

ARTÍCULO ORIGINAL

Sistema itinerante móvil de salud Ejército del Perú y acceso a salud pública, Arequipa 2018-2019

Peruvian Army mobile itinerant health system and access to public health, Arequipa 2018-2019

RESUMEN

La finalidad del estudio fue, determinar cómo la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona con el acceso a la salud pública de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Arequipa, 2018 - 2019; de enfoque cuantitativo; alcance correlacional; diseño transversal y no experimental; población 30,817 sector rural de la Provincia de Caylloma Región Arequipa, la muestra 380; técnica la encuesta y el instrumento el cuestionario; el resultado fue un rho 0.765 considerado como fuerte correlación; la conclusión, la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con el nivel de acceso a la salud pública de las poblaciones excluidas y dispersas; así mismo se recomienda trabajar en forma conjunta Ejército del Perú y el Ministerio de Salud (MINSA) con la finalidad de mejorar la calidad de vida del poblador.

Palabras Clave: Servicios de salud; poblaciones excluidas; dispersas; Ejército.

ABSTRACT

The purpose of the study was, to determine the relationship of the implementation of a mobile itinerant health system with participation of the Army of Peru is related to the access to public health of excluded and dispersed populations, in the Arequipa region, 2018 - 2019; quantitative approach; correlational scope; cross-sectional and non-experimental design; population 30,817 rural sector of the Province of Caylloma Region Arequipa, the sample 380; technique the survey and the instrument the questionnaire; the result was a rho 0.765 considered as a strong correlation; the conclusion is that the implementation of a mobile itinerant health system with the participation of the Peruvian Army is significantly related to the level of access to public health of excluded and dispersed populations; it is also recommended to work jointly with the Peruvian Army and Ministry of Health and its acronym in Spanish (MINSA) in order to improve the quality of life of the population.

Keywords: health services; excluded populations; scattered; army.

Wilmer Saavedra Espinoza

w_lmer1703@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7777-3894>

Instituto Nacional de Defensa Civil,
Centro de Operaciones de Emergencia
Nacional. Lima, Perú

Presentado: 10/01/2022 - Aceptado: 06/06/2022 - Publicado: 28/12/2022

INTRODUCCIÓN

En América Latina la asistencia en salud a las poblaciones alejadas y excluidas se torna algo complicado y de difícil tarea; los motivos principales, primero a la situación política, según Pio-Berlin, citado por Jenne y Martínez (2021), las tareas consideradas como misiones de las Fuerzas Armadas (FFAA) en el frente interno son generalmente perjudiciales para los sistemas democráticos; pero si las FFAA se encuentran bien equipadas para llevar a cabo misiones internas como es el caso de salud, su intervención se ve justificada y aceptada siempre que el tiempo y el alcance de la intervención sean programadas por las propias autoridades civiles; segundo la ubicación geográfica, existen barreras naturales como la cordillera de los andes y la selva amazónica que exigen medios logísticos y capacidades profesionales para llevar la asistencia en salud a las poblaciones alejadas; tercero a la segmentación del servicio de salud, “existe una diversidad de subsistemas encargados de brindar atención de salud a la población bajo reglas heterogéneas de financiamiento, todo ello determinado por la posición social, el nivel de ingresos o la participación en el mercado laboral” (Laurell y Ligia, 2018, p.20).

En Perú, los niveles de vida son deficitarios y con desigualdades significativas en cuanto al acceso al servicio de salud (Nino, 2020); cuenta con un “Sistema Nacional de Salud del MINSA interrelacionado, entre organizaciones, instituciones, dependencias y recursos, incluidos aquellos vinculados con otros sectores” (Sánchez Moreno, 2014, p.747); este sistema tiene las Redes de Salud con establecimientos de salud ubicados en zonas rurales los mismos que tienen bajos indicadores con respecto a la atención, dado que sus servicios solo benefician a las comunidades cercanas a centros poblados, situación que genera un sentimiento de desafección en los pobladores respecto al rol del Estado (Ministerio de Salud [MINSA], 2011). También destaca la “Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED)”, que establece el concepto de comunidades marginadas y descentralizadas con dificultad de recibir la atención sanitaria y se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio más usual

de transporte (Ministerio de Salud [MINSA], 2009); así mismo existe el Seguro Integral de Salud (SIS), cuya “finalidad es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando a aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema” (Seguro Integral de Salud [SIS], 2021, párr. 1).

