



Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Carlos Antonio Toledo Flores

ASESOR:

Dr. Jorge Gonzalo Laguna Velazco

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

PERU-2018

DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): TOLEDO FLORES, CARLOS ANTONIO

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

NIVEL DE PERCEPCIÓN DE BARRERAS DE ACCESO DE LOS USUARIOS AL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE DOS CENTROS DE SALUD, PIURA-2018

Fecha: 28 de enero de 2019

Hora: 8:45 p.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Teresa Campana Añasco

Firma:

SECRETARIO: Mg. María Jesús López Vega

Firma:

VOCAL: Dr. Jorge Gonzalo Laguna Velazco

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobar por mayoría

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

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

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

Redacción 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

Este trabajo lo dedico a todos los que confiaron y me apoyaron durante toda esta etapa de mi vida.

Agradecimientos

A mis docentes Jorge Laguna y María López por apoyarme en todo este camino.

Declaración de Autoría

Yo **Carlos Antonio Toledo Flores**, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado “Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018” presentada, en 136 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo estipulado por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, enero del 2019

.....

Br. Carlos Antonio Toledo Flores

DNI 46160765

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la tesis “Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018”, que tuvo como objetivo determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

El presente informe ha sido estructurado en siete capítulos, de acuerdo con el formato proporcionado por la Escuela de Posgrado. En el capítulo I se presentan los antecedentes y fundamentos teóricos, la justificación, el problema, las hipótesis, y los objetivos de la investigación. En el capítulo II, se describen los criterios metodológicos empleados en la investigación y en el capítulo III, los resultados tanto descriptivos como inferenciales. El capítulo IV contiene la discusión de los resultados, el V las conclusiones y el VI las recomendaciones respectivas. Finalmente se presentan las referencias y los apéndices que respaldan la investigación.

La conclusión de la investigación fue que existe diferencia significativa en el nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control y crecimiento de dos centros de salud, Piura-2018; en todas sus dimensiones.

El autor

Índice

Dictamen de sustentación de tesis	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xii
I. Introducción:	14
1.1 Realidad Problemática	15
1.2 Trabajos previos	23
1.3 Teorías relacionadas al tema	29
1.4 Formulación del problema	38
1.5 Justificación	39
1.6 Hipótesis	40
1.7 Objetivos ...	41
II. Método	42
2.1 Diseño de Investigación	43
2.2 Variables, operacionalización	45
2.3 Población y muestra	47
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
2.5 Validación y confiabilidad de instrumentos	51
2.6 Método de análisis de datos	53
2.7 Aspectos éticos	53
III. Resultados	55
3.1 Descripción de resultados	56
3.2 Contrastación de hipótesis	63
IV. Discusión	71
V. Conclusiones	79
VI. Recomendaciones	81
VII. Referencias	83

Anexos	
Artículo científico	90
Instrumento de recolección	99
Certificado de validez de instrumentos	101
Matriz de consistencia	108
Consentimiento informado	112
Matriz de datos	114
ImprPant de los resultados estadísticos procesados en SPSS	119
Tablas de resultado de las dimensiones y sus indicadores	125

Índice de tablas

Tabla 1:	Operacionalización de la variable: barreras de acceso	46
Tabla 2:	Ficha técnica del instrumento	50
Tabla 3:	Baremo de la Escala para medir la barrera de acceso	51
Tabla 4:	Validez del instrumento barreras de acceso, según expertos	52
Tabla 5:	Escala de valores para determinar la confiabilidad	53
Tabla 6:	Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.	56
Tabla 7:	Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.	57
Tabla 8:	Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.	59
Tabla 9:	Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.	60
Tabla 10:	Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.	62
Tabla 11:	Estimación del estadístico de contraste para determinar el nivel de significancia de la variable barreras de acceso, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney	64
Tabla 12:	Estimación del estadístico de contraste para determinar el nivel de significancia de la variable barreras de acceso, en su dimensión disponibilidad, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney	65

- Tabla 13: Estimación del estadístico de contraste para determinar el nivel de significancia de la variable barreras de acceso, en su dimensión accesibilidad, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney 66
- Tabla 14: Estimación del estadístico de contraste para determinar el nivel de significancia de la variable barreras de acceso, en su dimensión aceptabilidad, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney 68
- Tabla 15: Estimación del estadístico de contraste para determinar el nivel de significancia de la variable barreras de acceso, en su dimensión contacto con el servicio, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney 69

Índice de figuras

Figura 1:	Esquema de diseño de investigación	44
Figura 2:	Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.	56
Figura 3:	Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.	58
Figura 4:	Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.	59
Figura 5:	Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.	61
Figura 6:	Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.	62

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

La investigación se desarrolló un enfoque cuantitativo, de tipo básico de nivel descriptivo comparativo. La población del centro de salud 1 estuvo constituida por 69 usuarios y la población del centro de salud 2 de 54 usuarios, para la recolección de la información se utilizó la técnica encuesta y como instrumentos fue el cuestionario. El procesamiento de datos se realizó en el software Excel 2010.

Realizado el análisis descriptivo y comparativo se llegó la conclusión que si existe diferencia significativa entre la percepción de la variable barreras de acceso y en todas sus dimensiones, al servicio de crecimiento y desarrollo de los dos centro de salud en Piura, predominando un bajo nivel de percepción de barrera en el centro de salud 1 y un moderado nivel en el centro de salud 2.

Palabras clave: barreras de acceso, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con el servicio

Abstract

The main objective of the research was to determine the difference in the level of perception of barriers of access of users to the service of control of growth and development of two health centers, Piura-2018.

The research developed a quantitative, basic-type approach to descriptive comparative. The population of the health center 1 was constituted by 69 users and the population of the health center 2 of 54 users, for the collection of the information the survey technique was used and as instruments was the questionnaire. The data processing was done in Excel 2010 software.

Once the descriptive and comparative analysis was carried out, the conclusion was reached that if there is a significant difference between the perception of the access barriers and in all its dimensions, the service of growth and development of the two health centers in Piura, with a low level of barrier perception in the health center 1 and a moderate level in the health center 2.

Keywords: access barriers, availability, accessibility, acceptability, contact with the service

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

El derecho a la salud es reconocido en el marco del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en uso en 1976; en la actualidad suscrito por 160 países. Reconoce el goce de toda persona a disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental”, que se logra a través del acceso al sistema de salud, estableciendo mecanismos que aseguren la promoción, prevención y atención sanitaria en todos sus niveles (Organización de las Naciones Unidas, 1966).

