

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESCUELA PROFESIONAL DE SOCIOLOGIA**

**CARRERA PROFESIONAL DE SOCIOLOGIA**



**PENSIÓN 65 Y ACCESIBILIDAD A LA SALUD PÚBLICA DE SUS  
USUARIOS EN EL CENTRO POBLADO SAN JOSÉ DE PUCATE,  
AUCAYACU, 2022.**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

**GERENCIA SOCIAL**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN  
SOCIOLOGÍA.**

**TESISTA (S):**

**MEJIA ROSAS, LUZ CLARITA**

**ALEJO CORNELIO, NILTON WILDER**

**ASESOR:**

**VASQUEZ CIPRIANO, FERMIN**

**HUÁNUCO – PERU**

**2023**



## DEDICATORIA

Dedicamos el resultado de este trabajo a toda nuestra familia. Principalmente, a nuestros padres que nos apoyaron y contuvieron los momentos malos. Gracias por enseñarnos a afrontar las dificultades sin perder nunca la cabeza ni morir en el intento.

Nos han enseñado a ser las personas que somos hoy, nuestros principios, valores, perseverancia y nuestro empeño, todo esto con una enorme dosis de amor y sin pedir nada a cambio.

## AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a nuestros padres que siempre nos brindaron su apoyo incondicional para poder cumplir todos nuestros objetivos personales y académicos.

Son muchos los docentes que han sido parte de nuestro camino universitario, y a todos ellos agradecemos por transmitirnos los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí.

Por último, agradecer a la universidad que nos ha exigido tanto, pero al mismo tiempo nos han permitido obtener nuestro tan ansiado título. Agradecemos a cada directivo por su trabajo y por su gestión.

## RESUMEN

El programa pensión 65 tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de los adultos de 65 años de edad a más en situación de pobreza extrema; el programa comprende la transferencia monetaria de s/250,00 nuevos soles bimestrales y su afiliación automática al Sistema Integrado de Salud (SIS). Los usuarios del programa tienen acceso gratuito a la atención sanitaria; sin embargo, no todos concurren al Puesto de salud, debido a barreras geográficas, económicas, simbólicas y administrativas; por ello, el objetivo de la investigación fue “conocer la influencia del Programa Pensión 65 en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022”.

Este estudio es cuantitativo, de nivel descriptivo-explicativo, de tipo aplicado, se desarrolló con diseño no experimental transeccional, la población estuvo conformada por 42 usuarios, dado que esta es pequeña se ha tomado a todos como muestra y se les ha aplicado el cuestionario con escala Likert.

Los resultados de la investigación fueron los siguientes: la prueba de la hipótesis general arrojó el coeficiente Pearson  $r=0,231$ , que significa una correlación positiva baja; lo que demuestra que Pensión 65 tiene una baja influencia en la accesibilidad de sus usuarios a los servicios de salud; de la misma forma, la prueba de las hipótesis específicas tiene coeficientes bajos; la correlación de Pensión 65 con accesibilidad geográfica es  $r = 0,407$ ; con accesibilidad económica es  $r=0,129$ ; con accesibilidad simbólica no tiene correlación significativa porque  $p=0,364$ ; con accesibilidad administrativa  $r=0,035$ .

**Palabra clave. - Pensión 65, accesibilidad a la salud pública.**

## ABSTRACT

The pension 65 program aims to improve the quality of life of adults 65 years of age or older in a situation of extreme poverty; the program includes the monetary transfer of s/250.00 nuevos soles every two months and its automatic affiliation to the integrated health system (SIS). program users have free access to health care; however, not all go to the health center, due to geographical, economic, symbolic and administrative barriers; therefore, the objective of the research was "To know the influence of the pension 65 program on the accessibility to public health of its users in the San José de Pucate town center, Aucayacu, 2022".

This study is quantitative, of a descriptive-explanatory level, of an applied type, it was developed with a non-experimental transactional design, the population consisted of 42 users, since this is small, all of them have been taken as a sample and the questionnaire has been applied to them. with likert scale.

The results of the investigation were the following: the test of the general hypothesis yielded the pearson coefficient  $r=0.231$ , which means a low positive correlation; which shows that pension 65 has a low influence on the accessibility of its users to health services; in the same way, the test of the specific hypotheses has low coefficients; the correlation of Pension 65 with geographical accessibility is  $r = 0.407$ ; with economic accessibility is  $r=0.129$ ; with symbolic accessibility there is no significant correlation because  $p=0.364$ ; with administrative accessibility  $r=0.035$ .

**keyword. - pension 65, accessibility to public health.**

## CONTENIDO

|  |      |
|--|------|
| DEDICATORIA .....  | I    |
| AGRADECIMIENTO .....   | II   |
| RESUMEN .....  | III  |
| ABSTRACT.....  | IV   |
| INDICE DE TABLAS .....   | VII  |
| INDICE DE FIGURAS .....  | VIII |
| INTRODUCCION.....  | 9    |
| CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION .....                                  | 11   |
| 1.1. Fundamentación del problema de investigación.....                       | 11   |
| 1.2. Formulación del problema de investigación general y específicos.....    | 14   |
| 1.3. Formulación de los objetivos general y específicos .....                | 14   |
| 1.4. Justificación .....   | 15   |
| 1.5. Limitaciones .....  | 16   |
| 1.6. Formulación de hipótesis general y específicos .....                    | 16   |
| 1.7. Variables.....  | 16   |
| 1.8. Definición teórica y operacionalización de variables.....               | 17   |
| CAPITULO II. MARCO TEORICO .....   | 18   |
| 2.1. Antecedentes de estudio .....   | 18   |
| 2.1.1. Antecedentes de estudio a nivel local .....                           | 18   |
| 2.1.2. Antecedentes de estudio a nivel nacional .....                        | 20   |
| 2.1.3. Antecedentes de estudio a nivel internacional .....                   | 21   |
| 2.2. Bases teóricas.....   | 23   |
| 2.2.1. El Programa social .....  | 23   |
| 2.2.2. Componentes de políticas de protección social .....                   | 26   |
| 2.2.3. La protección social en el Perú en la Estrategia “Crecer” .....       | 28   |
| 2.2.4. El “Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65” .....       | 31   |
| 2.2.5. Aliados principales de Pensión 65 .....                               | 34   |
| 2.2.6. Acceso a los servicios de salud publica.....                          | 35   |
| 2.2.7. Importancia de la salud .....   | 36   |
| 2.2.8. Accesibilidad a la salud .....  | 37   |
| 2.2.9. Dimensiones de la accesibilidad .....                                 | 39   |
| 2.3. Bases conceptuales o definición de términos básicos.....                | 41   |
| 2.4. Bases epistemológicas, bases filosóficas y/o bases antropológicas ..... | 47   |
| CAPITULO III. METODOLOGIA.....   | 50   |

|   |     |
|---|-----|
| 3.1. Ámbito .....   | 50  |
| 3.2. Población.....   | 50  |
| 3.3. La muestra.....  | 50  |
| 3.4. Nivel y tipo de estudio.....                               | 50  |
| 3.4.1. Nivel de estudio.....                                    | 50  |
| 3.4.2. Tipo de estudio.....                                     | 51  |
| 3.5. Diseño de investigación.....                               | 51  |
| 3.6. Métodos, técnicas e instrumentos.....                      | 51  |
| 3.6.1. Métodos de estudio .....                                 | 51  |
| 3.6.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....    | 52  |
| 3.7. Confiabilidad del instrumento.....                         | 53  |
| 3.8. Validez de Instrumento .....                               | 53  |
| 3.9. Procedimiento.....   | 53  |
| 3.10. Plan de tabulación y análisis de datos estadísticos. .... | 54  |
| 3.10.1. Tabulación .....  | 54  |
| 3.10.2. Análisis de datos.....                                  | 54  |
| 3.11. Consideraciones éticas .....                              | 54  |
| CAPITULO IV. RESULTADOS .....                                   | 56  |
| Contrastación de hipótesis.....                                 | 84  |
| CAPITULO V. DISCUSIÓN .....                                     | 90  |
| Conclusiones .....  | 93  |
| Recomendaciones o Sugerencias .....                             | 95  |
| Referencias .....   | 96  |
| Anexos.....   | 99  |
| Consentimiento Informado .....                                  | 102 |
| El cuestionario.....  | 103 |
| Constancia de validación de instrumentos.....                   | 104 |
| Matriz de consistencia .....                                    | 105 |

## INDICE DE TABLAS

|   |           |
|---|-----------|
| Tabla 1. Datos sociodemográficos de los usuarios de Pensión 65, San José de Pucate.....                                 | 56        |
| Tabla 2. <b>Enfermedad que sufren los usuarios de Pensión 65.....</b>   | <b>57</b> |
| Tabla 3. Beneficios del Programa Pensión 65.....  | 58        |
| Tabla 4. Existe movilidad para llegar al Puesto de Salud.....   | 59        |
| Tabla 5. Las vías de comunicación están en buen estado para llegar al Puesto de Salud .....                             | 60        |
| Tabla 6. <b>Todas mis enfermedades me tratan en el Puesto de Salud.....</b>   | <b>61</b> |
| Tabla 7. <b>Los análisis que pide el médico tienen precio bajo .....</b>  | <b>62</b> |
| Tabla 8. <b>En el Puesto de Salud te entregan gratis las medicinas.....</b>   | <b>63</b> |
| Tabla 9. <b>Prosigo con el tratamiento médico en el Centro médico con medicina adquirida en farmacias privadas.....</b> | <b>64</b> |
| Tabla 10. <b>En el Puesto de Salud guardan confidencialidad sobre mi enfermedad.....</b>                                | <b>65</b> |
| Tabla 11. <b>Siento que soy importante para el Personal del Puesto de salud.....</b>                                    | <b>66</b> |
| Tabla 12. <b>En el Puesto de Salud me tratan con respeto.....</b>   | <b>67</b> |
| Tabla 13. <b>En el Puesto de Salud me siento cómodo y tranquilo .....</b>   | <b>68</b> |
| Tabla 14. <b>En el Puesto de salud puedo hablar mi propio idioma .....</b>  | <b>69</b> |
| Tabla 15. <b>En el Puesto de salud respetan mi cultura.....</b>   | <b>70</b> |
| Tabla 16. <b>En el Puesto de salud me tratan con afecto.....</b>  | <b>71</b> |
| Tabla 17. <b>La atención en el Puesto de Salud es buena .....</b>   | <b>72</b> |
| Tabla 18. <b>El tiempo de espera para una cita es breve .....</b>   | <b>73</b> |
| Tabla 19. <b>El tiempo que dura el diagnóstico médico es breve .....</b>  | <b>74</b> |
| Tabla 20. <b>El Puesto de salud tiene equipos médicos para el tratamiento .....</b>                                     | <b>75</b> |
| Tabla 21. <b>Los ambientes del Puesto de Salud son apropiados para el diagnóstico .....</b>                             | <b>76</b> |
| Tabla 22. <b>En el Puesto de Salud me brindan información completa sobre mi diagnóstico .....</b>                       | <b>77</b> |
| Tabla 23. <b>Acceso al Programa Pensión 65 .....</b>  | <b>78</b> |
| Tabla 24. <b>Accesibilidad geográfica .....</b>   | <b>79</b> |
| Tabla 25. <b>Accesibilidad Económica .....</b>  | <b>80</b> |
| Tabla 26. <b>Accesibilidad Simbólica .....</b>  | <b>81</b> |
| Tabla 27. <b>Accesibilidad administrativa .....</b>   | <b>82</b> |
| Tabla 28. <b>Acceso a Pensión 65.....</b>   | <b>83</b> |
| Tabla 29. <b>Variable: Accesibilidad a los servicios de Salud Pública .....</b>   | <b>83</b> |
| Tabla 30. <b>Correlación entre las variables Programa Pensión 65 y Accesibilidad a Salud Pública .....</b>              | <b>85</b> |
| Tabla 31. <b>Correlación entre las variables programa Pensión 65 y Accesibilidad Geográfica .....</b>                   | <b>86</b> |
| Tabla 32. <b>Correlación entre las variables programa Pensión 65 y Accesibilidad Económica .....</b>                    | <b>87</b> |
| Tabla 33. <b>Correlación entre las variables programa Pensión 65 y Accesibilidad Simbólica .....</b>                    | <b>88</b> |
| Tabla 34. <b>Correlación entre las variables programa Pensión 65 y Accesibilidad Administrativa .....</b>               | <b>89</b> |

## INDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <i>Figura 1: componentes de la protección social.....</i>   | 27 |
| <i>Figura 2: la política social según ciclos de vida.....</i>   | 29 |
| <i>Figura 3: programas de protección al adulto mayor.....</i>   | 30 |
| <i>Figura 4. <b>Enfermedad que sufren los usuarios de Pensión 65</b>.....</i>   | 57 |
| <i>Figura 5. Beneficios del Programa Pensión 65.....</i>  | 58 |
| <i>Figura 6. Existe movilidad para llegar al Puesto de salud.....</i>   | 59 |
| <i>Figura 7. <b>Las vías de comunicación están en buen estado para llegar al Puesto de salud</b></i><br>.....                                       | 60 |
| <i>Figura 8. <b>Todas mis enfermedades me tratan en el Puesto de salud</b>.....</i>   | 61 |
| <i>Figura 9. <b>Los análisis que pide el médico tienen precio bajo</b>.....</i>   | 62 |
| <i>Figura 10 <b>En el Puesto de salud te entregan gratis las medicinas</b>.....</i>   | 63 |
| <i>Figura 11. <b>Prosigo con el tratamiento médico en el Puesto de salud con medicina</b></i><br><i><b>adquirida en farmacias privadas</b>.....</i> | 64 |
| <i>Figura 12. <b>En el Puesto de Salud guardan confidencialidad sobre mi enfermedad</b>.....</i>  | 65 |
| <i>Figura 13. <b>Siento que soy importante para el Personal del Puesto de salud</b>.....</i>  | 66 |
| <i>Figura 14. <b>En el Puesto de Salud me tratan con respeto</b>.....</i>   | 67 |
| <i>Figura 15. <b>En el Puesto de Salud me siento cómodo y tranquilo</b>.....</i>  | 68 |
| <i>Figura 16. <b>En el Puesto de salud puedo hablar mi propio idioma</b>.....</i>   | 69 |
| <i>Figura 17. <b>En el Puesto de salud respetan mi cultura</b>.....</i>   | 70 |
| <i>Figura 18. <b>En el Puesto de salud me tratan con afecto</b>.....</i>  | 71 |
| <i>Figura 19. <b>La atención en el Puesto de salud es buena</b>.....</i>  | 72 |
| <i>Figura 20. <b>El tiempo de espera para una cita es breve</b>.....</i>  | 73 |
| <i>Figura 21. <b>El tiempo que dura el diagnóstico médico es breve</b>.....</i>   | 74 |
| <i>Figura 22. <b>El Puesto de salud tiene equipos médicos para el tratamiento</b>.....</i>  | 75 |
| <i>Figura 23. <b>Los ambientes del Puesto de Salud son apropiados para el diagnóstico</b>.....</i>  | 76 |
| <i>Figura 24. <b>En el Puesto de Salud me brindan información completa sobre mi diagnóstico</b></i><br>.....  | 77 |
| <i>Figura 25. <b>Accesibilidad geográfica</b>.....</i>  | 79 |
| <i>Figura 26. <b>Accesibilidad Económica</b>.....</i>   | 80 |
| <i>Figura 27. <b>Accesibilidad Simbólica</b>.....</i>   | 81 |
| <i>Figura 28. <b>Variable: Accesibilidad a los servicios de Salud Pública</b>.....</i>  | 83 |

## INTRODUCCION

El programa Pensión 65 ofrece los servicios de salud pública a sus usuarios, sin embargo, su accesibilidad tiene limitaciones impuestas por factores geográficos, económicos, simbólicos y administrativos. Muchos beneficiarios de Pensión 65, viven lejos del puesto de salud por lo que no pueden concurrir o simplemente, no pueden adquirir la medicina que el médico les recetó, otros se sienten discriminados por su cultura o condición social, como también consideran que el puesto de salud no les brinda la atención adecuada, porque carecen de equipos, de personal especializado, etc. El objetivo principal de esta investigación fue “conocer la influencia del Programa Pensión 65 en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022”.

Con la finalidad de conocer los antecedentes de estudio, los conceptos y los enfoques teóricos sobre los programas sociales y la accesibilidad a la salud pública se ha desarrollado el marco teórico de la investigación. Los antecedentes de estudio muestran resultados divergentes sobre las variables en investigación; en determinados estudios el programa Pensión 65 mejora la calidad de vida de sus usuarios y el cuidado de su salud; pero, en otros no tiene ningún impacto o este es muy débil. Los enfoques teóricos que se ha tomado corresponden a los desarrollados por la Organización Mundial de la Salud, por el Ministerio de Salud en el Perú y, también, a los desarrollados por el MIDIS, y la CEPAL en caso de los Programas sociales.

En el capítulo que comprende la Metodología se especifica el procedimiento seguido en la investigación. Se utilizó el método cuantitativo, por cuanto la información de campo es medida en base a la estadística; el estudio se inicia

como descriptivo para llegar al nivel explicativo; por su finalidad, es aplicado; se utilizó el diseño no experimental; se recogió la información en un solo tiempo, por lo que es transeccional; como instrumento se utilizó el cuestionario Likert; la población de estudio fue de 42 usuarios, los mismos que pasaron a ser la muestra dado que la cantidad es pequeña. Las pruebas de hipótesis se realizaron con el estadístico de Pearson.

Los resultados encontrados en esta investigación muestran una débil influencia del Programa Pensión 65 en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios, cuyo coeficiente de correlación es  $r=0,231$ . En términos específicos, Pensión 65 tiene un impacto medio en la accesibilidad geográfica, su coeficiente de correlación es  $r=0,407$ ; su impacto en la accesibilidad económica también es muy bajo, su grado de correlación tiene el coeficiente  $r=0,129$ ; con la dimensión accesibilidad simbólica no tiene ninguna asociación, porque la significancia bilateral es  $p=0,364$ , lo que implica que Pensión 65 no influye en esta accesibilidad; también su influencia en la accesibilidad administrativa es muy baja su nivel de asociación es  $r=0,035$ .

En el capítulo de la discusión, los resultados de la investigación son comparados con los antecedentes de estudio, donde se señala sus similitudes y diferencias. También se elabora las conclusiones y las sugerencias correspondientes.

La tesis está estructurada en cinco capítulos, en el primero se desarrolla el planteamiento del problema; en el segundo, el marco teórico; en el tercero, la metodología; en el cuarto, los resultados; y en el quinto, la discusión. En la parte final se presenta la bibliografía y el anexo que comprende el instrumento de recolección de datos, el consentimiento informado, la matriz de consistencia y otros.

## CAPITULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION

### 1.1. Fundamentación del problema de investigación.

Durante las últimas décadas la población mundial tiende al envejecimiento, la esperanza de vida se incrementa, en el Perú es de 76,5 años; los mayores de 60 años son el 12,7% (4 millones) de la población total al año 2020 (Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2021); pero, la transición biográfica a la vejez implica el retiro del mercado laboral, deterioro de la salud y pérdida de autonomía física (Rossel & Filgueira, 2015).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) ( 2021), biológicamente, la vejez es consecuencia de daños moleculares y celulares ocurridos en los años de vida, que deteriora y reduce las facultades físicas y mentales, lo que implica el deterioro del oído, aparición de enfermedades oculares, el debilitamiento del sistema óseo, la pérdida de la razón, desarrollo de la diabetes, etc. Estas deficiencias, propias de las personas de edad avanzada, tienen implicancia en las políticas de salud pública, es competencia de los gobiernos garantizarle servicios de salud de óptima calidad.

Las personas que en su vida laboral contaban con empleo formal, gozan de seguros de salud, tienen acceso a servicios médicos; el problema de incorporación a la atención sanitaria, se presenta en sectores sociales en condiciones de pobreza, que se encuentran excluidos del sistema de salud público y privado. Ante esta situación, en el Perú, en el 2011, el gobierno creó el “Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65”.

Pensión 65, es un programa que busca apoyar a los adultos mayores cuyas edades son igual o superior a 65 años que viven en situación de pobre extremo,

para el cual tiene dos componentes fundamentales: la transferencia de s/250.00 nuevos soles bimestrales y su inclusión en el Sistema Integrado de Salud (SIS) para que accedan a los centros de salud pública.

Los adultos mayores, en el Perú, sufren diversas afecciones como la hiperplasia benigna de próstata, problemas gástricos, enfermedades bronquiales, ceguera, sordera, muchos adquieren algunas discapacidades. El 76,0% de la población adulta mayor tiene algún problema de salud crónico (INEI, 2021), estas personas a pesar de tener afiliación al SIS, en bajos porcentajes concurren a los centros médicos y/o hospitalarios para el tratamiento de sus enfermedades, recurren a la automedicación y a la medicina tradicional.

De otro lado, el sector salud tiene bajos niveles de atención a los requerimientos sanitarios de los adultos mayores de "Pensión 65". En los Centros de Salud, los servicios son limitados, carecen de equipos, de medicina, de atención especializada. Los centros de salud no cumplen funciones de promoción de la salud, no salen al encuentro de los adultos mayores, esperan que lleguen por su propia cuenta, el trato que brindan a los adultos mayores no son los más cordiales y fraternos, el cual es una de las razones para que los beneficiarios de pensión 65 opten por la no concurrencia a los centros de Salud.

En el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, los afiliados a Pensión 65, concurren al Puesto de Salud y hospitales para su tratamiento médico correspondiente; pero, lo hacen de manera esporádica porque residen en lugares alejados, donde los medios para trasladarse son limitados, las vías de comunicación presentan dificultades; el acceso a la salud no solo depende de la existencia del servicio sino también de la distancia o desigualdad territorial, es

decir la geografía se presenta como un problema de accesibilidad a la salud pública. De otra parte, se presenta el problema de la accesibilidad económica, a pesar que la atención médica es gratuita, los usuarios del programa deben adquirir las medicinas con su dinero en farmacias privadas, porque no todo lo que receta el médico se encuentra en el puesto de salud; por tanto, muchos de ellos se quedarán sin tratamiento médico porque sus recursos económicos no son suficientes para adquirir las medicinas. Otro de los problemas observados es que, en un país con heterogeneidad cultural, con presencia de grupos étnicos, se percibe actos de discriminación; los usuarios de pensión 65 se sienten inferiores al personal de salud, temen hablar su propio idioma, se sienten poco valorados y esto hace que eviten concurrir al puesto de salud, es decir el acceso a la salud pública también está mediado por aspectos simbólicos. Otro de los factores que tiene enorme influencia en los servicios de salud pública es la accesibilidad administrativa, los beneficiarios de Pensión 65 perciben que el diagnóstico médico se demora bastante, carecen de equipos adecuados, los ambientes físicos inapropiados, no les proporcionan la información fidedigna sobre su estado de salud. Ante esta situación los usuarios de Pensión 65 concurren con muchas limitaciones y temores al centro médico, muchos de ellos conviven con sus dolencias, recurren a la medicina tradicional y a la automedicación para paliar sus dolores.

De continuar esta situación, la salud de los adultos se deteriorará, su calidad de vida será mala, la morbilidad y mortalidad serían mayores; urge realizar alguna intervención que mejore el acceso a los servicios de salud pública.

## **1.2. Formulación del problema de investigación general y específicos**

### **Problema general.**

¿Cuál es la influencia del Programa Pensión 65 en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022?

### **Problemas específicos.**

1. ¿Cuál es la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad geográfica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022?
2. ¿Cuál es la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad económica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022?
3. ¿Cuál es la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad simbólica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022?
4. ¿Cuál es la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad administrativa de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022?

## **1.3. Formulación de los objetivos general y específicos**

### **Objetivo general.**

Conocer la influencia del Programa Pensión 65 en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

**Objetivos específicos.**

1. Determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad geográfica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.
2. Determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad económica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.
3. Determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad simbólica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.
4. Determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad administrativa de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

**1.4. Justificación.**

Esta investigación aporta conocimiento teórico sobre el programa Pensión 65 y su impacto en la accesibilidad a la salud pública por sus usuarios. Identifica la existencia de barreras geográficas, administrativas, económicas, simbólicas que dificultan el acceso a la salud pública. El aporte práctico de este estudio consiste en que se puede mejorar la accesibilidad a los servicios de salud en base al conocimiento de los niveles de obstáculo que pone cada una de las barreras mencionadas, principalmente para los usuarios que se encuentran distantes del Puesto de salud de San José de Pucate y el programa Pensión 65 se convierta efectivamente en un medio que garantice la accesibilidad a los servicios de salud pública a pesar de las dificultades que impone las diversas barreras ajenas a los sistemas de salud y a la voluntad de los usuarios.

### **1.5. Limitaciones**

La ejecución de esta investigación no presentó ninguna dificultad ni limitación, se tuvo los recursos económicos y humanos para su realización, también existe información teórica sobre las variables en estudio.