Otros ministerios también cuentan con programas dirigidos a la asistencia de poblaciones alejadas y excluidas como el Programa Nacional Plataformas de Acción para la Inclusión Social (PAIS), “dirigido a mejorar la calidad de vida de la población en condición de pobreza y pobreza extrema, especialmente la asentada en los centros poblados rurales dispersos de la Sierra y Selva” (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social [MIDIS], 2022, párr. 1); el Programa de Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS) incluye la participación de las FFAA y “son buques de la Marina de Guerra del Perú y/o aeronaves de la Fuerza Aérea del Perú que de manera itinerante acercan los servicios del Estado a comunidades alejadas, de los departamentos de Loreto, Ucayali y Puno” (Programa Nacional Plataformas de Acción para la Inclusión Social [PAIS], 2022, párr. 5). Así mismo existe el Convenio N°004-2018-MIDIS dentro del Marco de Cooperación Interinstitucional entre el propio MIDIS y el Ejército del Perú, por el cual este último “se compromete a proporcionar las capacidades operativas, logísticas y de personal disponibles para apoyar a las intervenciones que realiza el MIDIS en zonas alejadas y/o de difícil acceso” (MIDIS, 2018, p. 2).

En la Región Arequipa que cuenta con una población rural estimada al 2015 de 128,446 habitantes y en el año 2015 la Región Arequipa mostró que “las tres primeras causas de enfermedad, en este caso son las infecciones respiratorias (22.78%), luego los problemas bucales (15,46%) y las infecciones intestinales (5.32%); todas ellas suman el 43.56% del total de la morbilidad presentada” (Gerencia Regional de Arequipa, 2015, p. 65); “durante el año 2019, las tres primeras causas de enfermedad, son ocupadas por las infecciones respiratorias superiores (20.25%), luego los problemas bucales (11.36%) y la obesidad (5.03%); y las enfermedades crónicas siguen en incremen-

to” (Gerencia Regional de Arequipa, 2019, p. 67); se puede observar un leve descenso, sin embargo, de acuerdo a su situación esta población tiene la urgencia de contar con un sistema de salud adecuado a las exigencias de las poblaciones alejadas y excluidas, con énfasis en salud preventiva y que involucre a los sectores de salud y defensa, al mismo tiempo generar una importante alternativa para satisfacer las necesidades de las poblaciones; en ese sentido la III División de Ejército en Arequipa integrante de las FFAA, tiene el respaldo consagrado en el Artículo 171° de la Constitución Política del Perú, en cuyo texto dispone participar en el desarrollo económico y social del país; ello constituye una oportunidad para el Ejército del Perú y abordar el problema con el empleo de sus medios y competencias que posee, con la finalidad de contribuir en la atención de salud a poblaciones excluidas y dispersas (MIDIS, 2018).

En cuanto al concepto de implementación de un sistema itinerante móvil de salud, con participación del Ejército del Perú se entiende como:

Las capacidades operativas, logísticas y personal disponibles para apoyar a las intervenciones que realizan a través de sus programas sociales, en zonas alejadas de difícil acceso del país en caso de urgencia o cuando la necesidad de sus funciones la requiera. (MIDIS, 2018, p. 2)

Así mismo se cuenta con un Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS), que viene a ser un “grupo de profesionales de la salud, constituido por un/a médico/a, un/a enfermero/a, un/a obstetra y un/a técnico/a o auxiliar asistencial de la salud, según la disponibilidad de recursos de la Red Integral de Salud (RIS)” (Ministerio de Salud [MINSA], 2020, p. 5).

En ese sentido los investigadores como Suárez Tenorio y Salome Loyola (2020), llegaron a demostrar que, la actividad castrense tiene una influencia representativa y positiva en la comunidad peruana, el coeficiente de Pearson ($r = 0,994$) lo corrobora, y concluyeron que, la actividad castrense bien dirigida logra suscitar la impresión de complacencia de los ciudadanos.

Gutiérrez et al. (2018) se propusieron analizar el “Aseguramiento Universal en Salud” como la principal política pública en el país; manifestaron que, el 44.9% de afiliados al SIS en el 2006 buscaron ser atendidos por enfermedades en los centros de salud del MINSA; el 2015 solo el 31.7% de afiliados tomaron la opción de asistir a los establecimientos de salud, sufriendo una disminución considerable, esencialmente en poblaciones alejadas y desprotegidas financieramente, el motivo fue encontrar inconsistencias en el suministro de servicios de salud por parte del sistema de salud.