La Asamblea Mundial de la Salud hace hincapié en la promoción de la disponibilidad y el acceso a los servicios con la finalidad de alcanzar la salud y el bienestar, resaltando el término de equidad para todos (Asamblea Mundial de la Salud, 1966); lo cual es un reto para distintos sistemas de salud, sobre todo los americanos. Los avances alcanzados por factores como desarrollo económico y social han ayudado a consolidar y en algunos casos, fortalecer el sistema de salud vigente aplicándose nuevas estrategias para alcanzar la salud; siendo el factor político un factor relevante para esto.

El Banco Mundial y el Organización Panamericana de Salud (OPS) trabajan de manera conjunta políticas e iniciativas en los países de América Latina y el Caribe (LAC) para alcanzar la cobertura universal de salud (CUS) como parte de la estrategia para eliminar la pobreza al 2030 ampliando el acceso equitativo a los servicios de salud y que en el transcurso del tiempo se ha alcanzado disminuir la brecha existente. (Dmytraczenko y Almeida, 2017 p. 15) Se llega a la conclusión que la CUS tiene el objetivo de lograr que la población alcance la salud sin padecer dificultades de ningún tipo.

A nivel mundial, encontramos estas cifras en relación a las barreras de acceso a la salud, que los hombres nativos de Australia presentan 17 años menos de esperanza de vida que los demás residentes hombres de ese país; que la mortalidad materna a nivel mundial se ha reducido en un 25% durante el 2005 al 2015, se observa que en el África subsahariana el riesgo de 1:36 y en los países de altos ingresos es de 1:4900; la mortalidad de niños menores de 5 años se ha reducido en un tercio durante el periodo 2005 al 2015, actualmente un millón de bebés murieron el día de su nacimiento y más de 2,6 millones

murieron durante el primer mes de vida, los niños en Bolivia con madres sin educación tienen un 10% más probabilidad de morir durante sus primeros años en contraposición con madres con educación secundaria o superior la probabilidad disminuye considerablemente llegando a ser de 0.4%. (Organización Mundial de la Salud, 2017, pp. 11-14)

La CUS medido en la cobertura de servicios, a través de nueve indicadores trazadores, esenciales ha aumentado desde el año 2000 cerca de un 1.3% anual, lo que representa aproximadamente un aumento del 20% entre 2000 y 2015. Entre estos nueve indicadores trazadores, las tasas de aumento más rápidas se observaron en la cobertura del tratamiento antirretroviral para el VIH (2% en 2000 a 53% en 2016) y el uso de redes tratadas con insecticida para la prevención de la malaria (1% en 2000 a 54% en 2016). Existe limitaciones de los datos que impiden una precisión exacta de la cantidad de personas con cobertura adecuada de servicios, es claro que al menos la mitad de la población no tiene cobertura completa de servicios esenciales como, por ejemplo: más de 1 billón de personas tienen hipertensión no controlada, más de 200 millones de mujeres tienen una cobertura inadecuada para la planificación familiar y casi 20 millones de bebés no pueden comenzar o completar la serie primaria de vacunas. (Organización Mundial de la Salud, 2017, pp. 5-11)

En referencia a la salud materna e infantil, encontramos que solo el 17% de las madres y los bebés en hogares de los quintiles más pobres en los países de ingresos bajos y medianos bajos durante el periodo 2005-2015 recibió al menos seis de las siete intervenciones esenciales para este grupo etéreo, en comparación con el 74% en el quintil más rico. Teniendo en cuenta los cambios en las grandes brechas en la cobertura a lo largo del tiempo, el porcentaje medio de madres y bebés que recibieron menos de la mitad de los siete servicios básicos de salud disminuyó entre 1993–1999 y 2008–2015 en todos los quintiles de riqueza, en 23 países de ingreso con datos disponibles. Las reducciones absolutas fueron mayores en los quintiles de riqueza más pobres y, por lo tanto, las desigualdades absolutas se redujeron entre estos dos períodos. (Organización Mundial de la Salud, 2017 p. 8)

A menos que las intervenciones de salud estén diseñadas para promover la equidad, los esfuerzos para lograr la cobertura universal de salud pueden llevar a mejoras en el promedio nacional de cobertura de servicios, mientras que las desigualdades empeoran al mismo tiempo. Las brechas en la cobertura de servicios siguen siendo mayores en el quintil más pobre, lo que refuerza la importancia de estructurar los servicios de salud para que nadie se quede atrás.

La educación es un factor determinante en el acceso a los servicios de salud, múltiples revisiones indican una relación directa entre educación y salud, en la cual las personas con menos conocimiento del concepto de salud muestran mayor tendencia a tomar medicamentos de forma inadecuada, no entienden el uso de los fármacos, presentan mayor ingreso hospitalario y mayor consultas a urgencia, menos atenciones preventivas y a su vez las personas de la tercera edad presentan mortalidad más alta (Zimmerman y Woolf, 2014). Esto puede comprobarse con la investigación de Barrera (1990), que sugiere que la educación materna afecta positivamente a la salud infantil a través de un efecto de eficiencia (al afectar la productividad de los insumos de salud) y un efecto de asignación (al reducir el costo de la información), es decir, los niños y las niñas con madres y/o cuidador con un mayor grado educativo consiguen mayores beneficios en la utilización de los servicios de salud, esto debido a que el nivel educativo influye sobre el conocimiento y la percepción de la importancia del concepto salud.

A nivel mundial, en realidades más similares a las nuestra encontramos que los países de América Latina y el Caribe muestran desigualdades entre los niños de familia con más ingresos y niños pobres, se puede encontrar en Bolivia ingresos 222 veces superior entre los más ricos y los más pobres; Colombia, 161 veces; Haití, 142 veces; Guatemala, 142; Namibia, 72 y Perú 66 veces. Estas desigualdades afectan principalmente al acceso a la salud, la educación y la alimentación, afectando la capacidad cognitiva, desarrollo de habilidades y oportunidades para el futuro (Carpio, 2012).