### **1.6. Formulación de hipótesis general y específicos**

#### **Hipótesis general**

El Programa Pensión 65 influye en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

#### **Hipótesis específicas.**

1. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad geográfica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.
2. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad económica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.
3. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad simbólica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.
4. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad administrativa de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

### **1.7. Variables**

Variable Independiente: Pensión 65

Variable dependiente: Accesibilidad a la salud pública

### 1.8. Definición teórica y operacionalización de variables

| VARIABLE  | DIMENSIONES                  | INDICADORES  | ITEMS              |
|---|------------------------------|--|--------------------|
| <b>PENSION 65</b><br>“Es un programa social del gobierno que contiene dos componentes: Componente 1: Consiste en la transferencia monetaria bimestral de 250 nuevos soles a cada persona de 65 años de edad a más en situación de pobreza. Componente 2: Fomento de la protección social. En este componente se coordina con otras instituciones como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Cultura y otros para brindarles servicios diversos y complementarios a los usuarios de Pensión 65” (MIDIS 2020).   | Transferencia monetaria      | Recepción de transferencia monetaria   | Figura en el anexo |
|   | Afiliación al SIS            | Afiliación al SIS  |                    |
| <b>ACCESIBILIDAD A LA SALUD PUBLICA</b><br>“La accesibilidad es la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Existen barreras que puedan interponerse. Las barreras geográficas, se entiende como la imposibilidad de acercar los servicios a la población por un problema geográfico. Las barreras económicas aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos, celeridad en los diagnósticos. La cuarta barrera fue definida como cultural (o simbólica) y esta centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios, el imaginario social y las representaciones colectivas y la población podían ser barreras de acceso” (Comes et al., 2006, p. 202). | Accesibilidad geográfica     | Vías de comunicación<br>Medios de transporte   | Figura en el anexo |
|   | Accesibilidad Económica      | Tratamiento de la enfermedad<br>Gratuidad de consulta médica<br>Gratuidad del medicamento  |                    |
|   | Accesibilidad Simbólica      | Confidencialidad de la enfermedad<br>Niveles de respeto en el trato al paciente<br>Niveles de respeto por la cultura del paciente<br>Empatía con el paciente |                    |
|   | Accesibilidad Administrativa | Calidad de atención por el personal sanitario<br>Celeridad en la atención<br>Calidad del ambiente físico   |                    |

## **CAPITULO II. MARCO TEORICO**

### **2.1. Antecedentes de estudio.**

#### **2.1.1. Antecedentes de estudio a nivel local**

Salas y Soto (2019) en la tesis “Programa nacional de asistencia solidaria Pensión 65 y calidad de vida en adultos de la tercera edad en el distrito de Santa María del Valle – Huánuco-2019” se propusieron medir el impacto de Pensión 65 en la calidad de vida de sus afiliados. El estudio es básico y aplicado, al inicio es descriptivo, al final se correlaciona las variables de las hipótesis; el diseño no propone la manipulación de variables, es no experimental. La población objeto de estudio comprende a 1295 personas del programa, y la muestra a 296. Para medir la asociación entre las variables usaron Rho de Spearman. En la medición del impacto de Pensión 65 en los niveles de concurrencia a los servicios de salud se obtuvo el coeficiente 0,396 el cual es bajo y positivo, es decir, el programa no tiene un alto impacto en la atención sanitaria de los ancianos del distrito de Santa María del Valle.

Bravo y Meza (2018) desarrollaron la tesis “El programa social Pensión 65 y su impacto en la calidad de vida de los beneficiarios de la región Huánuco 2018” en la Universidad Hermilio Valdizan, de alcance descriptivo transversal, estudiaron las variables con diseño no experimental, los datos recolectaron mediante el cuestionario de una muestra de 345 usuarios. Las tesisistas encontraron que Pensión 65 tiene alta efectividad en las condiciones de vida de sus usuarios: el 91% dice haber mejorado su bienestar material y espiritual con el programa; el 34% compra medicamentos con la pensión; el 27% compra víveres; el 24%, ropa; el 91% participa de las actividades sociales organizadas por el Programa.

Baltazar et al., (2018) desarrollaron la tesis “Evaluación de impacto social de los programas sociales en los beneficiarios de la región Huánuco. casos: Pensión 65, Juntos y Qali Warma, 2018” con metodología cuantitativa, con diseño no experimental; para recoger información de los usuarios utilizaron el cuestionario; el alcance del estudio fue descriptivo; la población de estudio comprende a los 27,000 usuarios de Pensión 65 de la región Huánuco y la muestra a 270. En esta tesis se concluye que el 36% de los usuarios de Pensión 65, con la subvención, compran medicamentos, es decir el programa le permite cuidar su salud; el 30% compra víveres, el 19%, ropa; Los recursos del programa ayuda a satisfacer sus necesidades básicas: salud, alimentación y vestido, pero el mayor porcentaje de la subvención está destinado al cuidado de la salud.

Espinoza et al., (2019) desarrollaron la tesis “Los programas sociales: Pensión 65 y Juntos, y su incidencia en el desarrollo social del distrito de Santa María del Valle, provincia de Huánuco, período 2012 - 2018”. Esta tesis fue ejecutada con los métodos deductivo, inductivo, analítico y el histórico; y el estudio alcanzó los niveles descriptivo-correlacional; se consideró a 1298 integrantes de Pensión 65 como población que abarca la investigación, de la que se obtuvo la muestra de 297 usuarios; para el Programa Juntos, la población fue de 2130 madres beneficiarias y su muestra fue de 325 madres; la investigación se desarrolló en base al diseño no experimental longitudinal porque se realizó en periodo de seis años. Los hallazgos del estudio evidencian que ambos programas coadyuvan en la reducción de la pobreza, dado a que el número de afiliados se incrementan paulatinamente y esto tiene incidencia en la atención sanitaria de las personas mayores de 65 años, como también de los niños que se incorporan al sistema escolar.

### **2.1.2. Antecedentes de estudio a nivel nacional**

Alberca (2019) desarrolló la tesis “Impacto del Programa Pensión 65 en el Distrito de Tumbes 2018” con la metodología mixta, cuantitativa y cualitativa a la vez, con diseño no experimental de corte transversal. La población estudiada comprendió a 1027 usuarios y su muestra estadística era de 280. El cuestionario fue la herramienta para recopilar datos. Luego de procesar los datos obtenidos de la muestra, se identificó que los usuarios del programa en un 68.6% mejoraron su dieta alimenticia, el 80% utilizan la pensión para el cuidado de la salud; y el 73.9% considera que las condiciones de sus vidas es regular con Pensión 65.

Núñez (2020) en su investigación “Impacto del Programa Nacional Pensión 65 en la calidad de vida de los beneficiarios en el distrito de Huancan 2019”, tesis de carácter cualitativo-cuantitativo, usó la etnografía para recopilar información de 20 beneficiarios, y con el cuestionario recopiló datos de 160 beneficiarios que conformaron la muestra de una población de 271 beneficiarios. Al final del estudio se identificó que el Programa mencionado tiene impacto positivo en la salud, los beneficiarios, con la subvención compran medicamentos y acuden a una consulta médica disminuyendo la automedicación. También con la alimentación pueden adquirir alimentos y mejoran sus condiciones nutritivas con mayores vitaminas y carbohidratos.

Farroñan y Aldana (2021) en la tesis “Impacto del Programa Social Pensión 65 sobre el gasto en alimentos en la Costa Norte del Perú: 2019 – 2020”, ejecutada con enfoque cuantitativo, de nivel correlacional, el diseño empleado fue no experimental, realizado en las Regiones de Piura, Tumbes, La Libertad, Lambayeque, Ancash, los datos analizados fueron la Base de datos de la

Encuesta Nacional de Hogares del INEI. Se pudo determinar que en la región norte el programa indicado ha mejorado la dieta alimenticia de sus afiliados, quienes destinan 33,1% a dicho rubro. También, los autores señalan que este programa ha mejorado la economía y las condiciones sociales de la región.

Domínguez (2020) desarrolló la tesis “Calidad de atención de enfermería en un servicio de hospitalización Chumbivilcas, Cusco 2019”, un estudio de tipo básico, descriptivo, respecto al periodo de estudio fue seccional, empleó el diseño no experimental, la herramienta de recopilar información fue el cuestionario de tipo Likert, la muestra de estudio se conformó con 90 pacientes hospitalizados. Los resultados expresan que el 68,89% de los usuarios afirman que la atención del personal sanitario es de nivel medio, el 2,22% dice que fue de nivel alto, pero el 28,89% perciben que la atención es deficiente.

### **2.1.3. Antecedentes de estudio a nivel internacional**

Figuroa y Cavalcanti (2017) publicaron el artículo “Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia”, estudio descriptivo desarrollado en España, en 20 centros de salud, se aplicó el cuestionario a 508 usuarios del Programa Estrategia Salud de la Familia para recoger información sobre el concepto que tienen de la accesibilidad geográfica y el tipo de atención brindada por el programa. El hallazgo fundamental del estudio fue haber identificado que la Estrategia Salud de la Familia realizó una buena gestión de la accesibilidad geográfica a los centros de salud, mediante la instalación de los servicios médicos en el lugar próximo de las viviendas de la población usuaria, con lo que se facilitó el acceso y la equidad de la atención en salud pública. En este estudio se demostró que las distancias o desigualdades geográficas genera inaccesibilidad de las familias a la salud, problema que fue

resuelto con el traslado de los equipos médicos y la infraestructura en el territorio de la población a ser atendida por el programa.

Rodriguez et al ( 2017) en su estudio “Percepciones de adultos mayores y prestadores acerca de la accesibilidad a servicios de salud”, realizado en Cuba, el cual fue una investigación descriptiva y transversal, su objeto de estudio fueron las personas que hayan sobrepasado la edad de 60 años, con muestra intencional de 6 centros de salud correspondiente a 6 municipios de la Habana, el cuestionario fue de utilidad para registrar los datos del grupo muestral. Luego de analizar la información se halló que, en términos generales, los usuarios se sienten satisfechos con los servicios de salud, pero señalan que existen algunos déficits como la existencia de distancias largas entre el Puesto de salud y la residencia de los usuarios, el cual es un problema de accesibilidad de tipo territorial o geográfica; a esto se suma la existencia de transporte limitado, la aglomeración en los centros de salud y la ausencia de protocolos preferenciales para prestar servicios al adulto mayor.

Ramos (2020) autor de “Evaluación de los programas de transferencia condicionada en el nivel de pobreza en Bolivia: caso Renta Dignidad”, investigación realizada en Bolivia, utilizó la PSM (Propensity Score Matching) para medir los efectos de Renta Dignidad en la superación de la pobreza. En Bolivia existen grandes grupos humanos en situación de pobreza, que viven en abandono y con problemas de salud que no pueden acceder a una buena alimentación y medicamentos para la cura de sus enfermedades.

Ante esta situación el gobierno nacional realiza transferencias monetarias de Bs250.00 que equivale a \$41.00 dólares americanos mensuales, cuyo impacto

fue positivo en la mejora de las condiciones de vida de la población pobre, y también coadyuvó a elevar las condiciones de salud de la población de 60 años a más. Pero, este programa no puede erradicar la pobreza porque esta se debe a factores sistémicos estructurales. Los programas sociales son paliativos, minimizan el sufrimiento de los pobres, les permite superar su situación de indigencia económica, sanitaria y alimentaria, pero no erradica definitivamente la pobreza.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. El Programa social**

Es un plan concebido por el gobierno para intervenir en la sociedad y mejorar los indicadores sociales de pobreza y vulnerabilidad, para protegerlos o promoverlos a condiciones de vida mejores a la población pobre. Un programa es un “plan, proyecto o servicio mediante el cual se diseña, organiza y pone en práctica un conjunto de acciones dirigidas a la consecución de una meta” (De Miguel, 1999, p. 292). En el campo del programa social la meta es el cambio o la transformación social. El programa social se clasifican en dos grandes grupos: los de protección y los habilitadores.

#### **2.2.1.1. El programa habilitador.**

Mediante este programa se interviene en los sectores sociales pobres, la finalidad es protegerlos y promoverlos; aquí, a la gente, se les brinda de instrumentos y recursos necesarios para que ellos mismo pueden salir de su situación de pobreza y alcanzar su desarrollo autónomo. Estos programas apoyan con el financiamiento de becas de estudio universitario, con crédito a los microempresarios, como exoneraciones tributarias, con capacitación laboral, etc. Este programa, habilita a las personas para auto sostenerse en la vida.

### **2.2.1.2. Protección social.**

En los 90, en el Perú, se adopta un modelo económico neoliberal y se realizan transformaciones estructurales de la economía y de la institucionalidad del Estado, y como consecuencia de ello, algún porcentaje de la población pasó a la condición de pobre y extremo pobre, quedándose excluido del empleo, de la educación, de la salud, con graves deficiencias alimentarias; ante el cual, el estado peruano tuvo que implementar políticas de protección social.

La protección social es una intervención del Estado en la sociedad que tiene como finalidad garantizar a sus ciudadanos condiciones de vida aceptables según los estándares nacionales, significa garantizarles un empleo, ingresos económicos, salud, educación, etc., lo mínimo que requiere un ser humano para poder subsistir con dignidad. La protección social es entendida como “una política fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población, reconocidos en instrumentos legales nacionales e internacionales” (Cecchine et al, 2019, p.16).

Según los teóricos de la CEPAL las acciones de Protección Social no solo son intervenciones de ayuda o auxilio de grupos sociales en situación de vulnerabilidad originada por ajustes estructurales, por la edad o alguna situación fortuita, sino busca erradicar desde la raíz los problemas estructurales como la pobreza, al respecto Cecchine et al., (2019) dice:

La protección social se centra en tres ideas fundamentales: garantías de bienestar básicas, aseguramientos frente a riesgos derivados del contexto o del ciclo de vida y moderación o reparación de daños sociales derivados de la materialización de problemas o riesgos sociales. ... La

protección social está dirigida a responder no solo a los riesgos que enfrenta toda la población (por ejemplo, desempleo, discapacidad o vejez), sino también a problemas estructurales, como la pobreza y la desigualdad (p. 16).

En los países del mundo se han implementado muchos programas de protección social, destinados a proveerle calidad de vida óptima y bienestar social a los grupos sociales en condiciones de desventaja como los pobres y extremos pobres, personas con discapacidad, desempleados, mujeres, grupos étnicos, niños, ancianos, etc. cuya vulnerabilidad ha sido generada por las condiciones económicas y estructurales del país, por hechos fortuitos (terremotos, desastres, guerras, etc.), por el ciclo de vida (niños ancianos), por enfermedades o accidentes diversos.

Por ello, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2022), expresa que por protección social se debe entender a las intervenciones del Estado en beneficio de grupos sociales vulnerables para dotarles de recursos que les ayude a superar la pobreza e incluirse en la sociedad.

Para la FAO la protección social comprende lo siguiente:

1. asistencia social: subvenciones monetarias, en especies (alimentos), o en obras públicas; para garantizar que las personas tengan algún ingreso monetario que les permita vivir en condiciones de vida aceptables.
2. seguridad social: programas que cubren ciertas contingencias económicas o sociales;

3. protección laboral: otorga subsidios temporales, capacitación, formación de competencias, ubicación en puestos de trabajo, como también una legislación favorable para que el trabajador no sea víctima de abusos en la carga laboral o en la remuneración.

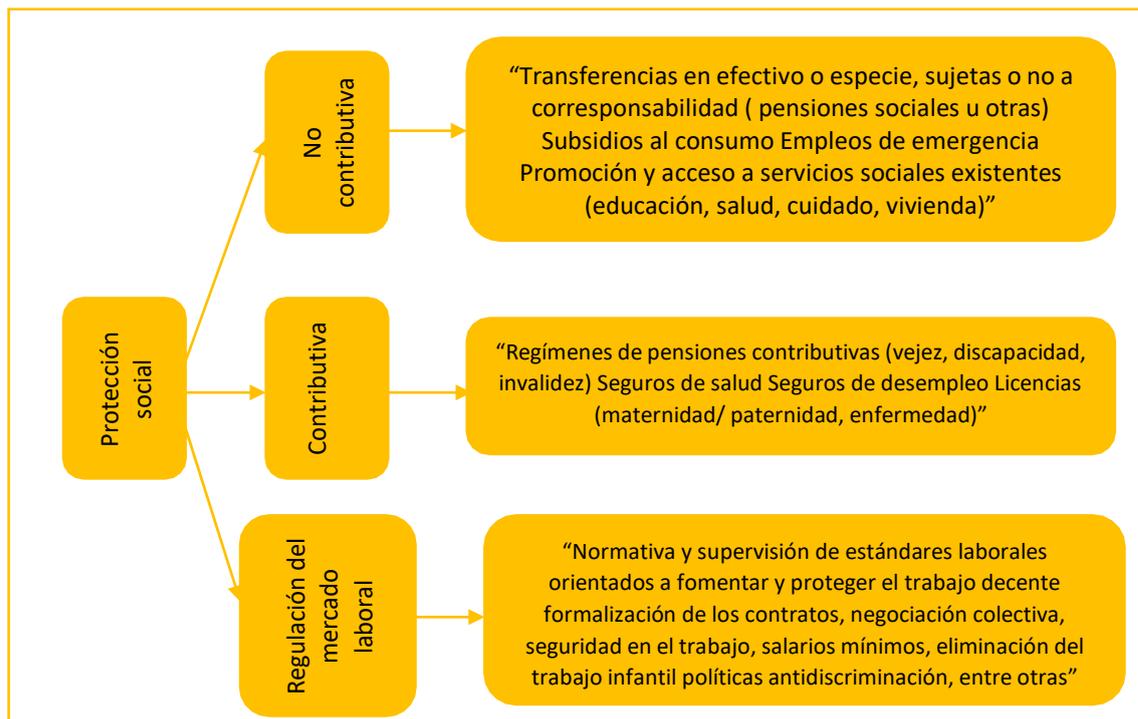
Esta idea es propuesta también por Cecchine y Martínez (2019) que señala tres aspectos básicos más:

- i) Garantizar ingresos económicos adecuados para que las personas eleven sus condiciones básicas de vida, como alimentación, educación, etc.
- ii) Cerrar la demanda insatisfecha y ampliar la cobertura de servicios como salud, educación y vivienda, etc., el cual fortalecerá el capital humano y las capacidades de las personas.
- iii) Implementar políticas laborales para que las personas gocen de todos los derechos del trabajador, y se crean trabajos formales y estables, contratos laborales justos, favorables, con remuneraciones higiénicas, goce de vacaciones, de seguros de empleo, derecho a la sindicalización y a la huelga, capacitación en competencias técnicas; también, las políticas laborales, debe erradicar el trabajo infantil y la injusticia laboral.

### **2.2.2. Componentes de políticas de protección social.**

A modo de síntesis se puede decir que los componentes de la protección social son tres: garantizar un ingreso adecuado a las familias, proveer servicios sociales fundamentales y promover empleo digno.

Figura 1: componentes de la protección social



Fuente: (Cecchine & Martínez, 2019, p. 22)

La protección social no contributiva consiste en la asignación monetaria, en subsidios de bienes y servicios y también transferir bienes y recursos en forma gratuita. Las transferencias monetarias se refieren a la entrega de pensiones a personas que nunca aportaron a un sistema previsional, por encontrarse en situación de pobreza; transferencias en especies, como alimentos; los subsidios consisten en el pago de una parte del costo total del bien o servicio consumido por la persona, los mejores ejemplos son el subsidio del consumo de energía eléctrica, de agua potable, etc.; los programas de empleo, el gobierno crea programas para fomentar el trabajo de los sectores sociales que no pueden incorporarse en el mercado laboral o porque existe una crisis económica en el país; dentro de la protección social, también se transfieren viviendas de forma gratuita a los sectores pobres. Creación de programas de salud gratuitos, para que atienda la salud de la población pobre.

La protección social contributiva, consiste en que las personas contribuyen con determinados porcentajes de recurso monetario a un sistema previsional durante un periodo de tiempo, como puede ser a lo largo de su vida laboral, y esta contribución se convierte en un fondo para que, en el futuro, en la vejez, en la enfermedad o la discapacidad puede recibir una asignación mensual del sistema. Este programa contributivo es financiado por los mismos pensionistas y en pocos casos, también, son subsidiados por el Estado.

Regulación del mercado laboral, aquí se fomenta y protege el trabajo formal, se crea las normativas a favor de los trabajadores para cuidarlos de abusos salariales, de accidentes, y excesivas jornadas de trabajo.

En la tabla siguiente se observa las diferencias de las tipologías de programas

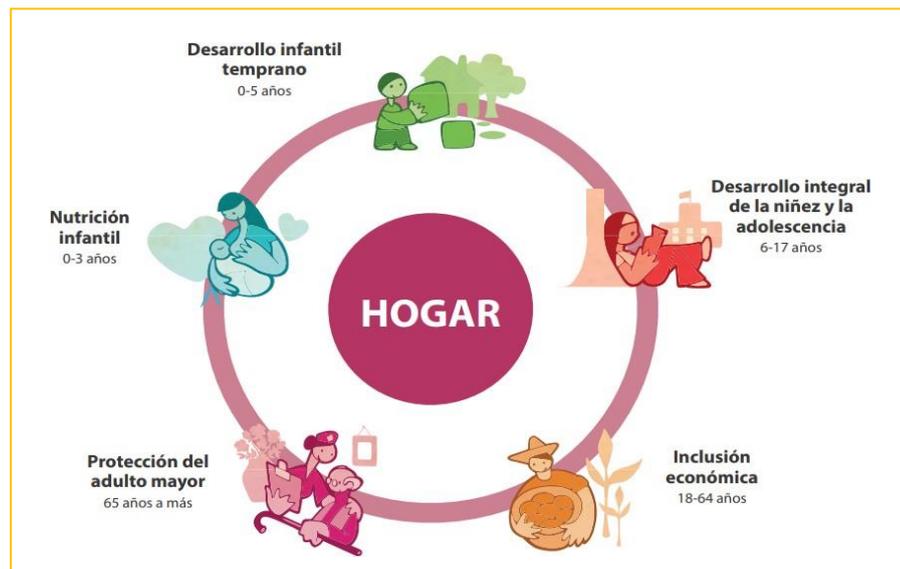
| DIMENSIÓN                       | PROTECTORES   | HABILITADORES  |
|---------------------------------|---|--|
| 1. Objetivo                     | Reducir vulnerabilidad  | Reforzar capacidades   |
| 2. Población meta               | “Grupos vulnerables (pobres extremos, menores, tercera edad, madres gestantes)” | “Personas/grupos en capacidad de aprovechar oportunidades (pobres no extremos, jóvenes, Pequeñas y medianas empresas”. |
| 3. Relación con ciclo económico | Anti cíclicos   | Pro cíclicos   |
| 4. Impacto en ingresos          | Bajo; reducción de costos   | “Alto; empleabilidad y oportunidades de ingreso”.  |
| 5. Criterios de selección       | “Endógenos (fijados por el programa)”.  | “Exógenos; Autoselección (depende del participante)”   |
| 6. Tipo de focalización         | “Endógenos (fijados por el programa)”   | Individual   |
| 7. Tipo de participación        | Comunal, grupal   | Individual   |
| 8. Cofinanciamiento             | Poco factible   | deseable   |

FUENTE: (Contraloría General de la República, 2008, p. 23)

### 2.2.3. La protección social en el Perú en la Estrategia “Crecer”

En el Perú, la política social del gobierno se desarrolla en base a la “Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social Incluir para Crecer”, esta estrategia se desarrolla bajo los enfoques del ciclo de vida, es decir, a cada ciclo de vida le corresponde determinados programas sociales sean estas habilitadoras o protectoras.

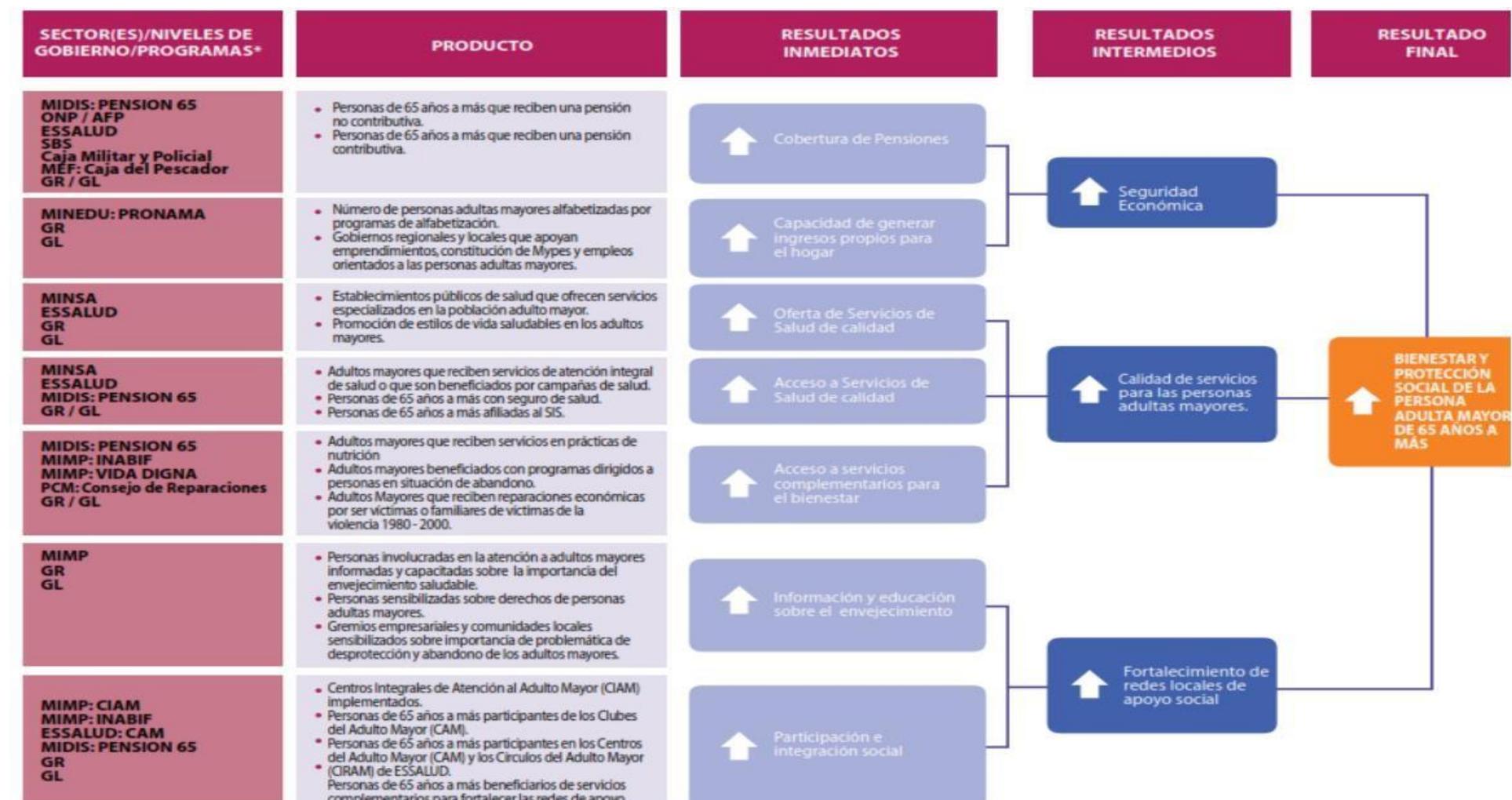
Figura 2: la política social según ciclos de vida



Fuente: (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2018, p. 19)

Se observa que la vida fue dividida en cinco ciclos, el primero, va de 0-5 años, en este ciclo se desarrollan políticas sociales que velen por el desarrollo infantil temprano, aquí se encuentra los programas sociales alimentarios, guarderías, educación inicial; continúa la edad de 6 a 17 años, donde se cuida el desarrollo integral de la niñez y la adolescencia; aquí se encuentran programas de educativos, y de alimentación como Qali Warma. Pero, la política social destinada a la protección del adulto mayor se detalla en la ilustración siguiente

Figura 3: programas de protección al adulto mayor



Fuente: (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2018, p. 60)

Como se puede observar en la figura 3 existe una serie de programas protectores para los adultos mayores, que se materializan a través de Pensiones, programa no contributivo, de salud, alfabetización, etc.

