concisas, así como conversatorios entre usuarios de los establecimientos y autoridades del distrito en los cuales se determine las verdaderas necesidades de la población, así como asegurar la oferta de servicios requeridos para la extensa demanda.

REFERENCIAS

- Acevedo, Y. (2013). Caracterización de los servicios, talento humano y físicos de los gimnasios de uso restringido ubicados en zona urbana de Pereira. <https://core.ac.uk/download/pdf/71397317.pdf>
- Aday, L. y Andersen, R. (1974). "A Theoretical Framework for the study of Access to Medical Care". *Health Services Research*.. Vol 9 (3), pp. 208-220.
- Adaury, H. Angulo, P. Sepúlveda, J. Aguilera, S. Delgado, I. Vega, J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v33n3/a09v33n3.pdf
- Almutlaqah, M., Baseer M., Ingle N., Assery M., Al Khadhari M. (2018). Factors Affecting Access to Oral Health Care among Adults in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 8(5). pp 431–438. DOI: 10.4103/jispcd.JISPCD_205_18
- Arakawa, T et al. (2011). Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400019>.
- Barajas Bustillos, Héctor Alonso, & Gutiérrez Flores, Luis. (2012). La importancia de la infraestructura física en el crecimiento económico de los municipios de la frontera norte. *Estudios fronterizos*, 13(25), 57-88. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612012000100003&lng=es&tlng=es.
- Bedoya, C. García, R. Pérez, C. Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia: revisión sistemática de la literatura. Medellín. Universidad CES. 2016.
- Chang Campos, Caroline J. (2017). Evolución del sistema de salud de Ecuador: Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 452-460.

<https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14270>

Chang, M. (1999). Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev Cubana Med Gen Integr.*

Chiavenato, I. (2009). *Administración de Recursos Humanos; El capital humano de las organizaciones.* Los Angeles. Ed Elsevier. 9 Edición.
<http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/1145/1/Chiavenato-Recursos%20humanos%20na%20ed.pdf>

Constitución de la República de Ecuador. Registro Oficial N°449. Quito: Ecuador; 2008.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0124-7107201700010012600001&lng=en

Corbella A, Saturno P. (1990). *La garantía de la calidad en atención primaria de salud* Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General.

Cosar, J. (2018). Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológico Público, Lima.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/14515/Cosar_MJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

De La Guardia Gutiérrez, Mario Alberto, & Ruvalcaba Ledezma, Jesús Carlos. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1), 81-90. Epub 29 de junio de 2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

Díaz, A. Rodríguez, A. García, R. Balcindes, S. Jova, R. Pol De, Vos, & Van der Stuyfs, Patrick. (2013). Utilización de los servicios médicos en un área de salud. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 51(1), 27-39.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000100004&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000100004&lng=es&tlng=es)

Donabedian A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care.* Cambridge. Mass. Harvard University Press.

Dorantes, J. Knaul, F. López, E. Gómez, H. Castro, M. Cárcamo, C. Quiterio, G. & Pulido, P. (2011). Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s78-s84.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800004&lng=es&tlng=es

Espinosa, V., Acuña, C., de la Torre, D., & Tambini, G. (2017). La reforma en salud del Ecuador. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 41, e96. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.96>
Organización Panamericana de la Salud. Inequidades y barreras de los servicios de salud [Internet]. https://www.paho.org/saludenlasamericas2017/?post_type=post_t_es&p=312&lang=es

Fajardo-Dolci, Germán, Gutiérrez, Juan Pablo, & García-Saisó, Sebastián. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es&tlng=es

Frenk, Julio. (1985). "El concepto y medición de la accesibilidad". *Salud Pública de México*.

González, A. Genes, A. Mendoza, J. Mera, R. Gaitán, N. Candelaria, Z. Determinantes culturales de la salud.
<https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1217>

Hernández, A. Vargas, M. Sánchez, i. Henao, I. Coderch, D. Llopart, J. Ferran, j. Colomé, M. Figuera, L & Vázquez, M. (2010). La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 84(4), 371-387.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000400003&lng=es&tlng=es.

Instituto Nacional de Salud, Secretaría General. (1992). Introducción al concepto y dimensiones de la calidad asistencial: cómo empezar. Madrid.