Benites Zapata et al. (2017) en su estudio vieron la tasa de la “no Utilización de los Servicios Formales de Prestación de Salud (NUSFPS)” y sus indicadores vinculados en Perú; es preciso señalar que, los encuestados afirmaron que, no obstante de haber sufrido de síntomas, malestares, enfermedades crónicas o accidentes que atentaron contra su salud en los últimos 30 días, optaron por no asistir a los establecimientos de salud por el hecho de no tener el conocimiento del funcionamiento del “Sistema de Seguro Integral de Salud”, y no ser atendidos de acuerdo a su cultura y costumbres, la mayoría de los pobladores de las comunidades, marginadas y descentralizadas tomaron la decisión de la “NUSFPS”.

Peña Henao (2016) su objetivo principal fue “describir el comportamiento de la canalización a servicios, la prestación de servicios de salud y su posible asociación con la estrategia de atención primaria en salud en la población que habita la zona rural del municipio de El Peñol” (p. 23). Llega a concluir que la certeza en aplicación en las comunidades intervenidas por la unidad modular básica de salud fue del 30% y en comunidades intervenidas tan solo por promotores, arrojó un 20%, evidenciando la disminución de un 10%.

De acuerdo al análisis del estado del arte que otros autores trataron sobre el tema de investigación, se planteó el problema general siguiente: “¿Cómo la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona con el acceso a la salud pública de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Arequipa, 2018-2019?”; así mismo los problemas específicos enunciados

en una interrogante: “¿Cómo la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona con la provisión inclusiva de servicios de salud, con la interculturalidad en salud y con la atención conjunta móvil de salud de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Arequipa?, 2018 - 2019”.

El propósito del estudio es contribuir con el conocimiento y el acervo documentario del tema planteado al ser publicado en revista indexadas y fuentes virtuales, al mismo tiempo servir de consulta a otros investigadores; en el mismo sentido la investigación plantea técnicamente el empleo y despliegue de las capacidades materiales y talento humano en salud que dispone el Ejército del Perú y el EMS al servicio de las poblaciones más vulnerables de la zona rural; así mismo, la metodología utilizada en el estudio podrá ser empleada por otros investigadores en estudios similares.

La Hipótesis general planteada de la investigación fue: “La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con el acceso a la salud pública de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Arequipa, 2018 - 2019”.

Hipótesis específicas: “La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con la Provisión inclusiva de servicios de salud de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Arequipa”; “La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con la Interculturalidad en salud de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Arequipa”; “La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con la Atención conjunto móvil de salud de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Arequipa”.

En cuanto al objetivo general este fue “determinar cómo la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona con el acceso

a la salud pública de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Arequipa, 2018 - 2019”.

Los objetivos específicos planteados en un enunciado: “Determinar cómo la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona con la provisión inclusiva de servicios de salud, con la interculturalidad en salud y con la atención conjunta móvil de salud de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Arequipa, 2018-2019”.

MÉTODOS

El conocimiento del tema y la experiencia, así como los antecedentes y el estado del arte de la investigación relacionado a implementar un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú y el nivel de acceso a la salud pública de las comunidades marginadas y descentralizadas con dificultad de recibir la atención sanitaria de la Región Arequipa, permitió inicialmente desarrollar el alcance descriptivo; posteriormente se tomó el nivel correlacional para comprobar las hipótesis de investigación; es importante señalar que, el propósito del estudio fue lograr el grado de asociación y al mismo tiempo inferir la relación causal entre las dos variables en estudio; el diseño no experimental de corte transeccional y no experimental, al respecto podemos estar de acuerdo con la definición sobre estos diseños, “son útiles para establecer relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado; a veces, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causa - efecto” (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018, p. 178).

El ámbito de estudio fue específicamente la Provincia de Caylloma de la Región Arequipa en el Sur del país; con una población de 30,817 que constituyó el 27.10% de habitantes de toda la Región (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018); la muestra fue de 380 pobladores, calculada según la “fórmula para cálculo de tamaño de muestra para estimar proporción y cuando se conoce el tamaño de la población” (Robles Pastor, 2019, p. 246).