#### **2.2.4. El “Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65”.**

##### **La pensión.**

El Diccionario de la Real Academia Española define a la Pensión como “la cantidad periódica, temporal o vitalicia, que la seguridad social paga por razón de jubilación, viudez, orfandad o incapacidad”

Pero existen dos modalidades de pensión social, la primera es la pensión contributiva o Bismarkiana, nombre que hace alusión a su creador Bismark, esta también es de naturaleza contributiva, que consiste que el futuro pensionista, aporta periódicamente con un monto de dinero a un sistema previsional, que cuando se jubilen o ya no trabajen por distintos motivos, gocen de una pensión para que puedan sobrevivir.

Y el otro modelo es el del Beveridge o pensión universal, esta no es contributiva, se les asigna a las personas que nunca han contribuido a un sistema previsional, por encontrarse en situación de pobreza o de desempleo, por tanto, el estado financia esta pensión con los recursos públicos (Arnillas, 2009); en el caso del Perú, Pensión 65 se ajusta a esta modalidad.

##### **Características del “Programa Pensión 65”.**

El Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 cuya existencia data desde el 2011, su objetivo es la transferencia monetaria a personas mayores de 65 años a más en situación de pobreza.

Este programa es de protección social, asigna una pensión social no contributiva a los beneficiarios de Pensión 65, quienes durante su vida laboral, no han contribuido con algún sistema previsional.

### **Misión y Visión de Pensión 65.**

#### **Visión**

“El Perú ha otorgado protección a los adultos mayores de 65 años a más, pertenecientes a grupos sociales que viven en situación de vulnerabilidad, logrando su bienestar. Los adultos mayores que acceden al Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, hacen uso de los servicios públicos diseñados especialmente para ellos, alcanzando su inclusión social” (MIDIS, 2020).

#### **Misión**

“Brindar protección social a los adultos mayores de 65 a más, que viven en situación de vulnerabilidad; entregándoles una subvención monetaria que les permita incrementar su bienestar; y mejorar los mecanismos de acceso de los adultos mayores a los servicios públicos mediante la articulación intersectorial e intergubernamental”. (MIDIS, 2020).

#### **Objetivos**

Contribuir a la seguridad económica de las personas adultas mayores en situación de pobreza extrema; Promover el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas adultas mayores en situación de pobreza extrema usuarios del Programa Pensión 65; Fortalecimiento de los emprendimientos productivos de las personas adultas mayores en situación de

pobreza extrema usuarios del Programa Pensión 65; Promover la participación, integración y asociatividad de las personas adultas mayores en situación de pobreza extrema usuarios del Programa Pensión 65 (MIDIS, 2020).

### **Componentes del programa.**

Tiene dos componentes esenciales destinados a mejorar la situación de pobreza de las personas mayores de 65 años y estos son:

- Componente 1: Consiste en la transferencia monetaria bimestral de 250 nuevos soles a cada persona de 65 años de edad a más.
- Componente 2: Fomento de la protección social. En este componente se coordina con otras instituciones como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Cultura y otros para brindarles servicios diversos y complementarios a los usuarios de Pensión 65 (MIDIS 2020).

### **Modalidades de Intervención**

- a) Mejora el acceso a servicios de salud. El programa Pensión 65 coordina acciones de atención de salud para los usuarios de Pensión 65 con el Ministerio de Salud y sus respectivas dependencias en el interior del país. Todos los usuarios de Pensión 65 de manera obligatoria y automática están afiliados al Sistema Integral de Salud SIS, para su atención con especial énfasis en geriatría.
- b) La entrega de los 250 soles bimestrales sirve de incremento a los ingresos de la población objetivo, que puede ayudar a mejorar su calidad de vida.
- c) Generación de Redes de Apoyo Social, el programa coordina con todos los sectores para que coadyuven en el apoyo con los servicios que requieren.

- d) Revaloración del Adulto Mayor, acto que se lleva a cabo en sus comunidades donde se les reconoce sus saberes acumulados durante sus años de vida.

### **2.2.5. Aliados principales de Pensión 65.**

#### **Gobiernos locales.**

Es un aliado estratégico que contribuye con la identificación a través del SISFHO de los potenciales usuarios del Programa, facilitan los puntos de pago, facilitan el funcionamiento del CIAM (Centros Integrales de Atención a la Persona Adulta Mayor), facilitan los ambientes para el desarrollo de los talleres y otras actividades que benefician el bienestar psicológico y emocional de los usuarios de Pensión 65.

#### **Ministerio de Salud**

En el marco del Convenio entre el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y el Ministerio de Salud (MINSA), los beneficiarios de Pensión 65 son incorporados automáticamente al Seguro Integral de Salud (SIS) y acceden a los servicios de salud pública. Conjuntamente con el personal sanitario se desarrollan campañas sanitarias de atención a los adultos mayores para tratar las enfermedades propias de su edad.

#### **Ministerio de Cultura**

Este ministerio contribuye con las acciones de revaloración de los saberes ancestrales y estos pueden ser productivos, artesanales cuyos portadores son los beneficiarios del programa.

#### **Afiliación al programa Pensión 65.**

Según el MIDIS toda persona que desea afiliarse al programa Pensión 65 debe contar con los requisitos siguientes:

Tener 65 años o más; Poseer el documento nacional de identidad (DNI); Poseer la clasificación socioeconómica de pobreza extrema otorgada por el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH); No percibir pensión o subvención proveniente del sector público o privados: AFP o de la ONP; Tampoco podrá percibir ninguna subvención o prestación económica otorgada por el Seguro Social de Salud – Essalud; Presentar: Declaración Jurada (DJ) debidamente llenada (MIDIS, 2020)

### **2.2.6. Acceso a los servicios de salud pública.**

#### **La salud.**

La definición de salud es controversial, existen múltiples construcciones conceptuales al respecto, que difieren entre sí por enmarcarse en enfoques teóricos diferentes y hasta antagónicos. Los gobiernos, también, la definen en función a sus capacidades de atención a su población. En esta definición, intervienen variables políticas, ideológicas, económicas, científicas y otras y está en constante evolución conforme desarrolla la ciencia y la democracia, donde cada día los derechos humanos toman enorme importancia.

Las definiciones de salud más aceptadas toman en cuenta los factores ambientales, económicas, sociales que en interacción con estructuras corporales y fisiológicas del ser humano, generan bienestar físico y mental.

“Un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente”  
(León & Berenson, 1996, p. 107)

La definición de validez universal, aceptadas por los gobiernos del mundo y aplicados en sus sistemas de salud es de la Organización Mundial de la Salud (1948) dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Alcántra, 2008, p. 96). Según este organismo, la salud de las personas no solo consiste en estar libre de la enfermedad, mantenerse sana física, psicológica y mentalmente; salud implica encontrarse bien socialmente, es decir libre de violencia, de angustias económicas, de vulnerabilidad, de riesgos, de contaminación ambiental, de inseguridad, en unas palabras gozar de bienestar social.

### **2.2.7. Importancia de la salud.-**

La salud tiene importancia crucial para el ser humano. El goce de una buena salud garantiza al individuo bienestar individual, disfrutar de la vida, desarrollar sus actividades cotidianas, tener una vida larga y de calidad. Según Casas (2002) “Las tres capacidades esenciales para el desarrollo humano son que las personas tengan una vida larga y sana, que posean los conocimientos necesarios y que tengan acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida aceptable” (p.397).

A parte de la cuestión humana y de justicia social o de entrega de derechos a las personas, la salud es uno de las condiciones básicas para el desarrollo de sociedades prósperas, fraternas, cordiales y con armonía social.

La concepción de desarrollo, a partir del 2000, ha dado un giro en los líderes del mundo, quienes han renunciado a la visión economicista del desarrollo, para fijarse en las condiciones materiales de vida del ser humano en el mundo. Y han optado por establecer los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, que tienen una

naturaleza eminentemente social, centrado en el ser humano no como entidad abstracta sino como el individuo de carne y hueso. Entre los trascendentales objetivos se fijaron “erradicar la pobreza extrema y el hambre, reducir la mortalidad de los menores de 5 años, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades”. En el 2015, nuevamente los líderes del mundo para continuar con el desarrollo social, convocados por las naciones Unidas, han fijado los nuevos Objetivos del Desarrollo Social (ODS), donde se mantiene los objetivos sociales: salud y bienestar.

La salud tiene peso importante en la economía, una sociedad con altos niveles de salud es más productiva, se dedica al trabajo, lo que implica la generación de mayor ingreso económico para la familia. Y, por otra parte, un país con bajos indicadores de mortalidad, morbilidad y con pequeños porcentajes de población enferma, destina menores recursos para la atención sanitaria, el cual permite un mayor desarrollo económico para la nación, “la correlación positiva entre la salud y los ingresos per cápita es una de las relaciones mejor conocidas en el desarrollo internacional” (Bloom et al, 2001, p. 398).

El crecimiento de la población sana, con largos años de vida repercute en el crecimiento económico del país, cuanto más sana es la población crece más rápido la economía, se calcula que “un aumento del 1% en la esperanza de vida, acelera el crecimiento del PIB per cápita del 3% anual en el siguiente cuarto de siglo, y la reducción de la tasa de fecundidad en dos niños por mujer acelera el crecimiento anual en un 1%” (Pan American Health Organization, 2001).

#### **2.2.8. Accesibilidad a la salud.**

Las personas pueden gozar de los derechos a la salud y otros derechos universales promovidos por el Estado, pero existen obstáculos que impiden que

esos derechos sean accesibles a todos. Todos tienen derecho a ser incluidos en el sistema escolar, en el sistema sanitario, etc., pero existen factores que obstaculizan el acceso de ciertos sectores sociales y por tanto pueden quedarse en el analfabetismo y la ignorancia, dichos factores pueden ser económicos, culturales, falta de cobertura territorial de los servicios y otros.

La accesibilidad es entendida como el acceso real a un determinado servicio o bien, es gozar del servicio, es ser atendido o tratado por el personal del servicio, es no ser excluido, es gozar físicamente del bien o servicio a los que se tiene derecho. En la presente investigación se asume la definición siguiente:

La accesibilidad es la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Existen barreras que puedan interponerse. Las barreras geográficas, se entiende como la imposibilidad de acercar los servicios a la población por un problema geográfico. Las barreras económicas aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos, celeridad en los diagnósticos. La cuarta barrera fue definida como cultural (o simbólica) y estaba centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios, el imaginario social y las representaciones colectivas y la población podían ser barreras de acceso (Comes et al., 2006, p. 202).

Para Figueroa et al (2014), la accesibilidad representa una relación tensa entre los demandantes del servicio y la oferta del servicio, en la búsqueda del bien o del servicio y la prestación u oferta del Estado. En el caso de este estudio sería

la búsqueda del servicio de salud por los usuarios de Pensión 65 y la atención que brindaría los Centros de Salud.

### **2.2.9. Dimensiones de la accesibilidad**

#### **Dimensión Geográfica.**

Los diseñadores de políticas públicas, muchas veces creen que es suficiente la oferta de determinados servicios para resolver la demanda de servicios y bienes públicos, dejan de lado los factores que determinan su accesibilidad y estos a veces son invisibles, cuyos efectos puede percibirse cuando los servicios están en funcionamiento. Uno de estos factores es el aspecto territorial o geográfico. La distancia que existe entre el puesto de salud y la residencia de los individuos se convierte en obstáculo para la accesibilidad al servicio, porque la geografía es accidentada, no están conectadas mediante alguna vía: carreteras, teléfono y otros medios, no existen medios de transporte, los pasajes son caros, se requiere de muchas horas para arribar al puesto de salud, etc. La distancia geográfica puede quebrar la eficacia de los servicios públicos. “Las barreras geográficas y territoriales están vinculadas directamente con las condiciones espaciales y orográficas como son las distancias de los centros de salud, que exista infraestructura vial, transporte con horarios adecuados, etc.” (Sánchez, 2017, p. 87).

#### **Accesibilidad económica.**

La accesibilidad económica se refiere a los aspectos económicos que permite a las personas acceder o no a un servicio médico. El gobierno puede ofrecer los servicios de salud de forma gratuita, sin embargo, existen materiales, recursos, especialidades que no los financia, los cuales deben ser cubiertos por el usuario o paciente. Dichos servicios y bienes tienen costos a veces elevados, como el

análisis de laboratorios, reactivos, consultas médicas, etc. Y estos factores se constituyen en obstáculos para contar con el derecho a ser atendidos en un puesto de salud. Otero y Otero (2003) afirma que la accesibilidad económica es la "posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios y medicamentos" (párr. 3).

### **Accesibilidad simbólica.**

Todas las personas son portadoras de símbolos, códigos, subjetividades, en base a los cuales reproducen el mundo, interpreta su entorno social y todo fenómeno que se presenta; los símbolos guían la vida cotidiana de las personas. Bajo esta lógica las personas tienen interpretaciones de su enfermedad, de la salud y de la entidad que presta servicios de salud, en muchas ocasiones estos símbolos, llamados por otros, cultura, coadyuvan a que las personas acudan al hospital para el cuidado de su salud o, también, esquiven o se nieguen al tratamiento médico de su salud. Sánchez (2017) sostiene que "las cuestiones culturales, son las creencias respecto a la salud, las costumbres, y la visión que tienen respecto a la enfermedad y la muerte, lo que da la pauta para la toma de decisiones ante una enfermedad" (p. 87). De la misma forma Figueroa y Cavalcanti (2014) expresa que la cultura es la creencia de de las personas sobre el cuerpo, la salud, la vida, la atención en los hospitales, y esto determina su concurrencia a un puesto de salud para tratar su malestar.

Las cuestiones simbólicas no se circunscriben al imaginario colectivo sobre la enfermedad, la vida y la muerte, abarca las percepciones, prejuicios, conceptos, valoraciones que construyen las personas sobre la entidad que brinda el servicio y sobre el valor que ellos tienen para el personal de salud: médicos, enfermera

y otros; evalúan si son sujetos de respeto, de afecto, de buen trato y de confidencialidad.

### **Accesibilidad administrativa.**

Para Mauro et al., (2006) “La dimensión organizacional llamada también burocrática, refiere a la organización de turnos, horarios y recorridos dentro del sistema” (p. 78). Esta dimensión se refiere a las formas, protocolos de atención que brinda los puestos de salud u hospitales, la cual tiene impacto directo en la accesibilidad; si la atención es pésima, posiblemente ya no regrese el usuario. Esta dimensión comprende el respeto en el trato al paciente, la atención cordial y en tiempo breve o adecuado, proveer información confiable sobre el estado de su salud, atención con equipos médicos adecuados en ambientes adecuados y otros. Estos aspectos que son muy propios de los centros de salud, ellos determinan la concurrencia o no de los usuarios a los centros de salud; esta accesibilidad se encuentra del lado de la oferta, por tanto, su solución depende de los conductores del puesto de salud o de la política del gobierno nacional.

### **2.3. Bases conceptuales o definición de términos básicos.**

#### **Accesibilidad**

Es la capacidad de acceder a algo que se desea o se necesita. Accesibilidad en salud, es la posibilidad de ser atendido por las operadoras de los servicios de salud pública o los del privado. Figueroa y Cavalcanti (2014) dice que “el acceso a acciones y servicios de salud representa la capacidad del paciente en obtener, cuando necesario, cuidado de salud, de manera conveniente” (p.1). En las políticas públicas se habla bastante de accesibilidad a los servicios y bienes públicos, porque el gobierno implementa políticas y programas sociales universales, sin embargo, existen grupos sociales que no acceden o quedan

excluidos de dichos programas, debido a múltiples factores que escapan al diseño del programa, estos obstáculos o barreras se deben a factores económicos, culturales, administrativos, territoriales, religiosos, etc. Por ejemplo, los gobiernos construyen carreteras a los pueblos aislados, pero ciertos grupos no hacen uso de ese bien porque no tienen la capacidad económica de pagar el pasaje; el gobierno crea escuelas en el ámbito nacional, pero hay padres que no envían a estudiar a sus hijos porque consideran que el estudio no genera ningún ingreso económico en el día, por tanto, prefieren que sus hijos trabajen.

### **Atención primaria**

Rosas et al., (2013) expresa que la Atención Primaria consiste en proveer a los usuarios del Centro médico servicios sanitarios integrales a cargo de personal calificado en la salud como médicos y enfermeras, es diferente a la atención especializada. Este nivel de atención tiene cuatro atributos accesibilidad (fácil acceso a los servicios médicos), longitudinalidad (relación continua médico-paciente), integralidad (atención sanitaria de problemas sanitarios más frecuentes), coordinación (labor conjunta del personal de salud).

La organización Mundial de la Salud (2021) define la atención primaria como:

“La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas” (Organización Mundial de la Salud, 2021, párr. 2).

La Atención Primaria de Salud, es la función que debe cumplir el Estado para proteger a su población de múltiples enfermedades y otorgarles bienestar social y calidad de vida. Esta atención es entendido como una cuestión de equidad y justicia social a las que tienen derecho todos los ciudadanos.

### **Demanda y oferta en salud**

Por demanda de salud se entiende a la población que requiere el servicio de salud pero que no es atendida, y por oferta se entiende a los servicios sanitarios ofrecidos por el Estado. La demanda de salud se presenta en dos niveles: el primero, es de cobertura, es decir, faltan centros de salud y hospitales; y el segundo, es la demanda de calidad, el Estado ofrece el servicio, pero de mala calidad, con pobres diagnósticos, con tratamiento no especializados y también el tratamiento no es continuo, existe abandono del paciente. En el Perú, la demanda de salud es grande en los dos niveles, y el estado no posee la capacidad de tener instalaciones físicas de salud en todo el Perú; la demanda de calidad es aún más grande, todos los centros de salud tienen deficiencia en la atención sanitaria del paciente.

### **Empatía**

La empatía es entendida como ponerse en el lugar del otro, es la comprensión del sentimiento del otro en determinadas circunstancias, y el otro debe percatarse de que uno siente lo que el siente, que uno le comprende, y por tanto se genera confianza entre ambos. Empatía es comunicación con el mundo interior del otro (Lopez et al., 2014). La empatía es una categoría muy usada en el campo médico, cuyo uso y práctica tiene efectos positivos en el proceso de tratamiento y recuperación del paciente, se tiene la cita siguiente:

En Medicina, se aplicaría a la peculiar relación entre médico y paciente. El médico, idealmente, debería tener empatía con su paciente, sintonizar con su idiosincrasia y con sus padecimientos actuales. En concreto, un médico con capacidad de empatía es capaz de percibir adecuadamente lo que el paciente siente en su interior, lo que se hace controversial, pues se hace difícil aceptar que uno se puede “introducir” en el otro (Lizarasó, 2012, pág. 1)

### **Exclusión**

Por exclusión se entiende estar fuera de, es no estar incorporado en algo, el cual se debe a muchos factores. Según la Real Academia Española (RAE), significa “Marginación sistémica de personas privadas de los beneficios sociales al ser discriminadas por pobreza, carencias formativas o discapacidad”. En el campo social se habla de exclusión social, lo que significa que segmentos poblacionales no intervienen en campos considerados valiosos en dicha sociedad, como la educación, el empleo, la vivienda y otros. Cuando se habla de exclusión de los servicios de salud pública, significa que el Estado otorga dichos servicios, pero parte de la población no accede por cuestiones culturales, económicas y otras.

### **Pobreza.**

Convencionalmente la pobreza es definida como la carencia de recursos necesarios para mantener condiciones de vida socialmente aceptables. El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) (2020) define a la pobreza como la carencia de bienes materiales satisfactorios de necesidades, pero más que eso, es la reducción de las capacidades individuales que dificulta el goce de una vida deseable y se manifiesta en pobreza física, en carencias económicas,

restricción de libertades, pobreza en salud y otros. Además, la pobreza te condena a perder tu libertad, y que tus derechos humanos no se respeten.

Para el Instituto Nacional de Salud (INS) (2018), la pobreza es una condición de vida que se encuentra por debajo de los estándares socialmente aceptables. Pobreza es incapacidad de cubrir las necesidades alimentarias, también incluye la segregación educativa, inequidad de los sistemas de salud, carencia de vivienda, exclusión del empleo, del ingreso económico, privación hasta de los derechos humanos.

### **Protección de la Salud.**

“Son actividades de control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además, se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte” (Instituto Nacional de Salud, 2018).

### **Salud pública**

Es el servicio que brinda el Estado a la población de manera gratuita, a través del su sistema de salud nacional. Según la OMS debe basarse “en los principios de efectividad, oportunidad, seguridad, eficiencia, equidad, atención centrada en el paciente” (OMS).

En el caso del Perú la salud pública es definida por Instituto Nacional de Salud, que textualmente dice:

La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los

esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado (Instituto Nacional de Salud, 2018, p. 24)

### **Servicios Complementarios en Pensión 65**

Brindar Servicios Complementarios significa ir más allá de la subvención económica, es realizar actividades de promoción para que los adultos mayores accedan a otros servicios públicos, que deben ser garantizados por diversos sectores previa coordinación con los responsables del Programa Pensión 65. Pueden tener acceso a la recreación en coordinación con la Dirección de Cultura y la de Turismo; pueden tener acceso a talleres de equidad de género y otros.

## **2.4. Bases epistemológicas, bases filosóficas y/o bases antropológicas**

### **La salud pública y su accesibilidad**

La salud pública y su accesibilidad no puede entenderse fuera del contexto económico y político; esta es el resultado de la política y la economía nacionales e internacionales. Antes de la llegada de la globalización y el liberalismo, los Estados-Nación se habían configurado como Estados de Bienestar, que priorizaba la entrega de derechos a su población, como la salud y otros.

Pero, el Estado de Bienestar a finales de la década de los 80 e inicios de los 90, fue criticado como ineficiente, corrupto, responsable de la pobreza de los países, y perdió la batalla ideológica y política. Los grupos liberales se empoderan, conquistan el gobierno e implementan políticas económicas liberales, y ese Estado de bienestar deviene en Estado pequeño, gendarme, cede su rol conductor del desarrollo nacional al mercado. Este nuevo Estado, desarrolla políticas privatizadoras y transfiere a manos privadas todas las empresas Estatales. Los servicios públicos son concebidos como mercancía que circula en el mercado y puede ser adquirido a un precio por un demandante cualquiera, entre ellos se encuentra la salud, la educación, la vivienda, los servicios básicos y otros. Como es lógico, grandes sectores sociales no van a tener acceso a los servicios que antes eran públicos, no van a acceder a la salud, porque tiene un precio, tampoco a la educación de calidad, esta también tiene precios elevados.

Como consecuencia de esta política se va a acrecentar las brechas sociales, las inequidades van a ser más profundas, los sectores pobres sufrirán exclusión social de los bienes y servicios que son valiosos en la vida de todo ser humano. La política económica liberal, con rapidez va dejar visible sus consecuencias, porque los setores pobres, sin acceso a la salud y otros servicios van a ser la

víctima del resurgimiento de viejas enfermedades, la morbilidad y mortalidad se van a incrementar. Sobre este fenómeno González y Sosa (2010) dice:

“La crisis de la salud pública en América Latina, se hace reconocible por el resurgimiento de enfermedades que se creían casi erradicadas, subregistros de mortalidad y morbilidad, tendencia generalizada al desempleo o subempleo, crecimiento sostenido de la informalidad, persistencia de alta mortalidad materno infantil, así como por suicidios-homicidios, y tendencias al retroceso de la esperanza de vida de la población, entre muchos otros males” (p.44)

Ante esta situación el Estado ha reaccionado atendiendo a los más pobres, extendiéndoles su mano protectora, considera que a los pobres les falta o tienen muy pocas capacidades para valerse por sí mismos, por lo que surge la necesidad de protegerlos mediante un programa social financiado por el Estado con recursos públicos. Pero el Estado no toma las medidas adecuadas para reestructurar la economía donde la gente puede desempeñarse con libertad y autonomía y goce de sus derechos ciudadanos como la salud y la educación y que estas no le sean entregadas como un gesto de compasión.

“La influencia del paradigma cartesiano-newtoniano, constituye sin lugar a dudas, la base conceptual de la Salud Pública en la Modernidad” (González, 2005, p. 45), por ello, con los programas sociales, el gobierno busca la atención del cuerpo, sanar físicamente y no erradicar los determinantes del deterioro de la salud de los pobres, no ataca el contexto político y económico.