Jirón, P. & Mansilla, P. (2013). Hacia una re-conceptualización teórico-metodológica de la accesibilidad para comprender la exclusión social urbana en Santiago de Chile. Universidad de Chile.

<https://revistaderechoeconomico.uchile.cl/index.php/CIT/article/view/28411>

López, A. (2001). Manejo de los recursos humanos: Una guía práctica para organizaciones no gubernamentales. Virginia, USA. The Nature Conservancy. <https://www.cbd.int/doc/pa/tools/Manejo%20de%20los%20recursos%20humanos.pdf>

Mancilla, P. Barreras asociadas al acceso de los servicios de Salud en los Puesto de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa 2016. http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/24722/Mancilla_PTDC.pdf

Martínez, S. Carrasquilla, G. Guerrero, R. Gómez, H. Castro, V. Arreola, H. Bedregal, P. Vidal, C. Martínez, S. Guerrero, R. Carrasquilla, G. Solano, G. Roselló, M. Evans, R. Peraza, J. Kestler, E. Lozano, R. Méndez, O. Dorantes, J. Knaul, F. López, E. Gómez, H. Castro, M. Cárcamo, C. Quiterio, G. & Pulido, P. (2011). Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s78-s84. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800004&lng=es&tlng=es.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Mogollón, A. (Ed.). (2009). *Reflexiones en salud pública*. Editorial Universidad del Rosario.

<https://books.google.com.ec/books?id=1HPb63OV1OUC&pg=PA137&dq=accesibilidad+a+servicios+de+salud+definicion&hl=es->

419&sa=X&ved=2ahUKEwiTkp2oyb7zAhVUTjABHVVHnAA0Q6AF6BAgEEAI#v=onepage&q&f=false

Molina, M. Quesada, L. Ulate, D. & Vargas, S. (2004). La calidad en la atención médica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 21(1), 109-117. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100007&lng=en&tlng=es

Moseley, M. (1979). *Accessibility: the rural challenge*. Londres: Methuen and Co. Ltd. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297021/457749297021.pdf>

Muñoz, O. (2019). El concepto de información pública en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, y en la Ley del Parlamento de Cataluña 19/2014, de 29 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno. *Revista española de la transparencia*, (9), 69-96

Muñoz, R. (2017). *Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II*, Lima. http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/16189/Mu%C3%B1oz_CRN.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Cobertura sanitaria universal*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. (2017). *Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310924>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. (2015). *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/UHC-PAHO-WB-2015.pdf>

Orús, A. (2021). *COVID-19: Número de muertes a nivel mundial por continente en 2021*.

<https://es.statista.com/estadisticas/1107719/covid19-numero-de-muertes-a-nivel-mundial-por-region/>

Paganini, J. (1998). La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panam Salud Publica* 4 (5).

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1998.v4n5/305-310/es>

Peranovich, A. (2017). Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina.

<https://doi.org/10.18294/sc.2017.991>

Rivera-Lozada, Oriana, Rivera-Lozada, Isabel Cristina, & Bonilla-Asalde, César Antonio. (2020). Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(4), e1990.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400006

Salkever, D. (1976). Accessibility And the demand for preventive care. *Soc Sci & Med* 1976: 10: 469-475.

<https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>

Sánchez, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. vol. 55, núm. 1, pp. 82-89, 2017
http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1135/1754

Saraki, F. (2011). Accesibilidad física. Recuperado de: [www. Saraki. org](http://www.Saraki.org)

Tanahashi, T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*, Geneva, Switzerland. (1978). 56(2):295–303.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>

Toledo, C. (2018). Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura.

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/29428/Toledo_FCA.pdf

Wallace, S. & Enriquez, V. (2001). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v10n1/5847.pdf

Yanarico, A. (2013). Factores socioculturales de las madres y el grado de desarrollo psicomotor del niño de 1 a 6 meses del hospital de emergencias grau nivel III ESSALUD.

http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/355/Yanarico_ac.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO PARA ESTUDIO COMPARATIVO DE BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENTRE ZONA RURAL Y URBANA EN URDANETA, 2021

Objetivo: el presente cuestionario tiene como objetivo establecer las diferencias existentes de barreras de acceso a los servicios de salud entre zona rural y urbana en Urdaneta, 2021

Instrucciones: Marque con una "X" la opción de acuerdo a su criterio, solo una respuesta por pregunta.