Para la obtención de los datos se elaboró dos cuestionarios con diez (10) preguntas cada

uno, escalonados tomando el modelo de Likert de respuestas múltiples, con valores de Siempre (5), Casi siempre (4), Regularmente (3), Casi nunca (2) y Nunca (1); los cuestionarios denominados instrumentos de recolección de datos fueron sometidos al respectivo juicio de expertos, validados por docentes y expertos relacionados a la investigación en ciencias sociales.

La información recabada con los cuestionarios se procesó con la ayuda del software IBM – SPSS 26, los mismos que fueron clasificados, ordenados por variables y dimensiones; la prueba de confiabilidad, el coeficiente de Alfa de Cronbach fue de 0.947 (instrumentos altamente confiables), es importante señalar que, “la confiabilidad o fiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo, caso o muestra produce resultados iguales” (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018, p. 228). Es preciso mencionar que se halló la suma agrupada de las puntuaciones de cada variable y dimensión de la investigación, para luego hallar los niveles de percepción de la unidad de análisis con las categorías “Nivel Bajo”, “Nivel Regular”, “Nivel Alto” y “Nivel Muy alto”. Así mismo se sometió a la prueba de normalidad, el resultado fue la confirmación que la distribución de las puntuaciones de las variables medidas difieren de la distribución normal, constituyéndose la investigación de diseño no paramétrico; situación que llevó a elegir el coeficiente *rho* de Spearman para realizar las pruebas de las hipótesis; los datos obtenidos fueron representados en tablas con su interpretación correspondiente.

RESULTADOS

El análisis descriptivo se muestra en la Tabla 1; de acuerdo a la percepción de la población considerada como excluida y dispersa de la región Arequipa, los resultados obtenidos muestran que el nivel de la variable “Implementación de un Sistema itinerante móvil de salud, con participación del Ejército del Perú”, la mayoría lo considera de nivel regular representado por un 41.10%, seguido de un 29.70% nivel alto, 16.80% nivel muy alto y solo un 12.40% de nivel bajo; la percepción de la dimensión “Comunidad focalizada”, en su mayoría es 38.40% de nivel regular, seguido de un 25.30%, nivel

alto, 23.400% de nivel muy alto y un 12.90% de nivel bajo; en cuanto a la dimensión “Enfoque social”, se percibe un 57.37% de nivel regular, seguido de un 20.50% de nivel muy alto, 16.10% nivel alto y solo un 6.10% de nivel bajo; la percepción de la dimensión “Oferta flexible”, en su mayoría es un 47.63% de nivel regular, 21.60% de nivel alto, 17.90% de nivel bajo y 12.90% de nivel muy alto; en cuanto a la percepción de la población considerada como excluida y dispersa de la región Arequipa de la variable “Acceso a la salud pública”, consideran de nivel regular representado por un 37.60%, seguido de un nivel alto de 30.00%, asimismo de un 17.40% de nivel bajo y un 15.00% de nivel alto; la dimensión “Provisión inclusiva servicios de salud” tiene una percepción de 45.00% considerada de nivel alto, seguida de un 32.90% de nivel regular, 12.90% de nivel muy alto y un 9.20% de nivel bajo; la dimensión “Interculturalidad en salud” presenta una percepción de 42.60% apreciada de nivel regular, seguido de nivel alto con 24.20%, nivel bajo de 19.50% y nivel muy alto de 13.70%; y por último el los pobladores manifestaron que la dimensión “Atención conjunta móvil de salud”, en su mayoría es 47.60% de nivel regular, nivel alto de 19.50%, 17.10% de nivel bajo y un 15.80% de nivel muy alto (Tabla 1).

La Tabla 2, resume los resultados de la correlación de las variables y dimensiones; En cuanto a la Hipótesis General, se halló un nivel de significancia de 0.000 menor a 0.05, confirmando que existe una correlación entre la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú y el acceso a la salud pública de las comunidades, marginadas y descentralizadas de la Región Arequipa; al mismo tiempo el coeficiente de correlación de 0.765 indicó una correlación fuerte y positiva entre las variables.