En el contexto del liberalismo la política social del Estado a pasado a ser una suerte de entidad auxiliadora, de ayuda o de apoyo para aquellos que son

segregados de la sociedad moderna como efectos del modelo económico liberal, y no asume su rol fundamental de conducir los destinos del país en el campo social, como diseñar las políticas de salud, de educación y otros para convertir a los ciudadano en gente empoderada, con autonomía, con altas capacidades mentales, intelectuales y físicas para llevar adelante el desarrollo del país. Hoy esta política se ha convertido en un agente que resuelve las necesidades de la gente que no se pudo resolver mediante el mercado. Si para la empresa no es rentable la instalación de telefonía móvil en zonas rurales, el Estado debe hacerlo con financiamiento público; si la empresa ofrece servicios de salud inaccesible para los pobres, el Estado debe ofertar dicho servicio para los pobres. Bajo esta lógica, en la actualidad, el Estado peruano busca resolver los problemas sociales, por ello crea programas sociales, Pensión 65 es uno de ellos que permite a los mayores de 65 años de edad acceder a los servicios de salud pública financiados con recursos públicos, porque no acceden al sistema de salud privados.

Pero este paradigma ya viejo de políticas y programas sociales va siendo criticado y sustituido por uno nuevo, la frase siguiente refleja tal realidad: “Estamos reemplazando la concepción de beneficiario objeto de tutela o compasión del Estado, por el paradigma de ciudadano sujeto de derechos. Apostamos a fortalecer nuestro compromiso social apuntando a una gestión eficiente y transparente.” (Eguía & Ortale, 2007, pág. 11)

## CAPITULO III. METODOLOGIA

### 3.1. **Ámbito**

Esta investigación se desarrolló en los usuarios del Programa Pensión 65 del CP San José de Pucate del distrito de Aucayacu, región Huánuco.

### 3.2. **Población.**

La población estuvo constituida por los usuarios de Pensión 65 que viven en lugares cuya distancia es superior a 5 km. del Puesto de Salud de San José de Pucate, que en total suman 42 usuarios.

### 3.3. **La muestra.**

Dado que la población es reducida, se ha tomado a toda la población para ser estudiada, por tanto, no se halló estadísticamente el tamaño de la muestra.

### 3.4. **Nivel y tipo de estudio.**

#### 3.4.1. **Nivel de estudio.**

**Nivel descriptivo:** El análisis de los datos de campo se inicia con la descripción de las características más relevantes del fenómeno, se somete a este nivel de estudio a las dimensiones correspondientes a cada variable, porque los “Estudios descriptivos Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández et al., 2014, p. 92).

**Nivel explicativo:** en este nivel de análisis se busca identificar las causas del fenómeno, se establece el porqué de su existencia; aquí, los estudios “están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables” (Hernández et al 2014, p.94). aquí se determina cómo el

Programa Pensión 65 influye en la accesibilidad a los servicios de salud pública de los usuarios de Pensión 65.

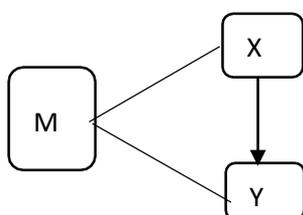
### 3.4.2. Tipo de estudio.

**Aplicada**, el estudio fue aplicado porque sus resultados servirán para mejorar la gestión del programa y mejorar su accesibilidad a servicios de salud pública. Según Carrasco, 2006) la investigación de tipo aplicada tiene por finalidad transformar la realidad problemática.

**Básica**, este estudio realiza un aporte teórico en el conocimiento de la realidad, con el cual se incrementa las explicaciones sobre la relación entre el Programa Pensión 65 y la accesibilidad a los servicios de Salud Pública.

### 3.5. Diseño de investigación

El diseño fue no experimental, seccional y descriptivo-explicativo; el esquema es el siguiente:



**Donde:**

M = Muestra

X = variable independiente: Pensión 65.

Y = variable dependiente: Accesibilidad a servicios de salud pública.

### 3.6. Métodos, técnicas e instrumentos.

#### 3.6.1. Métodos de estudio

##### **Método cuantitativo.**

Dado que se estudió realidades objetivas que se encuentran fuera de la subjetividad de las personas, se utilizó el método cuantitativo, el cual permitió la medición de las variables en base a la estadística descriptiva e inferencial.

### **El inductivo-deductivo**

Estos métodos permitieron observar datos concretos obtenidos de la realidad y en base a ellos se pudo arribar a conclusiones; también, se recurrió a las teorías existentes para el análisis de los datos.

### **El análisis y la síntesis**

Para estudiar la realidad problemática seleccionada se usaron estos métodos porque las variables fueron descompuestas en sus componentes o dimensiones que fueron medidas mediante indicadores, luego se hizo un análisis conjunto de todas las dimensiones para comprender el comportamiento de las variables: Pensión 65 y accesibilidad a la Salud Pública.

## **3.6.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **Técnica de revisión bibliográfica.**

Para el desarrollo de esta tesis se han revisados diversas fuentes bibliográficas que abordan las variables en estudio. Para ello se ha recurrió a las fichas bibliográficas y apuntes.

**La encuesta**, esta fue la técnica que se utilizó para recopilar información de campo, es decir, de la población de estudio

### **Instrumentos.**

**Fichas bibliográficas**, Las citas de las fuentes bibliográficas han sido tomadas en fichas bibliográficas para luego elaborar el marco teórico de la investigación.

**El cuestionario**, con este instrumento se recabó información de los usuarios del programa Pensión 65 de San José de Pucate; se utilizó el cuestionario con escala Likert.

### 3.7. Confiabilidad del instrumento.

Para garantizar que el instrumento debe medir lo que se desea medir, el cuestionario ha sido evaluado mediante la prueba de confiabilidad con alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach. Previamente, se ha recogido información de la muestra piloto conformado por 18 usuarios del programa pensión 65 de la ciudad, el coeficiente es el siguiente:

Estadística de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | Nro. de elementos |
|------------------|-------------------|
| 0,84             | 18                |

El coeficiente de 0,84, es aceptable, indica que el instrumento es confiable, por consiguiente, se procedió con su aplicación a la muestra.

### 3.8. Validez de Instrumento.

Los instrumentos fueron validados por tres expertos en Investigación.

### 3.9. Procedimiento. –

**Coordinación**, se realizaron las coordinaciones con los funcionarios de Pensión 65 para la aplicación de los cuestionarios.

**Capacitación**. Antes de realizar la encuesta, los tesisas, fueron capacitados por el asesor, luego se procedió a recoger la información, así se evitaron errores que afecten la idoneidad de la información.

**Aplicación de los instrumentos**. Los usuarios de Pensión 65 fueron encuestados en los días que tienen programado el cobro de sus pensiones, el

cual facilitó su ubicación. Previo al desarrollo del cuestionario fueron informados sobre el anonimato, la confidencialidad y el destino de la información recopilada.

### **3.10. Plan de tabulación y análisis de datos estadísticos.**

#### **3.10.1. Tabulación. -**

Se realizaron las siguientes fases:

- **Exploración de datos**, se realizó el control de calidad de datos.
- **Categorización de datos**, Para el procesamiento estadístico con el SPSS y su correspondiente análisis los datos fueron categorizados y codificados.

#### **3.10.2. Análisis de datos.**

Se realizaron los análisis siguientes:

- **Análisis descriptivo**, los datos recolectados fueron analizados en un nivel descriptivo según los ítems, dimensiones y variables, y fueron presentados en tablas de frecuencia.
- **Estadística inferencial**, en este nivel de análisis se utilizó la estadística inferencial para probar las hipótesis y medir el impacto de la variable independiente en la dependiente.

### **3.11. Consideraciones éticas**

Los investigadores de este proyecto cuidaron que no se incurra en perjuicio de la integridad física y moral de los usuarios de Pensión 65. La investigación no afectó su integridad, tampoco la imagen pública del Programa Pensión 65 y sus funcionarios. Los cuestionarios fueron anónimos, participaron libremente, no recibieron beneficios económicos ni de otro tipo por responder los cuestionarios, los datos recolectados se utilizaron solo con fines de la presente

investigación, las hojas del cuestionario fueron destruidas concluida la investigación.

## CAPITULO IV. RESULTADOS

*Tabla 1. Datos sociodemográficos de los usuarios de Pensión 65, San José de Pucate*

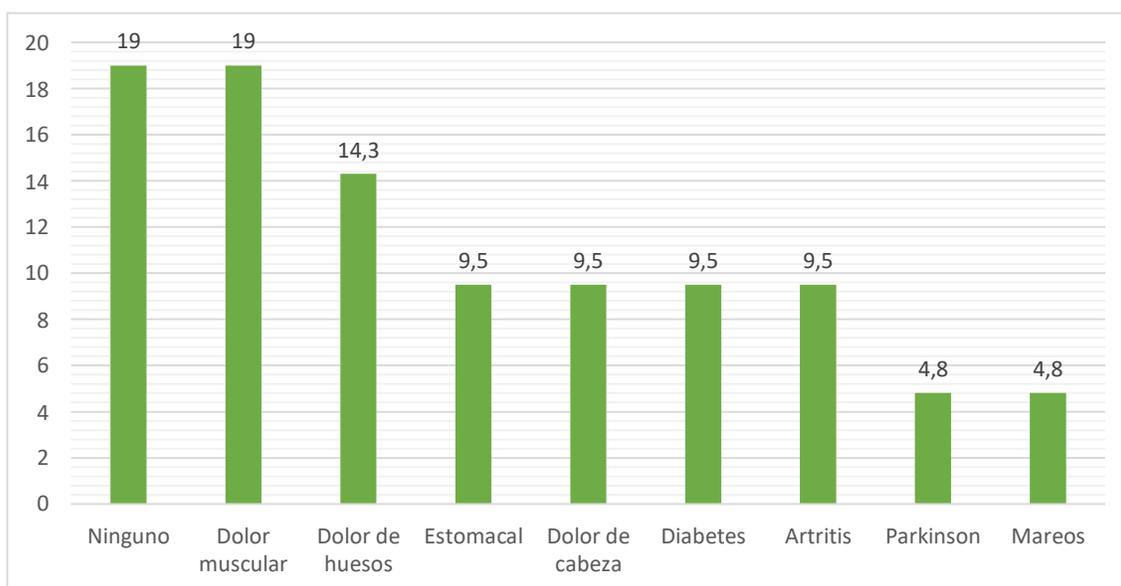
|                     |                               | Frecuencia | Porcentaje válido |
|---------------------|-------------------------------|------------|-------------------|
| Lugar de residencia | C. San Martín de Pucate       | 14         | 33,3              |
|                     | CP. San José de Pucate        | 12         | 28,6              |
|                     | C. Primavera                  | 2          | 4,8               |
|                     | C. San Francisco de Bolognesi | 2          | 4,8               |
|                     | C. Pavayacu                   | 12         | 28,6              |
| Género              | Masculino                     | 28         | 66,7              |
|                     | Femenino                      | 14         | 33,3              |
| Ocupación           | Agricultor                    | 24         | 57,1              |
|                     | Ama de casa                   | 12         | 28,6              |
|                     | Ninguna ocupación             | 6          | 14,3              |
| Estado civil        | Soltero                       | 26         | 61,9              |
|                     | Casado                        | 6          | 14,3              |
|                     | Conviviente                   | 4          | 9,5               |
|                     | Viudo                         | 6          | 14,3              |
| Edad                | 65-70                         | 20         | 47,6              |
|                     | 71-75                         | 8          | 19,0              |
|                     | 75-80                         | 8          | 19,0              |
|                     | 81-                           | 6          | 14,3              |
| Escolaridad         | Sin escolaridad               | 12         | 28,6              |
|                     | Primaria                      | 28         | 66,7              |
|                     | Secundaria incompleta         | 2          | 4,8               |

El 76,7% de los usuarios de Pensión 65 viven en Centros Poblados diferentes a San José de Pucate, pero están afiliados al Programa Juntos y al Puesto de Salud con sede en esta localidad. Los que viven en San José de Pucate se encuentran distantes aproximadamente a 5 kilómetros del Puesto de salud; el 57.1% son agricultores, el 28.6% amas de casa, el 14,3% no tiene ocupación; el 66.7% de los afiliados son del género masculino; el 61.9% son solteros, el 47.6% tienen entre 65 y 70 años, el 14.3% tiene más de 81 años; el 28.6% no tienen escolaridad. Estos datos muestran que los usuarios sufren de pobreza crónica y estructural.

**Tabla 2. Enfermedad que sufren los usuarios de Pensión 65**

|                 | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------|-------------------|----------------------|
| Ninguno         | 8          | 19,0              | 19,0                 |
| Estomacal       | 4          | 9,5               | 28,6                 |
| Dolor de cabeza | 4          | 9,5               | 38,1                 |
| Dolor muscular  | 8          | 19,0              | 57,1                 |
| Dolor de huesos | 6          | 14,3              | 71,4                 |
| Diabetes        | 4          | 9,5               | 81,0                 |
| Artritis        | 4          | 9,5               | 90,5                 |
| Parkinson       | 2          | 4,8               | 95,2                 |
| Mareos          | 2          | 4,8               | 100,0                |
| Total           | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 4. Enfermedad que sufren los usuarios de Pensión 65**

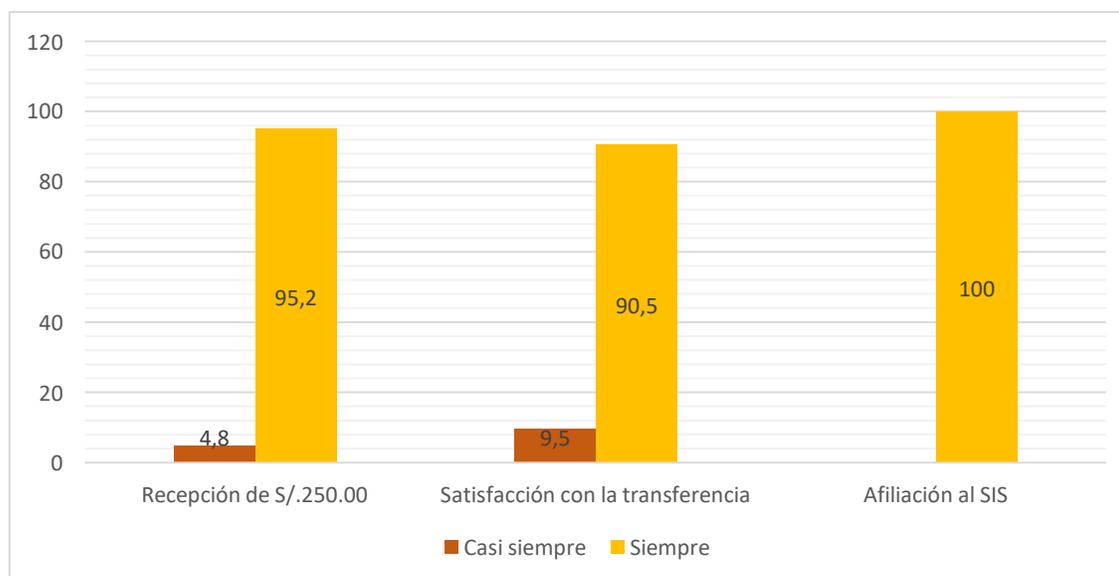


De los encuestados, el 19% expresa no sufrir ninguna enfermedad; el problema de salud más generalizado es el dolor muscular que sufre el 19%, seguido del 14,3% que padecen de dolor de huesos; el 9,5% presentan dolores estomacales; el 9,5% tiene diabetes; el 9,5%, artritis; y el 4,8%, Parkinson. En total el 81% presentan diversas dolencias y enfermedades, por lo que el sistema de salud público debe desarrollar acciones de asistencia sanitaria permanente para este sector social.

*Tabla 3. Beneficios del Programa Pensión 65*

|                                   | Casi siempre | Siempre |
|-----------------------------------|--------------|---------|
| Recepción oportuna de S/.250.00   | 4,8          | 95,2    |
| Satisfacción con la transferencia | 9,5          | 90,5    |
| Afiliación al SIS                 |              | 100.    |

*Figura 5. Beneficios del Programa Pensión 65*



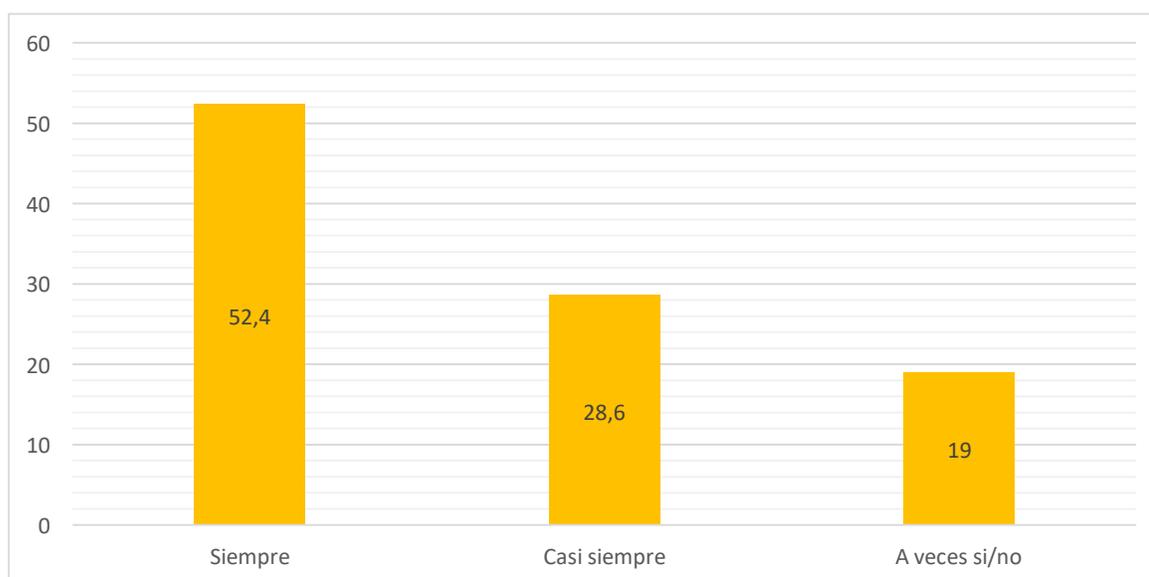
El 95,2% de los usuarios reciben oportunamente la transferencia monetaria de s/250.00 nuevos soles; el 90,5% se encuentra satisfecho con dicha transferencia. Esto, quiere decir, que la población vulnerable tiene ingresos monetarios que les garantiza cierta estabilidad económica y puede acceder a la alimentación fundamentalmente. También, el 100% de los usuarios están afiliados al SIS, el cual les garantiza el acceso a los servicios de atención sanitaria.

## ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA

Tabla 4. Existe movilidad para llegar al Puesto de Salud

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| A veces si/no | 8          | 19,0              | 19,0                 |
| Casi siempre  | 12         | 28,6              | 47,6                 |
| Siempre       | 22         | 52,4              | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

Figura 6. Existe movilidad para llegar al Puesto de Salud

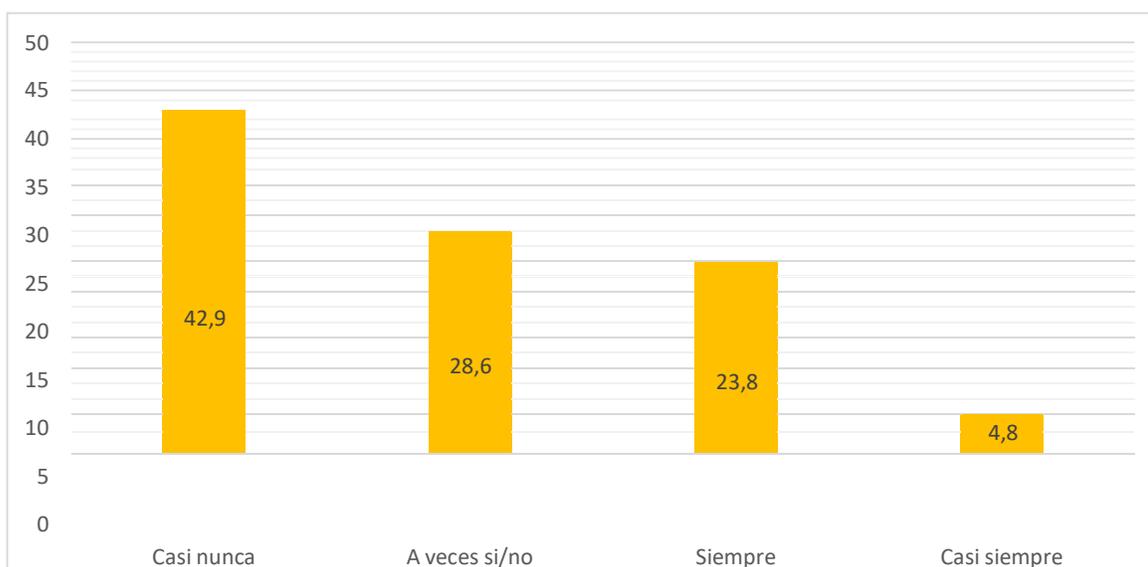


Respecto a la accesibilidad geográfica al Puesto de Salud, el 52,4% no tiene ningún problema de acceso a una movilidad para desplazarse desde su vivienda hasta el Puesto de Salud. Pero, el 28,6% dice que existe movilidad “casi siempre”, es decir la movilidad no siempre esta disponible para que se desplacen al Puesto de Salud. El 19,0% presenta el problema de movilidad, porque cuentan con la frecuencia de “a veces si a veces no” con alguna movilidad que los conduce al Puesto de salud de San José de Pucate.

*Tabla 5. Las vías de comunicación están en buen estado para llegar al Puesto de Salud*

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Casi nunca    | 18         | 42,9              | 42,9                 |
| A veces si/no | 12         | 28,6              | 71,4                 |
| Casi siempre  | 2          | 4,8               | 76,2                 |
| Siempre       | 10         | 23,8              | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

*Figura 7. Las vías de comunicación están en buen estado para llegar al Puesto de Salud*



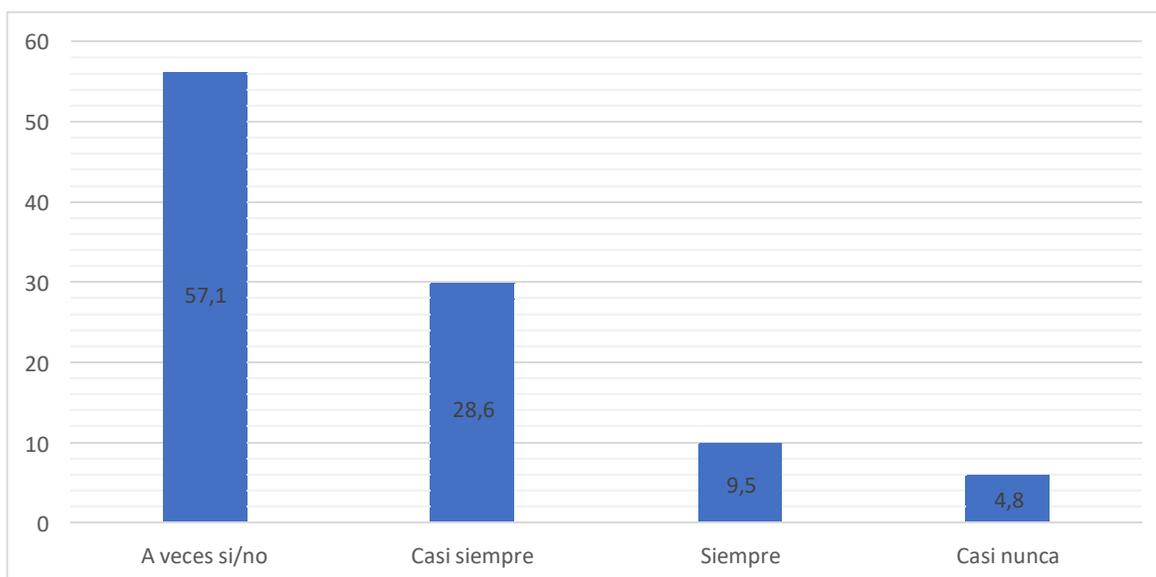
Para el 42,9% de los usuarios las vías de comunicación casi nunca están en buen estado, siempre presentan dificultades para acceder al Puesto de salud con la comodidad y en el tiempo adecuado; para el 28,6% “a veces si a veces no”; para el 23,8% siempre están en buen estado. Las condiciones de las vías de comunicación condicionan la accesibilidad al puesto de salud en el momento oportuno.