Edad:

Sexo:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-------|----------|---------|----------|---------|
| | Nunca | Rara Vez | A veces | A menudo | Siempre |
| DISPONIBILIDAD | | | | | |
| ¿El establecimiento de salud está dotado con la cantidad de personal de salud necesario? | | | | | |
| ¿Cumple el establecimiento de salud con sus expectativas en equipamientos médicos? | | | | | |
| ¿Considera usted que el aspecto del establecimiento de salud está en un óptimo estado? | | | | | |
| ¿A la hora de retirar la receta en la farmacia del establecimiento de salud, es frecuente que no haya la medicación que usted necesita? | | | | | |
| ¿Conoce usted todos los servicios que oferta el establecimiento de salud? | | | | | |
| ¿Piensa que el personal de salud que labora en el centro de salud está lo suficientemente capacitado para dar atención? | | | | | |
| ACCESIBILIDAD | | | | | |
| ¿Existe disponibilidad de transporte público que funcione con frecuencia? | | | | | |
| ¿Existen facilidades para acercarse al establecimiento de salud? | | | | | |
| ¿El establecimiento de salud se encuentra lejos de su casa? | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| ¿Le parece adecuado el horario de atención? | | | | | |
| ¿Cree usted que el personal de salud respeta el horario de atención? | | | | | |
| ¿Es fácil obtener una cita médica? | | | | | |
| ¿Cuándo va al centro de salud, gasta más de lo esperado? | | | | | |
| ACEPTABILIDAD | | | | | |
| ¿Se siente satisfecho con la atención brindada en el centro de salud? | | | | | |
| ¿Siente que el personal de salud se preocupa de verdad por las enfermedades de la comunidad? | | | | | |
| ¿Se siente confiado con el tratamiento que recibe en el establecimiento de salud? | | | | | |
| ¿Siente que el personal de salud es grosero? | | | | | |
| ¿Siente que el personal de salud respeta sus creencias y cultura? | | | | | |
| CONTACTO CON EL SERVICIO | | | | | |
| ¿En el establecimiento de salud se recibe atención de buena calidad? | | | | | |
| ¿Si las atenciones dejaran de ser gratis, pagaría usted por una atención de este establecimiento de salud? | | | | | |
| ¿Considera usted que el tiempo de espera para atención es muy prolongado debido a la cantidad de pacientes agendados? | | | | | |
| ¿Piensa usted que el establecimiento de salud ofrece medicamentos de buena calidad? | | | | | |
| COBERTURA EFECTIVA | | | | | |
| ¿Es fácil conseguir referencias para el hospital? | | | | | |
| ¿Sus problemas de salud han mejorado gracias a la atención del establecimiento de salud? | | | | | |
| ¿El establecimiento de salud oferta servicios asociados a otras instituciones? | | | | | |

Validación de expertos



FICHA DE EXPERTO

ESTUDIO COMPARATIVO DE BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENTRE ZONA RURAL Y URBANA EN URDANETA, 2021

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO PARA ESTUDIO COMPARATIVO DE BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENTRE ZONA RURAL Y URBANA EN URDANETA, 2021

| Indicadores | Criterios | Deficiente 0 - 20 | | | | Regular 21 - 40 | | | | Buena 41 - 60 | | | | Muy Buena 61 - 80 | | | | Excelente 81 - 100 | | | | OBSERVACIONES |
|------------------------|--|----------------------|---|----|----|--------------------|----|----|----|------------------|----|----|----|----------------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|---------------|
| | | 0 | 6 | 11 | 16 | 21 | 26 | 31 | 36 | 41 | 46 | 51 | 56 | 61 | 66 | 71 | 76 | 81 | 86 | 91 | 96 | |
| ASPECTOS DE VALIDACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Claridad | Esta formulado con un lenguaje apropiado | | | | | | | | | | | | | | | | | | 82 | | | |
| 2. Objetividad | Esta expresado en conductas observables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 84 | | |
| 3. Actualidad | Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 81 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|
| 4. Organización | Existe una organización lógica entre sus ítems | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 79 | | |
| 5. Suficiencia | Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 82 | | |
| 6. Intencionalidad | Adecuado para valorar las dimensiones del tema de la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 80 | | |
| 7. Consistencia | Basado en aspectos teóricos-científicos de la investigación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 85 | | |
| 8. Coherencia | Tiene relación entre las variables e indicadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 85 | | |
| 9. Metodología | La estrategia responde a la | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 81 | | |