En cuanto a las Hipótesis Específica 1, se confirmó que la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con la provisión inclusiva de servicios de salud a las comunidades, marginadas y descentralizadas de la Región Arequipa; la significancia fue de 0.000 menor a 0.05, al mismo tiempo el coeficiente de correlación de 0.721 indicó una correlación fuerte y positiva entre la variable y la dimensión.

Tabla 1
Análisis Descriptivo de una Muestra de N= 380*

Variables y Dimensiones	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Implementación de un sistema itinerante móvil de salud	"Bajo"	47	12,4
	"Regular"	156	41,1
	"Alto"	113	29,7
	"Muy alto"	64	16,8
Acceso a la salud pública	"Bajo"	66	17,4
	"Regular"	143	37,6
	"Alto"	114	30,0
	"Muy alto"	57	15,0
Comunidad focalizada	"Bajo"	49	12,9
	"Regular"	146	38,4
	"Alto"	96	25,3
	"Muy alto"	89	23,4
Enfoque social	"Bajo"	23	6,1
	"Regular"	218	57,4
	"Alto"	61	16,1
	"Muy alto"	78	20,5
Oferta flexible	"Bajo"	68	17,9
	"Regular"	181	47,6
	"Alto"	82	21,6
	"Muy alto"	49	12,9
Provisión inclusiva servicios de salud	"Bajo"	35	9,2
	"Regular"	125	32,9
	"Alto"	171	45,0
	"Muy alto"	49	12,9
Interculturalidad en salud	"Bajo"	74	19,5
	"Regular"	162	42,6
	"Alto"	92	24,2
	"Muy alto"	52	13,7
Atención conjunta móvil de salud	"Bajo"	65	17,1
	"Regular"	181	47,6
	"Alto"	74	19,5
	"Muy alto"	60	15,8

Nota. * Número que representa la muestra de la investigación. Elaboración propia con el empleo del software IBM-SPSS versión 25.

Tabla 2
Correlaciones

Muestra = 380		Implementación de un sistema itinerante móvil de salud	Acceso a la salud pública	Provisión inclusiva servicios de salud	Interculturalidad en salud	Atención conjunta móvil de salud	
Implementación de un sistema itinerante móvil de salud	Coefficiente de correlación	1,000	,765**	,721**	,474**	,824**	
	Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000	
Acceso a la salud pública	Coefficiente de correlación	,765**	1,000	,916**	,683**	,839**	
	Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000	
Rho de Spearman	Provisión inclusiva servicios de salud	Coefficiente de correlación	,721**	,916**	1,000	,441**	,870**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000	
Interculturalidad en salud	Coefficiente de correlación	,474**	,683**	,441**	1,000	,322**	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.	,000	
Atención conjunta móvil de salud	Coefficiente de correlación	,824**	,839**	,870**	,322**	1,000	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.	

Nota. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Elaboración propia con el empleo del software IBM-SPSS versión 25.

En cuanto a la Hipótesis Específica 2, se llegó a verificar que, la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con la Interculturalidad en salud de comunidades, marginadas y descentralizadas de la Región Arequipa; la significancia fue 0.000 menor a 0.05 confirmando la correlación entre las variables y el coeficiente de correlación de 0.474 indicó una asociación moderada y positiva entre la variable y la dimensión. En cuanto a la Hipótesis Específica 3, se constató que, la Implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú y la Atención conjunta móvil de salud de las comunidades, marginadas y descentralizadas de la Región Arequipa se relacionan significativamente; la significancia fue de 0.000 menor a 0.05; al mismo tiempo el coeficiente de correlación de 0.824 indicó una correlación muy fuerte y positiva entre la variable y la dimensión.

En cuanto a las Hipótesis Específica 1, se confirmó que la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con la provisión inclusiva de servicios de salud a las comunidades, marginadas y descentralizadas de la Región Arequipa; la significancia fue de 0.000 menor a 0.05, al mismo tiempo el coeficiente de correlación de 0.721 indicó una correlación fuerte y positiva entre la variable y la dimensión. En cuanto a la Hipótesis Específica 2, se llegó a verificar que, la implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con la Interculturalidad en salud de comunidades, marginadas y descentralizadas de la Región Arequipa; la significancia fue 0.000 menor a 0.05 confirmando la correlación entre las variables y el coeficiente de correlación de 0.474 indicó una asociación moderada y positiva entre la variable y la dimensión. En cuanto a la Hipótesis Específica 3, se constató que, la Implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú y la Atención conjunta móvil de salud de las comunidades, marginadas y descentralizadas de la Región Arequipa se relacionan significativamente; la significancia fue de 0.000 menor a 0.05; al mismo tiempo el coeficiente de correlación de 0.824 indicó una correlación muy fuerte y positiva entre la variable y la dimensión.