## Accesibilidad Económica

*Tabla 6. Todas mis enfermedades me tratan en el Puesto de Salud*

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Casi nunca    | 2          | 4,8               | 4,8                  |
| A veces si/no | 24         | 57,1              | 61,9                 |
| Casi siempre  | 12         | 28,6              | 90,5                 |
| Siempre       | 4          | 9,5               | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

*Figura 8. Todas mis enfermedades me tratan en el Puesto de Salud*

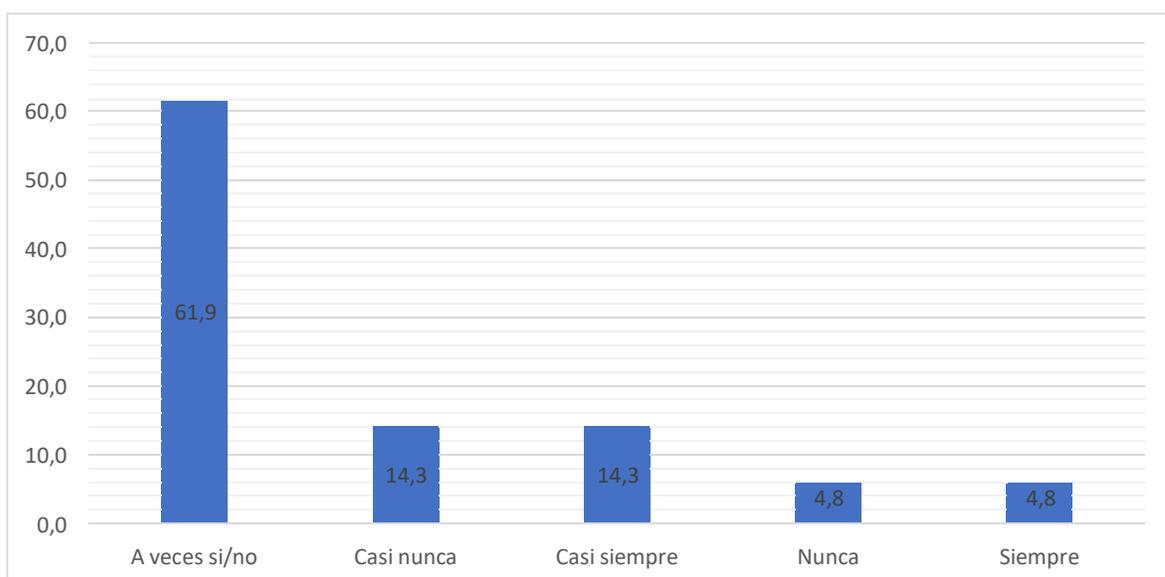


Según estos datos, los usuarios de pensión 65 no todas sus enfermedades se tratan en el Puesto de Salud. El 57,1% se trata “a veces si a veces no”; el 28,6%, casi siempre y un pequeño grupo de 9,5%, siempre. De esto, se puede deducir que los usuarios no concurren al puesto de salud en busca de la cura de sus enfermedades, buscan otras alternativas como los servicios privados, la automedicación o la medicina tradicional.

**Tabla 7. Los análisis que pide el médico tienen precio bajo**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Nunca         | 2          | 4,8               | 4,8                  |
| Casi nunca    | 6          | 14,3              | 19,0                 |
| A veces si/no | 26         | 61,9              | 81,0                 |
| Casi siempre  | 6          | 14,3              | 95,2                 |
| Siempre       | 2          | 4,8               | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 9. Los análisis que pide el médico tienen precio bajo**

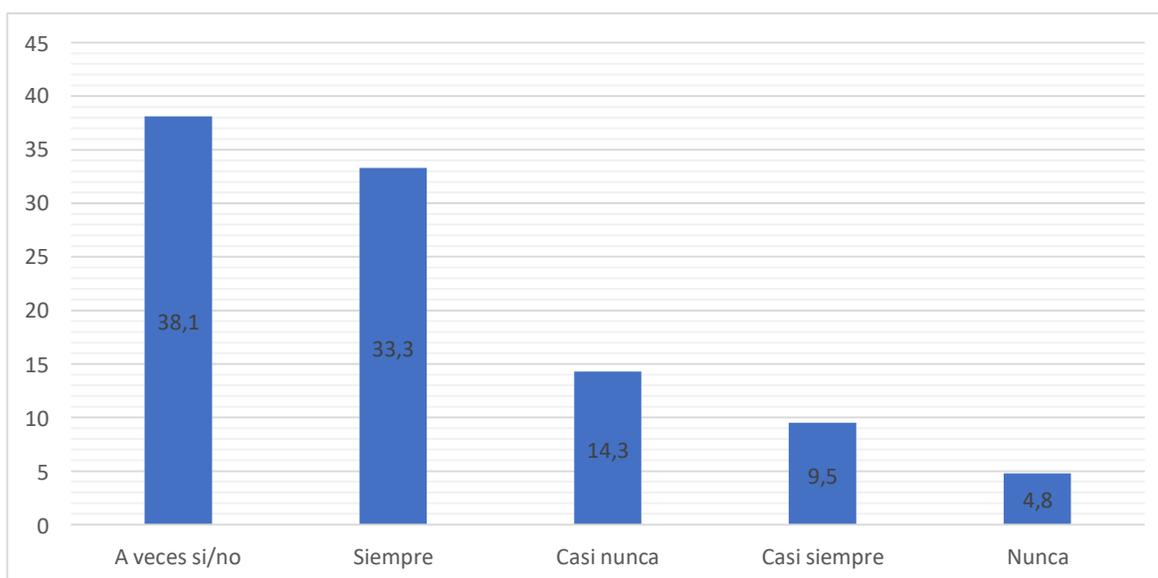


Los diversos análisis que piden los médicos para tratar las enfermedades de los usuarios de Pensión 65, no siempre tienen precios bajos que estén al alcance de los usuarios. El 61,9% dice que dichos precios son bajos “a veces si a veces no”; para el 14,3% casi nunca; solo para el 4,8% siempre son bajos. Es decir, en base a estos datos se puede sostener que los usuarios tendrían obstáculos económicos para acceder a los servicios médicos.

**Tabla 8. En el Puesto de Salud te entregan gratis las medicinas**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Nunca         | 2          | 4,8               | 4,8                  |
| Casi nunca    | 6          | 14,3              | 19,0                 |
| A veces si/no | 16         | 38,1              | 57,1                 |
| Casi siempre  | 4          | 9,5               | 66,7                 |
| Siempre       | 14         | 33,3              | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 10 En el Puesto de Salud te entregan gratis las medicinas**

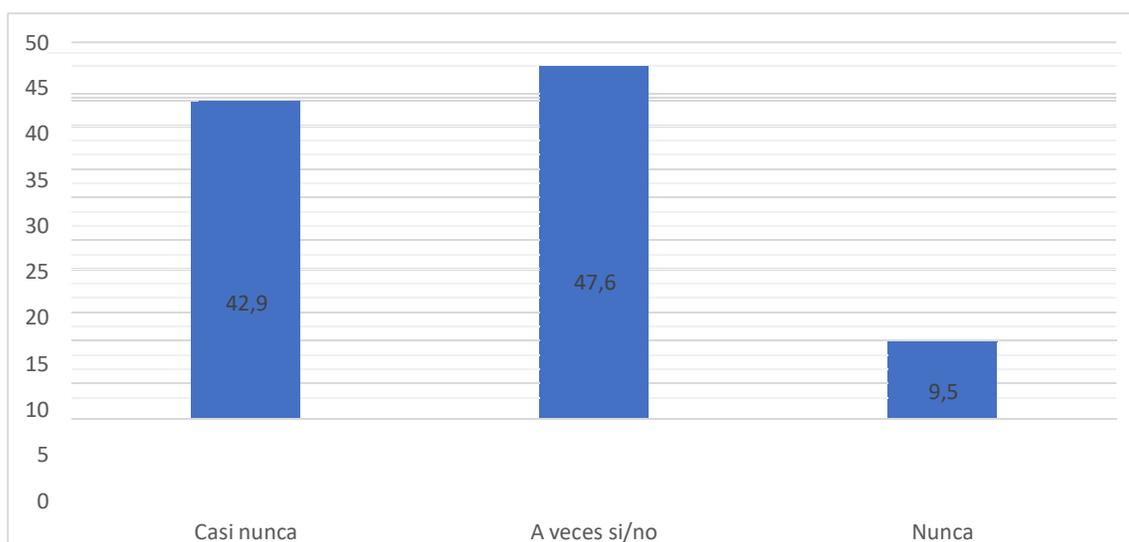


Los usuarios de Pensión 65, afiliados al SIS, tienen derecho a la atención médica gratuita; pero, los datos dicen que no todas las medicinas se encuentran en el Puesto de salud, por tanto, no se pueden entregar todas. De ahí que el 38,1% recibe de forma gratuita la medicina “a veces si/no”; el 33,3%, siempre, el 14,3%, nunca. De esto se puede deducir que los usuarios deben adquirir sus medicinas de alguna farmacia privada o dejar de tratar su enfermedad.

**Tabla 9. Prosigo con el tratamiento médico en el Puesto de Salud con medicina adquirida en farmacias privadas.**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Nunca         | 4          | 9,5               | 9,5                  |
| Casi nunca    | 18         | 42,9              | 52,4                 |
| A veces si/no | 20         | 47,6              | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 11. Prosigo con el tratamiento médico en el Puesto de Salud con medicina adquirida en farmacias privadas**



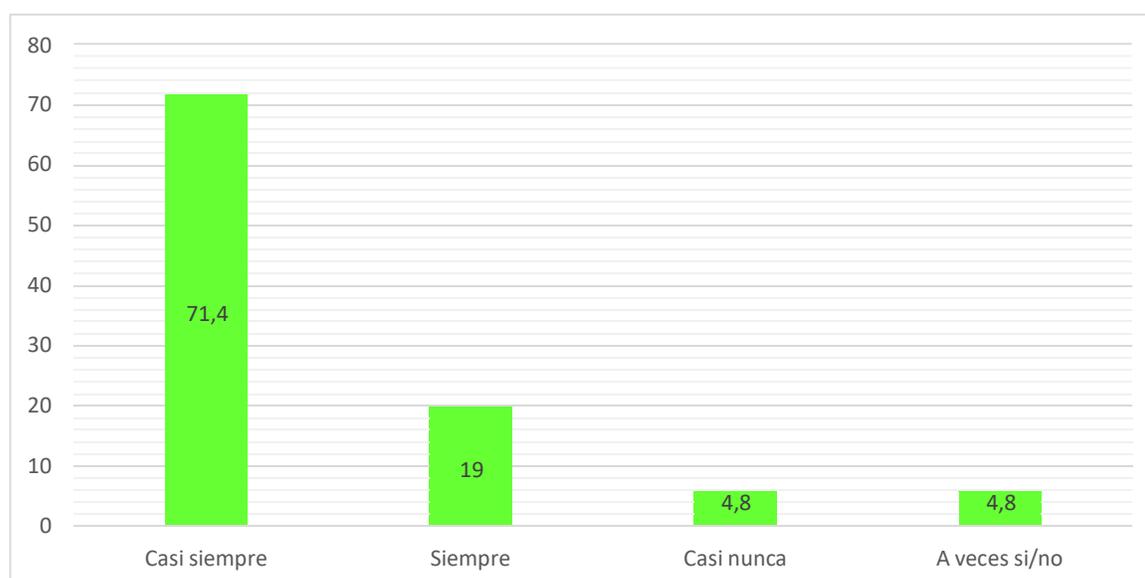
Los usuarios de Pensión 65 aunque no accedan a todas las medicinas recetadas, continúan con su tratamiento en el Puesto de salud con medicinas que adquieren en farmacias privadas, pero lo hacen con baja frecuencia. El 42,9% casi nunca continúa con su tratamiento; el 47,6% lo hace “a veces si/no; el 9,5% nunca prosigue con este tipo de tratamiento.

## Accesibilidad simbólica

**Tabla 10. En el Puesto de Salud guardan confidencialidad sobre mi enfermedad**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Casi nunca    | 2          | 4,8               | 4,8                  |
| A veces si/no | 2          | 4,8               | 9,5                  |
| Casi siempre  | 30         | 71,4              | 81,0                 |
| Siempre       | 8          | 19,0              | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 12. En el Puesto de Salud guardan confidencialidad sobre mi enfermedad**

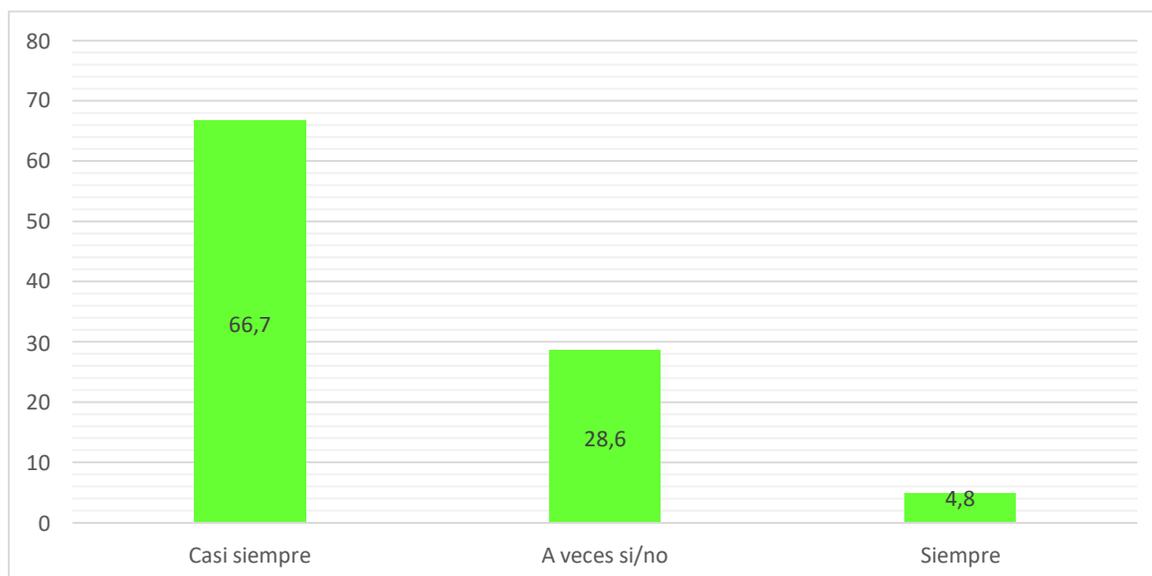


Las enfermedades que sufren las personas, en todo Puesto de Salud, deben ser guardadas confidencialmente, no pueden ser difundidas ni deben ser de fácil acceso para terceras personas. El 71,4% considera que el puesto de salud guarda confidencialidad sobre su enfermedad casi siempre; el 19%, siempre; el 4,8%, casi nunca.

**Tabla 11. Siento que soy importante para el Personal del Puesto de Salud.**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| A veces si/no | 12         | 28,6              | 28,6                 |
| Casi siempre  | 28         | 66,7              | 95,2                 |
| Siempre       | 2          | 4,8               | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 13. Siento que soy importante para el Personal del Puesto de Salud**

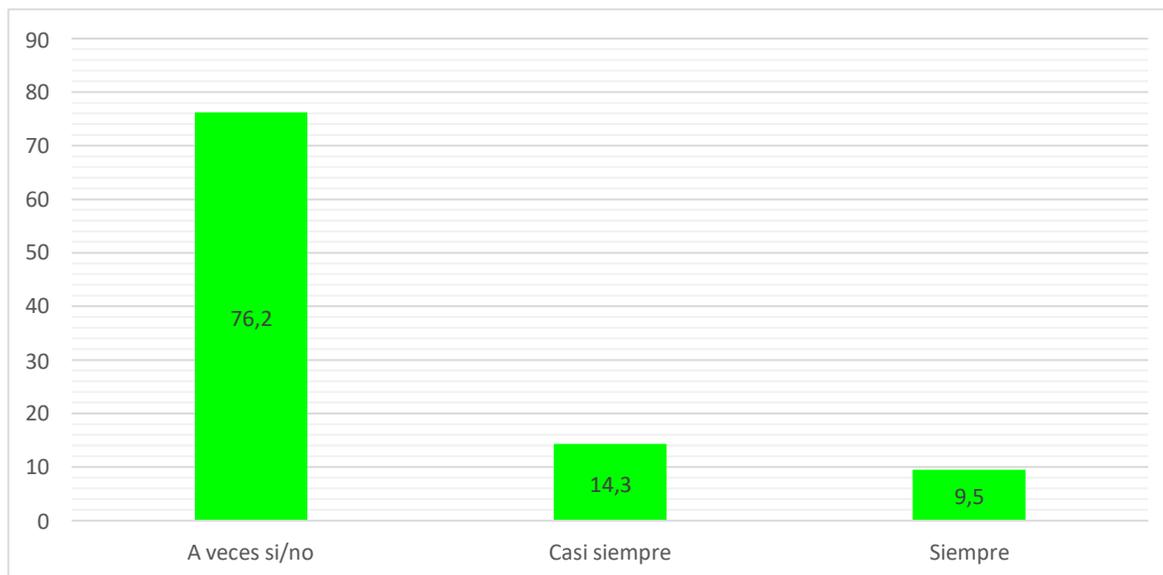


El sentirse valorado por otra persona aumenta la autoestima y genera confianza en un determinado ambiente social. Generalmente, los pobres se sienten disminuidos o inferiores frente a los otros que no son pobres. La información de campo evidencia que el 66,7% de usuario se considera importante “casi siempre” para el personal del Puesto de Salud; el 28,6% “a veces si/no”; el pequeño grupo de 4,8% dice que “siempre”. Estos datos expresan que los usuarios son poco valorados en el Puesto de salud, el cual influye en su voluntad para que accedan de forma continua al Puesto de Salud. Lo ideal es que la mayoría tenga la percepción de sentirse valorado “siempre” por el personal sanitario.

**Tabla 12. En el Puesto de Salud me tratan con respeto**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| A veces si/no | 32         | 76,2              | 76,2                 |
| Casi siempre  | 6          | 14,3              | 90,5                 |
| Siempre       | 4          | 9,5               | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 14. En el Puesto de Salud me tratan con respeto**

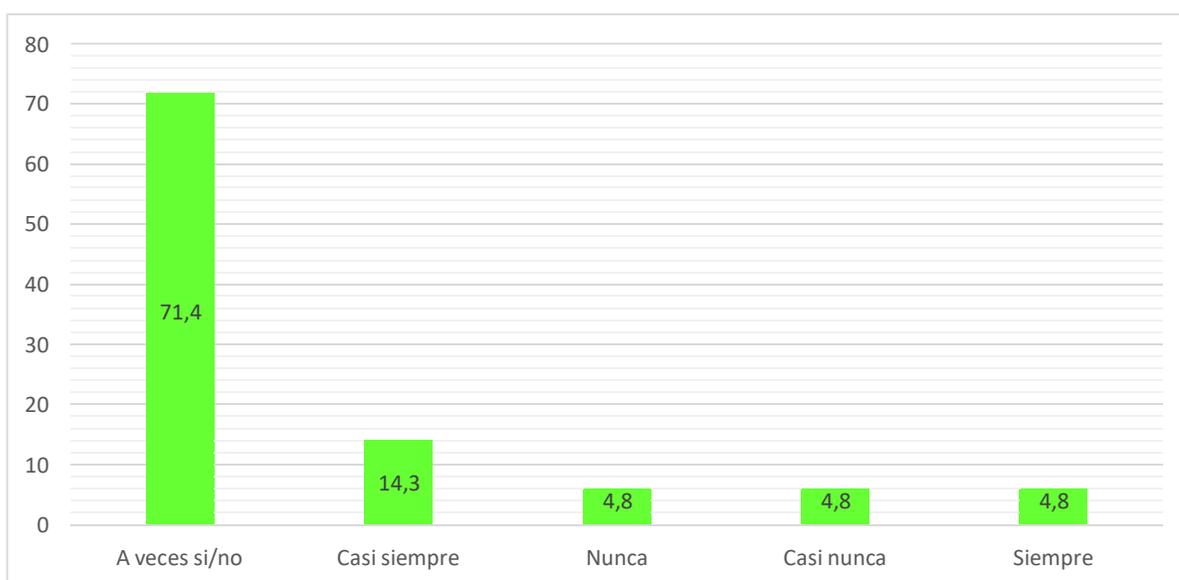


El 76,2% de los usuarios de Pensión 65 expresa que en el Puesto de Salud son tratados con respeto con la frecuencia de “a veces si/no”; el 14,3%, casi siempre; solo el 9,5%, siempre. Estos datos muestran que los usuarios tienen la percepción de no ser tratados con respeto habitualmente. El respeto brindado por los trabajadores del Puesto de Salud es poco frecuente.

**Tabla 13. En el Puesto de Salud me siento cómodo y tranquilo**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Nunca         | 2          | 4,8               | 4,8                  |
| Casi nunca    | 2          | 4,8               | 9,5                  |
| A veces si/no | 30         | 71,4              | 81,0                 |
| Casi siempre  | 6          | 14,3              | 95,2                 |
| Siempre       | 2          | 4,8               | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 15. En el Puesto de Salud me siento cómodo y tranquilo**

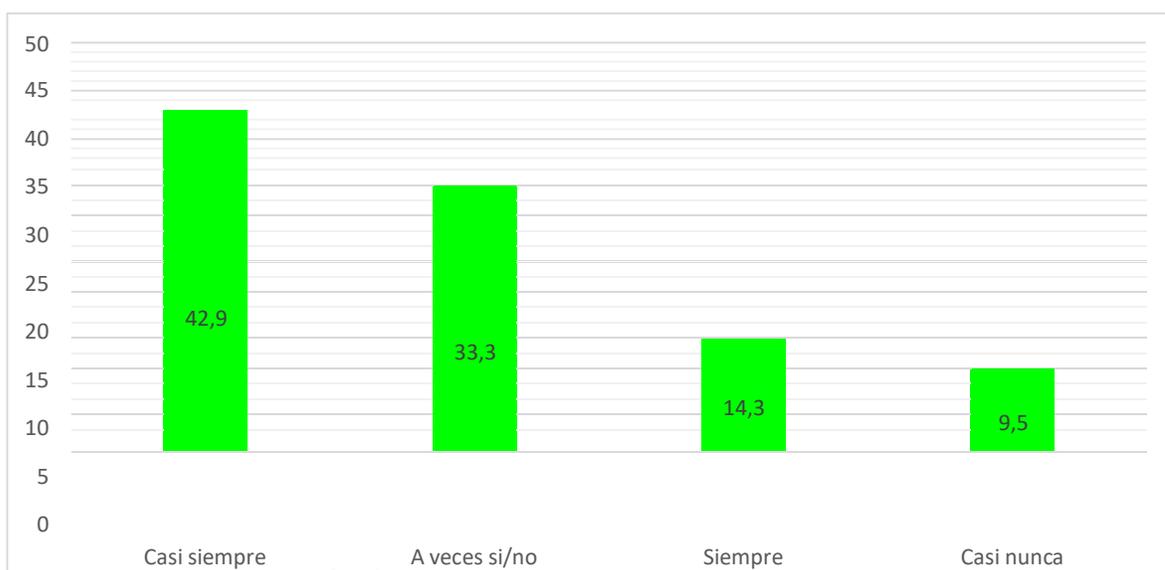


Los usuarios de Pensión 65, cuando concurren al Puesto de Salud se sienten cómodos y tranquilos con muy poca frecuencia; el 71,4% se siente cómodo “a veces si/no”; el 14,3%, casi siempre; el 4,8%, nunca; y otros 4,8%, siempre. Es decir, el Puesto de Salud es un espacio físico donde los usuarios se sienten incómodos, no les agrada; se puede deducir que es un lugar a donde no les gustaría concurrir.

**Tabla 14. En el Puesto de salud puedo hablar mi propio idioma**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Casi nunca    | 4          | 9,5               | 9,5                  |
| A veces si/no | 14         | 33,3              | 42,9                 |
| Casi siempre  | 18         | 42,9              | 85,7                 |
| Siempre       | 6          | 14,3              | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 16. En el Puesto de salud puedo hablar mi propio idioma**

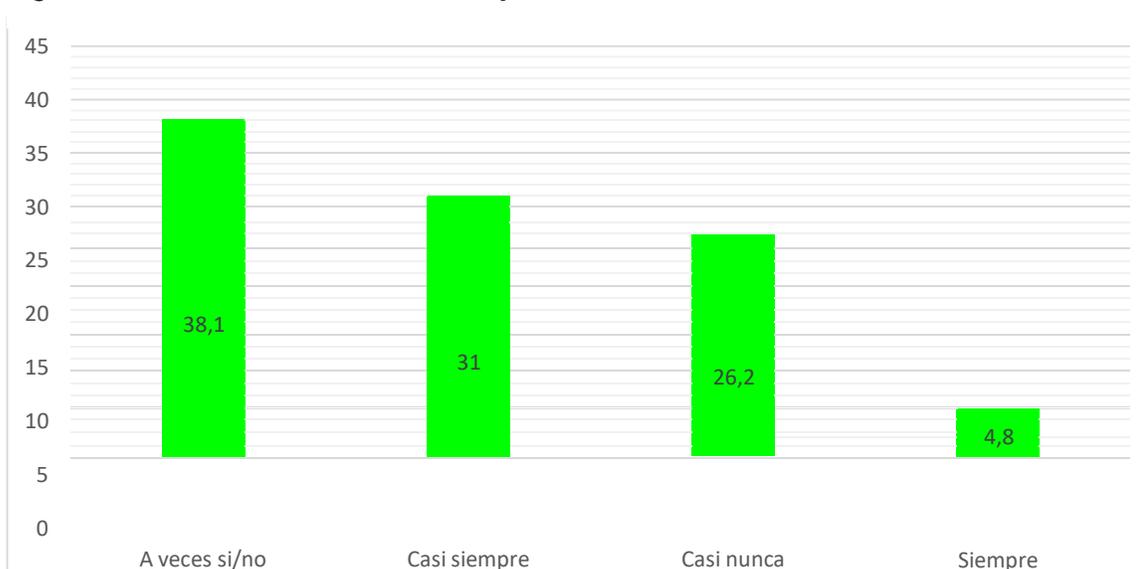


Los usuarios de Pensión 65 no hablan su propio idioma en el Puesto de Salud, tal vez porque sienten vergüenza, o el personal de salud no les entiende. El 42,9% habla su idioma casi siempre; el 33,3%, a veces si/no; el 14,3%, siempre; y el 9,5%, casi nunca.