FICHA DE EXPERTO

ESTUDIO COMPARATIVO DE BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENTRE ZONA RURAL Y URBANA EN URDANETA, 2021

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO PARA ESTUDIO COMPARATIVO DE BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENTRE ZONA RURAL Y URBANA EN URDANETA, 2021

| Indicadores | Criterios | Deficiente 0 - 20 | | | | Regular 21 - 40 | | | | Buena 41 - 60 | | | | Muy Buena 61 - 80 | | | | Excelente 81 - 100 | | | | OBSERVACIONES |
|------------------------|--|----------------------|---------|----------|----------|--------------------|----------|----------|----------|------------------|----------|----------|----------|----------------------|----------|----------|----------|-----------------------|----------|----------|-----------|---------------|
| | | 0 5 | 6 10 | 11 15 | 16 20 | 21 25 | 26 30 | 31 35 | 36 40 | 41 45 | 46 50 | 51 55 | 56 60 | 61 65 | 66 70 | 71 75 | 76 80 | 81 85 | 86 90 | 91 95 | 96 100 | |
| ASPECTOS DE VALIDACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Claridad | Esta formulado con un lenguaje apropiado | | | | | | | | | | | | | | | | 76 | | | | | |
| 2. Objetividad | Esta expresado en conductas observables | | | | | | | | | | | | | | | | | | 90 | | | |
| 3. Actualidad | Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | 85 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|
| 4. Organización | Existe una organización lógica entre sus ítems | | | | | | | | | | | | | | | | | 81 | | | |
| 5. Suficiencia | Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad. | | | | | | | | | | | | | | | | | 80 | | | |
| 6. Intencionalidad | Adecuado para valorar las dimensiones del tema de la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | 81 | | | |
| 7. Consistencia | Basado en aspectos teóricos-científicos de la investigación. | | | | | | | | | | | | | | | | | 83 | | | |
| 8. Coherencia | Tiene relación entre las variables e indicadores | | | | | | | | | | | | | | | | | 84 | | | |
| 9. Metodología | La estrategia responde a la | | | | | | | | | | | | | | | | | 80 | | | |



FICHA DE EXPERTO

ESTUDIO COMPARATIVO DE BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENTRE ZONA RURAL Y URBANA EN URDANETA, 2021

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO PAaRA ESTUDIO COMPARATIVO DE BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ENTRE ZONA RURAL Y URBANA EN URDANETA, 2021

| Indicadores | Criterios | Deficiente 0 - 20 | | | | Regular 21 - 40 | | | | Buena 41 - 60 | | | | Muy Buena 61 - 80 | | | | Excelente 81 - 100 | | | | OBSERVACIONES |
|------------------------|--|----------------------|---|----|----|--------------------|----|----|----|------------------|----|----|----|----------------------|----|----|----|-----------------------|----|----|----|---------------|
| | | 0 | 6 | 11 | 16 | 21 | 26 | 31 | 36 | 41 | 46 | 51 | 56 | 61 | 66 | 71 | 76 | 81 | 86 | 91 | 96 | |
| ASPECTOS DE VALIDACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Claridad | Esta formulado con un lenguaje apropiado | | | | | | | | | | | | | | | | | | 83 | | | |
| 2. Objetividad | Esta expresado en conductas observables | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 86 | | |
| 3. Actualidad | Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 86 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|
| 4. Organización | Existe una organización lógica entre sus ítems | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 81 | |
| 5. Suficiencia | Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 81 | |
| 6. Intencionalidad | Adecuado para valorar las dimensiones del tema de la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 83 | |
| 7. Consistencia | Basado en aspectos teóricos-científicos de la investigación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 80 | |
| 8. Coherencia | Tiene relación entre las variables e indicadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 86 | |
| 9. Metodología | La estrategia responde a la elaboración de la investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 82 | |

INSTRUCCIONES: Este instrumento, sirve para que el EXPERTO EVALUADOR evalúe la pertinencia, eficacia del Instrumento que se está validando. Deberá colocar la puntuación que considere pertinente a los diferentes enunciados.