DISCUSIÓN

La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú tiene una relación fuerte ($\rho = 0.765$) con el acceso a la salud pública de las comunidades, marginadas y descentralizadas de la Región Arequipa; estos resultados en parte son similares a los resultados de Suárez y Salome (2020), ellos demostraron que, la actividad castrense tiene influencia representativa y positiva en la comunidad peruana ($r = 0,994$), logrando suscitar la impresión de complacencia entre los ciudadanos. La confirmación del estudio de Peña Henao (2016), sugiere que es necesario complementar los servicios de salud a las poblaciones alejadas, porque, cuando la asistencia a las comunidades alejadas fue realizada por la unidad modular básica de salud completa se llegó al 30% y en comunidades intervenidas tan solo por promotores, el resultado arrojó un 20%, evidenciando la disminución de un 10%.

La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú tiene una relación fuerte y positiva ($\rho = 0.721$) con la Provisión inclusiva de servicios de salud de las comunidades, marginadas y descentralizadas de la Región Arequipa. Al comparar con el estudio de Gutiérrez et al. (2018), se encontró una diferencia, manifestaron que, el 44.9% de afiliados al SIS en el 2006 buscaron ser atendidos por enfermedades en los centros de salud del MINSA; el 2015 solo el 31.7% de afiliados tomaron la opción de asistir a los establecimientos de salud, sufriendo una disminución considerable, esencialmente en poblaciones alejadas, pobres y desprotegidas financieramente, el motivo principal fue por hallarse inconsistencias en el suministro de servicios de salud por parte del sistema de salud.

La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú tiene una relación moderada y positiva ($\rho = 0.474$) con la Interculturalidad en salud de las comunidades, marginadas y descentralizadas de la Región Arequipa; los resultados podemos corroborar con la necesidad de tomar en cuenta los aspectos culturales de las comunidades alejadas del interior del país, al respecto Benites Zapata et al. (2017), en su estudio vieron la tasa de la "NUSFPS" y sus indicadores

vinculados en Perú; es preciso señalar que, los encuestados afirmaron que, no obstante de haber sufrido de síntomas, malestares, enfermedades crónicas o accidentes que atentaron contra su salud en los últimos 30 días, optaron por no asistir a los establecimientos de salud por el hecho de no tener el conocimiento del funcionamiento del “Sistema de Seguro Integral de Salud”, y no ser atendidos de acuerdo a su cultura y costumbres, la mayoría de los pobladores de las comunidades, marginadas y descentralizadas tomaron la decisión de la “NUSFPS”.

La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú tiene una relación muy fuerte ($\rho = 0.824$) con la atención conjunta móvil de salud de las poblaciones excluidas y dispersas de la Región Arequipa. Es importante señalar que los resultados en forma general concuerdan con la investigación de Suárez Tenorio y Salome Loyola (2020) cuya finalidad de su estudio fue exponer la labor castrense y su incidencia en la colectividad peruana; los resultados determinaron un “ r ” de Pearson igual a 0,994 considerado como una correlación muy alta entre las variables (acción militar y sociedad peruana), confirma promover la percepción de complacencia entre los habitantes. En tal sentido se puede afirmar que la intervención del Ejército del Perú en convenio con el MINSA y a través del MIDIS pueden lograr la satisfacción en salud de las poblaciones alejadas y excluidas de Arequipa.

CONCLUSIONES

La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con el nivel de acceso a la salud pública de las poblaciones excluidas y dispersas en la Región Arequipa.

La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú tiene una relación significativa con la provisión inclusiva de asistencia en salud a las comunidades, alejadas y no centralizadas en la Región Arequipa.

La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú se relaciona significativamente con la Interculturalidad en salud de las poblaciones excluidas y dispersas en la Región Arequipa.

La implementación de un sistema itinerante móvil de salud con participación del Ejército del Perú tiene una relación significativa con la atención conjunta móvil de salud de las poblaciones excluidas y dispersas en la Región Arequipa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benites Zapata, V., Lozada Urbano, M., Urrunaga Pastor, D., Márquez Bobadilla, E., Moncada Mappelli, E. y Mezones Holguín, E. (2017). Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(3), 478-484. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2864>
- Gerencia Regional de Arequipa (2015). *Análisis de situación de Salud*. Oficina de Epidemiología, Editorial Gobierno Regional de Arequipa GRA, <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2015/ASIS%202015.pdf>
- Gerencia Regional de Arequipa (2019). *Análisis de situación de Salud*. Oficina de Epidemiología, Editorial Gobierno Regional de Arequipa GRA, <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2019/ASIS%202019.pdf>
- Gutiérrez, C., Romaní Romaní, F., Wong, P. y Del Carmen, J. (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(1), 65-70. <https://doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595>
- Hernández Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C. V.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *Resultados Definitivos del departamento de Arequipa*. Tomo 1, Editorial INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1551/04TOMO_01.pdf
- Jenne, N. y Martínez, R. (2021). Domestic military missions in Latin America: Civil-military relations and the perpetuation of democratic deficits. *European Journal of International Security*, 7(1), 58-83. <https://doi.org/10.1017/eis.2021.25>
- Laurel, A. y Ligia, G. (2018). Health Policies and Systems in Latin America. *Enciclopedia de investigación de Oxford sobre salud pública*

- mundial, 28. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.60>
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS). (2018). https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/304245/Convenio_N__004-2018-MID-IS20190329-26938-tspg9m.pdf
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (28 de febrero de 2022). ¿Qué es el Programa Nacional PAIS? <https://www.pais.gob.pe/webpais/public/inicio/que-es-el-programa-nacional-pais>
- Ministerio de Salud (2009). *Norma técnica de salud de los equipos de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (equipos AISDPED)*. NTS N° 081-MINSA/DGSPV. 01. Editorial MINSA, https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/391442/Norma_t%C3%A9cnica_de_salud_de_los_equipos_de_atenci%C3%B3n_integral_de_salud_a_poblaciones_excluidas_y_dispersas__equipos_AISDPED_.NTS_N%C2%BA_081-MINSADGSPV_0120191017-26355-12i8uye.pdf
- Ministerio de Salud (2011). *Norma Técnica de salud de las Categorías de establecimiento del Sector Salud*. NTS N° 021-MINSAIDGSPN.02. Editorial MINSA, https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf20190110-18386-cimfnp.pdf
- Ministerio de Salud (2020). *Documento Técnico: Plan Nacional de implementación de Redes Integradas de Salud*. Editorial MINSA, <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2050017/Plan%20Nacional%20de%20Implementaci%C3%B3n%20de%20Redes%20Integradas%20de%20Salud%20%28Parte%201%29.pdf>
- Nino, A. (29 de julio de 2020). *Todo sobre la atención primaria de salud*. La Salud desde la otra orilla. <https://saluddesdelaotraorillas.com/2020/07/29/todo-sobre-la-atencion-primaria-de-la-saludaps/>
- Peña Henao, J. C. (2016). *Canalización y prestación de servicios de salud preventivos en la implementación de la Atención Primaria en Salud. Zona rural. El Peñol 2012-2014* [Tesis de maestría, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia]. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5512/1/PenaJuan_2016_CanalizacionPrestacionServiciosAPS.pdf
- Programa Nacional Plataformas de Acción para la Inclusión Social PAIS. (22 de febrero de 2022). *Información institucional*. Móviles- PIAS. <https://www.gob.pe/institucion/pais/institucional>
- Robles Pastor, B. (2019). Población y muestra. *Pueblo Continente. Revista oficial de la Universidad Privada Antenor Orrego*, 30(1), 245-246. <http://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/view/1269/1099>
- Sánchez Moreno, F. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(4), 747-753. [23 de abril de 2022] 1726-4642. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36333050021>
- Seguro Integral de Salud. (6 de junio de 2021). *Información institucional*. <https://www.gob.pe/sis/institucional>
- Suárez Tenorio, M. M. y Salome Loyola, J. (2020). *Acción militar y su impacto en la sociedad peruana* [Tesis de Licenciatura, Escuela Militar de Chorrillos Coronel Francisco Bolognesi]. <http://repositorio.escuelamilitar.edu.pe/handle/EMCH/764>