**Tabla 15. En el Puesto de salud respetan mi cultura**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Casi nunca    | 11         | 26,2              | 26,2                 |
| A veces si/no | 16         | 38,1              | 64,3                 |
| Casi siempre  | 13         | 31,0              | 95,2                 |
| Siempre       | 2          | 4,8               | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 17. En el Puesto de salud respetan mi cultura**

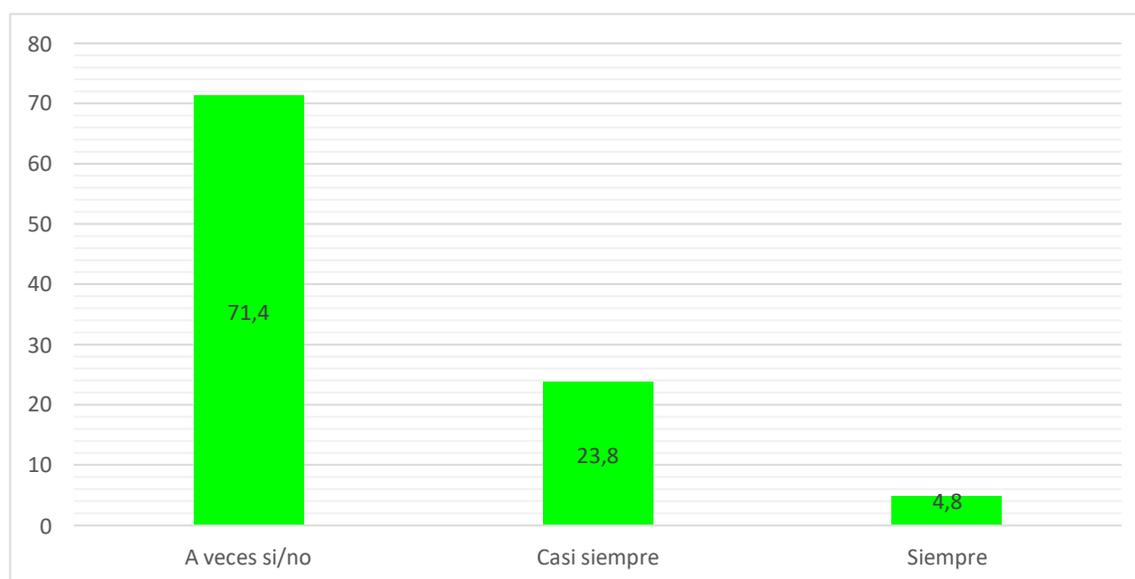


El 38,1% de los usuarios de Pensión 65 considera que en el Puesto de Salud respetan su cultura “a veces si/no”; el 31%, casi siempre; el 26,2%, casi nunca; el 4,8%, siempre. La mayoría de los usuarios creen que el personal de salud no respeta su cultura de manera habitual solo esporádicamente.

**Tabla 16. En el Puesto de salud me tratan con afecto**

|       |               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| 71,4% | A veces si/no | 30         | 71,4              | 71,4                 |
|       | Casi siempre  | 10         | 23,8              | 95,2                 |
|       | Siempre       | 2          | 4,8               | 100,0                |
|       | Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 18. En el Puesto de salud me tratan con afecto**



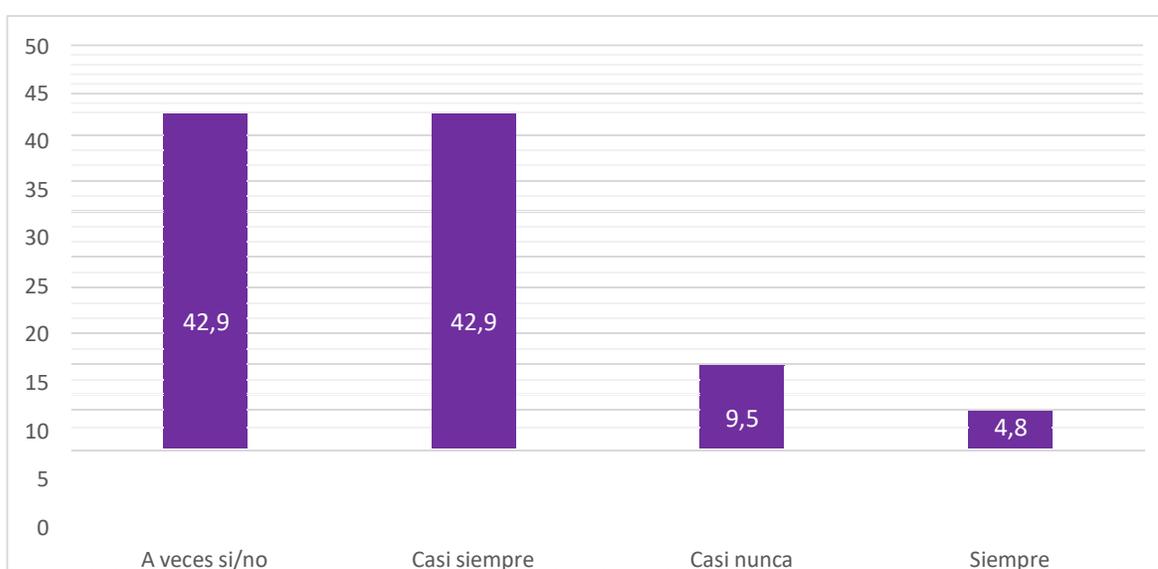
Respecto al trato afectivo que debe brindar los trabajadores del Puesto de Salud a los usuarios de Pensión 65, se tiene que el 71,4% percibe que dicho trato reciben con la frecuencia de “a veces si/no”; el 23,8%, casi siempre; el 4,8%, siempre. Es decir el 95% de los usuarios perciben que el trato efectivo que reciben es con poca frecuencia.

## Accesibilidad administrativa

**Tabla 17. La atención en el Puesto de Salud es buena**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Casi nunca    | 4          | 9,5               | 9,5                  |
| A veces si/no | 18         | 42,9              | 52,4                 |
| Casi siempre  | 18         | 42,9              | 95,2                 |
| Siempre       | 2          | 4,8               | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 19. La atención en el Puesto de Salud es buena**

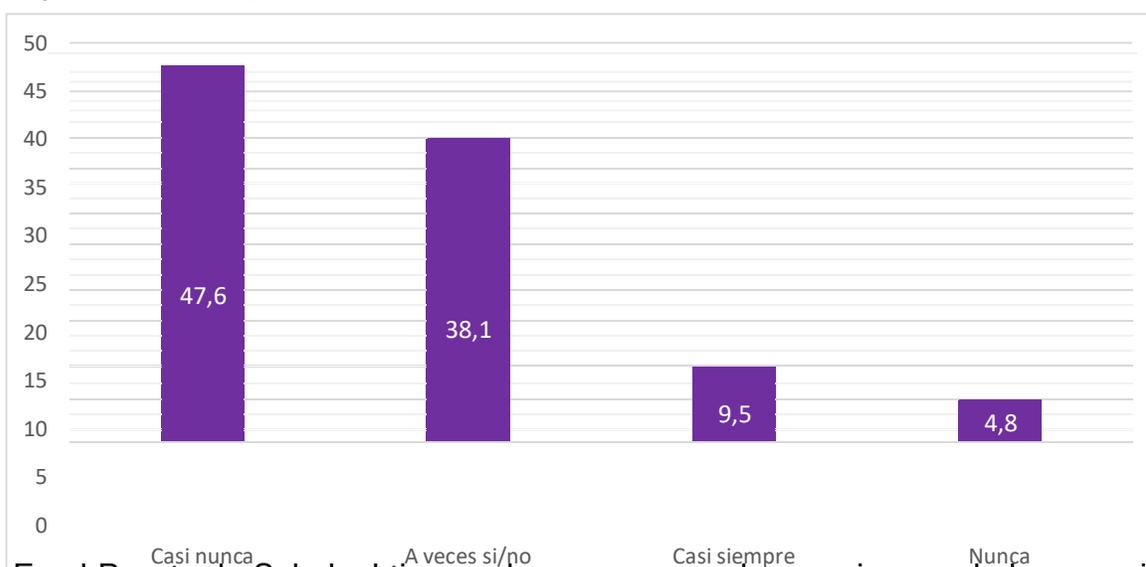


La calidad de atención en el Puesto de Salud es considerada como buena de la forma siguiente: para el 42,9% a veces si/no; para otros 42,9%, casi siempre; casi nunca para el 9,5%; y siempre para el 4,8%. Es decir, el Puesto de salud no ofrece una atención buena permanentemente.

**Tabla 18. El tiempo de espera para una cita es breve**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Nunca         | 2          | 4,8               | 4,8                  |
| Casi nunca    | 20         | 47,6              | 52,4                 |
| A veces si/no | 16         | 38,1              | 90,5                 |
| Casi siempre  | 4          | 9,5               | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 20. El tiempo de espera para una cita es breve**

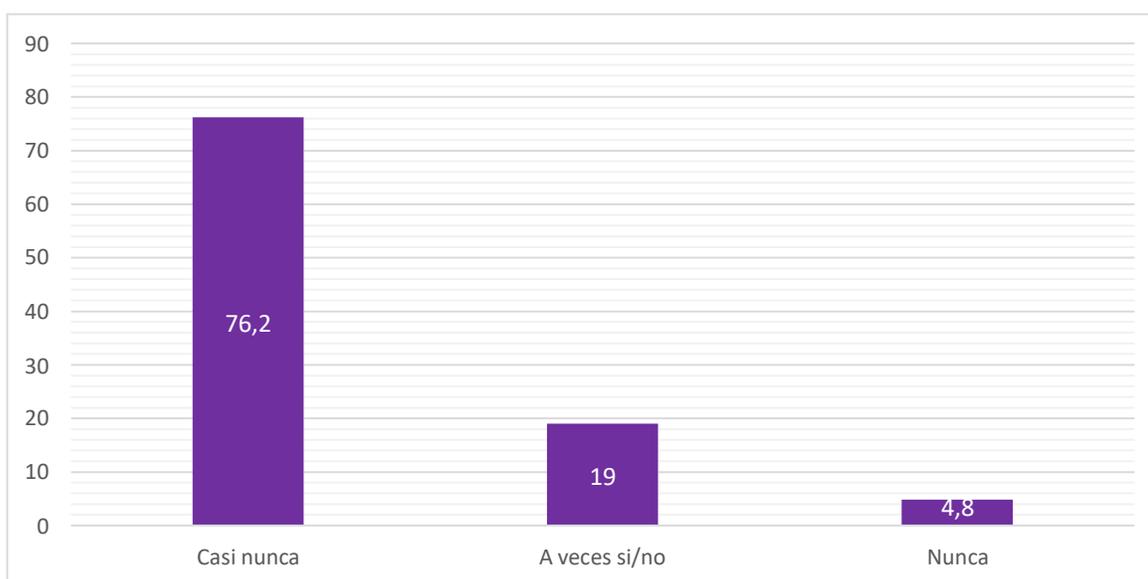


En el Puesto de Salud, el tiempo de espera no es breve, ninguno de los usuarios los percibe así, deben esperar un tiempo prolongado para ser atendidos por el personal de salud. El 47,6% dice que nunca es breve; el 38,1% dice que es breve a veces si/no; para el 9,5% casi siempre es breve; y para el 4,8%, nunca.

**Tabla 19. El tiempo que dura el diagnóstico médico es breve**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Nunca         | 2          | 4,8               | 4,8                  |
| Casi nunca    | 32         | 76,2              | 81,0                 |
| A veces si/no | 8          | 19,0              | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 21. El tiempo que dura el diagnóstico médico es breve**

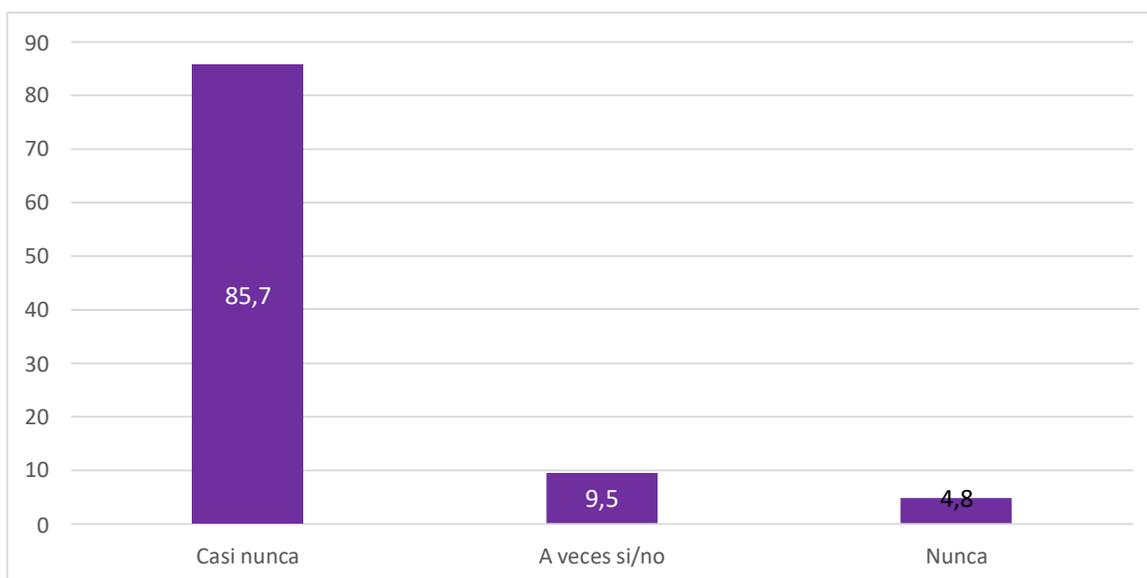


El diagnóstico que realiza el médico a los usuarios de Pensión 65 es breve para el 76,2% con la frecuencia de casi siempre; para el 19%, “a veces si/no”; y nunca para el 4,8%. Es decir, los diagnósticos demoran un tiempo prolongado que no es del agrado de los usuarios

**Tabla 20. El Puesto de salud tiene equipos médicos para el tratamiento**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Nunca         | 2          | 4,8               | 4,8                  |
| Casi nunca    | 36         | 85,7              | 90,5                 |
| A veces si/no | 4          | 9,5               | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 22. El Puesto de salud tiene equipos médicos para el tratamiento**

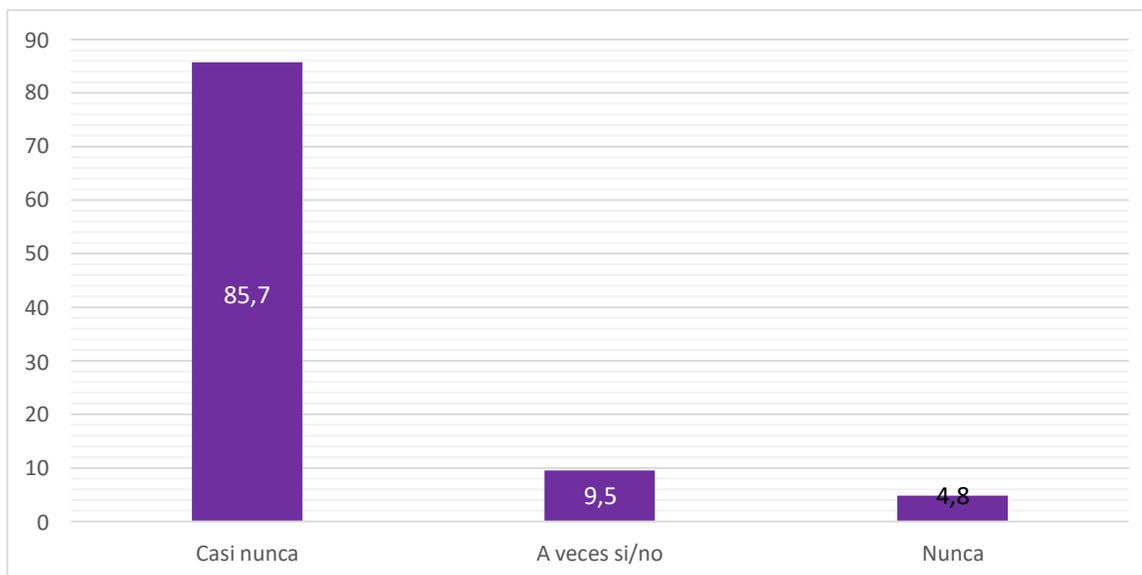


Los Puesto de salud no tienen los equipos médicos adecuados para tratar las diferentes enfermedades de los usuarios de Pensión 65 por lo que tienen que transferirlos a los hospitales. Esto es percibido por el 85,7% de los usuarios que manifiestan que casi nunca poseen equipos; para el 9,5%, a veces si/no; y nunca para el 4,8%.

**Tabla 21. Los ambientes del Puesto de Salud son apropiados para el diagnóstico**

|        |               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Nunca         | 2          | 4,8               | 4,8                  |
|        | Casi nunca    | 36         | 85,7              | 90,5                 |
|        | A veces si/no | 4          | 9,5               | 100,0                |
|        | Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 23. Los ambientes del Puesto de Salud son apropiados para el diagnóstico**

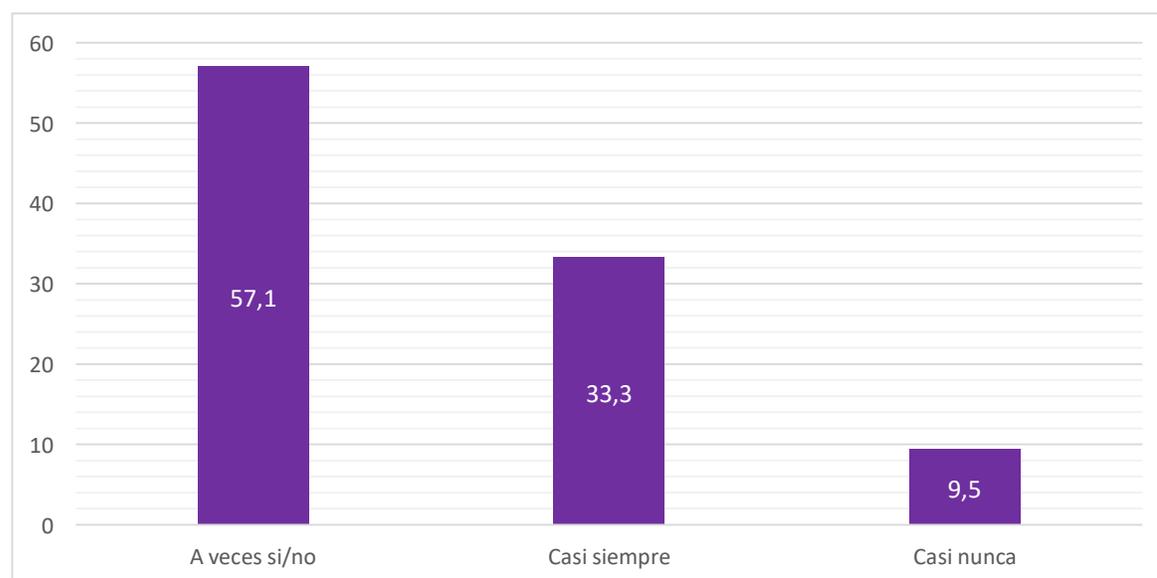


Los espacios físicos deben ser los adecuados para la realización de todo tipo de diagnóstico, pero el Puesto de Salud de San José de Pucate, según los usuarios de Pensión 65 no tendría dichos espacios. El 85,7% dice que casi nunca cuentan con ambientes adecuados; el 9,5% dice que a veces si/no.

**Tabla 22. En el Puesto de Salud me brindan información completa sobre mi diagnóstico**

|               | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|-------------------|----------------------|
| Casi nunca    | 4          | 9,5               | 9,5                  |
| A veces si/no | 24         | 57,1              | 66,7                 |
| Casi siempre  | 14         | 33,3              | 100,0                |
| Total         | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 24. En el Puesto de Salud me brindan información completa sobre mi diagnóstico**



Los usuarios de Pensión 65 tienen la percepción que en el Puesto de Salud no siempre les brindan información completa sobre su diagnóstico. El 57,1% manifiesta que a veces si/no les brinda dicha información; el 33,3%, dice casi siempre; y el 9,5%, nunca. Esta situación mantiene en la incertidumbre y la angustia a los usuarios sobre su real situación sanitaria.

**Tabla 23. Acceso al Programa Pensión 65.**

|      | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------|------------|-------------------|----------------------|
| Alto | 42         | 100,0             | 100,0                |

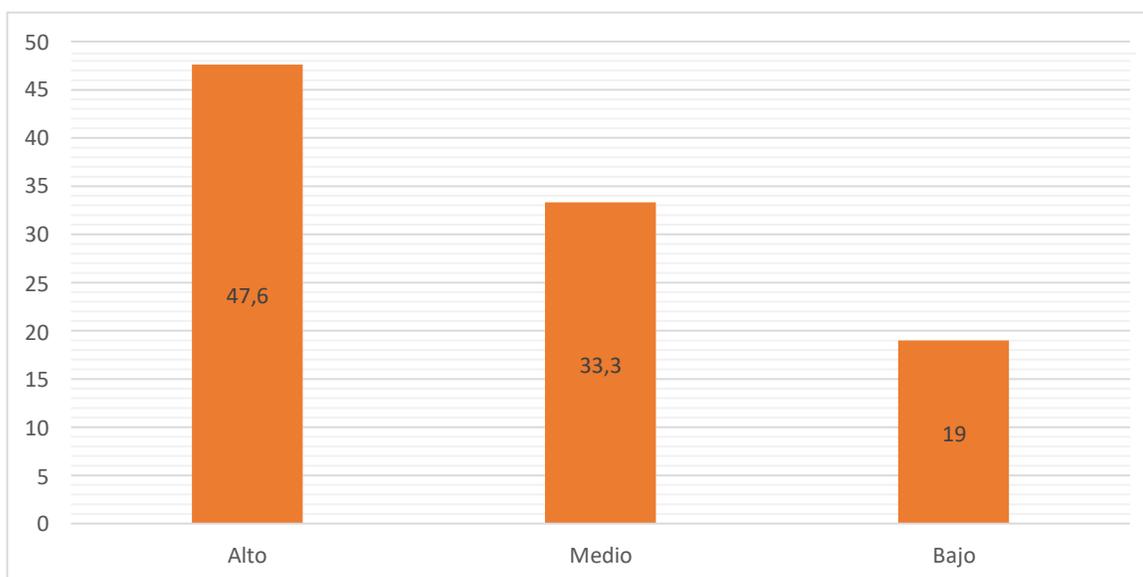
El acceso al programa Pensión 65 es alto, es decir todos los usuarios reciben la transferencia monetaria bimestralmente, están satisfechos con la cantidad de dicha transferencia y están afiliados al SIS.

## Resultados según las dimensiones.

*Tabla 24. Accesibilidad geográfica*

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| Bajo  | 8          | 19,0              | 19,0                 |
| Medio | 14         | 33,3              | 52,4                 |
| Alto  | 20         | 47,6              | 100,0                |
| Total | 42         | 100,0             |                      |

*Figura 25. Accesibilidad geográfica*

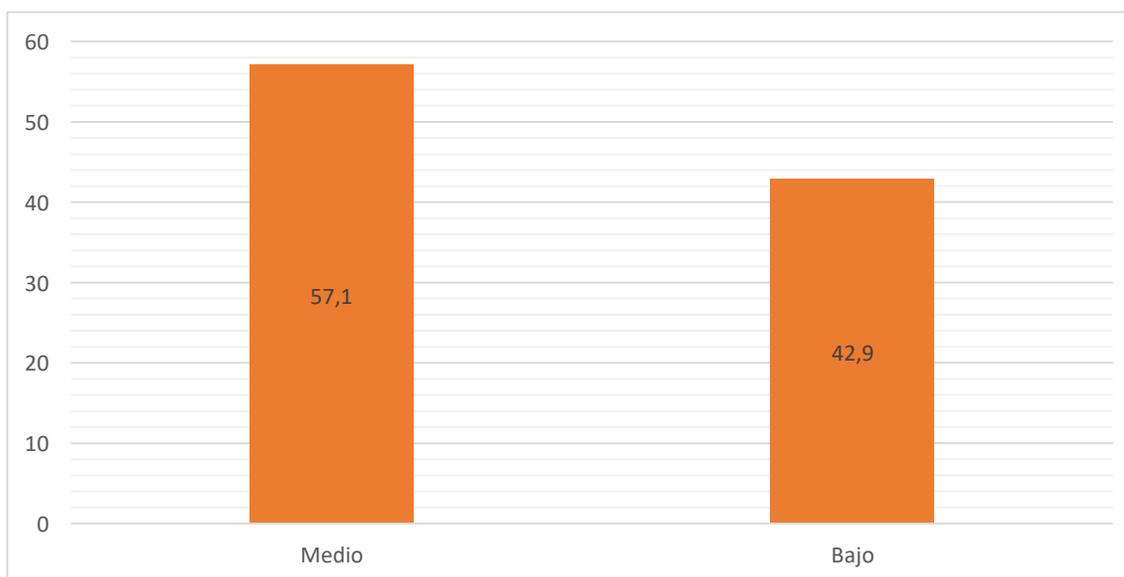


Respecto a la accesibilidad geográfica al Puesto de Salud de San José de Pucate, donde se brinda servicios de salud pública para los usuarios del Programa Pensión 65, los datos revelan que esta es diferenciada; el 47,6% tiene alta accesibilidad; el 33,3%, accesibilidad de nivel medio; y de nivel bajo, el 19%.

**Tabla 25. Accesibilidad Económica**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| Bajo  | 18         | 42,9              | 42,9                 |
| Medio | 24         | 57,1              | 100,0                |
| Total | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 26. Accesibilidad Económica**

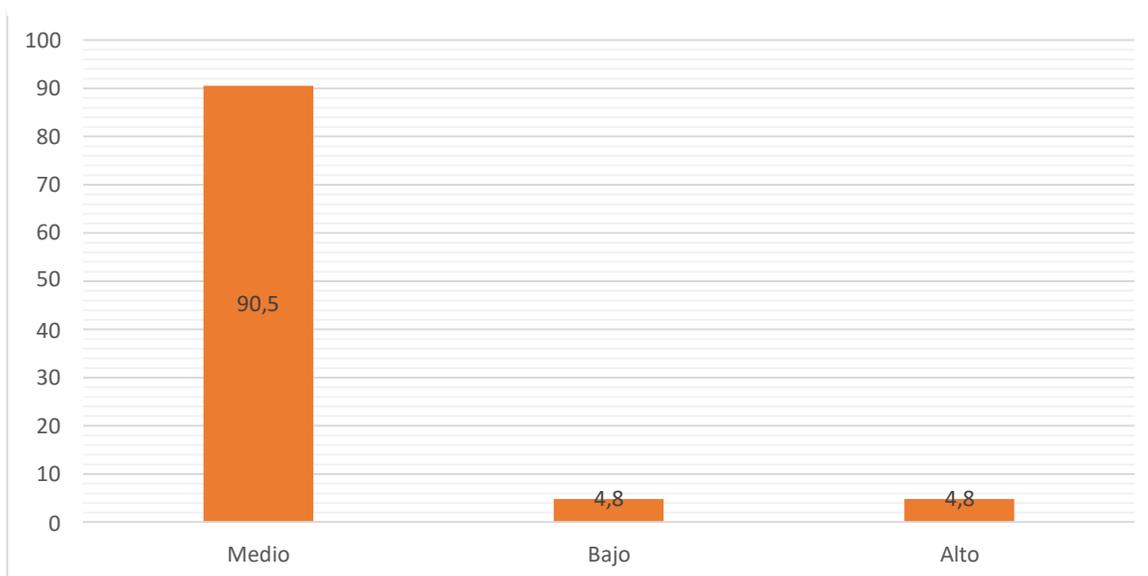


Respecto a la accesibilidad económica a los servicios de salud pública se percibe que el 57,1% tiene un acceso medio y el 42,9%, de nivel bajo. En esta dimensión ningún porcentaje de usuarios tiene el nivel alto, es decir, los aspectos económicos limitan el acceso de los usuarios a los servicios de salud pública.

**Tabla 26. Accesibilidad Simbólica**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| Bajo  | 2          | 4,8               | 4,8                  |
| Medio | 38         | 90,5              | 95,2                 |
| Alto  | 2          | 4,8               | 100,0                |
| Total | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 27. Accesibilidad Simbólica**



La accesibilidad simbólica a los servicios de salud pública, para el 90,5% es de nivel medio; bajo, para el 4,8%; y alto, para otros 4,8%. Es decir, para el 90,5% de los usuarios, el personal de salud respeta su idioma, los valoran como personas, se sienten importantes, su identidad cultural es respetada, etc.

**Tabla 27. Accesibilidad administrativa**

|      | Frecuencia | Porcentaje<br>válido | Porcentaje<br>acumulado |
|------|------------|----------------------|-------------------------|
| Bajo | 42         | 100,0                | 100,0                   |

La accesibilidad administrativa que comprende la calidad de la atención como el tiempo de espera en una cita médica, la calidad del diagnóstico, la entrega de medicinas, etc. Los usuarios perciben que en este caso su accesibilidad a los servicios de salud pública es baja para todos, ningún porcentaje se ubica en el nivel medio mucho menos en el nivel alto.

Resultado según las variables

**Tabla 28. Acceso a Pensión 65**

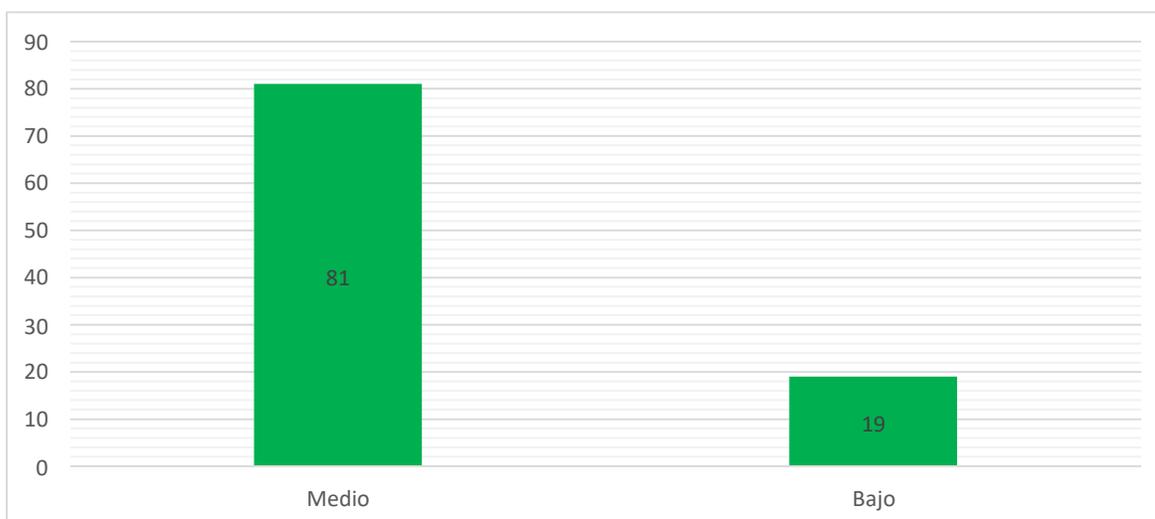
|      | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------|------------|-------------------|----------------------|
| Alto | 42         | 100,0             | 100,0                |

Los análisis de las dimensiones del programa Pensión 65 muestran que todos los usuarios acceden a él y a cada uno de sus componentes como son la transferencia monetaria y la afiliación al SIS.

**Tabla 29. Variable: Accesibilidad a los servicios de Salud Pública**

|       | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|-------------------|----------------------|
| Bajo  | 8          | 19,0              | 19,0                 |
| Medio | 34         | 81,0              | 100,0                |
| Total | 42         | 100,0             |                      |

**Figura 28. Variable: Accesibilidad a los servicios de Salud Pública**



Respecto a la accesibilidad a los servicios de salud pública, el 81% tiene acceso de nivel medio y el 19% de nivel bajo; ningún porcentaje percibe que tiene acceso de nivel alto.

## CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Los grados de correlación que existe entre las variables de la hipótesis general y las específicas serán valoradas según el baremo siguiente.

| <b>Valor</b>         | <b>Significado</b>                     |
|----------------------|--|
| <b>-1</b>            | Correlación negativa grande y perfecta |
| <b>-0,9 a -0,99</b>  | Correlación negativa muy alta          |
| <b>-0,7 a -0,89</b>  | Correlación negativa alta              |
| <b>-0,4 a -0,69</b>  | Correlación negativa moderada          |
| <b>-0,2 a -0,39</b>  | Correlación negativa baja              |
| <b>-0,01 a -0,19</b> | Correlación negativa muy baja          |
| <b>0</b>             | Correlación nula                       |
| <b>0,01 a 0,19</b>   | Correlación positiva muy baja          |
| <b>0,2 a 0,39</b>    | Correlación positiva baja              |
| <b>0,4 a 0,69</b>    | Correlación positiva moderada          |
| <b>0,7 a 0,89</b>    | Correlación positiva alta              |
| <b>0,9 a 0,99</b>    | Correlación positiva muy alta          |
| <b>1</b>             | Correlación positiva grande y perfecta |

Fuente: (Restrepo & González, p. 187)

### Hipótesis general

Ha. El Programa Pensión 65 influye en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

Ho. El Programa Pensión 65 influye en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Puesto Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

Significancia bilateral  $p=0,05$

*Tabla 30. Correlación entre las variables Programa Pensión 65 y Accesibilidad a Salud Pública*

|                               |                        | Programa Pensión 65 | Accesibilidad a Salud Pública |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Programa Pensión 65           | Correlación de Pearson | 1                   | ,231                          |
|                               | Sig. (bilateral)       |                     | ,041                          |
|                               | N                      | 42                  | 42                            |
| Accesibilidad a Salud Pública | Correlación de Pearson | ,231                | 1                             |
|                               | Sig. (bilateral)       | ,041                |                               |
|                               | N                      | 42                  | 42                            |

La correlación de las variables Programa Pensión 65 y Accesibilidad a Salud Pública tiene la significación bilateral de  $0,041 < 0,05$ , lo que implica que existe una asociación significativa entre las dos variables; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. El coeficiente Pearson es de 0,231, que equivale a una correlación positiva baja; es decir, el programa Pensión 65 tiene una baja influencia en el acceso a la salud pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate.

### Primera Hipótesis específicas.

Ha. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad geográfica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

Ha. El programa Pensión 65 no influye en la accesibilidad geográfica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

Significancia bilateral  $p=0,05$

Tabla 31. Correlación entre las variables programa Pensión 65 y Accesibilidad Geográfica

|                          |                        | Programa Pensión 65 | Accesibilidad Geográfica |
|--------------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|
| Programa Pensión 65      | Correlación de Pearson | 1                   | ,407**                   |
|                          | Sig. (bilateral)       |                     | ,007                     |
|                          | N                      | 42                  | 42                       |
| Accesibilidad Geográfica | Correlación de Pearson | ,407**              | 1                        |
|                          | Sig. (bilateral)       | ,007                |                          |
|                          | N                      | 42                  | 42                       |

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En esta tabla la significancia bilateral es 0,007 menor a 0,05, lo que demuestra que existe correlación significativa entre las dos variables, por lo que debe aceptarse la hipótesis de investigación y rechazarse la nula. El coeficiente Pearson es igual a 0,407, que equivale a una correlación positiva moderada, lo que permite deducir que el Programa Pensión 65 tiene una influencia de nivel medio en la accesibilidad geográfica a la salud pública de sus usuarios.

### Segunda Hipótesis específica.

Ha. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad económica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

Ho. El programa Pensión 65 no influye en la accesibilidad económica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

Significancia bilateral  $p=0,05$

**Tabla 32. Correlación entre las variables programa Pensión 65 y Accesibilidad Económica**

|                         |                        | Programa Pensión 65 | Accesibilidad Económica |
|-------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|
| Programa Pensión 65     | Correlación de Pearson | 1                   | ,129                    |
|                         | Sig. (bilateral)       |                     | ,017                    |
|                         | N                      | 42                  | 42                      |
| Accesibilidad Económica | Correlación de Pearson | ,129                | 1                       |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,017                |                         |
|                         | N                      | 42                  | 42                      |

La significancia bilateral es  $0,017 < 0,05$  lo que implica que existe una correlación significativa entre las dos variables, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. El coeficiente de Pearson es 0,129, lo que indica que la correlación es de nivel muy bajo y positivo, en otras palabras, el Programa Pensión 65 tiene una influencia muy baja en la accesibilidad económica a los servicios de salud pública de sus usuarios.

### Tercera Hipótesis específica.

Ha. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad simbólica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

Ho. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad simbólica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

Significancia bilateral  $p=0,05$

**Tabla 33. Correlación entre las variables programa Pensión 65 y Accesibilidad Simbólica**

|                         |                        | Programa Pensión 65 | Accesibilidad Simbólica |
|-------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|
| Programa Pensión 65     | Correlación de Pearson | 1                   | ,144                    |
|                         | Sig. (bilateral)       |                     | ,364                    |
|                         | N                      | 42                  | 42                      |
| Accesibilidad Simbólica | Correlación de Pearson | ,144                | 1                       |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,364                |                         |
|                         | N                      | 42                  | 42                      |

La significancia bilateral es igual 0,364 mayor a 0,05, lo que implica que no existe correlación entre estas dos variables; por tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula. Este coeficiente indica que el programa Pensión 65 no tiene ninguna influencia en la accesibilidad simbólica a los servicios de salud pública de sus usuarios.

#### Cuarta Hipótesis específica.

Ha. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad administrativa de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

Ho. El programa Pensión 65 no influye en la accesibilidad administrativa de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

Significancia bilateral  $p=0,05$

**Tabla 34. Correlación entre las variables programa Pensión 65 y Accesibilidad Administrativa**

|                              |                        | Programa Pensión 65 | Accesibilidad Administrativa |
|------------------------------|------------------------|---------------------|------------------------------|
| Programa Pensión 65          | Correlación de Pearson | 1                   | ,035                         |
|                              | Sig. (bilateral)       |                     | ,035                         |
|                              | N                      | 42                  | 42                           |
| Accesibilidad Administrativa | Correlación de Pearson | ,035                | 1                            |
|                              | Sig. (bilateral)       | ,027                |                              |
|                              | N                      | 42                  | 42                           |

La significancia bilateral es  $0,027 < 0,05$ , es decir existe correlación significativa entre estas dos variables; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. El coeficiente de Pearson es igual a 0,035, que equivale a una correlación muy baja y positiva. Este resultado muestra que el programa Pensión 65 tiene muy baja influencia en la accesibilidad administrativa a la salud pública de sus usuarios.

## CAPITULO V. DISCUSIÓN

La contratación de la hipótesis general muestra un bajo coeficiente de correlación de Pearson de 0,231, entre las variables programa Pensión 65 y Accesibilidad a la Salud Pública, lo que quiere decir, que la primera variable tiene una baja influencia en la accesibilidad a los servicios de salud pública de sus usuarios. Este resultado coincide con Salas y Soto (2019), que entre sus hallazgos señala que la correlación del Programa Pensión 65 con la concurrencia a los servicios de salud de sus usuarios arroja el coeficiente  $\rho=0,396$ , el cual es bajo y positivo; es decir dicho programa tiene baja influencia en el acceso a la salud de los usuarios de Santa Maria del Valle – Huánuco. Baltazar et al., (2018) en su estudio, también, encuentra que solo el 36% de los usuarios de Pensión 65, con la subvención, compran medicamentos; mientras el 30% compra víveres, el 19%, ropa. Pero, Alberca (2019) desarrolló la tesis “Impacto del Programa Pensión 65 en el Distrito de Tumbes 2018”, donde encuentra que el programa permite que el 80% de los usuarios del programa utilizan la subvención para el cuidado de su salud. Del mismo modo Nuñez (2020) identificó que Pensión 65 tiene impacto positivo en la salud, los beneficiarios, con la subvención, compran medicamentos y acuden a una consulta médica disminuyendo la automedicación.

La contrastación de la primera hipótesis arrojó el coeficiente Pearson igual a 0,407, que equivale a una correlación positiva moderada; es decir, el Programa Pensión 65 tiene una influencia moderada en la accesibilidad geográfica a la salud pública de sus usuarios. Estos hallazgos son similares a los hallados por Figueroa y Cavalcanti (2017), en su estudio “Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la

visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia”, desarrollado en España, donde halló que las distancias geográficas generan inaccesibilidad de las familias a la salud; pero, que fue resuelto mediante la instalación de los servicios médicos en los lugares distantes junto a las viviendas de la población usuaria. En el estudio realizado en Cuba por Rodríguez et al ( 2017), también, hallaron que los servicios de salud son satisfactorios, pero la distancia territorial es un factor que impide su acceso oportuno.

La contrastación de la segunda hipótesis específica arrojó el coeficiente de Pearson igual a 0,129 de nivel muy bajo y positivo, lo que implica que el Programa Pensión 65 tiene una influencia muy baja en la accesibilidad económica a los servicios de salud pública de sus usuarios. Este resultado es divergente de los resultados como de Bravo y Meza (2018) que hallaron que el 34% de la población usuaria de Pensión 65 puede adquirir medicamentos con la subvención. También, Espinoza et al., (2019) encontró que el programa Pensión 65 mejora la calidad de vida de sus usuarios y la salud es una de las dimensiones más beneficiadas. Alberca (2019) concluye que el 80% de los usuarios destinan la transferencia monetaria a la compra de medicamentos.

La contrastación de la tercera hipótesis específica arroja el coeficiente de significancia bilateral igual a 0,364 mayor a 0,05, lo que implica que el programa Pensión 65 no tiene relación con la accesibilidad simbólica a los servicios de salud pública de sus usuarios, no puede desarrollarse la discusión correspondiente porque no se ha identificado estudios similares realizados con anterioridad al presente.

La contrastación de la cuarta hipótesis arrojó el coeficiente de Pearson igual a 0,035, el cual es muy baja y positiva. Lo que quiere decir que el programa Pensión 65 tiene muy baja influencia en la accesibilidad administrativa a la salud pública de sus usuarios. Este hallazgo es diferente a los resultados de Domínguez (2020) quien en un estudio realizado con usuarios hospitalizados encontró que para el 68,89% la atención sanitaria fue de nivel medio; para el 2,22%, de nivel alto; para el 28,89%, deficiente. Rodríguez et al ( 2017), hallaron que todos los usuarios de los servicios de salud pública se sienten satisfechos con la atención.

## CONCLUSIONES

El objetivo general establecido fue conocer la influencia del Programa Pensión 65 en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022. Efectivamente, con la contrastación de hipótesis se conoce que el coeficiente Pearson es de 0,231, el cual es una correlación positiva baja; lo que significa que el programa Pensión 65 tiene una baja o débil influencia en la accesibilidad a la salud pública de sus usuarios en el CP San José de Pucate.

El primer objetivo específico fue determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad geográfica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022. En base al coeficiente de la correlación Pearson se pudo determinar que el programa Pensión 65 tiene influencia de nivel medio en la accesibilidad geográfica a la salud pública de sus usuarios, por cuanto su grado de asociación es de  $r = 0,407$ .

Como segundo objetivo específico se propuso determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad económica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022; con la contratación de hipótesis se determinó que la influencia es de nivel muy bajo por cuanto el coeficiente de correlación es  $r = 0,129$ . Es decir, Pensión 65 no tiene una alta influencia o contribución en el acceso económico a el acceso a los servicios de salud pública.

El tercer objetivo específico propuesto fue determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad simbólica de sus usuarios a la salud pública en el

Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022. La prueba de hipótesis evidenció que no existe ninguna correlación entre estas dos variables, por cuanto la significancia bilateral fue de 0,364 mayor a 0,05; en este caso se rechazó la hipótesis de investigación y se aceptó la hipótesis nula. Es decir, se pudo determinar que el programa Pensión 65 no tiene ninguna influencia en la accesibilidad simbólica a la salud pública de sus usuarios.

El cuarto objetivo específico establecido fue determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad administrativa de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022. En este caso la correlación Pearson  $r = 0,035$  evidencia una muy baja relación entre las dos variables en estudio; en otras palabras, el programa Pensión 65 tiene muy baja influencia en la accesibilidad administrativa a la salud pública de sus usuarios.

## RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS

1. Para mejorar la accesibilidad geográfica de los usuarios de Pensión 65 a la salud pública, se requiere el mejoramiento de las vías de comunicación, para que los usuarios lleguen en tiempo oportuno al Puesto de Salud de San José de Pucate.
2. Dotar de medicina al Puesto de Salud en cantidades adecuadas según las enfermedades de los adultos mayores porque la compra de medicina en farmacias privadas los desestimula a tratar su enfermedad.
3. Desarrollar programas de sensibilización en interculturalidad para el personal de los Puesto de Salud rurales para que muestren respeto por la diversidad cultural existentes en el país y sean empáticos con pacientes de otras culturas.
4. Mejorar la gestión de los servicios en los Puestos de salud, para que brinden una mejor atención a los usuarios de Pensión 65, así como disminuir el tiempo de espera en las citas, realizar los diagnósticos adecuados, mejorar los ambientes físicos, y brindarles la información detallada del estado de salud a los usuarios.

## REFERENCIAS

- Alberca Guerrero, E. (2019). *Impacto del Programa Pensión 65 en el Distrito de Tumbes 2018*. Piura: Universidad César Vallejo.
- Alcántra Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Alva Burga, G. (11 de diciembre de 2017). *¿Qué indicadores miden la calidad de los servicios de salud?* Obtenido de Conexión.esan: <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2017/12/que-indicadores-miden-la-calidad-de-los-servicios-de-salud/>
- Arnillas Lafert, F. (2009). Pensiones no contributivas para adultos mayores en zonas rurales. En F. Clark, W. Mendoza de Sousa, G. Picado Chacón, E. Morón, M. Rostago, & F. Arnillas Lafert, *Envejecimiento con dignidad: pensiones no contributivas para reducir la pobreza en el Perú* (págs. 109-128). Lima: care.
- Baltazar Charre, L., Carbajal Suarez, K., & Miraval Fonseca, W. (2018). *Evaluación de impacto social de los programas sociales en los beneficiarios de la región de Huánuco. casos: Pensión 65, Juntos y Qali Warma, 2018*. Huánuco: Universidad Hermilio Valdizan.
- Bloom, E., Canning, D., & Sevilla, J. (2001). The effect of health on economic growth: theory and evidence. *Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research*.
- Bravo Gonzáles, T., & Meza Campos, A. (2018). *El programa social Pensión 65 y su impacto en la calidad de vida de los beneficiarios de la región Huánuco 2018*. Huánuco: Universidad Hermilio Valdizan.
- Carrasco Díaz, S. (2006). *Metodología de investigación científica*. Lima: San Marcos.
- Casas Zamora, J. (2002). Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. *Panam Salud Pública*.
- Cecchine, S., & Martínez, R. (2019). Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos. En S. Cecchine, *Protección social universal en América Latina* (págs. 125-127). Santiago de Chile: CEPAL.
- Cecchine, S., Filgueira, R., Martínez, R., & Rossel, C. (2019). Conceptos: ¿qué entendemos por protección social? En S. Cecchine, *Protección social universal en América Latina* (págs. 27-29). Santiago de Chile: CEPAL.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vásquez, A., . . . Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones, XIV*, 201-209.
- Contraloría General de la República. (2008). *Programas Sociales de la República. Elementos de una propuesta desde el control gubernamental*. Lima.
- De Miguel, M. (1999). problemas teóricos y metodológicos en la evaluación externa de programas multiculturales. En T. Martín, & L. Serrate, *Evaluación y ámbito de emergentes en animación sociocultural*. Madrid: Sanz y Torres.
- Defensoría del Pueblo. (2019). *Envejecer en el Perú*. Lima.

- Domínguez Arce, R. (2020). *Calidad de atención de enfermería, servicio de hospitalización Chumbivilcas, Cusco 2019*. Ica: Universidad Autónoma de Ica.
- Eguía, A., & Ortale, M. (2007). Programas sociales y participación. *Cuestiones de Sociología*(4).
- Espinoza Trinidad, W., Carrillo Campos, H., & Villavicencio Salvador, R. (2019). *Los programas sociales: Pensión 65 y Juntos, y su incidencia en el desarrollo social del distrito de Santa María del Valle, Provincia de Huánuco, periodo 2012-2018*. Huánuco: Universidad Hermilio Valdizan.
- Farroñan Paiva, M. M., & Aldana Curay, K. (2021). *Impacto del Programa Social Pensión 65 sobre el gasto en alimentos en la Costa Norte del Perú: 2019 – 2020*. Sullana: Universidad Nacional de la Frontera.
- Figuroa Pedraza, D., & Cavalcanti Costa, G. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la vision de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, 13(33).
- González, M. (2005). *El discurso médico. Representaciones sociales*. Valencia: Ediciones del CDCH.
- González, M., & Sosa, G. (2010). *Aspectos epistemológicos de la salud pública. Aproximaciones para el debate* (Vol. 14).
- Hernández Samiperi, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (30 de junio de 2021). *Nota de prensa*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística e Informática: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/el-855-de-la-poblacion-adulta-mayor-tiene-algun-seguro-de-salud-en-el-primer-trimestre-de-2021-12958/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (8 de noviembre de 2021). *principales indicadores*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística e Informática: <https://www.inei.gov.pe/>
- Instituto Nacional de Salud. (2018). *Fundamentos de salud pública*. lima: MINSA.
- León Barúa, R., & Berenson Seminario, R. (1996). Medicina teórica: Definición de la salud. *Revista Médica Herediana*, 7(3), 105-107.
- Lizarasó Caparó, F. (2012). Empatía y su impacto en la salud. *Horizonte médico*, 12(4), 4-5.
- Lopez, M., Aran Filippetti, V., & Richaud, M. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*.
- Mauro, M., Solitario, R., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2006). La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2018). *Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social*. Lima: MIDIS.
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2020). *Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65. Memoria Anual*. Lima: MIDIS.

- Nuñez Meza, Medaly Regina;. (2020). *Impacto del Programa Nacional Pensión 65 en la calidad de vida de los beneficiarios en el distrito de Huancan, 2019*. Huancayo: Universidad del Centro del Perú.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2022). *Protección social*. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura: <https://www.fao.org/social-protection/overview/whatissp/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Atención primaria de salud. Datos y cifras*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Otero y Otero. (2003). Glosario de términos de auditoría en salud. Obtenido de <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm>. - 1
- Pan American Health Organization. (2001). *Investment in health: social and economic return*. Washington: PAHO.
- Presidencia de Consejo de Ministros. (2011, 19 de octubre). *Decreto Supremo Nro 081-2011-PCM*. Lima: El Peruano.
- Ramos Menar , B. (2020). Evaluación de los programas de transferencia condicionada en el nivel de pobreza en Bolivia: caso Renta Dignidad. *Caribeña de Ciencias Sociales*.
- Restrepo, B., & González, L. (s.f.). De Pearson a Spearman. *revista Colombiana de Ciencias Pecuarias*, 20(2), 183-192.
- Rodriguez Cabrera, A., Collazo Ramo, M., Calero Ricard, J., Alvarez Vasquez, L., & Castañeda Abascal, I. (2017). Percepciones de adultos mayores y prestadores acerca de la accesibilidad a servicios de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*(43), 349-360.
- Rosas Prieto, A. M., Narcizo Zarate, V., & Cuba Fuentes, M. (2013). Atributos de la atención primaria de salud (APS). Una visión desde la medicina familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1).
- Rossel , C., & Filgueira, F. (2015). Vejez. En S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez, & C. Rossel, *Instrumentos de protección social latinoamericanos hacia la universalización* (págs. 200-225). Santiago de Chile: CPAL.
- Salas Chaupis, B., & Soto Ponce, H. (2019). *Programa nacional de asistencia solidaria Pensión 65 y calidad de vida en adultos de la tercera edad en el distrito de Santa María del Valle – Huánuco-2019*. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan.
- Sánchez Torres, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *med Inst Mex Seguro*, 55(1).

## ANEXOS

FOTO 1: Construcción del puente “ ”



FOTO 2: Medio de transporte por cual se movilizan del centro poblado de San Jose de Pucate



FOTO 3: encuestando a la beneficiaria de Pensión 65



FOTO 4: encuestando a la beneficiaria del pensión 65



FOTO 5: puesto de salud San José de Pucate



FOTO 6: municipalidad del centro poblado de San Jose de Pucate



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por:

Luz Clarita MEJÍA ROSAS  
Nilton Wilder ALEJO CORNELIO  
De la Universidad Hermilio Valdizan de Huánuco.

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará responder a las preguntas del cuestionario que le entregaremos, el tiempo estimado para responder a las preguntas es de 20 minutos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial, se usará solo en esta investigación. Sus respuestas serán codificadas numéricamente, serán anónimas. Una vez procesadas, los cuestionarios serán destruidos.

Si no desea concluir con el cuestionario, Ud. puede abandonar el desarrollo de dicho cuestionario, el cual no le traerá ningún perjuicio.

Se agradece su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) del anonimato del cuestionario, y de la confidencialidad de la información y, además, no dañará mi dignidad e integridad física y el objetivo de la información recopilada es la realización de una investigación social.

Una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y los resultados de la investigación me serán informados.

.....  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha



## EL CUESTIONARIO

Cuestionario sobre El Impacto del programa Pensión 65 en la accesibilidad a los servicios de salud pública de sus usuarios, 2021.

Señor/Señora, le pedimos responder a estas preguntas, que tienen por finalidad la elaboración de una tesis sobre Pensión 65 y su impacto en el acceso a la Salud Pública. Las respuestas son confidenciales, y muy importantes para nosotros. Le agradecemos su colaboración.

### DATOS GENERALES. -

1. Edad: .....
2. Estado civil.....
3. Sexo .....
4. Ocupación.....
5. ¿Qué enfermedad sufre? .....
6. ¿Cuál es tu nivel de escolaridad?
  - 1) Sin escolaridad
  - 2) Primaria incompleta
  - 3) Primaria completa
  - 4) Secundaria incompleta
  - 5) Secundaria completa
  - 6) Otros.....

VALORES: 1 = nunca; 2 = casi nunca; 3 = a veces si a veces no; 4 = casi siempre; 5 = siempre

|     | PENSION 65/ TRANSFERENCIA MONETARIA  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 7.  | Recibo s/250.00 nuevos soles de forma bimestral                              |   |   |   |   |   |
| 8.  | Estoy satisfecha con la transferencia de s/250 nuevos soles                  |   |   |   |   |   |
| 9.  | <b>AFILIACION AL SIS</b>   |   |   |   |   |   |
| 10. | Estoy afiliado al SIS  |   |   |   |   |   |
|     | <b>ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Existe movilidad para llegar al Puesto de salud                              |   |   |   |   |   |
| 12. | Las vías de comunicación están en buen estado para llegar el Puesto de salud |   |   |   |   |   |
|     | <b>ACCESIBILIDAD ECONOMICA</b>   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Todas mis enfermedades me tratan en el Puesto de salud                       |   |   |   |   |   |
| 14. | Los análisis que pide el médico tienen precio bajo                           |   |   |   |   |   |
| 15. | En el Puesto de salud te entregan gratis las medicinas                       |   |   |   |   |   |
| 16. | Prosigo con el tratamiento médico porque tiene precio bajo                   |   |   |   |   |   |
|     | <b>ACCESIBILIDAD SIMBOLICA</b>   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | En el Puesto de salud guardan confidencialidad sobre mi enfermedad           |   |   |   |   |   |
| 18. | Siento que soy importante para el Personal del Puesto de salud.              |   |   |   |   |   |
| 19. | En el Puesto de salud me tratan con respeto                                  |   |   |   |   |   |
| 20. | En el Puesto de salud me siento cómodo, tranquilo                            |   |   |   |   |   |
| 21. | En el Puesto de salud puedo hablar mi propio idioma                          |   |   |   |   |   |
| 22. | En el Puesto de salud respetan mi cultura                                    |   |   |   |   |   |
| 23. | En el Puesto de salud me tratan con afecto                                   |   |   |   |   |   |
|     | <b>ACCESIBILIDAD ADMINISTRATIVA</b>  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | La atención en el Puesto de salud es buena                                   |   |   |   |   |   |
| 25. | El tiempo de espera para una cita es breve                                   |   |   |   |   |   |
| 26. | El tiempo que dura el diagnóstico médico es breve                            |   |   |   |   |   |
| 27. | El Puesto de salud tiene equipos médicos para el tratamiento                 |   |   |   |   |   |
| 28. | Los ambientes del Puesto de salud son apropiados para el diagnóstico         |   |   |   |   |   |
| 29. | En el Puesto de salud me brindan información completa sobre mi diagnóstico   |   |   |   |   |   |



## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, ..... con DNI  
N.º..... de profesión Licenciado en Sociología, docente de la  
Universidad Hermilio Valdizan.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación  
el instrumento Cuestionario con Escala Likert del proyecto de tesis “Pensión 65  
y accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José  
de Pucate, Aucayacu, 2022” para su aplicación correspondiente.

Sobre el cuestionario, hago la valoración siguiente:

|                        | <b>DEFICIENTE</b> | <b>ACEPTABLE</b> | <b>BUENO</b> | <b>EXCELENTE</b> |
|------------------------|-------------------|------------------|--------------|------------------|
| Congruencia de Ítems   |                   |                  |              |                  |
| Amplitud de contenido  |                   |                  |              |                  |
| Redacción de los Ítems |                   |                  |              |                  |
| Claridad y precisión   |                   |                  |              |                  |
| Pertinencia            |                   |                  |              |                  |

Huánuco, .....

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, Heriberto Hilarión ESTRADA MUÑOZ con DNI N.º 22719887, de profesión Sociólogo, docente de la Universidad Hermilio Valdizan.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento Cuestionario con Escala Likert del proyecto de tesis "Pensión 65 y accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022" para su aplicación correspondiente.

Sobre el cuestionario, hago la valoración siguiente:

| CRITERIOS              | DEFICIENTE | ACEPTABLE | BUENO | EXCELENTE |
|------------------------|------------|-----------|-------|-----------|
| Congruencia de Ítems   |            |           |       | X         |
| Amplitud de contenido  |            |           |       | X         |
| Redacción de los Ítems |            |           |       | X         |
| Claridad y precisión   |            |           |       | X         |
| Pertinencia            |            |           |       | X         |

Huánuco, 16 agosto de 2022.



Heriberto Hilarión, Estrada Muñoz  
DNI 22719887

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, DOMINGUEZ MONTALVO ELIZET TERESA con DNI N.º 42282722, de profesión Sociólogo, docente de la Universidad Hermilio Valdizan.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento Cuestionario con Escala Likert del proyecto de tesis "Pensión 65 y accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022" para su aplicación correspondiente.

Sobre el cuestionario, hago la valoración siguiente:

| CRITERIOS              | DEFICIENTE | ACEPTABLE | BUENO | EXCELENTE |
|------------------------|------------|-----------|-------|-----------|
| Congruencia de Ítems   |            |           |       | ✓         |
| Amplitud de contenido  |            |           | ✓     |           |
| Redacción de los Ítems |            |           | ✓     |           |
| Claridad y precisión   |            |           |       | ✓         |
| Pertinencia            |            |           |       | ✓         |

Huánuco,



DOMINGUEZ MONTALVO, ELIZET TERESA  
42282722

## CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Yo, Vladimir Paul FELIX FELIX con DNI N.º 42069044, de profesión Sociólogo, docente de la Universidad Hermilio Valdizan.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento Cuestionario con Escala Likert del proyecto de tesis "Pensión 65 y accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022" para su aplicación correspondiente.

Sobre el cuestionario, hago la valoración siguiente:

| CRITERIOS              | DEFICIENTE | ACEPTABLE | BUENO | EXCELENTE |
|------------------------|------------|-----------|-------|-----------|
| Congruencia de Ítems   |            |           | X     |           |
| Amplitud de contenido  |            | X         |       |           |
| Redacción de los Ítems |            | X         |       |           |
| Claridad y precisión   |            |           | X     |           |
| Pertinencia            |            | X         |       |           |

Huánuco, 15 de agosto de 2022.



---

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

Pensión 65 y accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.

| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | HIPOTESIS   | VARIABLES   | INDICADORES  | METODOLOGÍA  |
|---|--|---|---|--|--|
| <p>Problema general.<br/>¿Cuál es la influencia del Programa Pensión 65 en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022?</p> <p>Problemas específicos.</p> <p>5. ¿Cuál es la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad geográfica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022?</p> <p>6. ¿Cuál es la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad económica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022?</p> <p>7. ¿Cuál es la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad simbólica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022?</p> <p>8. ¿Cuál es la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad administrativa de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022?</p> | <p>Objetivo general.<br/>Conocer la influencia del Programa Pensión 65 en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>1. Determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad geográfica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.</p> <p>2. Determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad económica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.</p> <p>3. Determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad simbólica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.</p> <p>4. Determinar la influencia del programa Pensión 65 en la accesibilidad administrativa de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.</p> | <p>Hipótesis general<br/>El Programa Pensión 65 influye en la accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.</p> <p>Hípothesis específicas</p> <p>1. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad geográfica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.</p> <p>2. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad económica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.</p> <p>3. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad simbólica de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.</p> <p>4. El programa Pensión 65 influye en la accesibilidad administrativa de sus usuarios a la salud pública en el Centro Poblado San José de Pucate, Aucayacu, 2022.</p> | PROGRAMA PENSION 65 /DIMENSION                        |  | <p>Tipo de investigación:<br/>Aplicada<br/>Nivel de investigación:<br/>Descriptivo-explicativo.</p> <p>TECNICAS<br/>Encuesta</p> <p>INSTRUMENTOS<br/>El cuestionario Likert</p> <p>POBLACION:<br/>Estará conformado 42 usuarios del programa Pensión 65 del CP de San José de Pucate, Aucayacu 2022.</p> <p>Muestra.<br/>Debido al reducido tamaño de la población, todos ellos conformaran la muestra, es decir los 42 usuarios.<br/>Diseño de investigación:</p> |
|   |  |   | Transferencia monetaria                               | Recepción de transferencia monetaria   |  |
|   |  |   | Afiliación al SIS                                     | Afiliación al SIS  |  |
|   |  |   | VARIABLES: ACCESIBILIDAD SA SALU PUBLICA/ DIMENSIONES |  |  |
|   |  |   | Accesibilidad Geográfica                              | Vías de comunicación<br>Medios de transporte   |  |
|   |  |   | Accesibilidad económica                               | Tratamiento de la enfermedad<br>Gratuidad de consulta médica<br>Gratuidad del medicamento  |  |
|   |  |   | Accesibilidad simbólica                               | Confidencialidad de la enfermedad<br>Niveles de respeto en el trato al paciente<br>Niveles de respeto por la cultura del paciente<br>Empatía con el paciente |  |
| Accesibilidad administrativa  | Calidad de atención por el personal sanitario<br>Celeridad en la atención<br>Calidad del ambiente físico   |   |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |





## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, distrito de Pillco Marca del viernes 03 de marzo de 2023, a horas 11.00 a.m., en cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron de manera presencial, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis colectiva denominada "PENSION 65 Y ACCESIBILIDAD A LA SALUD PÚBLICA DE SUS USUARIOS EN EL CENTRO POBLADO SAN JOSÉ DE PUCATE, AUCAYACU, 2022", presentado por los bachilleres en Sociología Luz Clarita MEJIA ROSAS y Nilton Wilder ALEJO CORNELIO aprobado con Resolución N° 275-2022-UNHEVAL-FCS-D de fecha 22 de noviembre de 2022, procediendo a dar inicio el acto de sustentación para obtener el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (a) en SOCIOLOGIA, siendo los Miembros del Jurado Calificador los siguientes docentes:

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| Dr. Mario Salomon AGUILAR PARI   | PRESIDENTE  |
| Dr. Pedro Pablo SAQUICORAY AVILA | SECRETARIO  |
| Dr. Rogelio ALVARADO DUEÑAS      | VOCAL       |
| Mg. Jhon Paul TRUJILLO VALER     | ACCESITARIO |

Que, con Resolución Virtual Resolución N.º 176-2022-UNHEVAL-FCS-D de fecha 03 agosto de 2022, se nombró asesor de tesis al Dr. Fermín Vásquez Cipriano de los bachilleres en Sociología Luz Clarita MEJIA ROSAS y Nilton Wilder ALEJO CORNELIO.

El acto de sustentación se dio inicio a las 11.00 a.m. del día 03 de marzo del dos mil veintitrés. Este proceso se da en base al Reglamento de Grados y Títulos, vigente para la Universidad Nacional Hermilio Valdizan.

Se concluyó dicho proceso y en base al Reglamento de Grados y Títulos, de los Bachilleres en Sociología Luz Clarita MEJIA ROSAS y Nilton Wilder ALEJO CORNELIO, obtuvieron el siguiente calificativo:

APROBADO (S) CON EL CALIFICATIVO:

16 (DIECISEIS)

DESAPROBADO (S) CON EL CALIFICATIVO:

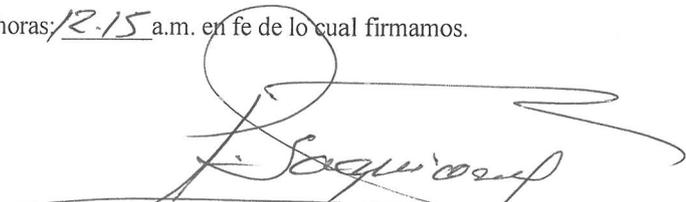
\_\_\_\_\_

Los Bachilleres en Sociología Luz Clarita MEJIA ROSAS y Nilton Wilder ALEJO CORNELIO, obtuvieron el resultado cualitativo siguiente:

BUENO

Se dio por concluido el acto de sustentación a horas 12.15 a.m. en fe de lo cual firmamos.

  
\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

  
\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A)

  
\_\_\_\_\_  
VOCAL



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, distrito de Pillco Marca del viernes 03 de marzo de 2023, a horas 11.00 a.m., en cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron de manera presencial, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis colectiva denominada "PENSION 65 Y ACCESIBILIDAD A LA SALUD PÚBLICA DE SUS USUARIOS EN EL CENTRO POBLADO SAN JOSÉ DE PUCATE, AUCAYACU, 2022", presentado por los bachilleres en Sociología Luz Clarita MEJIA ROSAS y Nilton Wilder ALEJO CORNELIO aprobado con Resolución N° 275-2022-UNHEVAL-FCS-D de fecha 22 de noviembre de 2022, procediendo a dar inicio el acto de sustentación para obtener el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (a) en SOCIOLOGIA, siendo los Miembros del Jurado Calificador los siguientes docentes:

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| Dr. Mario Salomon AGUILAR PARI   | PRESIDENTE  |
| Dr. Pedro Pablo SAQUICORAY AVILA | SECRETARIO  |
| Dr. Rogelio ALVARADO DUEÑAS      | VOCAL       |
| Mg. Jhon Paul TRUJILLO VALER     | ACCESITARIO |

Que, con Resolución Virtual Resolución N.º 176-2022-UNHEVAL-FCS-D de fecha 03 agosto de 2022, se nombró asesor de tesis al Dr. Fermín Vásquez Cipriano de los bachilleres en Sociología Luz Clarita MEJIA ROSAS y Nilton Wilder ALEJO CORNELIO.

El acto de sustentación se dio inicio a las 11.00 a.m. del día 03 de marzo del dos mil veintitrés. Este proceso se da en base al Reglamento de Grados y Títulos, vigente para la Universidad Nacional Hermilio Valdizan.

Se concluyó dicho proceso y en base al Reglamento de Grados y Títulos, de los Bachilleres en Sociología Luz Clarita MEJIA ROSAS y Nilton Wilder ALEJO CORNELIO, obtuvieron el siguiente calificativo:

APROBADO (S) CON EL CALIFICATIVO:

16 (DIECISEIS)

DESAPROBADO (S) CON EL CALIFICATIVO:

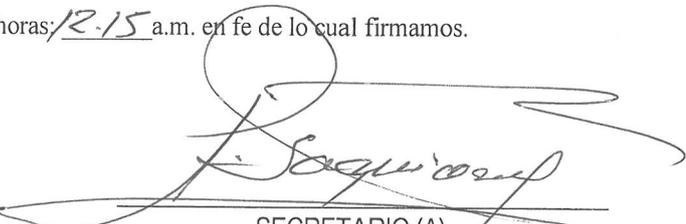
\_\_\_\_\_

Los Bachilleres en Sociología Luz Clarita MEJIA ROSAS y Nilton Wilder ALEJO CORNELIO, obtuvieron el resultado cualitativo siguiente:

BUENO

Se dio por concluido el acto de sustentación a horas 12.15 a.m. en fe de lo cual firmamos.

  
PRESIDENTE

  
SECRETARIO (A)

  
VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZAN" - HUÁNUCO  
UNIDAD DE INVESTIGACION  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



CONSTANCIA N° 002-2023-UNHEVAL-FCS-UI

## CONSTANCIA DE CONTROL ANTIPLAGIO

### LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Hace constar que la tesis denominada: **PENSIÓN 65 Y ACCESIBILIDAD A LA SALUD PÚBLICA DE SUS USUARIOS EN EL CENTRO POBLADO SAN JOSÉ DE PUCATE, AUCAYACU, 2022.**, ha pasado el control Turnitin con un resultado de 11 % de similitud, que es inferior al límite de similitud aprobado por la UNHEVAL en el último reglamento de grados y títulos; por lo que se declara **APTA**.

Cayhuayna, 04 de enero de 2023

-----  
Mg. Melchor Guillermo Vicente Mallqui  
Director de la Unidad de Investigación  
Facultad de Ciencias Sociales

NOMBRE DEL TRABAJO

**Pensión 65 y Accesibilidad a la Salud Pública de sus usuarios en el Centro Poblado San José de Pucat**

AUTOR

**Luz Clarita Mejía Rosas**

RECUENTO DE PALABRAS

**22274 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**122918 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**106 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**3.4MB**

FECHA DE ENTREGA

**Jan 4, 2023 5:45 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Jan 4, 2023 5:47 PM GMT-5**

### ● 11% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL

### 1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X")

|                 |   |                             |  |                  |          |  |           |
|-----------------|---|-----------------------------|--|------------------|----------|--|-----------|
| <b>Pregrado</b> | X | <b>Segunda Especialidad</b> |  | <b>Posgrado:</b> | Maestría |  | Doctorado |
|-----------------|---|-----------------------------|--|------------------|----------|--|-----------|

Pregrado (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

|                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| <b>Facultad</b>            | CIENCIAS SOCIALES         |
| <b>Escuela Profesional</b> | SOCIOLOGÍA                |
| <b>Carrera Profesional</b> | SOCIOLOGÍA                |
| <b>Grado que otorga</b>    | -----                     |
| <b>Título que otorga</b>   | LICENCIADO (A) SOCIOLOGÍA |

Segunda especialidad (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| <b>Facultad</b>            | ----- |
| <b>Nombre del programa</b> | ----- |
| <b>Título que Otorga</b>   | ----- |

Posgrado (tal y como está registrado en **SUNEDU**)

|                                       |       |
|---------------------------------------|-------|
| <b>Nombre del Programa de estudio</b> | ----- |
| <b>Grado que otorga</b>               | ----- |

### 2. Datos del Autor(es): (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

|                             |                         |   |           |  |                            |                        |                                   |
|-----------------------------|-------------------------|---|-----------|--|----------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| <b>Apellidos y Nombres:</b> | MEJIA ROSAS LUZ CLARITA |   |           |  |                            |                        |                                   |
| <b>Tipo de Documento:</b>   | DNI                     | X | Pasaporte |  | C.E.                       |                        | <b>Nro. de Celular:</b> 933970817 |
| <b>Nro. de Documento:</b>   | 75707514                |   |           |  | <b>Correo Electrónico:</b> | Mluzclarita0@gmail.com |                                   |

|                             |                              |   |           |  |                            |                        |                                   |
|-----------------------------|------------------------------|---|-----------|--|----------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| <b>Apellidos y Nombres:</b> | ALEJO CORNELIO NILTON WILDER |   |           |  |                            |                        |                                   |
| <b>Tipo de Documento:</b>   | DNI                          | x | Pasaporte |  | C.E.                       |                        | <b>Nro. de Celular:</b> 902947562 |
| <b>Nro. de Documento:</b>   | 71665826                     |   |           |  | <b>Correo Electrónico:</b> | Soc.niltonac@gmail.com |                                   |

|                             |     |  |           |  |                            |  |                         |
|-----------------------------|-----|--|-----------|--|----------------------------|--|-------------------------|
| <b>Apellidos y Nombres:</b> |     |  |           |  |                            |  |                         |
| <b>Tipo de Documento:</b>   | DNI |  | Pasaporte |  | C.E.                       |  | <b>Nro. de Celular:</b> |
| <b>Nro. de Documento:</b>   |     |  |           |  | <b>Correo Electrónico:</b> |  |                         |

### 3. Datos del Asesor: (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos** según **DNI**, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)

|  |                         |   |           |  |                  |  |                           |          |    |
|--|-------------------------|---|-----------|--|------------------|--|---------------------------|----------|----|
| ¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: (marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda) |                         |   |           |  |                  |  | SI                        | X        | NO |
| <b>Apellidos y Nombres:</b>  | VASQUEZ CIPRIANO FERMIN |   |           |  | <b>ORCID ID:</b> | https://orcid.org/ 0000-0002-3450-8676 |                           |          |    |
| <b>Tipo de Documento:</b>  | DNI                     | X | Pasaporte |  | C.E.             |  | <b>Nro. de documento:</b> | 22410193 |    |

### 4. Datos del Jurado calificador: (Ingrese solamente los **Apellidos y Nombres** completos según **DNI**, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)

|                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| <b>Presidente:</b> | AGUILAR PARI MARIO SALOMON   |
| <b>Secretario:</b> | SAQUICORAY AVILA PEDRO PABLO |
| <b>Vocal:</b>      | ALVARADO DUEÑAS ROGELIO      |
| <b>Vocal:</b>      |                              |
| <b>Vocal:</b>      |                              |
| <b>Accesitario</b> | TRUJILLO VALER JHON PAUL     |

**5. Declaración Jurada:** (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

|   |
|---|
| <b>a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado:</b> (Ingrese el título tal y como está registrado en el <b>Acta de Sustentación</b> )   |
| PENSION 65 Y ACCESIBILIDAD A LA SALUD PUBLICA DE SUS USUARIOS EN EL CENTRO POBLADO SAN JOSÉ DE PUCATE   |
| <b>b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de:</b> (tal y como está registrado en <b>SUNEDU</b> )  |
| TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN SOCIOLOGÍA  |
| <b>c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.</b>   |
| <b>d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.</b>   |
| <b>e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.</b>  |
| <b>f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.</b>  |
| <b>g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.</b>  |
| <b>h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizan (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan.</b> |

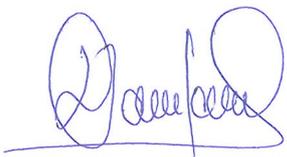
**6. Datos del Documento Digital a Publicar:** (Ingrese todos los **datos** requeridos **completos**)

|  |                            |                                     |                                    |  |  |    |    |                                     |
|--|----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|--|----|----|-------------------------------------|
| <b>Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación:</b> (Verifique la Información en el <b>Acta de Sustentación</b> )   |                            |                                     | 2023                               |  |  |    |    |                                     |
| <b>Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional:</b> (Marque con <b>X</b> según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)   | Tesis                      | <input checked="" type="checkbox"/> | Tesis Formato Artículo             |  | Tesis Formato Patente de Invención               |    |    |                                     |
|  | Trabajo de Investigación   |                                     | Trabajo de Suficiencia Profesional |  | Tesis Formato Libro, revisado por Pares Externos |    |    |                                     |
|  | Trabajo Académico          |                                     | Otros (especifique modalidad)      |  |  |    |    |                                     |
| <b>Palabras Clave:</b><br>(solo se requieren 3 palabras)   | PENSIÓN 65                 |                                     | ACCESIBILIDAD                      |  | SALUD  |    |    |                                     |
| <b>Tipo de Acceso:</b> (Marque con <b>X</b> según corresponda)   | Acceso Abierto             | <input checked="" type="checkbox"/> | Condición Cerrada (*)              |  |  |    |    |                                     |
|  | Con Periodo de Embargo (*) |                                     | Fecha de Fin de Embargo:           |  |  |    |    |                                     |
| <b>¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora?</b> (ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda): |                            |                                     |                                    |  |  | SI | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>Información de la Agencia Patrocinadora:</b>  |                            |                                     |                                    |  |  |    |    |                                     |

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.

**7. Autorización de Publicación Digital:**

A través de la presente. Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

|   |                              |   |
|---|------------------------------|---|
| Firma:   |                              |  |
| Apellidos y Nombres:  | MEJIA ROSAS LUZ CLARITA      | Huella Digital  |
| DNI:  | 75707514                     |   |
| Firma:  |                              |  |
| Apellidos y Nombres:  | ALEJO CORNELIO NILTON WILDER | Huella Digital  |
| DNI:  | 71665826                     |   |
| Firma:  |                              |   |
| Apellidos y Nombres:  |                              | Huella Digital  |
| DNI:  |                              |   |
| Fecha: 06 DE MARZO DEL 2023   |                              |   |

**Nota:**

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una X en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra **calibri**, **tamaño de fuente 09**, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (*recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde*).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.