Piura, diciembre del 2021.

Evaluación numérica : 83
 Evaluación cualitativa : EXCELENTE

Mgr.: DR. ALVARO LOS ANGELES
 DNI: 120321939-3
 Teléfono: 0989955428
 E-mail: ml008@unv.edu.pe

Procesos de confiabilidad

Coeficiente de confiabilidad

| Dimensión | N° ítems | N | M | S ² | α |
|--------------------------|----------|----|-------|----------------|------|
| Disponibilidad | 6 | 68 | 3,196 | ,127 | ,950 |
| Accesibilidad | 7 | 68 | 3,592 | ,059 | ,782 |
| Aceptabilidad | 5 | 68 | 3,253 | ,071 | ,854 |
| Contacto con el servicio | 4 | 68 | 3,886 | ,052 | ,969 |
| Cobertura efectiva | 3 | 68 | 3,637 | ,051 | ,828 |

Nota: N: Tamaño de la muestra piloto; M: Media; S²: Varianza; α: Alfa de Cronbach

Matriz de operacionalización de variables

| VARIABLES DE ESTUDIO | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|----------------------|---|--|--------------------------|---|--------------------|
| Barreras de acceso | Factores que obstruyen el alcance de una cobertura efectiva en grupos poblacionales con necesidades por resolver. (Tanahashi, 1978) | Aquel conjunto de obstáculos que existen entre la búsqueda y la obtención de un servicio de salud. | Disponibilidad | <ul style="list-style-type: none"> Talento humano Recursos físicos Infraestructura Información | Ordinal |
| | | | Accesibilidad | <ul style="list-style-type: none"> Distancia Presencia y tiempo del transporte y conectividad Horario de atención Agendamiento de citas Gastos de bolsillo | Ordinal |
| | | | Aceptabilidad | <ul style="list-style-type: none"> Perspectiva obtenida de las citas y prestaciones influenciado por factores sociales y culturales | Ordinal |
| | | | Contacto con el servicio | <ul style="list-style-type: none"> Continuidad Calidad | Ordinal |
| | | | Cobertura efectiva | <ul style="list-style-type: none"> Acceso a servicios Uso de la atención Cobertura | |

Autorización de aplicación del instrumento firmado por la respectiva autoridad



Urdaneta, 11 de noviembre 2021

Directora distrital del distrito 12002

Dra. Marlud Aguirre

Yo, Tamara Isabel Moscoso Pico con cédula de identidad 0923521264, médico general; la saludo de manera cordial para solicitarle el permiso correspondiente para realizar mi investigación "Estudio comparativo de barreras de acceso a servicios de salud entre zona rural y urbana en Urdaneta, Los Rios 2021" en dos de las unidades de salud a su cargo correspondientes al Puesto de Salud Santo Domingo y Centro de Salud Catarama. Esperando se me brinden las facilidades correspondientes, puesto que el resultado de esta investigación aportará al ámbito científico e investigativo en nuestra provincia y el Ecuador.

Agradezco por su atención brindada.

Atentamente,

Tamara Isabel Moscoso Pico



Recibido
10 Nov 2021 15:04

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

|

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Tamara Isabel Moscoso Pico, estudiante de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, para obtener el grado de Maestra en Gestión de los Servicios de Salud, me encuentro desarrollando una investigación denominada: "Estudio comparativo de barreras de acceso a servicios de salud entre zona rural y urbana en Urdaneta, Los Ríos 2021", con el objetivo de: Establecer la diferencia entre barreras de acceso a los servicios de salud en dos establecimientos de salud ubicados en zona rural y urbana, por lo que solicito su autorización en la participación de la presente investigación. Es de suma relevancia informarle que la información recogida será utilizada como datos estadísticos para analizar resultados, se guardará completa confidencialidad.

Muchas gracias por su participación en el estudio.

Documento de Identidad:

Firma: