



**ESCUELA DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de Salud en  
los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa  
2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**AUTORA:**

Br. Tessy del Carmen Mancilla Ponce.

**ASESOR:**

Dr. Luis Alberto Núñez Lira

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gestión de los Servicios de la Salud

**SECCIÓN:**

Ciencias Médicas

**Lima-Perú  
2018**



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): **MANCILLA PONCE, TESSY DEL CARMEN**

Para obtener el Grado Académico de *Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud* ha sustentado la tesis titulada:

**BARRERAS ASOCIADAS AL ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOS PUESTOS DE SALUD LLANAVILLA Y VISTA ALEGRE DE VILLA, 2016**

Fecha: 13 de junio de 2017

Hora: 2:45 p. m.

**JURADOS:**

**PRESIDENTE:** Dr. Juan Mendez Vergaray

Firma: 

**SECRETARIO:** Dra. Flor de María Sánchez Aguirre

Firma: 

**VOCAL:** Dr. Luis Alberto Nuñez Lira

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... APROBADO POR UNANIMIDAD .....

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....  
.....  
.....  
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

..... ESTILO APA .....

**Nota:** El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

### **Dedicatoria**

A Dios, porque sin el nada es posible.

A mi padre porque con su honorabilidad, me dio el mejor ejemplo a seguir en la vida.

A mi madre porque es mi motor y motivo para seguir emprendiendo nuevos caminos.

A mi prima Nancy, porque sin su apoyo incondicional hoy no sería quien soy ahora.

**Agradecimiento**

A mi asesor porque con su paciencia y sabiduría supo encaminarme hacia la culminación de este trabajo de investigación.

### **Declaración Jurada**

Yo, Tessy del Carmen Mancilla Ponce, con DNI: 46045542 estudiante del Programa Maestría en Gestión de los Servicio de la salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, con la tesis titulada “Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de la Salud en los Puestos de Salud Vists Alegre de Villa y Llanavilla”, declaro bajo juramento que:

I) La tesis es de mi autoría.

II) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.

III) La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

IV) Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 23 de diciembre 2016

.....  
Br. Tessy del Carmen Mancilla Ponce

DNI 46045542

## **Presentación**

A los señores miembros del jurado de Postgrado, Maestría en Gestión de los servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, sede, los olivos presento la tesis que lleva por título: Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de la Salud en los Puestos de Salud Vista Alegre de Villa y Llanavilla, 2016; en cumplimiento del reglamento de grados y título de la Universidad Cesar Vallejo, para para obtener el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

El presente trabajo de investigación consta de 4 capítulos en la primera parte se describe los antecedentes de la investigación, la fundamentación científica de las variable y sus dimensiones, la justificación, el planteamiento del problema y los objetivos. En la segunda parte se expone la metodología utilizada, describir la variable en estudio, la Operacionalización el tipo de estudio, el diseño de la investigación, la muestra, muestreo, la técnica e instrumento de recolección de datos, el método de análisis utilizado y los aspectos éticos.

En la tercera parte se presenta los resultados y en la cuarta parte están la Discusión de resultados, las conclusiones y recomendaciones del presente trabajo de investigación de la misma manera las referencias bibliográficas y por último los anexos correspondientes.

**Listado de contenido**

	<b>Pág.</b>
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice de página	vii
Índice de tabla	ix
Índice de figura	x
Resumen	xi
Abstrac	xii
<b>I. Introducción</b>	
1.1 Antecedentes	14
1.2 Fundamentación científica	18
1.3 Justificación	24
1.4 Problema de investigación.	25
1.5 Hipótesis	26
1.6 Objetivos	26
<b>II. Marco Metodológico</b>	
2.1 Variables	30
2.2 Operacionalización de variables	30
2.3 Metodología	31
2.4 Tipos de estudio	31
2.5 Diseño de investigación	31
2.6 Población, muestra, muestreo	31
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
2.8 Métodos de análisis de datos	34

III. Resultados	35
IV. Discusión	57
V. Conclusión	61
VI. Sugerencias	63
VII. Referencias Bibliográficas	65
VIII. Anexos	69



**Lista de tablas**

	<b>Pág.</b>
Tabla 1 Operacionalización de las variables	30
Tabla 2 Validez por Juicio de Expertos	33
Tabla 3 Confiabilidad del Instrumento	
Tabla 4 Sexo de los Usuarios	36
Tabla 5 Condición de los Usuarios respecto al SIS	37
Tabla 6 Aceptabilidad de las barreras a los Servicios del Puesto de Salud Llanavilla	38
Tabla 7 Accesibilidad de las barreras a los Servicios del Puesto de Salud Llanavilla	39
Tabla 8 Contacto de las barreras a los Servicios del Puesto de Salud Llanavilla	40
Tabla 9 Disponibilidad de las barreras a los Servicios del Puesto de Salud Llanavilla	41
Tabla 10 Aceptabilidad de las barreras a los Servicios del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa	42
Tabla 11 Accesibilidad de las barreras a los Servicios del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa	43
Tabla 12 Contacto de las barreras a los Servicios del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa	44
Tabla 13 Disponibilidad de las barreras a los Servicios del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa	45
Tabla 14 Prueba U de Mann-Whitney para Hipótesis General	47
Tabla 15 Prueba U de Mann-Whitney para Hipótesis Especifica 1	49
Tabla 16 Prueba U de Mann-Whitney para Hipótesis Especifica 2	51
Tabla 17 Prueba U de Mann-Whitney para Hipótesis Especifica 3	53
Tabla 18 Prueba U de Mann-Whitney para Hipótesis Especifica 4	55

**Lista de figuras**

	<b>Pág.</b>
Figura 1 Sexo de los Usuarios de los Servicios de Salud	36
Figura 2 Condición del Usuario respecto al SIS	37
Figura 3 Aceptabilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Llanavilla	38
Figura 4 Accesibilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Llanavilla	39
Figura 5 Contacto de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Llanavilla	40
Figura 6 Disponibilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Llanavilla	41
Figura 7 Aceptabilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa	42
Figura 8 Accesibilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa	43
Figura 9 Contacto de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa	44
Figura 10 Disponibilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa	45

## Resumen

El presente trabajo tiene como problema principal ¿Cuáles son las diferencias de las barreras asociadas al acceso de los servicios de salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016? y como objetivo principal ¿Cuáles son las diferencias de las barreras asociadas al acceso de los servicios de salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016?

Par efectos del presente estudio está constituido por 120 Usuarios, que acuden en busca de atención en los Puesto de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa, durante el periodo comprendido entre Setiembre y Noviembre del año 2016. La muestra viene a estar compuesta por 60 usuarios del Puesto de salud de Villa y 60 del P.S. Vista alegre de Villa

Concluyendo que el promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para las Barreras asociadas al Acceso de Servicios de Salud es diferente del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista alegre de Villa para las Barreras Asociadas al Acceso de Servicios de Salud; por lo tanto queda demostrado que si existen diferencias de las Barreras asociadas al Acceso de Servicios de Salud entre los usuarios entre los Centros de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa con un valor de sig. ,000.

**Palabras claves:** Barrera de Salud

## **Abstract**

The present study has as main problem What are the differences in the barriers associated with access of health services among users of the Health Posts Llanavilla and Vista Alegre de Villa-2016? And as main objective What are the differences in the barriers associated with access to health services among users of the Llanavilla and Vista Alegre de Villa-2016?

For the purposes of the present study, it is constituted by 120 users, who go to the Health Centers of Llanavilla and Vista Alegre de Villa, during the period between September and November of the year 2016.

The sample comes to be composed by 60 users of the Health Center of Villa and 60 of the Center Vista Alegre de Villa.

Concluding that the average score obtained at the Llanavilla Health Center for Barriers associated with Access to Health Services is different from the Score obtained at the Health Center Alegre Vista of Villa for the Barriers Associated to the Access of Health Services; Therefore it has been demonstrated that if There are differences in the barriers associated with access to health services Among users between the Health Centers Llanavilla and Vista Alegre de Villa Cheerful with a sig value. , 000.

**Keywords:** Health Access

## **I. Introducción**

## 1.1 Marco Teórico

### Antecedentes Internacionales

Ballesteros (2013) en la tesis titulada “Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales”, presentado en la Universidad de Buenos Aires, tuvo como objetivo conocer las barreras que se presentan en los accesos a los servicios de la salud en este país. Es un trabajo de tipo descriptivo, donde analizó a una muestra constituida por 130 usuarios. Llegó a la conclusión de que a lo largo de la presentación se ha problematizado la conceptualización y la construcción de indicadores vinculados con el acceso y las barreras en el acceso a los servicios de salud, los conceptos pueden asociarse a características de la oferta, de la población, o de ambos a la vez, además de permitir reconstruir el acceso mediante la utilización de los servicios.

Santander (2013) en su trabajo “Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil–Santander”, cuyo objetivo general fue caracterizar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado del municipio de San Gil. Se trabajó con una muestra de 382 afiliados al régimen subsidiado, se determinó la mediana de edad de 50 años, donde el 71.99% de los individuos eran principalmente mujeres; el 74.61% provenían del área urbana, el 55.24% tenía un nivel educativo básico o primaria incompleta y el 8.38% presentaba alguna discapacidad.

Los resultados mostraron la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud, tanto del lado de la demanda, como del lado de la oferta, La principal barrera de acceso a las EPS estuvo asociada a la tramitología, por la demora en el proceso de autorización de servicios o por la restricción en el acceso a los servicios de salud debido a la negación en las autorizaciones. Se encontró una baja satisfacción respecto al tema de las autorizaciones, dado que solo el 48% de los encuestados que necesitaron una autorización manifestaron haberla obtenido dentro de los 5 días señalados en el Decreto Ley anti trámites 019 del 2012,

mientras que el 18% la lograron entre 6 y 30 días y el 33% tuvieron que esperar más de 30 días, para su obtención.

Hirmas *et al.* (2013) en el trabajo “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa” busco determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia. El método utilizado fue una revisión sistemática cualitativa de literatura publicada durante el período 2000–2010. Se identificaron 230 barreras y 35 facilitadores en países con diferentes contextos y grados de desarrollo. La mayor proporción de barreras correspondió a la dimensión de aceptabilidad y de accesibilidad. Los elementos facilitadores identificados tienen relación con factores personales, relación entre prestadores y usuarios, apoyo social, información sobre la enfermedad y adaptación de los servicios al paciente.

Concluye que la identificación de barreras y facilitadores se realiza mayoritariamente en personas que han contactado los sistemas sanitarios y en todas las etapas del proceso de acceso a la atención de salud. Se identificaron pocos estudios orientados a quienes no contactan los servicios. Las barreras y facilitadores identificados están socialmente determinados, y la mayoría son expresión de inequidades sociales que existen en los países y requieren una acción conjunta con otros sectores distintos de salud para ser reducidas o eliminadas.

Hernández (2014) en la tesis “Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: el caso del seguro integral de salud”, tuvo como objetivo aportar evidencia empírica sobre el desempeño de un seguro público de salud peruano, en términos de afiliación y acceso a servicios de salud públicos, medidos a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2013, fue un trabajo descriptivo. Entre los resultados se observó una particularidad que develó el estudio de los determinantes de la afiliación al SIS, que fue la identificación para el año 2013 de la reducción en la probabilidad de afiliar a personas en situación de

pobreza. Por otra parte, el estudio al analizar el efecto en el acceso a la atención en salud de los afiliados al SIS por niveles de socioeconómicos, permitió identificar diferencias importantes en el acceso a los Hospitales del Ministerio de Salud, siendo significativos para facilitar el acceso para personas no pobres.

Entre las conclusiones tenemos que estas diferencias pueden generar riesgos para aquellos que teniendo una enfermedad y necesiten atención, independientemente de su situación socioeconómica, no puedan ser atendidos en aquellos establecimientos que reúnen las condiciones necesarias tanto en equipamiento como personal para brindar la atención y cuidados necesarios a pacientes que por su estado de salud lo ameritan. Además, si la capacidad operativa de los servicios de salud públicos no incrementa de manera proporcional al incremento de la demanda, se agravará el problema de saturación de los servicios de salud peruanos.

Restrepo *et al* (2014) en el trabajo “Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia”. Tuvo como objetivo generar un concepto sobre acceso e identificar barreras y estrategias. Material y métodos: investigación cualitativa con énfasis en tres zonas de Medellín. Entre sus resultados tenemos que se encuentran similitudes y diferencias en la visión del acceso, las cuales permitieron construir el concepto; las barreras y los facilitadores se atribuyen a factores de oferta y de demanda; la mayoría de las barreras se dan en el acceso real, durante la búsqueda y continuidad del tratamiento. Algunas características sociales de la población también son factores determinantes.

Concluyendo que los actores recurren a estrategias para solventar las barreras de acceso. El análisis cualitativo del concepto de acceso, de las barreras y las facilidades permite identificar alternativas que pueden servir de insumo para políticas en salud.

Vargas (2014) en la tesis “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada” tuvo como objetivo; analizar los factores y actores que influyen en el acceso al continuo de servicios de salud en cuatro redes



de servicios de salud de Colombia y propuestas de mejora del acceso, desde la perspectiva de los actores sociales. Utilizo una metodología cualitativa, exploratoria y descriptiva basada en un estudio de caso de cuatro redes de servicios de salud. Las áreas de estudio fueron Ciudad Bolívar (Bogotá, D.C.). Trabajo con muestra teórica en tres etapas: I) Casos de estudio: redes de servicios de salud de ambos regímenes de aseguramiento, en zona rural y urbana; II) Proveedores públicos y privados dentro de la red de distintos niveles asistenciales, y de integración en la propiedad; III) Informantes buscando la variedad en el discurso - usuarios asegurados y sin asegurar (35), profesionales de salud (51), profesionales administrativos (20) y gestores de prestadores y aseguradoras (28). Para la recogida de información se utilizó la entrevista individual semiestructurada con guía. Se realizó un análisis de contenido con segmentación por caso de estudio, grupos de informantes y temas. Para asegurar la calidad de los datos se trianguló la información entre grupos de informantes e investigadoras y se contrastaron los resultados con los informantes.

Entre los resultados se halló que el acceso, en específico a la atención especializada, se percibió como complejo debido a obstáculos como el diseño segmentado del seguro y la escasez de servicios; los malos mecanismos de control que emplean las aseguradoras; las deficiencias en la infraestructura y una mala organización de la red de prestadores, además del bajo nivel económico de la población. Concluyendo que se puede atribuir al modelo de competencia gestionada el inicio de todos los inconvenientes de acceso en salud en Colombia.

Ayala (2014) en el artículo “La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso” evaluó los determinantes del acceso a los servicios médicos en Colombia, usando datos de la encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2012, la metodología usada fue retrospectiva, se basó en el modelo probit, de abordaje netamente estadístico. Entre los resultados se obtuvo que en promedio, quienes pertenecen al estrato alto tienen 12,9 pp más de probabilidad de ser atendidos en caso de necesitarla que aquellos del estrato bajo y los del estrato medio 0,7 pp más. La edad resultó ser estadísticamente significativa pero con un efecto marginal

cercano a cero. Las mujeres tienen 2,2 pp más probabilidad de acceder a los servicios médicos diferentes a hospitalizaciones en comparación con los hombres. Concluyendo que las características de la demanda explican en mayor medida la probabilidad de acceso que las características de la oferta. Por último, se evidencian diferencias regionales significativas en el acceso para el 2012.

## **1.2 Fundamentación científica, técnica o humanística**

### **Barrera a los accesos de Salud**

El Instituto de medicina Americana (IOM) (1993) ha definido el acceso en salud como el nivel en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica. Contribuyendo a este concepto Ruelas (2011) señala que en un modelo de cobertura universal es necesario pensar en calidad, accesibilidad y equidad. Enfatizando algunos conceptos como la relación entre calidad y accesibilidad, al punto de considerar la calidad en abstracto, sin tener acceso, es un absurdo y que el acceso, sin calidad, es una falta de ética, dentro de un contexto de equidad, y menciona que para hablar de un modelo de salud es indispensable el acceso universal a los servicios, y que los usuarios puedan elegir cualquier institución y ejercer la libre elección (p.181).

Para el Ministerio de Salud Nacional (Minsa) (2013) el requerimiento de los servicios de salud está asociada a una decisión de los usuarios, primero se decide si se busca esos servicios y luego se opta por elegir el tipo de proveedores. Ambos asociados al requerimiento de salud, lo cual permite identificar quienes son los que acuden a los servicios de salud y quienes enfrentan barreras de acceso. (p. 54.)

Para Aday y Andersen (1974) se distinguen tres niveles de acceso que se relacionan a través de determinantes individuales, organizacionales y sociales: En primer lugar el aspecto Político definido como acciones planeadas y dirigidas por el estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que

se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios.

En segundo lugar el Acceso potencial que es la interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del sistema. Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes, por último el Acceso real: relaciona determinantes objetivos, cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos de la utilización de servicios, satisfacción.

Florez, Campo, Trochez *et al* (2012) mencionaron:

Los servicios de salud son factores muy importantes para atender las necesidades de la población fomentando el primer nivel de salud, como son promover la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la salud que se ve afectada por alguna enfermedad, así mismo rehabilitar a las personas que padecen de secuelas discapacitantes, constituyendo un factor importante para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población. (p.23).

Al respecto coincidimos en que las personas deben de contar con todos los servicios de salud, que debe ser otorgado por los entes gubernamentales, teniendo en cuenta que contamos con una población pobre en la mayoría de zonas del país.

El reporte de Minsa (2012) nos dice que la población ha tenido un crecimiento considerable, este incremento de la esperanza de vida, causa mayor densidad en la población y como consecuencia mayor demanda de los servicios de la salud. Por eso es que las políticas deben de estar orientadas a la prevención y promoción de la salud en las diferentes etapas de vida.

Flores, Campos, Trochez, *et al* (2012) acotaron que según el informe de macroeconomía y salud liderado por Jeffrey Sachs (2001):

“...a nivel mundial son seis los nexos encontramos entre las barreras y determinantes del acceso de los servicios de salud. El primero, la salud es indispensable para superar la pobreza. En el segundo se encuentra la disponibilidad de programas direccionados a reducir la mortalidad provocada por enfermedades evitables. El tercer vínculo está relacionado al control de la natalidad. En cuarto punto está enfocado a la disponibilidad de proveedores e infraestructuras de los servicios de salud en todos los niveles. El quinto propone la lucha contra las enfermedades de los pobres mediante inversiones en bienes públicos mundiales en los países pobres. Y por último, el sexto implica un compromiso financiero global dado que en los países de bajos ingresos, el nivel de gasto en salud es insuficiente para hacer frente a los desafíos que se plantean en este campo. (p. 10).

Estas barreras definidas por Sachs son las que encontramos en el país, por mencionar algún ejemplo podemos tomar en cuenta que el número de muertes maternas en el país continúa siendo alta, asimismo podemos ver que en nuestro país el presupuesto asignado a salud sigue siendo bajo.

Restrepo, Silva, Andrade *et al* (2013) destacaron que las barreras más comunes que afectan en mayor medida a personas de menor nivel son el costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes; el temor o vergüenza al ser atendido en un servicio de salud; la desconfianza en los equipos de salud así como del tratamiento prescrito, y finalmente el estigma social, creencias y mitos. (p. 245)

Tanahashi (1978) considera cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva en los servicios de salud tales como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto (p. 224).

La disponibilidad es cuando el usuario encuentra a su disposición los servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura

e información, necesarios para su atención. En cuanto a la accesibilidad el autor la describe como asociada al acceso físico como distancia, conectividad, existencia y tiempo que demoran en el transporte. Asimismo tenemos al acceso organizacional/administrativa, que es el relacionado con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, también se incluye al acceso financiero, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo.

Una tercera etapa es la aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros. Por último tenemos al contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención. (Tanashi, 1978, pp. 224-226)

La accesibilidad de la población al sistema de salud constituye uno de los elementos fundamentales de la noción misma de Atención Primaria de la Salud (APS), como fue definida en la Declaración de Alma-Ata (1978) y reafirmada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2007. La OMS (2016) define la accesibilidad como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como “un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer” (s/p), la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad, la atención tiene que ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población, y ser provista en medios aceptables para ellos.

Frenz (2013) referente a Accesibilidad, asocia a accesibilidad física como distancia, conectividad, existencia de medios de transporte y tiempo del traslado; el acceso organizacional/administrativa, relacionado con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y

financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo (p.10).

Landini, González y D'Amore (2014), expusieron que es necesario diferenciar el acceso entre disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud, que son conceptos con distintas funciones. Considera *disponibles* a los servicios de salud cuando estos existen en un territorio determinado, se los define como *accesibles*, si las personas tienen los medios necesarios para utilizar esos servicios, en lo referido a su distribución y ubicación geográfica en relación a los pacientes. Son *aceptables* si responden a las necesidades, expectativas y valores de los beneficiarios, invitándolos a continuar con la atención recibida, conectando de manera directa, tanto con las actitudes de los beneficiarios como de los profesionales de la salud en el momento del encuentro entre ambos. (p. 233)

Aday y andersen (1974) mencionaron como barreras del lado de la Oferta a la entrada, asimismo a las variables relacionadas con el contacto inicial; por ejemplo el tiempo de viaje, así como al medio de transporte, considerar además a la distancia desde la residencia hasta el lugar de atención y por último los horarios de atención.

#### Acceso Inicial

Las variables relacionadas con el contacto inicial referido al tiempo de viaje, asimismo al medio transporte que usan para el traslado, esto tiene mucho que ver con la distancia desde la residencia hasta el lugar de atención, y con los Horarios de atención, que muchas veces no son los adecuados considerando los diferentes tipos de trabajos y sus horarios.

Aspectos de la estructura del sistema de entrega de servicios, relacionados con la fuente regular de servicios y los horarios que dificultan la continuidad Rodríguez (2010) nos dice que del lado de la demanda tenemos la predisposición que a su vez tiene que ver con las características demográficas (edad, género, estado civil y enfermedades pasadas), la estructura social (tamaño familiar, ocupación,

educación, etnicidad y religión), y un tema muy importante como la Cultura tan diversa en nuestro país.

Las demandas de los servicios de salud están relacionados con las necesidades de los usuarios que se reflejan en los episodios de enfermedad que a su juicio necesita atención médica, el estado de salud percibido, la frecuencia de dolor, el número de síntomas y los días de incapacidad.

El acceso a los servicios está en relación con la utilización de los recursos y de las características propias de estos tales como el tipo de servicio (hospitalización, médico, medicamentos, odontólogo entre otros); el propósito (preventivo o curativo) y la unidad de análisis (visitas por primera vez y número de servicios recibidos).

### **Satisfacción**

Percepción de las características y prácticas de los proveedores y satisfacción con el sistema, lo cual podría limitar la continuidad, así también como recibir poca información sobre su enfermedad, o no informar claramente sobre las formas de pago, percibir actitudes poco favorables desde los profesionales (médicos), duración de la cita médica, además de la calidad de las salas de espera, el tamaño de los consultorios y habitaciones y el tiempo de espera (consulta y asignación de cita) son motivos que inciden en la percepción de satisfacción.

Comes y Stolkiner (2004) encontraron que existen distintos tipos de accesibilidad entre las cuales tenemos: accesibilidad geográfica, aquella que se relaciona con las distancias entre los beneficiarios y los servicios, y la posibilidad de acceder por las vías de comunicación o transportes existentes. La accesibilidad económica, costo del transporte para llegar al centro de salud, el valor de la atención recibida y la solvencia económica para comprar medicamentos, hacer estudios y otros costos. La accesibilidad administrativa atiende a las trabas burocráticas relacionadas con el acceso al servicio, como horarios de atención o sistemas de asignación de turnos. Finalmente, la accesibilidad cultural focaliza en los hábitos y costumbres de la población y las diferencias existentes a nivel cultural

entre los profesionales y la organización del servicio, por un lado, y los beneficiarios, por el otro (p. 234).

La disponibilidad es entendida como la obtención de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información.

Pencharnsky y Thomas (1981) (citados por Vargas, 2009) desarrollan una definición de acceso que comprende diversas dimensiones entre ellas, la disponibilidad o relación entre el volumen y tipo de servicios existentes, y el volumen y tipo de las necesidades de los usuarios, la adaptación definida como la relación entre las formas organizativas, la asequibilidad, o relación entre el precio de los servicios y la renta, disponibilidad a pagar y afiliación a un seguro de salud, la aceptabilidad de determinadas características del personal sanitario (edad, sexo, etnia, etc.) y prácticas en la atención por parte de los usuarios, así como las actitudes de los proveedores sobre las características de los pacientes, para ellos las diferentes dimensiones están relacionadas entre sí. La disponibilidad afecta la aceptabilidad y la adaptación de los servicios. O una disponibilidad no asegura un acceso adecuado si persisten los problemas de asequibilidad. (p. 44).

Aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros.

El acceso a servicios de la salud es una prioridad en la atención primaria de la salud, existen muchos factores que retrasan el servicio, el conocimiento de ellos lo optimizara entendiendo como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención, que debe de optimizar en cuanto se adopten medidas que mejoren estos factores.

### **1.3 Justificación**

#### **Teórica**



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

### **Practica**

La importancia social radica en que el estudio de la eficacia del acceso de salud tiene un impacto en la sostenibilidad de los sistemas de salud. Asimismo su conocimiento es esencial para la toma de decisiones de la asignación de los recursos del sector Salud, permitiendo así la evaluación de la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan los recursos mejorando la calidad de atención a través de un mejor acceso a los servicios de salud.

### **Metodológica**

Constituye una herramienta valiosa para evidenciar las implicancias de los determinantes en el acceso de salud, de esta manera se convierte en un proceso que permanentemente está indicado las prioridades que debemos tener en cuenta al momento de formular estrategias sanitarias.

## **1.4 Formulación del problema**

### **Problema general**

¿Existirá diferencias de las barreras asociadas al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016?

### **Problemas específicos.**

#### Problema específico 1

¿Existirá diferencias de la accesibilidad de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016?

#### Problema específico 2

¿Existirá diferencias de la aceptabilidad al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa -2016?.

#### Problema específico 3

¿Existirá diferencias del contacto a los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa -2016?.

#### Problema específico 4

¿Existirá diferencias de la disponibilidad a los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016?.

### **1.5 Hipótesis**

#### Hipótesis General

Existen diferencias de las Barreras asociadas al Acceso de Servicios de Salud entre los usuarios entre los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016.

#### **Hipótesis Específicas**

Existen diferencias de la accesibilidad de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016.

Existen diferencias de la aceptabilidad al Acceso de los Servicios de salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa--2016.

Existen diferencias del contacto de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa--2016.

Existen diferencias entre la disponibilidad al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa--2016.

## **1.6 Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar las diferencias de las barreras asociadas al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016?

### **Objetivos Específicos**

Determinar la diferencia de la accesibilidad de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016

Conocer la diferencia de la aceptabilidad al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016.

Determinar la diferencia de contacto al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016.

Determinar la diferencia de la disponibilidad al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016.

## **II. Marco Metodológico**

## **2.1 Variable**

Barrera al acceso a los servicios de Salud

Definición conceptual

Comes (2004) nos dice que son los factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria (p.232)

### **Definición operacional**

Son los factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria, medidos a través de la accesibilidad, aceptabilidad, acceso y disponibilidad de los servicios de salud, medidos por un instrumento de respuestas politómicas

## **2.2 Operacionalización de variables**

Tabla 1

*Operacionalización de Variable*

<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala</b>	<b>Rangos</b>
Aceptabilidad	-Temor o vergüenza al atenderse en u servicio de salud. -Creencias y mitos. -Incompatibilidad cultural entre los usuarios y equipo de salud. -Desconfianza en los equipos de salud en el tratamiento prescripto.	1-7	1 Nunca 2Casi nunca 3 A veces 4casi siempre 5 Siempre	
Accesibilidad	-Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes. -Horarios de atención inadecuados. -Distancias largas entre la residencia del usuario y el lugar de atención. -Escasez y dificultad del transporte. -Largas listas y tiempo de espera excesivos.	8-14	1 Nunca 2Casi nunca 3 A veces 4casi siempre 5 Siempre	Alto: 86-125 Medio:43-85 Bajo:0-42
Contacto	-Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad. -Falta de conciencia de la enfermedad en los usuarios. -Efectos secundarios de los medicamentos. -Sensación de bienestar que llevar a dejar el tratamiento y controles.	15-19	1 Nunca 2Casi nunca 3 A veces 4casi siempre 5 Siempre	
Disponibilidad	-Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención y medicamentos. -Escasez de información. -Falta de formación y capacitación de los equipos médicos.	20-25	1 Nunca 2Casi nunca 3 A veces 4casi siempre 5 Siempre	

Fuente: Tanashi (1974)

### 2.3 Metodología

Este trabajo ha utilizado una metodología deductiva ya que vamos a analizar la variable desde el contexto general para obtener resultados particulares. Hernández *et al* (2014)

### 2.4 Tipos de estudio

Consideramos que es un estudio de tipo Básico ya que nos valemos de la teoría ya existente para llegar a entender a la variable de estudio. (Sánchez Carlessi-2012)

### 2.5 Diseño

Este trabajo es de diseño No experimental según Hernández *et al* (2014): “Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. (p. 152) Además es Descriptivo comparativo al respecto Sánchez Carlessi (2006): indica que los modelos descriptivos comparativos, parte de considerar dos o más investigaciones descriptivas simples. En el cual se recoge información selecta de varias muestras con respecto a un mismo fenómeno, en su proceso el investigador consigue información de diversas muestras, para contrastar los datos conseguidos. (p. 78)

El diseño se resume en el siguiente gráfico:

M1 ≠ M2

Donde M: muestra

### 2.6 Población, muestra, muestreo

La población según Hernández *et al* (2014) es un conjunto de elementos con características similares, para efectos del presente estudio está constituido por 120 Usuarios, que acuden en busca de atención a los Puestos de Salud de Llanavilla y

Vista Alegre de Villa, durante el periodo comprendido entre Setiembre y Noviembre del año 2016.

### **Muestra**

Siendo la muestra un subgrupo de la población Hernández *et al* (2014). La muestra es no probabilística por conveniencia, que el mismo autor la define como " un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización. (p. 189).

Estuvo compuesta por 60 usuarios del Puesto de salud de Llanavilla y 60 del Puesto de Salud Vista alegre de Villa

### **2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica utilizada fue de la encuesta que de acuerdo con Hernández *et al* (2014) es un elemento de recolección masiva de datos. Asimismo el instrumento utilizado es un cuestionario de Barreras asociadas al acceso a los servicios de salud.

#### **Ficha Técnica:**

Nombre: Cuestionario de Barreras asociadas al acceso a los Servicios de Salud.

Autor: Este instrumento es una adaptación del Cuestionario de Tanashi (1974).

Administración: individual.

Tiempo de duración: 20 minutos.

Está compuesto por 25 preguntas divididas en cuatro dimensiones: Aceptabilidad, Accesibilidad, Contacto y Disponibilidad. Las respuestas son en escala: Nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. Puntuación: Mínima: 25 y la máxima 125.

#### **Validez del instrumento**

El instrumento al ser una adaptación de un cuestionario validado fue sometido a juicio de expertos, contando con aprobación de los mismos.



**Validez a juicio de expertos:** Dicho procedimiento de validez se realizó por discernimiento de jueces expertos, mediante la aplicación del certificado de validez de juicios de expertos de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo con sede en Lima.

Tabla 2

*Juicio de expertos*

Expertos	Instrumento 1
Dr. Luis Alberto Nuñez Lira	Aplicable
Dra. Juana Yris Díaz Mujica	Aplicable
Mg. Javier Quispe Martinez	Aplicable

**Confiabilidad**

Según Hernández (2013), la confiabilidad de un instrumento de medición “es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes”. (p. 200).

Se procedió a prueba piloto con 25 encuestados para conocer la confiabilidad. Al ser un cuestionario con alternativas múltiples se utilizó el Alpha de Cronbach siendo su resultado como sigue:

Tabla 3

*Confiabilidad de Instrumento*

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,738	25

De -1 a 0	No es confiable	Escala para interpretar resultados de confiabilidad de Cronbrach
De 0,01 a 0,49	Baja confiabilidad	
De 0,5 a 0,75	Moderada confiabilidad	
De 0,76 a 0,89	Fuerte confiabilidad	
De 0,9 a 1	Alta confiabilidad	

## 2.8 Métodos de análisis de datos

Los usuarios fueron captados durante el tiempo que hacen cola en espera de un ticket de atención para ello el entrevistador se identificó y solicito autorización.

Luego de obtener los datos se trasladaron a una matriz de datos en Excel para su posterior tratamiento estadístico mediante el software SPSS, al ser un trabajo descriptivo comparativo se procedió a realizar el análisis descriptivo en tablas de frecuencia y el análisis inferencial mediante el estadístico U Mann Whitney.

### **III.- Resultado**

### 3.1 Estadística Descriptiva

Tabla 4  
Sexo de los Usuarios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
masculino	21	17,5	17,5	17,5
Válido femenino	99	82,5	82,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

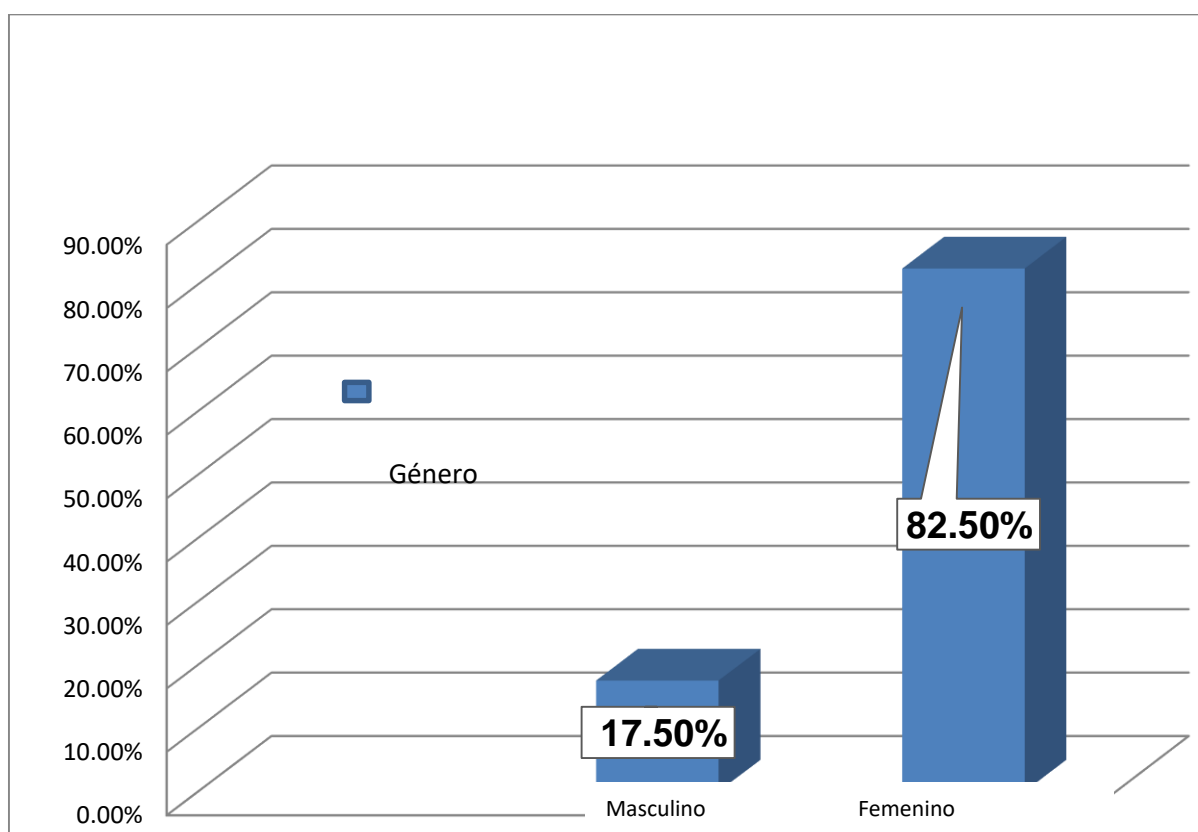


Figura 1 Sexo de los Usuarios de los Servicios de salud.

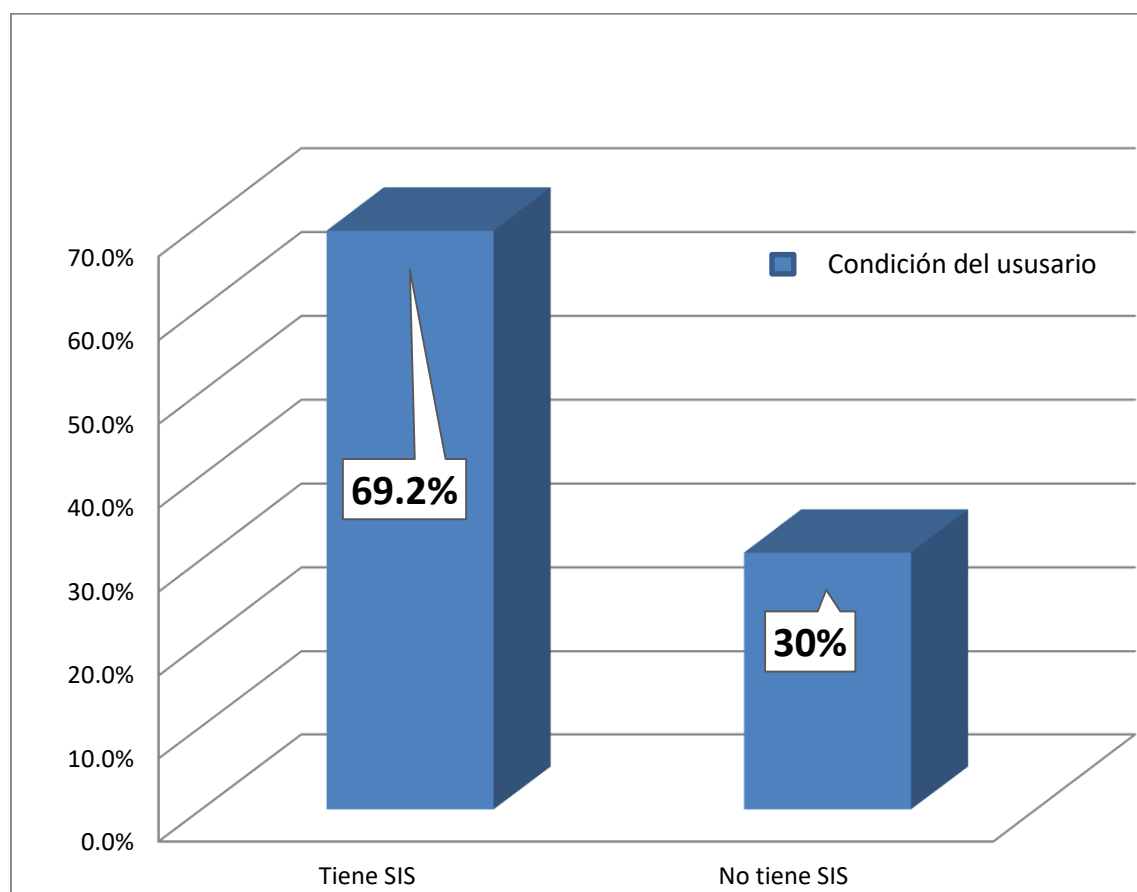
En la tabla 4 se observa que la mayor cantidad de usuarios fueron del sexo femenino en un 82.5%.

Tabla 5

*Condición del Usuario respecto al SIS.*

	<b>Condición</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si tiene SIS	83	69,2	69,2	70,0
no tiene SIS	36	30,8	30,0	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta



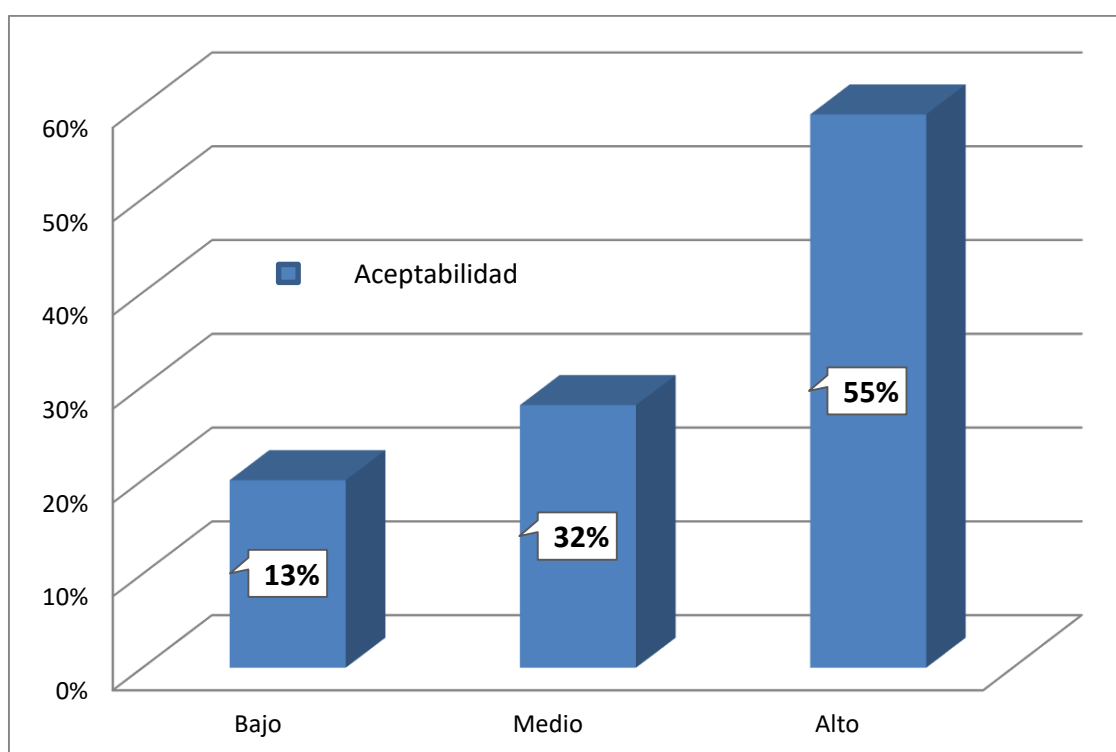
*Figura 2. Condición de Usuario respecto al SIS*

En la tabla 5 se observa .que un 69.2 % de usuarios tienen condición de SIS, mientras que un 30.8 % no lo tienen.

Tabla 6

*Aceptabilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud de Llanaviilla*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	7	13	13	13
Medio	19	32	32	45
Alto	33	55	55	100,0
Total	60	100,0	100,0	



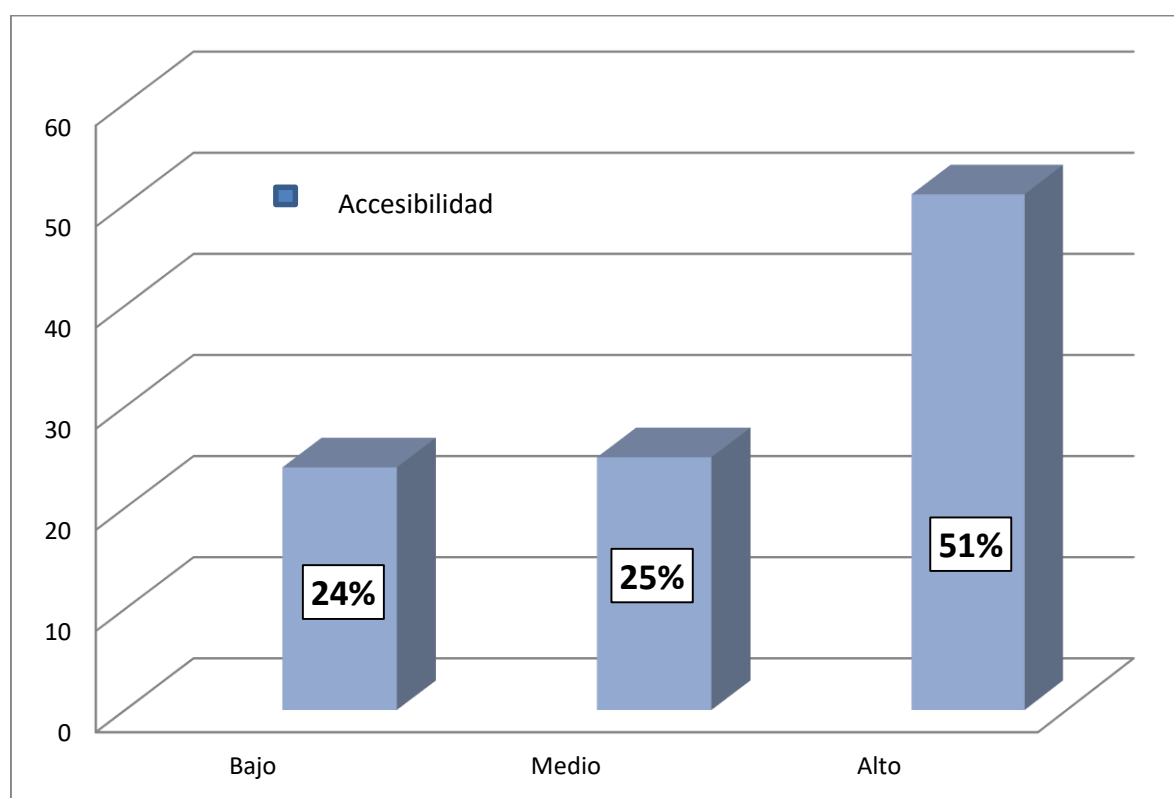
*Figura 3. Aceptabilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud de Llanaviilla.*

En la tabla 6 sobre el nivel de aceptabilidad de las Barreras a los Servicios de salud observamos que en el Puesto de Salud Llanaviilla la aceptabilidad se encuentra en un nivel alto 33 (55%).

Tabla 7.

*Accesibilidad de las Barreras de los Servicios de Salud del Puesto de Salud de Llanavilla.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	14	24	24	24
Medio	15	25	25	49
Alto	31	51	51	100,0
Total	60	100,0	100,0	



*Figura 4. Accesibilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Llanavilla.*

En la tabla 7 sobre el nivel de Accesibilidad de las Barreras a los Servicios de Salud observamos que en el centro del Puesto de Salud de Llanavilla, la accesibilidad se encuentra en un nivel alto 31 (51%).

Tabla 8

*Contacto de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud de Llanavilla*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	8	13	13	13
Medio	17	28	28	41
Alto	35	59	59	100,0
Total	60	100,0	100,0	

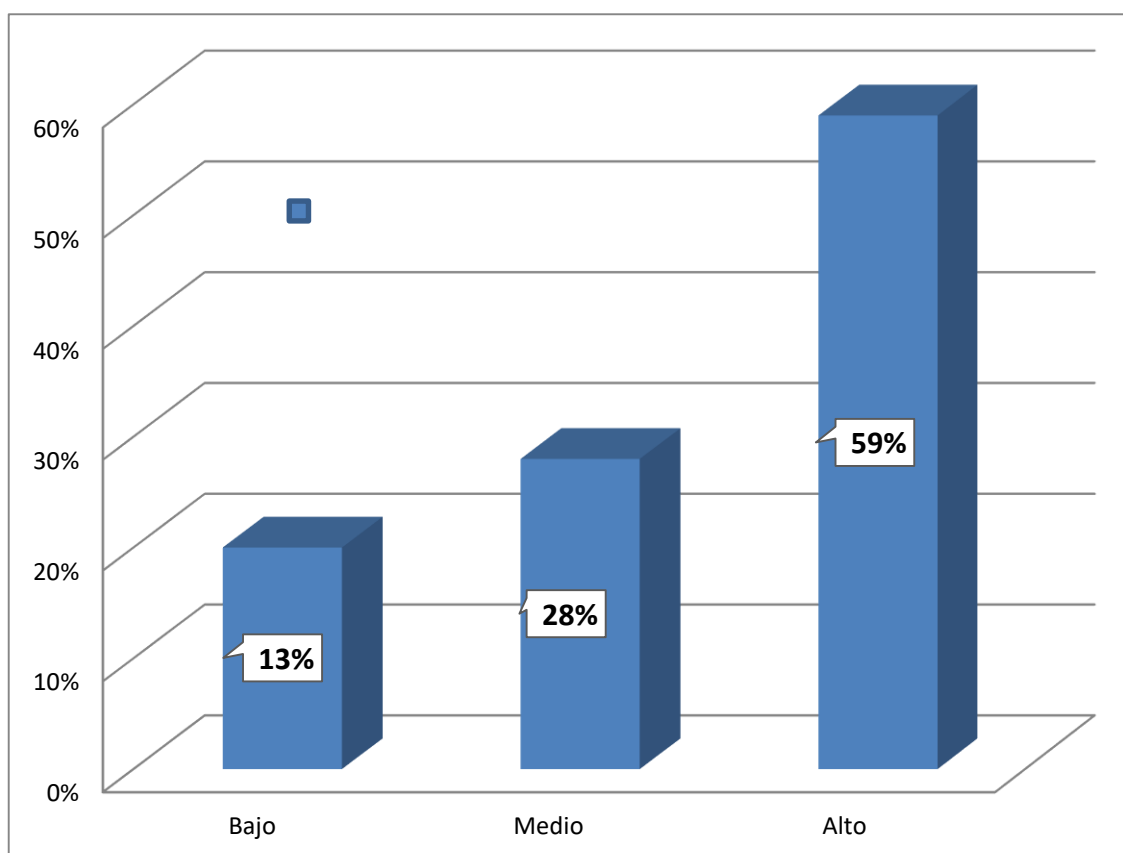


Figura 5. Contacto de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto Salud de Llanavilla.

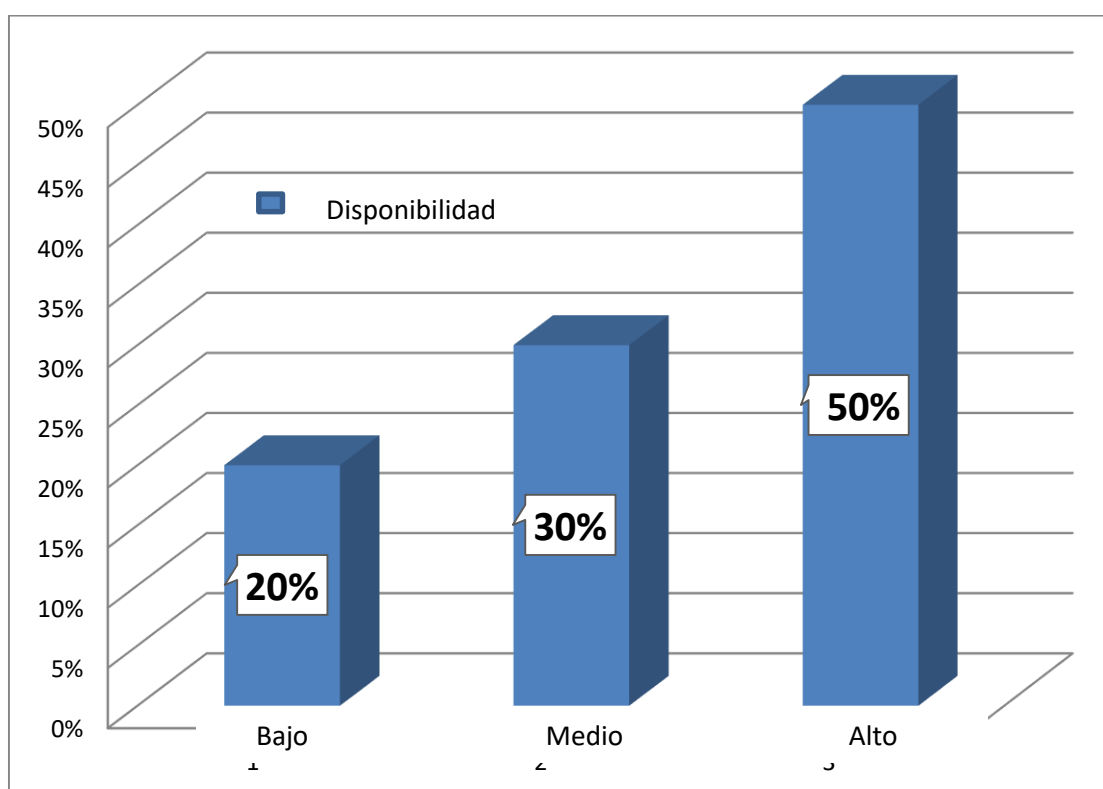


En la tabla 8 sobre el nivel de Contacto de las Barreras de los Servicios de Salud observamos que el Puesto de Salud Llanavilla el Contacto se encuentra en un nivel alto 35 (59%).

Tabla 9

*Disponibilidad de las Barreras de los Servicios de Salud del Puesto de Salud de Llanavilla.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	12	20	20	20
Medio	18	30	30	50
Alto	30	50	50	100,0
Total	60	100,0	100,0	



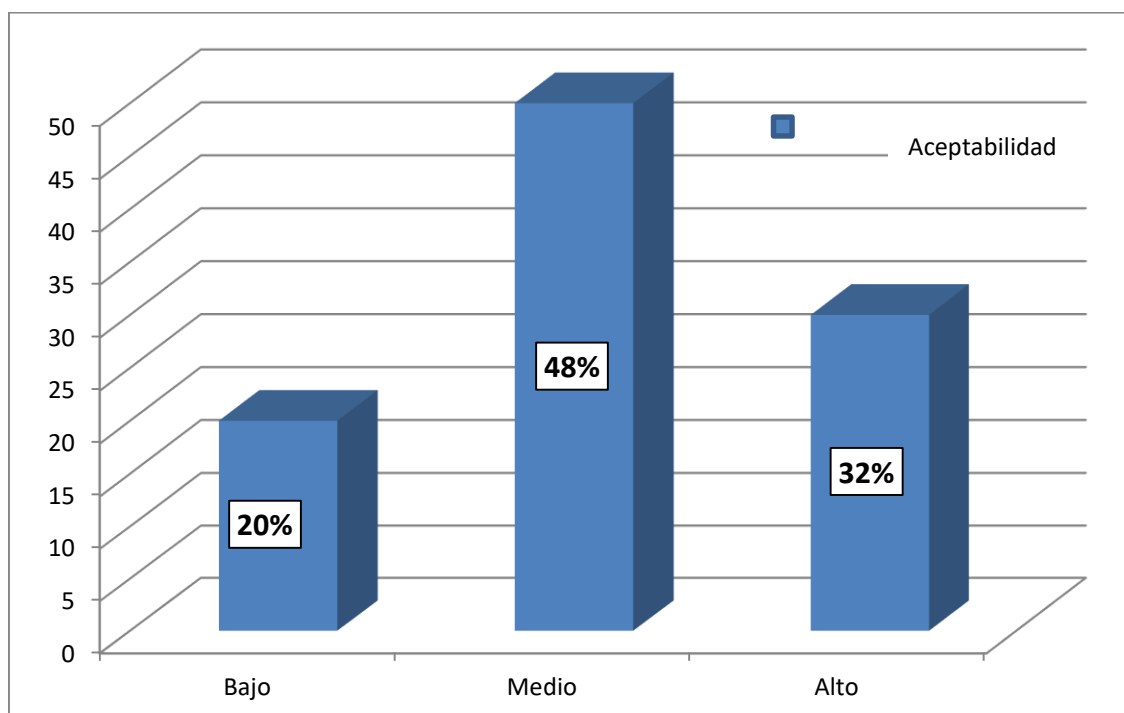
*Figura 6. Disponibilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Llanavilla.*

En la tabla 9 sobre el nivel de Disponibilidad de las Barreras a los Servicios de Salud observamos que en el Puesto de Salud Lanavilla la Disponibilidad se encuentra en un nivel alto 30 (50%).

Tabla 10

*Aceptabilidad de las Barreras de los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	12	20	20	20
Medio	29	48	48	68
Alto	19	32	32	100,0
Total	60	100,0	100,0	



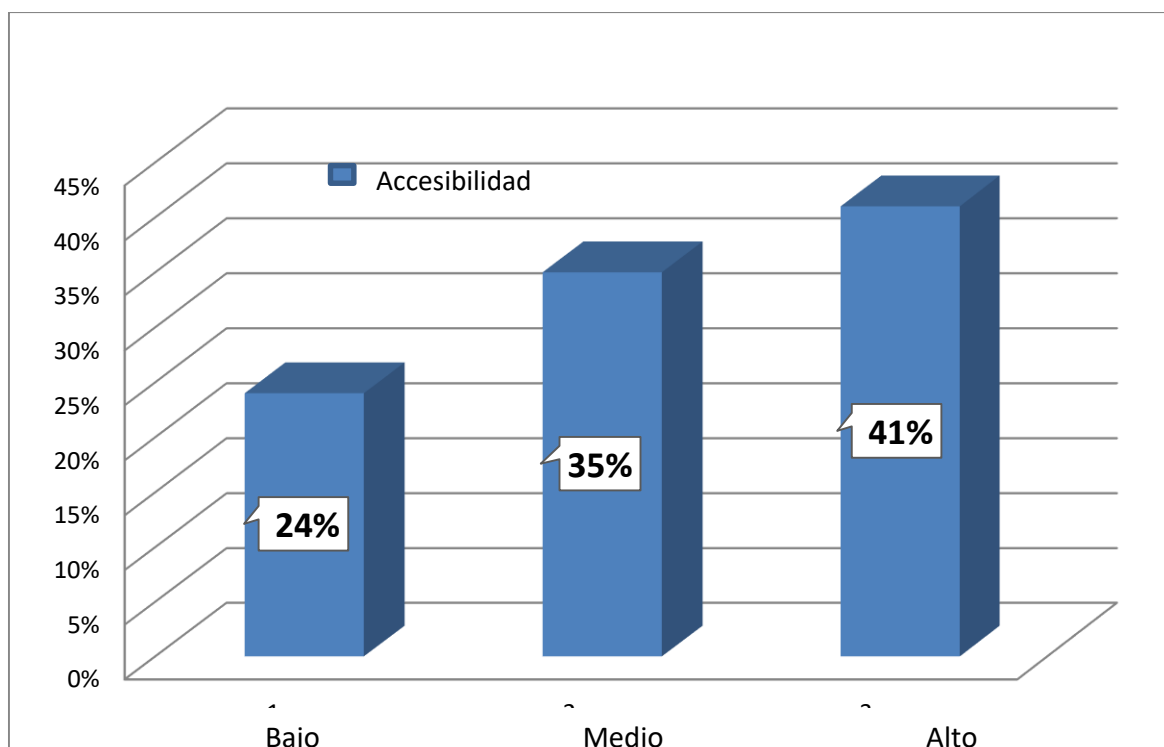
*Figura 7* Aceptabilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa.

En la tabla 10 sobre el nivel de Aceptabilidad de las Barreras a los Servicios de Salud observamos que en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa la Aceptabilidad se encuentra en un nivel medio 29 (48%).

Tabla 11

*Accesibilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	14	24	24	24
Medio	21	35	35	59
Alto	25	41	41	100,0
Total	60	100,0	100,0	



*Figura 8 Accesibilidad de las Barreras a los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa.*

En la tabla 11 sobre el nivel de Accesibilidad de las Barreras de los Servicios de Salud observamos que en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa la Accesibilidad se encuentra en un nivel alto 25 (41%), seguido muy de cerca por un nivel medio 21 (35%),

Tabla 12

*Contacto de las Barreras de los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	12	20	20	20
Medio	27	45	45	65
Alto	21	35	59	100,0
Total	60	100,0	100,0	

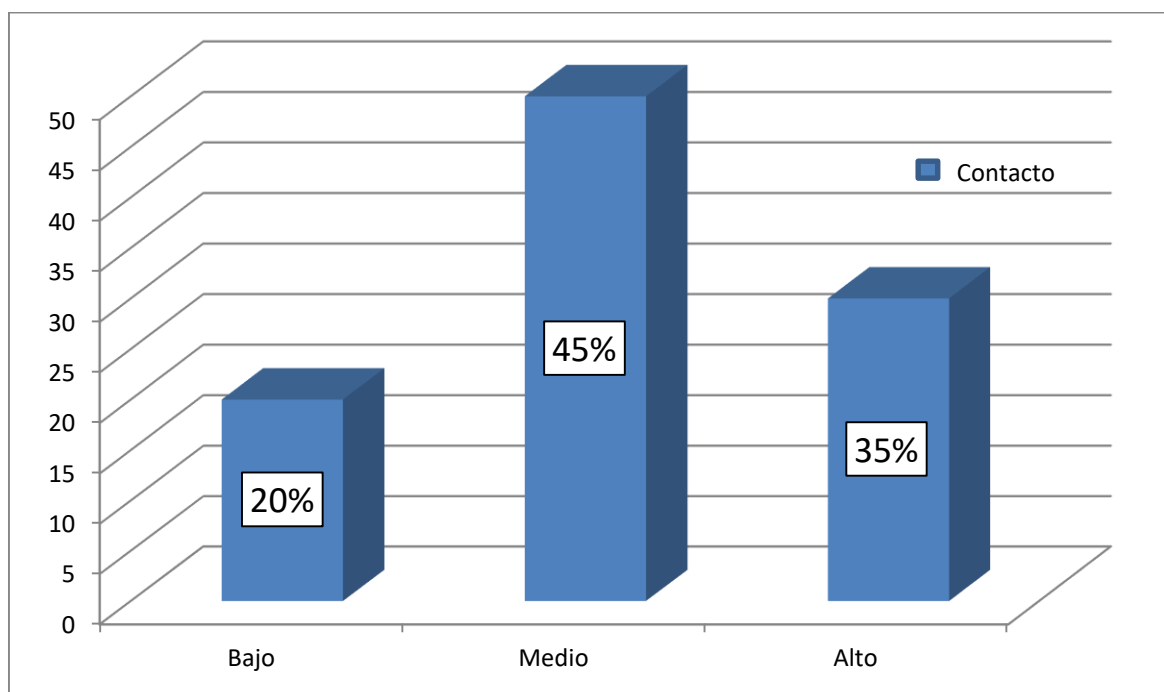


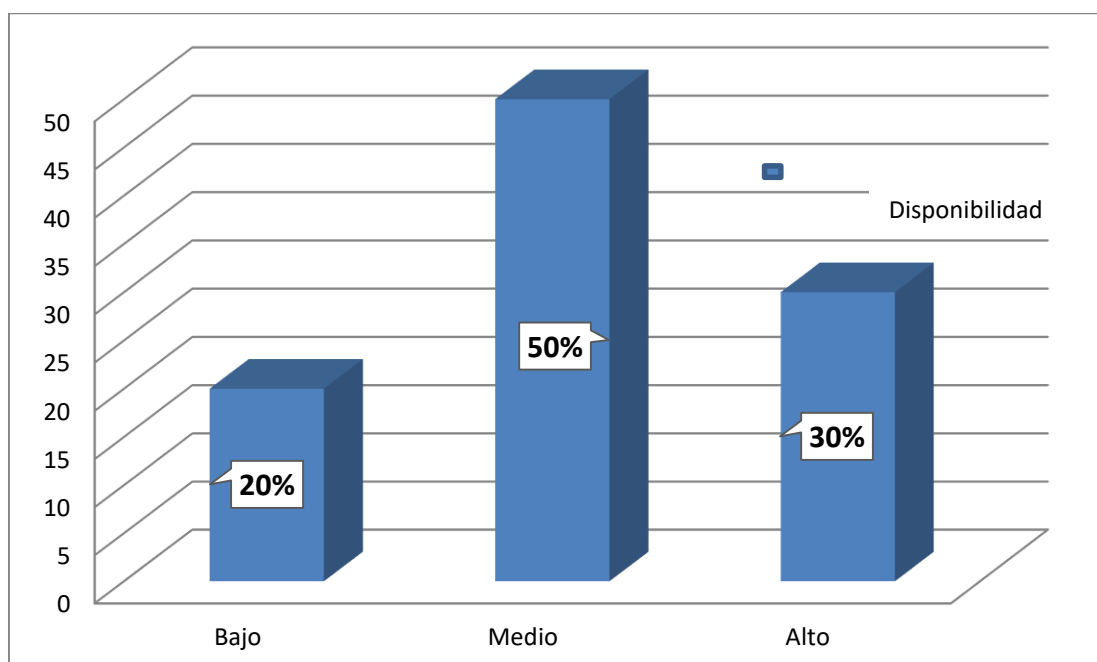
Figura 9 *Contacto de las Barreras de los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa.*

En la tabla 12 sobre el nivel de Contacto de las Barreras de los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa, el contacto se encuentra en un nivel medio 27 (45%), seguido muy de cerca por un medio 21 (35%).

Tabla 13

*Disponibilidad de las Barreras de los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	12	20	20	20
Medio	30	50	50	70
Alto	18	30	30	100,0
Total	60	100,0	100,0	



*Figura 10 Disponibilidad de las Barreras de los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre.*

En la tabla 13 sobre el nivel Disponibilidad de las Barreras de los Servicios de Salud del Puesto de Salud Vista Alegre de Villa, observamos que la

disponibilidad se encuentra en un nivel medio 30 (50%), seguido muy de cerca por un nivel alto 18 (30%).

### **3.2 Estadística Inferencial**

#### **Hipótesis General:**

Ho: No Existen diferencias de las Barreras asociadas al Acceso de Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanaviilla y Vista Alegre de Villa.

Ha: Existen diferencias de las Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

#### **Definición de Variables**

$u_1$ : Promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para las Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de Salud.

$u_2$ : Promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa de Villa para las Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de Salud.

#### **Hipótesis Estadísticas**

Ha:  $u_1 \neq u_2$

Ho:  $u_1 = u_2$

#### **Nivel de Confiabilidad:**

El nivel de confianza es del 95%.

Siendo el nivel de significancia del 5%.

( $\alpha = 0.05$ )

### Estadístico de Contraste

Se aplica la prueba No paramétrica U de Mann Whitney; los resultados se corrieron el Software Estadístico SPSS Versión 21.

Tabla 14

*Prueba U de Mann-Whitney para Hipótesis General*

<b>Rangos</b>			
	Puesto de Salud	N	Rango promedio
Barreras asociadas	Llanavilla	60	75,51
al Acceso de	Vista alegre de villa	60	45,49
Servicios de Salud	Total	120	

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>	
	Aceptabilidad
U de Mann-Whitney	899,500
W de Wilcoxon	2729,500
Z	-4,728
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Centro de Salud

### Criterio de decisión:

Como el valor de sigma ( $p$ ) es igual a 0.00 y es menor de 0.05, entonces rechazamos la  $H_0$  y aceptamos la  $H_a$ .

Concluyendo que el promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para las Barreras asociadas al Acceso de Servicios de Salud es diferente del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa para

las Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de Salud; por lo tanto queda demostrado que si existen diferencias de las Barreras asociadas al Acceso de Servicios de Salud entre los usuarios entre los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

### **Hipótesis específica 1:**

Ho: No existen diferencias de la Aceptabilidad asociada al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

Ha: Existen diferencias de la Aceptabilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

### **Definición de Variables**

$u_1$ : Promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para la Aceptabilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud.

$u_2$ : Promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa para la Aceptabilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud.

### **Hipótesis Estadísticas**

Ha:  $u_1 \neq u_2$

Ho:  $u_1 = u_2$

### **Nivel de Confiabilidad:**

El nivel de confianza es del 95%.

Siendo el nivel de significancia del 5%.

( $\alpha = 0.05$ )



### Estadístico de Contraste

Se aplica la prueba No paramétrica Mann Whitney U; los resultados se corrieron el Software Estadístico SPSS Versión 21.

Tabla 15

*Prueba U de Mann-Whitney para Hipótesis Especifica 1*

<b>Rangos</b>				
	Puesto de Salud	N	Rango promedio	Suma de rangos
	Llanavilla	60	75,23	4513,50
Aceptabilidad	Vista Alegre de Villa	60	45,78	2746,50
	Total	120		

### Estadísticos de contraste<sup>a</sup>

	Aceptabilidad
U de Mann-Whitney	916,500
W de Wilcoxon	2746,500
Z	-4,640
Sig. asintót. (bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: Centro de Salud

Criterio de decisión:

Como el valor de sigma ( $p$ ) es igual a 0.00 y es menor de 0.05, entonces rechazamos la  $H_0$  y aceptamos la  $H_a$ .

Concluyendo que el promedio puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para la Aceptabilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud es diferente al promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa para

la Aceptabilidad asociadas al Acceso de Servicios de Salud; por lo tanto queda demostrado que efectivamente si existen diferencias de la Aceptabilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios entre los Puestos de Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

### **Hipótesis específica 2:**

Ho: No existen diferencias de la Accesibilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios entre los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre.

Ha: Existen diferencias de la Accesibilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios entre los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

### **Definición de Variables**

$u_1$ : Promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para la Accesibilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud.

$u_2$ : Promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa para la Accesibilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud.

### **Hipótesis Estadísticas**

Ha:  $u_1 \neq u_2$

Ho:  $u_1 = u_2$

### **Nivel de Confiabilidad:**

El nivel de confianza es del 95%.

Siendo el nivel de significancia del 5%.

( $\alpha = 0.05$ )

### Estadístico de Contraste

Se aplica la prueba No paramétrica U de Mann Whitney; los resultados se corrieron el Software Estadístico SPSS Versión 21.

Tabla 16

*Prueba U de Mann-Whitney para Hipótesis Especifica 2*

<b>Rangos</b>				
	Puesto de Salud	N	Rango promedio	Suma de rangos
	Llanavilla	60	70,71	4242,50
Accesibilidad	Vista Alegre de Villa	60	50,29	3017,50
	Total	120		

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>	
Accesibilidad	
U de Mann-Whitney	1187,500
W de Wilcoxon	3017,500
Z	-3,219
Sig. asintót. (bilateral)	,001

a. Variable de agrupación: Centro de Salud

Criterio de decisión:

Como el valor de sigma (p) es igual a 0,001 y es menor de 0.05, entonces rechazamos la Ho y aceptamos la Ha.

Se Concluye que el promedio puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para la Accesibilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud es diferente al promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa para

la Accesibilidad asociadas al Acceso de Servicios de Salud; por lo tanto queda demostrado que efectivamente si existen diferencias de la Accesibilidad asociadas al Acceso de Servicios de Salud entre los usuarios entre los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

### **Hipótesis específica 3:**

Ho: No existen diferencias del Contacto asociadas al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

Ha: Existen diferencias del Contacto asociadas al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

### **Definición de Variables**

$u_1$ : Promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para el Contacto asociadas al Acceso de los Servicios de Salud.

$u_2$ : Promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa para el Contacto asociadas al Acceso de los Servicios de Salud.

### **Hipótesis Estadísticas**

Ha:  $u_1 \neq u_2$

Ho:  $u_1 = u_2$

### **Nivel de Confiabilidad:**

El nivel de confianza es del 95%.

Siendo el nivel de significancia del 5%.

( $\alpha = 0.05$ )

### **Estadístico de Contraste**

Se aplica la prueba No paramétrica U de Mann Whitney; los resultados se corrieron el Software Estadístico SPSS Versión 21.

Tabla 17

*Prueba U de Mann-Whitney para Hipótesis Específica 3*

<b>Rangos</b>				
	Puesto de Salud	N	Rango promedio	Suma de rangos
	Llanavilla	60	54,17	3250,00
Contacto	Vista Alegre De Villa	60	66,83	4010,00
	Total	120		

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>	
	Contacto
U de Mann-Whitney	1420,000
W de Wilcoxon	3250,000
Z	-2,000
Sig. asintót. (bilateral)	,046

a. Variable de agrupación: Centro de Salud

Criterio de decisión:

Como el valor de sigma (p) es igual a 0.046 y es menor de 0.05, entonces rechazamos la  $H_0$  y aceptamos la  $H_a$ .

De lo observado se tiene que el promedio puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para el Contacto asociadas al Acceso de los Servicios de Salud es diferente al promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa para el Contacto asociadas al Acceso de los Servicios de Salud; por lo tanto queda demostrado que efectivamente si existen diferencias del Contacto asociadas al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios entre los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

**Hipótesis específica 4:**

Ha: No existen diferencias de la disponibilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre.

Ho: Existen diferencias de la disponibilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre.

**Definición de Variables**

$u_1$ : Promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para la disponibilidad asociada al Acceso de los Servicios de Salud.

$u_2$ : Promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa para la disponibilidad asociada al Acceso de los Servicios de Salud.

**Hipótesis Estadísticas**

Ha:  $u_1 \neq u_2$

Ho:  $u_1 = u_2$

**Nivel de Confiabilidad:**

El nivel de confianza es del 95%.

Siendo el nivel de significancia del 5%.

( $\alpha = 0.05$ )

**Estadístico de Contraste**

Se aplica la prueba No paramétrica U de Mann Whitney; los resultados se corrieron el Software Estadístico SPSS Versión 21.

*Prueba U de Mann-Whitney para Hipótesis Específica 4*

<b>Rangos</b>				
	Puesto de Salud	N	Rango promedio	Suma de rangos
Disponibilidad	Llanavilla	60	67,37	4042,00
	Vista Alegre De Villa	60	53,63	3218,00
	Total	120		

<b>Estadísticos de contraste<sup>a</sup></b>	
	Disponibilidad
U de Mann-Whitney	1388,000
W de Wilcoxon	3218,000
Z	-2,171
Sig. asintót. (bilateral)	,030

a. Variable de agrupación: Centro de Salud

Criterio de decisión:

Como el valor de sigma ( $p$ ) es igual a 0.030 y es menor de 0.05, entonces rechazamos la  $H_0$  y aceptamos la  $H_a$ .

Se concluye que el promedio puntaje obtenido en el Puesto de Salud Llanavilla para la disponibilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud es diferente al promedio del puntaje obtenido en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa para la disponibilidad asociadas al Acceso de los Servicios de Salud; por lo tanto queda demostrado que efectivamente si existen diferencias de la disponibilidad asociadas al Acceso de Servicios de Salud entre los usuarios entre los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa.

## **V.- Discusión**



La presente investigación tuvo como finalidad determinar la diferencia entre el acceso a la Salud de dos Puestos de Salud de Lima. Luego de realizado la contrastación de hipótesis se llegó a la conclusión de que si existen diferencias significativas entre el acceso a la Salud del Puesto de Salud Llanavilla y el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa con una sig.: ,000.

En relación a la hipótesis general se llegó a la conclusión de que si existen diferencias significativas entre el acceso a la Salud del Puesto de Salud Llanavilla y el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa con una sig.: ,000, este resultado halla coincidencia con el de Hirmas (2013), donde se constató que los estudios realizados sobre barreras en acceso de salud, se encuentran en países desarrollados en el que halló diferencias en los diferentes niveles. En cuanto a nuestro país no existen muchos estudios debido a que no se considera la importancia de evaluar cuáles son los déficits que tenemos en nuestro Sistema De Salud, dejando de identificar el factor más débil para posteriormente desarrollar posibles soluciones. El presente trabajo buscó determinar la diferencia entre el acceso a la salud de dos establecimientos similares del MINSA, comprobándose la hipótesis de investigación con una significancia al 95% de 0,000. Los resultados hallados concuerdan con lo Tanashi (1978), donde se evidencia que los estudios reportan una gran variabilidad de las barreras identificadas en los diferentes estudios, refiriéndose a barreras de atención en salud en general, en salud reproductiva y atención preventiva, con lo cual hallamos coincidencias, mas es importante mencionar que la diferencia con nuestro trabajo es que los Puestos de Salud no realizan atención en terapia retroviral, atención preoperatoria y de servicios de estudios genéticos por ser centros de menor complejidad y nivel de atención.

En cuanto al segundo objetivo para hallar las diferencias entre la accesibilidad a los Servicios de Salud tenemos que en el trabajo de Agudelo, (2012) se halló una accesibilidad de 81% mientras que en este trabajo se obtuvo un promedio de 46%, con lo que observamos que existen mayores barreras de acceso en los Puestos de Salud limeños, ocasionados probablemente por la problemática administrativa que existe en nuestro Sistema de Salud, sin

embargo observamos que la ubicación geográfica de los Puestos de Salud no siempre están localizados en zonas populares, además es importante mencionar que las vías de acceso y transporte no son los adecuados.

En relación al objetivo específico dos en cuanto a la aceptabilidad encontramos una media de 51.5% entre los Puestos de Salud, que es la confianza para atenderse en un centro de salud, mientras que en el trabajo de Hirmas (2013) se halló un 38%, debemos de considerar que su estudio tuvo lugar en 73 países desarrollados y 12 en países en desarrollo, ante esto podemos decir que la población de los países desarrollados normalmente cuentan con seguros de Salud, no acudiendo normalmente a los centros comunitarios, en el caso de nuestro trabajo la mitad de los usuarios se encuentran asegurados en el Sistema Integral de Salud (SIS). Que se traduce en gran medida por la comunicación efectiva que existe con el paciente, siendo mayor en el Puesto de Salud LLanavavilla.

En cuanto al objetivo tres en relación al contacto que es la toma de conciencia de los usuarios para tomar la decisión de atenderse se observa una media de 52% entre los Puesto de Salud siendo este alto a diferencia de los hallado en Hirmas (2013) con un 22%, lo cual refleja que los usuarios limeños toman mayor conciencia de la afecciones que padecen y también de las políticas de prevención que se impulsa. Es importante indicar que en cuanto a los resultados de los dos Puestos de Salud hallamos diferencias teniendo que en el Puesto de Salud de Llanavilla es alto 59% mientras que en el Puesto de Salud Vista Alegre de Villa es medio 45%, esta diferencia es debido a que el Puesto de Salud Llanavilla está en una zona más céntrica.

En cuanto a la disponibilidad que es la última dimensión planteada en el objetivo 4 se refiere al horario de atención, los medicamentos que se encuentran en el Puesto de Salud, es la que obtiene el puntaje menor en relación a las otras dimensiones, los resultados hallados difieren con lo de otros investigadores tal como el de Hirmas (2013) con un 11% mientras que en nuestro estudio se

obtuvo 50%, esto es importante de resaltar ya que ambos Puestos de Salud cuentan con farmacia y equipos disponibles.

## **V.- Conclusiones**

Primera: En relación objetivo general se ha comprobado que existe diferencias significativas entre el acceso a los servicios de salud entre el P.S Llanavilla y el P.S Vista alegre con un valor de sig. ,000.

Segunda: En relación objetivo específico uno se ha comprobado que existe diferencias significativas entre el acceso a los servicios de salud entre el P.S Llanavilla y el P.S Vista alegre con un valor de sig. ,000.

Tercera: En relación objetivo específico dos se ha comprobado que existe diferencias significativas entre el acceso a los servicios de salud entre el P.S Llanavilla y el P.S Vista alegre con un valor de sig. ,001.

Cuarta : En relación objetivo específico tres se ha comprobado que existe diferencias entre el acceso a los servicios de salud entre el P.S Llanavilla y el P.S Vista alegre con un valor de sig. ,046.

Quinta: En relación objetivo específico cuatro se ha comprobado que existe diferencias entre el acceso a los servicios de salud entre el P.S Llanavilla y el P.S Vista alegre con un valor de sig. ,030.

## **VI.- Sugerencias**

Primera: Para mejorar el acceso a los Servicios de Salud sería Promover talleres en donde se sensibilice y el personal sobre el concepto de Acceso de salud y la importancia de este.

Segunda: Para mejorar el acceso a los Servicios de Salud es necesario informar a la población con campañas de educación sobre los beneficios del sistema e Involucrar a cada uno de los participantes en las diferentes etapas del proceso de acceso a los servicios de salud.

Tercera: Realizar actividades en las que se discuta la problemática del acceso de salud, formulando preguntas relacionadas al tema y buscar posibles soluciones.

Cuarta: El ministerio de salud debe de mejorar el equipamiento y estructuras de los Puestos de salud para que el contacto con los usuarios mejore. Asimismo dar a conocer en cada establecimiento las mejoras y concretar los fluxogramas de atención para acceder a los servicios de salud.

Quinta: Observar detenidamente como se produce el acceso a los servicios de salud en cada establecimiento, y evaluar la experiencia de cada usuario una vez recibido el servicio. Gestionar un programa para medir la satisfacción del usuario y la calidad de atención percibida, una vez utilizado el servicio de salud

## **VII.- Referencias Bibliográficas**



- Agudelo, A., Gómez, P., Montes J., et al, (2013). Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de san Gil – Santander. Universidad autónoma de Bucaramanga – universidad ces facultad de medicina especialización en gerencia de la seguridad social Bucaramanga.
- Alma Ata (1978) *Conferencia internacional de atención primaria de salud*. Reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978 disponible en <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
- Ayala, J. (2014) La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. *Documentos de trabajo sobre economía Regional* 204. ISSN 1692-3715. Disponible en:  
[http://banrep.gov.co/docum/Lectura\\_finanzas/pdf/dtser\\_204.pdf](http://banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf)
- Ballesteros, M. (2013) *Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en:  
<http://cdsa.aacademica.org/000-038/625.pdf>
- Comes, J, y Stolkiner A. (2004). *Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales*. Anu. Investig – Fac Psicol, Univ B Aires ; 12:137-143.
- Flores, S., Campo C., Rivera, H., Trochez, M., Peña C. et all (2012) *Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de quilcace cauca*. Disponible en  
<http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/2004/FlorezSofi2012>.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M., (2016). *Metodología de la Investigación*. México: Ed. McGraw Hill.
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A. et all (2013) *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*. Rev. Cuba. Edic. 4-

13.LaHabana.

Disponiblenhttp://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/49/Hirmas%20e  
t%20al\_Barreras%20y%20facilitadores\_2013.

Landini F., González V., D'Amore E. (2014). *Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(2):231-244, fev, 2014.

Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231.pdf>.

Restrepo J., Silva C. Andrade F. et al (2013). *Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia*. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014-

Disponible en <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>

Ruelas-Barajas E. (2011) *La calidad del sistema de salud en un modelo universal. Hacia un sistema de salud con calidad, rectoría, financiamiento y provisión de servicios universales de salud. Memorias*, Simposio Internacional Conamed, Seminario sobre Medicina y Salud UNAM; Hacia Un Sistema De Salud Con Calidad, Rectoria, Financiamiento Y Provisión De Servicios Universales De Salud. México: UNAM-oPS,.

Sanchez H., Reyes C. (2006) *Metodología y diseños en la investigación científica*. Edit.

Rodríguez, S. (2010) *Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*. Disponible en

<http://encuentros.alde.es/anteriores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf>

Valdez W., Vidal, M. (2013) *Análisis De Situación De Salud Del Perú Avanzado*. Ministerio De Salud Dirección General De Epidemiología, Lima-Perú

Vargas, I. (2009) *Barreras en el acceso de atención en salud en modelo de competencia gestionada, un estudio de caso en Colombia*. (Tesis Doctoral Universidad de Barcelona) Disponible en:

<http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946>

Tanahashi T. (1978) Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ. Bulletin of the World health Organization*. 56(2): 295–303.

## **VIII.-Anexos**

**Anexo N° 01**  
*Matriz De Consistencia*

PROBLEMA	OBEJTIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE 1: BARRERAS ASOCIADAS				
PROBLEMA GENERAL:	OBJETIVO GENERAL:	HIPOTESIS GENERAL:	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala	Rangos
<p>-¿Existiran diferencias de las barreras asociadas al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016?</p> <p><b><u>PROBLEMAS ESPECIFICOS:</u></b></p> <p>-¿Cuál es la diferencia de la accesibilidad de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016? .</p> <p>-¿Cuál es la diferencia de la aceptabilidad al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa -2016?</p> <p>-¿Cuál es la diferencias del contacto a los Servicios de Salud entre los usuarios</p>	<p>-Determinar las diferencias de las barreras asociadas al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016?</p> <p><b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></b></p> <p>-Determinar la diferencia de la accesibilidad de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016</p> <p>-Determinar la diferencia de la aceptabilidad al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016.</p> <p>-Determinar la diferencia de contacto al acceso de los Servicios de Salud entre los</p>	<p>Existen diferencias De las Barreras asociadas al Acceso de Servicios de Salud entre los usuarios entre los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016.</p> <p><b><u>HIPOTESIS ESPECIFICOS:</u></b></p> <p>-Existen diferencias de la accesibilidad de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016.</p> <p>-Existen diferencias de la aceptabilidad al Acceso de los Servicios de salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa--2016.</p> <p>-Existen diferencias del contacto de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud</p>	<p>Acceptabilidad</p> <p>Accesibilidad</p> <p>Contacto</p>	<p>-Temor o vergüenza al atenderse en u servicio de salud. -Creencias y mitos. -Incompatibilidad cultural entre los usuarios y equipo de salud. -Desconfianza en los equipos de salud en el tratamiento prescrito.</p> <p>-Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes. -Horarios de atención inadecuados. -Distancias largas entre la residencia del usuario y el lugar de atención. -Escasez y dificultad del transporte. -Largas listas y tiempo de espera excesivos.</p> <p>-Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad. -Falta de conciencia de la enfermedad en los usuarios. -Efectos secundarios de los medicamentos. -Sensación de bienestar que llevar a dejar el tratamiento y controles.</p>	<p>1-7</p> <p>8-14</p> <p>15-19</p>	<p>1. Nunca 2.Casi nunca 3 A veces 4.casi siempre 5. Siempre</p> <p>1. Nunca 2.Casi nunca 3 A veces 4.casi siempre 5. Siempre</p> <p>1. Nunca 2.Casi nunca 3 A veces 4.casi siempre 5. Siempre</p>	<p>Alto: 86-125</p> <p>Medio:43-85</p> <p>Bajo:0-42</p>

---

de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa -2016?. ¿Cuál es la diferencia de disponibilidad a los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016?.	usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016. -Determinar la diferencia de la disponibilidad al acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa-2016.	Llanavilla y Vista Alegre de Villa--2016. -Existen diferencias entre la disponibilidad al Acceso de los Servicios de Salud entre los usuarios de los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa--2016.	Disponibilidad	-Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención y medicamentos. -Escasez de información. -Falta de formación y capacitación de los equipos médicos.	20-25	1. Nunca 2.Casi nunca 3 A veces 4.casi siempre 5. Siempre
--	---	--	----------------	--	-------	---

---

Fuente: Tanashi (1974)

---

## Anexo 2

### *Cuestionario para medir Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de Salud.*

Sr. Usuario el presente es un cuestionario que tiene por finalidad conocer sus impresiones acerca de algunos aspectos relacionados al acceso a los servicios de salud, por lo cual se le pide conteste a las preguntas con la mayor honestidad posible. Marque con X de acuerdo a sus preferencias algunas de las alternativas a cada item.

Items.	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
1.- Siente temor en un centro de salud Nacional					
2.-Siente vergüenza por atenderse en el Centro de Salud					
3.- Ha sentido que sus creencias han sido vulneradas en el Centro de Salud donde se atendió					
4.- Existe incompatibilidad entre sus creencias y aquellos que Le informan en el Centro de Salud					
5.-Esta conforme con las indicaciones del médico que lo trata.					
6.-El personal que lo atiende no está muy preparado					
7.-La receta que le han dado es la adecuada					
Dimensión Accesibilidad					
8.-Los exámenes médicos que le solicitan están muy caros					
9.-El tratamiento médico que le indican están fuera de su alcance					
10.-La consulta médica tiene costo elevado					
11.-Los horarios de atención no son los adecuados					
12.-El centro de Salud que muy lejos de su domicilio					
13.-Tiene dificultad para conseguir transporte que lo lleve al Centro de Salud					
14.-Las colas para la atención las desaniman					
Dimisión: Contacto					

15.-Usted siente que la atención es de mala calidad					
16.-Los dolores o molestar no constituyen un peligro					
17.-Ha sentido efectos no deseados luego de tomar su medicamento					
18.-Las dosis prescritas no son las adecuadas					
19.- Cuando siente mejora deja el tratamiento aun cuando no se completa la dosis					
Dimensión disponibilidad					
20.-El Centro de Salud no cuenta con buen equipo medico					
21.-El local del Centro de Salud no es adecuado para atender a los usuarios					
22.-No existen muchos turnos de atención					
23.-En la farmacia del Centro de Salud no se encuentran disponibles todos los medicamentos que le han recetado					
24.- No existe buen servicio de información					
25.-El personal no esa bien entrenado en el uso de los equipos médicos del Centro de Salud					



Anexo 04

Juicio de Expertos

Table with 30 rows and 31 columns. Rows are labeled 'ENCUESTADO LLANAVILLA' followed by a number (4 to 60). Columns contain numerical data, likely survey results or expert judgments.

Table with 30 rows and 31 columns. Rows are labeled 'ENCUESTADO VISTA ALEGRE DE VILLA' followed by a number (10 to 60). Columns contain numerical data, likely survey results or expert judgments.

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita): LUIS ALBERTO NUÑEZ LIRA

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud, de la UCV, en la sede Los Olivos, promoción 2017, aula 118 requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magíster.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: Barreras Asociadas al Acceso de los Servicios de Salud en los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa 2016 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas en gestión de servicios de salud.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

\_\_\_\_\_  
Firma  
Apellidos y nombre:  
\_\_\_\_\_  
DNI:

\_\_\_\_\_  
Firma  
Apellidos y nombre:  
\_\_\_\_\_  
DNI:

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

### **Variable:**

Comes (2004) Barreras al acceso de los servicios de Salud: factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria (p232)

### **Dimensiones de las variables**

#### Dimensión 1

Tanashi (1978) Accesibilidad asociada a la accesibilidad física como distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte. (p.224)

#### Dimensión 2

Tanashi (1978) Aceptabilidad los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros (p.224)

#### Dimensión 3

Tanashi (1978) Disponibilidad entendida como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información (p.224)

#### Dimensión 4

Tanashi (1978) Contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención (p.224)

### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Dimensiones	indicadores	ítems	Tipo	Escala
Accesibilidad	-Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud.	1.- siente temor en un centro de salud Nacional. 2.- siente vergüenza por atender en el Centro de Salud. 3.-Ha sentido que sus creencias han sido vulneradas en el Centro de Salud donde se atiende.	Nominal	1.-Nunca 2.-Casi Nunca 3.- A veces
	-Desconfianza entre los equipos de salud y el tratamiento prescripto.	4.-Existe incompatibilidad entre sus creencias y aquellos que lo informan en el Centro de Salud. 5.-Esta conforme con las indicaciones del médico que lo trata. 6.-El personal que lo atiende no está preparado.	Nominal	4.- Casi Siempre 5.-Siempre
	- Incompatibilidad cultural entre usuario y equipo de salud.	7.- la receta que le han dado es la adecuada.	Nominal	
Aceptabilidad	-Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes.	8- los exámenes médicos que le solicitan están muy caros. 9.- El tratamiento médico que le indican esta fuera de su alcance. 10.- La consulta médica tiene costo elevado.	Nominal	1.-Nunca 2.-Casi Nunca 3.- A veces
	-Horarios de atención inadecuados.	11.- Los horarios de atención no son los adecuados. 12.- el centro de Salud queda muy lejos de su domicilio.	Nominal	4.- Casi Siempre 5.-Siempre
	-Distancias largas entre residencia de usuarios y lugar de atención.	13.- Tiene dificultad para conseguir transporte que lo lleve al Centro de Salud. 14.- L as colas para la atención los desaniman.	Nominal	
Contacto	-Falta de conciencia de la enfermedad en los usuarios.	15.- Usted siente que la atención es de mala calidad. 16.- los dolores o malestar no constituyen un peligro.	Nominal	1.-Nunca 2.-Casi Nunca 3.- A veces
	- Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad.	17.- ha sentido efectos no deseados luego de tomar su medicamento. 18.- La dosis prescritas no son las adecuadas. 19.- Cuando siente mejora deja el tratamiento aun cuando no se completa la dosis.	Nominal	4.- Casi Siempre 5.-Siempre
	- Efectos secundarios de los medicamentos.		Nominal	
Disponibilidad	-Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención y medicamentos.	20.- el centro de salud no cuenta con buen equipo médico. 21.- El local del Centro de Salud no es adecuado para atender a los usuarios. 22.- No existen muchos turnos de atención.	Nominal	1.-Nunca 2.-Casi Nunca 3.- A veces
	- Escasez de información.	23.- en la farmacia del Centro de Salud no se encuentran disponibles todos los medicamentos que le han recetado.	Nominal	4.- Casi Siempre 5.-Siempre
	- Falta de formación y capacitación de los equipos médicos.	24.-No existe buen servicio de información 25.- el personal no está bien entrenado en el uso de los equipos médicos del Centro de Salud	Nominal	

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE**

Nº	DIMENSIONES / Tema	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Superencia
		SI	No	SI	No	SI	No	
1	<b>DIMENSION 1: ACEPTABILIDAD</b> Siente temor en un centro de salud Nacional.	✓		✓		✓		
2	Siente vergüenza por atenderse en el Centro de Salud.	✓		✓		✓		
3	Ha sentido que sus creencias han sido vulneradas en el Centro de Salud donde se atiende.	✓		✓		✓		
4	Existe incompatibilidad entre sus creencias y aquellas que le informan en el Centro de Salud.	✓		✓		✓		
5	Ella conforme con las indicaciones del médico que lo trata.	✓		✓		✓		
6	El personal que lo atiende no está muy preparado.	✓		✓		✓		
7	La receta que le han dado es la adecuada.	✓		✓		✓		
8	<b>DIMENSION 2: ACCESIBILIDAD</b> Los exámenes médicos que le solicitan están muy caros.	✓		✓		✓		
9	El tratamiento médico que le indican está fuera de su alcance.	✓		✓		✓		
10	La consulta médica tiene costo elevado.	✓		✓		✓		
11	Los horarios de atención no son los adecuados.	✓		✓		✓		
12	El centro de Salud que muy lejos de su domicilio.	✓		✓		✓		
13	Tiene dificultad para conseguir transporte que lo lleve al Centro de Salud.	✓		✓		✓		
14	Las salas para la atención les desaniman.	✓		✓		✓		
15	<b>DIMENSION 3: CONTACTO</b> Usted siente que la atención es de mala calidad.	✓		✓		✓		
16	Los dolores o molestias no disminuyen un peligro.	✓		✓		✓		
17	Ha sentido efectos no deseados luego de tomar su medicamento.	✓		✓		✓		
18	Las dosis prescritas no son las adecuadas.	✓		✓		✓		
19	<b>DIMENSION 4: DISPONIBILIDAD</b> Cuando siente mejora deja el tratamiento aun cuando no se completa la dosis.	✓		✓		✓		
20	El Centro de Salud no cuenta con buen equipo médico.	✓		✓		✓		
21	El local del Centro de Salud no es adecuado para atender a los usuarios.	✓		✓		✓		
22	No existen muchos turnos de atención.	✓		✓		✓		
23	En la farmacia del Centro de Salud no se encuentran disponibles todos los medicamentos que le han recetado.	✓		✓		✓		
24	No existe buen servicio de información.	✓		✓		✓		
25	El personal no está bien entrenado en el uso de los equipos médicos del Centro de Salud.	✓		✓		✓		

aciones (precisar si hay suficiencia): Suficiente

de aplicabilidad:  Aplicable [ ]  No aplicable [ ]

Nombre del juez validador: Dr/ Mg: Naranjo Liz Luis DNI: 0801201

Fecha de validación: 28 de 09 del 2016

28 de 09 del 2016



Firma del Experto Informante.

1: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.  
 : El ítem es apropiado para representar al componente o específica del constructo  
 e entendiéndose alguna dificultad alguna el enunciado del ítem, es  
 slo y directo

nela, se dice suficiencia cuando los ítems planteados  
 se para medir la dimensión

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE**

Nº	DIMENSIONES / Items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
<b>DIMENSION 1: ACEPTABILIDAD</b>								
1	Siente temor en un centro de salud Nacional.	✓		✓		✓		
2	Siente vergüenza por atenderse en el Centro de Salud.	✓		✓		✓		
3	Ha sentido que sus creencias han sido vulneradas en el Centro de Salud donde se atiende.	✓		✓		✓		
4	Existe incompatibilidad entre sus creencias y aquellos que Le informan en el Centro de Salud	✓		✓		✓		
5	Está conforme con las indicaciones del médico que lo trata.	✓		✓		✓		
6	El personal que lo atiende no está muy preparado.	✓		✓		✓		
7	La receta que le han dado es la adecuada.	✓		✓		✓		
<b>DIMENSION 2: ACCESIBILIDAD</b>								
8	Los exámenes médicos que le solicitan están muy caros	SI	No	SI	No	SI	No	
9	El tratamiento médico que le indican está fuera de su alcance	✓		✓		✓		
10	La consulta médica tiene costo elevado	✓		✓		✓		
11	Los horarios de atención no son los adecuados.	✓		✓		✓		
12	El centro de Salud que muy lejos de su domicilio.	✓		✓		✓		
13	Tiene dificultad para conseguir transporte que lo lleve al Centro de Salud.	✓		✓		✓		
14	Las colas para la atención las desaniman	✓		✓		✓		
<b>DIMENSION 3: CONTACTO</b>								
15	Usted siente que la atención es de mala calidad.	SI	No	SI	No	SI	No	
16	Los dolores o molestias no constituyen un peligro.	✓		✓		✓		
17	Ha sentido efectos no deseados luego de tomar su medicamento.	✓		✓		✓		
18	Las dosis prescritas no son las adecuadas.	✓		✓		✓		
<b>DIMENSION 4: DISPONIBILIDAD</b>								
19	Cuando siente mejora deja el tratamiento aun cuando no se completa la dosis	SI	No	SI	No	SI	No	
20	El Centro de Salud no cuenta con buen equipo médico.	✓		✓		✓		
21	El local del Centro de Salud no es adecuado para atender a los usuarios.	✓		✓		✓		
22	No existen muchos turnos de atención	✓		✓		✓		
23	En la farmacia del Centro de Salud no se encuentran disponibles todos los medicamentos que le han recetado.	✓		✓		✓		
24	No existe buen servicio de información.	✓		✓		✓		
25	El personal no esa bien entrenado en el uso de los equipos médicos del Centro de Salud.	✓		✓		✓		

ones (precisar si hay suficiencia): Si es suficiente.

Aplicabilidad:  Aplicable [ > ]     Aplicable después de corregir [ ]     No aplicable [ ]  
y nombres del juez validador: Dr/Mg: ...Jesús ... Díaz Muñoz.    DNI: 88367042.  
Adel validador: ... en ... Administración de la Estación.

23 de 09 del 2016

El ítem corresponde al concepto técnico formulado.  
El ítem es apropiado para representar al componente o  
específica del constructo  
entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es  
o y directo



Firma del Experto Informante.



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE .....**

Nº	DIMENSIONES / íteme	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: ACEPTABILIDAD</b>							
1	Siente temor en un centro de salud Nacional.	✓		✓		✓		
2	Siente vergüenza por atenderse en el Centro de Salud.	✓		✓		✓		
3	Ha sentido que sus creencias han sido vulneradas en el Centro de Salud donde se atención.	✓		✓		✓		
4	Existe incompatibilidad entre sus creencias y aquellos que Le informan en el Centro de Salud	✓		✓		✓		
5	Está conforme con las indicaciones del médico que lo trata.	✓		✓		✓		
6	El personal que lo atiende no está muy preparado.	✓		✓		✓		
7	La receta que le han dado es la adecuada.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 2: ACCESIBILIDAD</b>	SI	No	SI	No	SI	No	
8	Los exámenes médicos que le solicitan están muy caros	✓		✓		✓		
9	El tratamiento médico que le indican está fuera de su alcance	✓		✓		✓		
10	La consulta médica tiene costo elevado.	✓		✓		✓		
11	Los horarios de atención no son los adecuados.	✓		✓		✓		
12	El centro de Salud que muy lejos de su domicilio.	✓		✓		✓		
13	Tiene dificultad para conseguir transporte que lo lleve al Centro de Salud.	✓		✓		✓		
14	Las colas para la atención las desaniman	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 3: CONTACTO</b>	SI	No	SI	No	SI	No	
15	Usted siente que la atención es de mala calidad.	✓		✓		✓		
16	Los dolores o molestias no constituyen un peligro.	✓		✓		✓		
17	Ha sentido efectos no deseados luego de tomar su medicamento.	✓		✓		✓		
18	Las dosis prescritas no son las adecuadas.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 4: DISPONIBILIDAD</b>	SI	No	SI	No	SI	No	
19	Cuando siente mejora deja el tratamiento aun cuando no se completa la dosis	✓		✓		✓		
20	El Centro de Salud no cuenta con buen equipo médico.	✓		✓		✓		
21	El local del Centro de Salud no es adecuado para atender a los usuarios.	✓		✓		✓		
22	No existen muchos turnos de atención	✓		✓		✓		
23	En la farmacia del Centro de Salud no se encuentran disponibles todos los medicamentos que le han recetado.	✓		✓		✓		
24	No existe buen servicio de información.	✓		✓		✓		
25	El personal no esa bien entrenado en el uso de los equipos médicos del Centro de Salud.	✓		✓		✓		

iones (precisar si hay suficiencia):

de aplicabilidad:  Aplicable  No aplicable [ ]  
y nombres del juez validador, DNI: **07278227**  
idad del validador: **MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN Y ECONOMÍA PÚBLICA**

29 de 07 del 2016

El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
El ítem es apropiado para representar al componente o  
específicos del constructo  
se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es  
ícto y directo

ancia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados  
les para medir la dimensión

Firma del Experto Informante.



### Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Luis Alberto Nuñez Lira docente de la Escuela de Posgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado “**Barreras asociadas al Acceso de Salud en los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa, 2016**” de la estudiante **Tessy del Carmen Mancilla Ponce**; y habiendo capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud del 23% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte al trabajo en aceptable y no constituye plagio en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Cesar Vallejo.

Lima, 26 de febrero de 2017

Luis Alberto Nuñez Lira  
Asesor



Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de Salud en los Puestos de Salud Ilanavilla y Vista Alegre de Villa, 2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAGISTER

AUTORA:

Bj. Tessy del Carmen Mancilla Ponce.

ASESOR:

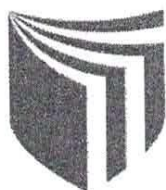
Dr. Luis Nuñez Lira

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Resumen de coincidencias X

23 %

1	aprendizajaa.udesa.edu.ar	2 %
2	2hcevsu.relativo.org	2 %
3	Entregado a Universidad...	1 %
4	www.aplicative-resear...	1 %
5	google.relativo.org	1 %
6	Entregado a Universida...	1 %
7	Entregado a Instituto N...	1 %
8	www.fundacioncoronis...	1 %
9	www.casademica.com	1 %



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

Escuela de Posgrado

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Mamella Ponce Tussy del Carmen.

INFORME TITULADO:

Barreras Asociadas al Acceso de los Servicios de Salud en los Puntos de Salud Llanocillo y Vista Alegre de Villa 2016.

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

SUSTENTADO EN FECHA: 13 de Junio de 2017.

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por unanimidad.



[Handwritten Signature]

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)  
"César Acuña Peralta"

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

### 1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Manuela Ponca Tessy del Carmen  
D.N.I. : 46045542  
Domicilio : Calle Bodez 12 J-12 4 25 los Cedros  
Teléfono : Fijo : Móvil : 980891905  
E-mail : tessy.m.p@hotmail.com

### 2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : .....  
Escuela : .....  
Carrera : .....  
Título : .....

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : Maestría  
Mención : Gestión de los Servicios de la Salud

### 3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Manuela Ponca Tessy del Carmen

Título de la tesis:

Barneras Asociados al Acceso de los Servicios de Salud en los Puntos de Salud Manantles y Usto Alegre de Villa 2016

Año de publicación : .....

### 4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha :

12-01-19