Las barreras existentes en relación con la infraestructura para la prestación de servicios de salud, la mayoría de los países de América Latina y El Caribe cuentan con un bajo número de establecimientos de salud en referencia a su población. En promedio, existen un poco más de 3,5 centros por

cada 100000 habitantes, con diferencias notables en la calidad, el tamaño y el tipo de centros. La realidad peruana se puede observar más de 18000 centros de salud, lo que refleja en una densidad muy por encima de la media regional. No obstante, más de la mitad (52%) corresponden al sector privado, de los cuales 6000 son consultorios privados por especialistas y los otros casi 7000 centros públicos corresponden a postas de salud que en muchos casos poseen una infraestructura de mala calidad y escaso personal de salud (Alcalde, Lazo y Nigenda, 2011).

Las barreras de acceso en relación con la accesibilidad financiera encontramos que en América Latina y el Caribe, el gasto directo de los hogares, entiéndase como gasto directo de los hogares como un gasto que las familias consignan a través de recursos propios para la atención en salud, está destinado principalmente a cubrir las consultas médicas (38,1%) y los medicamentos (22,3%). Este gasto en medicamentos se ve aumentando en muchos países por la preferencia en gastar en medicamentos de marca. Cabe resaltar que el gasto nacional en salud, el 72.6% está orientado a recibir una atención curativa muy por encima del 7% que busca una atención preventiva en promedio para América Latina y El Caribe; nuestra realidad nos indica que estamos por debajo del promedio de dichas atenciones 64.6% y 5.6%, para atención curativa y preventiva, respectivamente y un poco más de la quinta parte (23%) destinado a la infraestructura, compra de insumos y formación de recursos humanos (Molina, Pinto, Henderson y Vieira, 2000).

Otro tipo de barrera existente es debido a la disponibilidad del personal de salud, encontramos que el diagnóstico general es que los países de la Región de América y El Caribe registran un déficit de médicos, enfermeras y demás personal sanitario. En países con economías consolidadas, la densidad de médicos por cada mil habitantes es aproximadamente un valor de cuatro, en cambio, en esta parte del mundo solo Uruguay y Argentina se aproximan a estos niveles, con la excepción de Cuba, que los supera largamente; Chile, Brasil, Ecuador y Colombia no alcanzan el nivel de dos médicos por mil habitantes; Surinam, Nicaragua y Guatemala se encuentran con un indicador por debajo del valor de uno y, cierran la lista, con valores que no alcanzan a un médico por cada

dos mil habitantes, Bolivia, Guyana, Honduras y Haití (Organización Panamericana de Salud, 2018).

A nivel local, encontramos que en referencia a la cobertura en salud se observa un incremento de 61,8 a 73,3% durante el periodo 2012- 2015; además en la población pobre subió de 62 a 74% y en la población extremadamente pobre de 75 a 81%, esta cifra es según lo reportado por la Encuesta Nacional de Hogares. La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) indica que 25 millones 961 mil 557 personas cuentan con algún seguro de salud, esto equivaldría a un 82,45% de la población total (Superintendencia Nacional de Salud, 2016), esto debido a que en el año 2013 el Perú inició un proceso de reforma sanitaria en el marco del reconocimiento de la salud como un derecho, cuyo cumplimiento debe ser garantizado por el estado. El objetivo fue universalizar la protección en salud, con lo cual toda la población puede beneficiarse de la acción del estado con la finalidad de mejorar los determinantes sociales, acceder en mayor cantidad, y sobre todo, de calidad a los cuidados integrales en el campo individual y poblacional, y disminuir el riesgo de empobrecerse como resultado de cuidar su salud o sanar su enfermedad.

La cobertura del Sistema Integral de Salud (SIS) creció significativamente en tan solo diez años, la población cubierta pasó de 17% en el 2007 a 47% en el 2016. Para entender la magnitud del incremento, vale indicar que la cobertura por todos los otros seguros solo aumentó de 25% a 30% en el mismo período. En número contamos con 15.514 millones de peruanos están inscritos al SIS, unos 8.590 millones de peruanos están en EsSalud, 1.5 millones están inscritos en una EPS y 230 mil cuentan con el seguro de FFAA y PNP; mientras que la diferencia está repartida en las distintas financiadoras del mercado (Sánchez, 2013).

Las deficiencias más notorias en relación a la cobertura de salud se observan en los sectores de ingresos medios. Las personas beneficiadas del SIS se encuentran, en casi su totalidad (87,1%), en los tres primeros quintiles de ingreso, aunque un porcentaje mucho menor (49,3%) se encuentra en condición de pobreza extrema o moderada. En EsSalud encontramos que casi el 70,0% de sus beneficiarios se encuentra en los dos quintiles superiores de la distribución del ingreso y solo un 0,6% de los afiliados está en condición de pobreza extrema,

mientras un 7,3% se ubica en la condición de pobreza moderada. Como consecuencia de la concentración de los afiliados del SIS en los quintiles más pobres y de EsSalud (y de otros seguros) en el quintil más rico, las menores tasas de aseguramiento en salud se observan en los quintiles 3 y 4 (Centrágolo, Bertranou, Casanova y Casalí, 2013).

A nivel local en referencia a la problemática de la disponibilidad de recursos humanos en salud nos indica un aumento del número de médicos entre el 2000 y el 2013 estos pasaron de 1,15 a 2,14 por cada mil habitantes, lo que representó un aumento de más de 80% del personal médico. Durante el año 2000 al 2006 la densidad de recursos humanos (médicos, enfermeras y obstetras) indicaban un déficit crítico con un valor menor a 25 por 10 000 habitantes. Puesto que el aumento del personal de salud en los últimos años es evidente, las inequidades en nuestro territorio siguen vigentes, se puede encontrar un personal médico o hasta menos por cada dos mil habitantes en algunos departamentos y otros, como la capital, cuentan con 3,8 por cada mil habitantes, ocho veces más (Matus, Prieto y Cid, 2016).

Los recursos humanos para el sector salud refiere la cifra de 180 000, de los cuales el 69%, es decir 123663, correspondían al Minsa; el 20%, es decir 36 063 correspondían a Essalud y 11%, a otras instituciones prestadoras de salud para el año 2010 (Arroyo, 2010). En 2016, el recurso humano en salud aumentó a 256157, de los cuales el 70.39%, es decir el 180314, pertenecían en el Minsa y gobiernos regionales; el 22%, es decir en 53445, en Essalud y el 8%, es decir 21 592, en otros prestadores de salud. Comparando las cifras del 2011 al 2015, es notable el incremento durante ese periodo en un 36%, es decir 65 999 recursos humanos en salud más. En cuanto a las profesiones en salud se informa que el 15.61 % eran médicos; 16.65%, enfermeras; 5.86%, obstetras; 2.23%, odontólogos, reportado hasta el 2015 (Ministerio de Salud, 2013).

Otro problema a nivel local en referencia a los recursos humanos en la distribución de éstos, se reportó en el 2013 que 126 782 recursos humanos en salud que representan el 84% de los recursos humanos del Minsa y gobiernos regionales se concentraban a nivel urbano, de los cuales el 42%, es decir 52 755, habitaban en Lima Metropolitana. En la zona urbana se concentraba el 85.2% de los médicos generales, 99.2% de los médicos especialistas, 79.3% de

las enfermeras, 70,2% de las obstetras, 68.9% de los odontólogos, 76.3 % de los técnicos en enfermería y 78.3 % de los demás técnicos asistenciales (Ministerio de Salud, 2013). A pesar de un incremento del personal, el problema de un no acceso radica en la concentración de los mismos en zonas urbanas.

A nivel institucional se encuentra con estos problemas que afectan al acceso en salud, en referencia al personal de salud de la Región Piura, la tasa de médicos por cada 10 000 habitantes para el 2004 está muy por debajo del promedio nacional; cuenta con 6.3 médicos por 10 mil habitantes, 2 enfermeras por 10 mil habitantes y 0,3 obstetras por 10 mil habitantes (Webb y Fernández, 2008). Según la reclasificación que dispuso el Ministerio de Salud del Perú en el 2004, en función del número de camas hospitalarias instituyó como hospitales, aquellos establecimientos con más de 10 camas hospitalarias, y como centros de salud aquellos que tienen menos de 10 camas hospitalarias; bajo ese criterio en la región contaríamos con 33 hospitales, 178 puestos de salud y 361 puestos de salud, lo que hace un total de 361 establecimientos para el año 2015 (Vera, 2017).

Se observa además como problemática la inexistencia de infraestructura para esta región, puesto que los dos nosocomios donde la mayor cantidad de población se atiende (Hospital de Sullana y Hospital Santa Rosa en Piura) no se da abasto, la infraestructura ha sido superada, además no se cuenta con equipos modernos y adolece de especialistas sumado a la falta de medicamentos. La creación de un nuevo hospital como fue el caso de Paita que tiene una mejor infraestructura con buenos equipos médicos, no ha podido ser la solución, debido a que a pesar que la infraestructura es óptima existe un déficit de personal de salud. Entre los hospitales pertenecientes a Essalud y Minsa se llega a 800 camas disponibles, pero la necesidad actual es de al menos 2500 camas.

En referencia a la afiliación al SIS, después de Lima y Cajamarca, la región Piura ocupa el tercer departamento con mayor cantidad de afiliados, con un total de 1,114 906.

El nivel de pobreza en la región Piura ha aumentado en promedio del 5%, esto equivale alrededor de 200 000 personas, a raíz del Fenómeno del Niño, el año 2016 se registraba un 22.5%, para el año 2017 se refiere un 27.5%.

Adicionalmente, se estima que para cumplir las necesidades de los servicios básicos se requiere 500 soles (Palacios, 2017).

El Ministerio de Salud establece que el control de crecimiento y desarrollo (CRED) está referido al conjunto de acciones periódicas y sistemáticas, cuyo objetivo es evaluar y monitorear de la mejor manera y, sobre todo, oportuna el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas a fin de prevenir y/o detectar cualquier riesgo, alteración, trastorno como también a la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna (Ministerio de Salud, 2013 p. 486). En relación a la cobertura de la atención CRED se reporta que alcanzó un 42,3% a nivel nacional para las atenciones de CRED en niños de 1 a 11 meses de edad, durante enero a diciembre del 2013 según el Sistema de Información de Consulta Externa HIS-MINSA (Ministerio de Salud, 2016).

Por lo reportado por la Dirección Regional de Salud Piura, la cobertura del servicio de crecimiento y desarrollo logró 21836 atenciones de un total de 34972 atenciones programadas, es decir alcanzó un 62.4% de lo programado; donde un poco más de la tercera parte de atenciones fue en niños menores de 1 año (8149 atenciones) alcanzado un 70.7% de cobertura según lo programado para el año 2016 (Dirección Regional de Salud Piura, 2016).

El bajo porcentaje de coberturas demuestran que los niños y niñas no están siendo diagnosticados, monitoreados y evaluados correcta y oportunamente resultando en corto, mediano y largo plazo en altos índices de anemia y desnutrición principalmente, además de otras enfermedades que predominan según cada realidad. Es demás conocido que el desarrollo de la infancia permitirá un óptimo desarrollo humano y por ende una construcción de capital social que permitirá disminuir el ciclo repetitivo de pobreza, reduciendo así las brechas de desigualdad. Actualmente la Región Piura, un 42.8% de niños y niñas menores de 18 meses padecen de anemia; un aumento de 0.5 puntos porcentuales en referencia al año pasado y el 15,9% de niños y niñas menores de 6 años padecen de desnutrición crónica, un aumento de 0.6% puntos porcentuales en referencia al año pasado. (Dirección Regional de Salud Piura, 2018).

Para una región donde la población va creciendo significativamente, según proyecciones estadísticas indicarían que esta región será la tercera región con mayor población para el 2020, el acceso a los servicios de salud no debe paralizarse, es necesario una planificación y un trabajo de todos los actores involucrados con el fin de reducir las brechas existentes, especialmente en las poblaciones vulnerables.

El acceso al servicio de salud ha sido investigado en distintos países como también el nuestro, pero no se hace hincapié al servicio de control de crecimiento y desarrollo, analizando e identificando las barreras y el nivel de sus dimensiones durante todo el proceso de cobertura eficaz. Bajo esa duda nace la necesidad de determinar si existe diferencia en la percepción del nivel de barreras de accesos en dos establecimientos de salud, en distintos ámbitos, del servicio de control de crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 3 años.

1.2. Trabajos previos

1.2.1. Antecedentes internacionales.

Hurtado y Arrivillaga (2018) realizaron el estudio “*Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad*”. Fue un estudio de enfoque cualitativo, tipo descriptivo-interpretativo; cuyo objetivo fue analizar las determinantes sociales de la población de estudio, en contexto de pobreza. Se encontró una nula acción intersectorial y el incumplimiento de la ley como también una baja promoción de servicios para la atención de las personas con discapacidad física; sumado a las barreras administrativas, geográficas, de trasado, relacionadas con la calidad de la atención, de acceso a recursos, a medicamentos y otros dispositivos médicos.

Virgüez (2016) realizó el estudio “*Barreras y facilitadores a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaqué*”. Fue un estudio de enfoque cualitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal, cuyo objetivo principal fue determinar las barreras y facilitadores principales del acceso al servicio de salud. El estudio concluyó con la identificación de estas

barreras: las fechas para las citas, los horarios de citas y los factores socioeconómicos de la población.

Bedoya, García y Pérez (2016) realizaron el estudio "*Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnóstico de enfermedades oncológicas en Colombia: Revisión sistemática de la literatura*". El objetivo fue describir las barreras de acceso para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con diagnósticos oncológicos. Se realizó una revisión sistemática extensa de fuentes bibliográficas contenidas en base de datos. Los resultados de las barreras descritas fueron: barreras estructurales; barreras administrativas; barreras económicas; barreras relacionadas con el personal médico; barreras culturales; barreras relacionadas con los determinantes sociales; barreras relacionadas con la posición socioeconómica, discriminación social y desconocimiento; y barreras relacionadas con la ubicación geográfica, entorno laboral y el sistema de salud. Concluyó que el sistema de salud desarticulado en su estructura financiera y administrativa en donde persisten inequidades en el acceso y oportunidad para la utilización de los servicios, presentándose barreras que no solo deterioran la percepción de la calidad de la atención sino también conllevan al empeoramiento de la condición clínica del paciente lo cual trae consecuencias para el paciente, su familia, el sistema de salud y el estado.

Restrepo, Silva, Andrade y VH (2014) realizaron el estudio titulado "*Accesos a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia*". El estudio fue de enfoque cualitativo, diseño no experimental, analítico y explicativo, cuyo objetivo fue construir un concepto de acceso e identificar barreras y estrategias, desde la perspectiva de los actores. Se identificó a las barreras geográficas, como la principal dificultad en la atención de los usuarios, seguido de la entrega, acceso y disponibilidad de medicamentos y el desconocimiento sobre sus derechos. Se concluye que a mayor conocimiento de los derechos de salud de los usuarios frente al personal administrativo y de servicios de salud por parte de los usuarios, se presentan menores dificultades de acceso, aspecto que establecería un elemento facilitador y que debiera utilizarse como estrategia en la eliminación de las barreras en la atención.

Agudelo *et al.* (2014) realizaron el estudio “*Barreras y Facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia*”. El estudio fue de enfoque cualitativo y tipo descriptivo cuyo objetivo principal fue identificar los factores que limitan o favorecen el acceso al servicio de odontología de los adultos mayores que se atienden en el hospital de Medellín, desde el punto de vista del personal de salud. Se concluye que las barreras encontradas fueron dificultades en las políticas sociales, desigualdad en la atención en salud, recurso humano inadecuado, aspectos culturales y de género; crisis del sector salud. Concluyendo que hay una necesidad de integrar las políticas de salud y salud bucal con políticas sociales.

Hirmas, Poffald, Jasmen, Aguilera, Delgado y Vega (2013) realizaron el estudio “*Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*”. Fue un trabajo de enfoque cualitativo retrospectivo, de diseño no experimental y corte transversal, cuyo objetivo principal fue determinar la transversalidad de las barreras y facilitadores a través de varias poblaciones, países y enfermedades, además de determinar la frecuencia con la que se presentan. Se obtuvo como resultado las siguientes cifras: 25 barreras correspondieron a la dimensión disponibilidad, 67; a la accesibilidad, 87; aceptabilidad y 51; al contacto con el servicio. Concluyen que las barreras más frecuentes fueron los costos de medicinas, consultas médicas y exámenes, la vergüenza o temor al atenderse en un servicio de salud, la falta de confianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito.

Ballesteros (2013) realizó el estudio titulado “*Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales*” con el objetivo de analizar los resultados de dos encuestas nacionales que analizaron sobre los accesos a los servicios de salud, dichas encuestas fueron: Encuesta nacional de factores de riesgo realizada en 2009 por el Ministerio de Salud de la nación y la encuesta de la deuda social argentina realizada en 2010 por la universidad católica argentina, en los resultados se encontró que el 22,7% de las personas que padecieron de un malestar o problemas de salud no consultaron por problemas de acceso, el 57,6% del estrato social muy bajo tuvo que esperar más de una hora la última

vez que accedió a un servicio de salud, frente al 25,9% del estrato medio alto, se llegó siguiente conclusión: La consulta con un profesional de la salud no implica que no haya barreras en el acceso a la realización de otra consulta.

Poffald, Hirmas, Aguilera, Vega, González y Sanhueza (2013) realizaron el estudio *“Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile”*, cuyo objetivo fue analizar barreras y facilitadores de acceso a control prenatal en adolescentes urbanas de 15-19 años en Santiago, Chile. Se concluye que la existencia de un facilitador (figura de apoyo) es importante para permitir un ingreso oportuno al sistema de salud como también para mantener los controles respectivos en los servicios de salud.

1.2.2. Antecedentes nacionales.

Aparco y Huamán (2017) realizaron el estudio de *“Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo: percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud”*, cuyo objetivo fue identificar las barreras y los facilitadores para la suplementación con micronutrientes en polvo en madres de niños de 6 a 35 meses de edad de Tacna, Loreto, Puno y Lima. Fue un estudio cualitativo, exploratorio con enfoque de teoría fundamentada, realizado en Lima, Tacna, Loreto y Puno en el año 2014. Se identificó que las barreras que destacaron fueron: dificultad de obtener una atención en el establecimiento de salud, el proceso de recepción del micronutriente en polvo, resistencias iniciales al inicio del consumo, percepción que es un medicamento, sabor desagradable y efectos secundarios. La retroalimentación del personal de salud sobre la evolución del niño, la orientación adecuada al contexto y el horario alternativo para recoger los multimicronutrientes en polvo son los principales facilitadores. Se concluyó que la existencia de barreras relacionadas al sistema de salud, al producto (MNP) y al comportamiento de niños, madres y familia / comunidad, que son necesarios abordar con estrategias que permitan superar estas dificultades, ya que impiden que los niños consuman diariamente, en una preparación adecuada el suplemento de MNP.

Muñoz (2017) realizó el estudio “*Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017*”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de barreras de acceso de salud al servicio de salud bucal. El enfoque cuantitativo, de tipo básico nivel descriptivo, diseño no experimental de corte transversal. Concluye que más de la mitad usuarios definieron que existe un nivel moderado de barreras para el acceso al servicio de salud bucal, además que la dimensión disponibilidad puede ser considerada como la principal barrera.

Cosar (2017) realizó el estudio titulado “*Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológico Público*”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de las barreras de acceso a los servicios de salud de los estudiantes del Instituto de Educación Superior Tecnológico Público. El enfoque fue cuantitativo de tipo básico de nivel descriptivo, diseño no experimental y de corte transversal. Concluye que la el 69% de estudiantes consideraron la existencia de un nivel moderado de barreras de acceso, mientras que el 18.6% y 12.4% consideraron un nivel de barreras bajo y alto, respectivamente. Además, la dimensión disponibilidad es considerada la principal barrera, seguida por la dimensión accesibilidad.

García, Benitez y Huamán (2017) realizaron el estudio titulado “*Barreras para el acceso a la atención integral de las personas afectadas por la coinfección por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en Perú*”, 2010–2015. Tuvo un enfoque mixto, la investigación cualitativa se realizó a través de entrevistas en profundidad con 22 actores claves en siete establecimientos de salud y el componente cuantitativo a través de análisis de datos programáticos del 2010 al 2015 sobre programas de tuberculosis y VIH. El objetivo fue identificar las barreras programáticas que dificultan la atención integral, obteniendo como resultado que existe un poca o nula coordinación entre los equipos de tuberculosis y VIH, manejo por separado, presupuesto insuficiente, recurso humano no capacitado y escaso.

Azañedo (2016) realizó el estudio “*Salud oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana*”. El enfoque que fue de tipo cuantitativo, de diseño no experimental retrospectivo y de corte transversal,

Se realizó en base a un análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (2014), con el objetivo de conocer los patrones de acceso a la atención dental, se obtuvo como resultado que el acceso a un servicio dental ocurrió en el 74,8% de los 5516 adultos mayores encuestados de los cuales el 65,1% fue atendido por atención privada.

Vilca (2016) realizó el estudio "*Determinantes socioculturales y organizacionales asociados con el acceso a servicios de salud en el distrito de Amazonas*", cuyo objetivo fue identificar los determinantes socioculturales y organizacionales asociados con el acceso a servicios de salud en el distrito de Leymebamba, provincia de Chachapoyas, departamento de Amazonas durante el último trimestre del año 2016. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo prospectivo con corte transversal analítico. Se concluye que el 66,8% de la población presentó algún problema de salud y no acudieron al establecimiento de salud, que las principales barreras que se identificaron fueron: el tiempo de espera era bastante (77,1%), horarios de atención no adecuado (68%) y el trato del personal fue malo (50,2%).

Carrasco (2015) realizó el estudio "*Factores asociados a la utilización en una clínica odontológica universitaria peruana*". Tuvo un enfoque cuantitativo retrospectivo, de diseño no experimental y de corte transversal y cuyo objetivo fue conocer que factores influyen en la utilización del servicio de salud bucal por parte de los pacientes. En los resultados que se obtuvieron muestra que la mayoría de personas que utilizan el servicio fue de sexo femenino (74,7%) y de ocupación estudiante y los pacientes con trabajo independiente tuvieron más probabilidad de acceder a los servicios, se concluye que la edad, el sexo y el tipo de empleo son uno de los factores que influyen más en la atención a los servicios odontológicos.

1.3. Teorías relacionadas al tema

A continuación, se presentan las diferentes concepciones y teorías relacionadas con las barreras de acceso al servicio de salud, se describen las dimensiones que permitieron la medición de las variables de estudio como también los indicadores de los mismos y las diferentes teorías bajo las cuales se desarrolló

la presente investigación. Además de la definición del servicio de crecimiento y desarrollo dado por la norma técnica vigente peruana.

1.3.1. Bases teóricas de la variable

Barreras de acceso en salud

Antes de definir la variable barrera de acceso al servicio de salud existe la necesidad de conceptualizar primero el término acceso de salud, esto servirá para contextualizar apropiadamente la variable de estudio.

Conceptualización de acceso de salud

El acceso de salud es definido como la relación funcional entre la población y las instalaciones y recursos médicos, y refleja la existencia de obstáculos, impedimentos y dificultades, o de factores facilitadores para los beneficiarios de la atención de salud (Bashshur, Shannon y Metzner, 1971).

El acceso a los servicios de salud es un proceso que está afectado por el sistema de salud, las características de la población (demografía, estructura social, creencias), comportamiento en relación a la práctica y uso de servicios de salud, donde estos puedan ser intervenidos por la política nacional de salud; además se incluye la satisfacción del usuario (Aday y Andersen, 1974, pp. 208-220).

El proceso de acceso es una interacción entre la provisión de servicios y de la población, que se afecta dependiendo de las particularidades del sistema de salud, como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención; atravesando por cuatro etapas para lograr la atención de calidad, resaltando que ésta debe ser de calidad (Tanahashi, 1978, pp. 295-303).

Andersen (1996, pp. 1-10) replantea el modelo de Aday, donde las características de la población, el sistema de salud y el ambiente externo determinan las prácticas individuales de salud y uso del mismo. Además, añade el término de acceso, que puede ser efectivo: cuando la utilización de los servicios mejora el estado de salud o satisface al consumidor de manera eficiente

eficiente: cuando el nivel del estado de salud o la satisfacción aumentan, en relación con la cantidad de servicios de atención médica que se consumen.

Shengelia, Murray y Adams (2003, pp. 221-234) consideran el acceso como la relación entre las características propias de la población (percepción de la enfermedad, factores culturales, sociales y epidemiológicos) y las características del sistema de salud factores (recurso humano, estructuras, instituciones, procedimientos y regulaciones); en la cual determinan que la cobertura es la probabilidad de recibir una intervención de salud necesaria que está condicionada a la necesidad de salud.

Conceptualización de barreras de acceso

Tanahashi (1978) lo define como los obstáculos que son responsables de una falta o una atención ineficaz y sin calidad, que puede suceder en cualquier etapa del proceso de cobertura (p. 300).

Frenk (1985) refiere que existe una zona intermedia entre la disponibilidad de recursos y la utilización de los mismos a los cual lo denomina resistencia, definiéndola como “el conjunto de obstáculos en la búsqueda y obtención de la atención, los cuales se originan en los recursos para la salud” (p.442), y son clasificadas en: ecológicos (tiempo de transporte), financieros (precio) y organizaciones a la entrada (tiempo para obtener una cita) y al interior (tiempo de espera para la atención).

Shengelia, Murray y Adams (2003) reconocieron la presencia de barreras denominándolas brechas o situaciones diferenciales que son factores que marcan la diferencia entre la cobertura potencial, que es la probabilidad de recibir atención, y la cobertura real, que es la obtención de la atención sanitaria efectiva.

Landini (2014) también definió las barreras del acceso como “aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria” (p. 232).

La OMS (2014, p. 2) se refiere a las barreras como “los impedimentos para que las personas utilicen los servicios integrales de salud, la cual impide el

acceso universal y las agrupa en 5 tipos: geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género”.

Las barreras son todos los obstáculos que impiden o bloquean el acceso. El Instituto de Medicina propuso una conceptualización de acceso basada en tres tipos de barreras de acceso: estructural, financiero y personal (Institute of Medicine, 1993).

Las barreras se consideran factores que obstaculizan la participación y desarrollo de las personas, que tienen un impacto directo tanto en el funcionamiento de los órganos y las estructuras corporales, como en la realización de las actividades diaria y en el desempeño social. Entre esos factores que incluyen aspectos con la accesibilidad del entorno físico, la tecnología, las actitudes de la población, los sistemas, servicios y políticas (Serrano, Ramirez, Abril, Ramón, Guerra y Clavijo, 2013).

El acceso tiene cuatro dimensiones: disponibilidad geográfica, accesibilidad, asequibilidad y aceptabilidad. Las barreras para acceder a los servicios de salud pueden derivarse del lado de la demanda y lado de la oferta (O'Donnell, 2007).

Los determinantes del lado de la demanda son factores que influyen en capacidad de utilizar los servicios de salud a nivel individual, familiar o nivel comunitario, mientras que los determinantes del lado de la oferta son aspectos inherentes al sistema de salud que dificultan la adopción del servicio por individuos, hogares o la comunidad. La necesidad de diferenciar el lado de la demanda de las barreras del lado de la oferta se relaciona con formulación de intervenciones apropiadas (Jacobs, Por, Bigdeli, Annear, & Van Damme, 2011).

Debido a la naturaleza de la unidad de estudio y por aspecto práctico y simple del análisis propuesto, se empleó el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi como sustento teórico para realizar la presente investigación.

Modelo teórico de cobertura efectiva de Tanahashi.

Tanahashi (1978) define la cobertura efectiva como el equivalente al concepto del acceso añadiéndole en el modelo el término eficaz; el cual refiere que solo

una parte de la población es beneficiada con la atención en salud, debido a las múltiples barreras presentes durante el proceso de acceso a los servicios de salud.

Estas etapas son cinco: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto de servicio y cobertura, donde en cada una de las etapas se pueden identificar las barreras o dificultades que afecta el proceso; lo cual es de relevancia para tomar medidas eficaces para superar éstas.

Dimensiones de barreras de acceso

Para medir la variable barrera de acceso se ha considerado las dimensiones propuestas por Tanahashi (1978) en su Modelo de Cobertura Efectiva, las cuales son (a) disponibilidad, (b) accesibilidad, (c) aceptabilidad y (d) contacto con el servicio; las cuales serán descritas a continuación.

Primera dimensión: Disponibilidad

Es la primera etapa que se debe atravesar para el logro de la cobertura y es definido como el conjunto de recursos con los que se cuenta para realizar la prestación de servicios de la salud, midiendo la capacidad del sistema de salud en relación con el tamaño de la población. Además, está conformado por tres elementos importantes que son: recursos físicos, recursos humanos y servicios o programas (Tanahashi, 1978 pp. 296-297).

Levesque, Harris y Russell (2013, p.6) refiere que la disponibilidad es la existencia física de los recursos de salud con la capacidad suficiente para producir servicios.

Frenk (2014, p. 441) define el término 'disponibilidad' para referirse a la presencia de los recursos de la atención a la salud teniendo en cuenta la productividad, es decir, su capacidad para producir servicios.

Indicadores de la dimensión disponibilidad

Recursos Físicos

Es el conjunto de medios físicos necesarios para la prestación de servicios como infraestructura; centros de salud, consultorios, equipos médicos, computadoras, insumos como medicinas, materiales.

Recursos humanos

Es el conjunto de talento humano que brinda la fuerza de trabajo necesaria para brindar el servicio de salud a la población, lo cual se expresa a través de sus capacidades, talento, competencias y habilidades, está conformado por profesionales, técnicos, administrativos, entre otros

Servicios

Se entiende como servicios de la salud a los métodos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, que comprenden la atención sanitaria brindada en las comunidades, centros sanitarios y hospitales.

Segunda dimensión: Accesibilidad

Es la segunda etapa para alcanzar la cobertura, la población que consiguió beneficiarse de la disponibilidad, puede utilizar los servicios de salud, es la capacidad del servicio está limitada por el número de personas que pueden alcanzarlo y utilizarlo. Presenta diferentes barreras como largas colas para hacer los trámites, tiempo de espera largo fuera del consultorio, entre otras; estas barreras pueden ser de tres tipos; física, organizacional y financiera (Tanahashi, 1978, pp. 296-297).

Levesque, Harris y Russell (2013, p.5) refiere que la accesibilidad se relaciona con el hecho de que las personas que afrontan necesidades de salud pueden identificar que existe algún tipo de servicio, que se puede alcanzar y tener un impacto en la salud del individuo.

Frenk (2014, p. 444) define el término 'accesibilidad' como la relación funcional entre el conjunto de dificultades a la búsqueda y obtención de la

atención ('resistencia') y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos (poder de utilización).

Indicadores de la dimensión accesibilidad

Accesibilidad física

Es la distancia que deberá recorrer el usuario hacia el centro de salud, comprende además la conectividad y la existencia de medios de transporte para dicho traslado.

Accesibilidad organizacional

Son los requisitos que deben reunir los usuarios para obtener el servicio de salud además comprende los trámites que se han de realizar para obtener la cita, el tiempo de espera para la siguiente cita.

Accesibilidad Financiera

Es la capacidad financiera que tiene el usuario para poder solventar el costo de transporte, gastos para el uso de servicio de salud y la pérdida de ganancia en el trabajo por el día que falta para ir por atención médica.

Tercera dimensión: Aceptabilidad

Es la tercera etapa para el logro de la cobertura, donde la capacidad del servicio es determinada solo por las personas que tienen la voluntad, el deseo o la aceptación para utilizar los servicios que le son accesibles; por ende esta etapa se encuentra influenciada por la percepción que tienen los usuarios acerca de las prestaciones de los servicios; encontrándose como ejemplo la falta de información sobre los servicios que existen, falta de confianza en el tratamiento prescrito, el no deseo de acceder al servicio de salud, entre otros (Tanahashi, 1978, p. 297).

Levesque, Harris y Russell (2013, p.5) refiere que la aceptabilidad se relaciona con factores culturales y sociales que determinan la posibilidad de que las personas acepten los aspectos del servicio (por ejemplo, el sexo o el grupo

social de los proveedores, las creencias asociadas a los sistemas de medicina) y la conveniencia juzgada de que las personas busquen atención.

Indicadores de la dimensión aceptabilidad

Factores socioculturales

Son los factores sociales y culturales, como costumbres del entorno familiar aprendido, grado de conocimiento recibido, creencias en base a experiencia vividas que influyen en un grupo de personas a nivel social y que a su vez hace posible la aceptación del servicio algunos ejemplos son percepción de la importancia de la salud, percepción de las necesidades de la salud conocimiento sobre salud.

Trato

Es la manera como se recibe la prestación de servicios, por parte del prestador de servicio y el usuario o viceversa, un buen trato medico con ética y respeto dará la confianza necesaria para aceptar la prestación del servicio de salud

Cuarta dimensión: Contacto con el servicio

Referido al contacto real entre el servicio y el usuario; como también a la continuidad de la atención y a la calidad de la atención. Entre las barreras que se encuentran en esta etapa son la percepción de una mala atención, la pérdida de confianza por un tratamiento que no fue efectivo, etc. (Tanahashi, 1978, p. 297).

Indicadores de la dimensión contacto con el servicio

Continuidad de la atención

Es cuando el paciente regresa al servicio de salud por segunda vez o más veces a recibir atención de salud o para continuar un tratamiento ya iniciado hasta culminarlo, esto depende de cómo el paciente recibió o experimentó la atención de salud.

Calidad de la atención

Se refiere a que el tratamiento recibido, será realizado de acorde a los avances de la ciencia y la tecnología integrándose en torno a la atención de promoción, prevención y de atención recuperativa asegurando de esta manera la eficacia y eficiencia, lo cual dará como resultado la satisfacción del paciente.

Importancia de las barreras de acceso

Es conocida la problemática existente del acceso a la salud a nivel mundial, por ello la existencia de múltiples estudios abocados sobre el mismo con el fin de encontrar posibles respuestas o indicios de solución que pueden integrarse a las políticas sanitarias para resolver este problema de salud pública.

Dicha problemática en el Perú muestra distintas realidades, cada realidad está determinada por factores geográficos, demográficos, socioeconómicos propios sumando a ello la existencia de sistemas de salud que existe (privado y público).

La identificación y determinación de las barreras de acceso permitirá modificar, adaptar y adecuar las políticas de salud en relación a cada realidad existente.

Definición del servicio de crecimiento y desarrollo

El Ministerio de Salud (2011) como ente rector de salud elaboró la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de 5 años, cuya finalidad “es contribuir al desarrollo integral de esta población, en donde se identificará oportunamente situaciones de riesgo para su atención efectiva, todo junto con la participación de familia, cuidadoras y personal de salud” (p. 14). Para realizar el control de crecimiento y desarrollo es necesario que en cada centro de salud se cuente con un profesional de salud de enfermería o personal de salud técnico capacitado; lo más idóneo es tener un equipo multidisciplinario para realizar un manejo completo de los problemas del crecimiento y desarrollo.

Crecimiento

Proceso de aumento de la masa corporal de un ser vivo, producido por un aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Esto es debido a diversos factores como nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Es medido a través de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.

Desarrollo

Proceso dinámico donde los seres vivos alcanzan su mayor capacidad funcional de sus sistemas en aspectos biológicos, psicológicos, cognoscitivos, nutricionales, sexuales, ecológicos, culturales, éticos y sociales. Esto está influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales.

Ambiente de aplicación

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del Sector Salud a nivel nacional (del Ministerio de Salud, de EsSalud, de la Sanidad de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú, de los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Clínicas y otros del Subsector Privado), según corresponda.

1.4. Formulación del problema

1.4.1 Problema General.

¿Cuál es la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?

1.4.2. Problemas específicos.

Problema específico 1.

¿Cuál es la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?

Problema específico 2.

¿Cuál es la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?

Problema específico 3.

¿Cuál es la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?

Problema específico 4.

¿Cuál es la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?

1.5. Justificación.

La presente investigación es importante porque responde a las necesidades educativas actuales de nuestro país.

Justificación teórica.

Esta investigación pretende aumentar el conocimiento acerca del nivel de barreras, nivel de disponibilidad, nivel de accesibilidad, nivel de aceptabilidad y nivel de contacto con el servicio que influyen en el acceso continuo a los servicios de salud de control de crecimiento y desarrollo de niños y niñas menores de 3 años de dos centros de salud en Piura, bajo la aplicación del Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi, con el fin de encontrar la problemática existente que impiden una cobertura efectiva.

Justificación social.

La investigación ayudará a conocer las razones por el cual las madres, padres o apoderados de los usuarios del servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud en Piura; la identificación de éstas barreras y posteriormente el análisis de las mismas, se podrá tomar estrategias a la problemática existente; generando un control de salud más adecuado para el menor, el cual repercutirá en el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades a corto, mediano y largo plazo.

Justificación práctica.

Esta investigación permitirá conocer la realidad del nivel de las barreras de acceso al servicio, nivel de disponibilidad, nivel de accesibilidad, nivel de aceptabilidad y nivel de contacto con el servicio, con este diagnóstico se podrá replantear las estrategias que se han venido realizando con el fin de aumentar a cobertura del servicio. Además, este trabajo puede ser utilizado como base para medir distintos servicios en distintas realidades para hallar soluciones ante la problemática del no acceso a los servicios de salud.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General.

¿Existe diferencia significativa entre el nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?

1.6.2. Hipótesis Específicas.

Hipótesis específica 1

¿Existe diferencia significativa entre el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?

Hipótesis específica 2

¿Existe diferencia significativa entre el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?

Hipótesis específica 3

¿Existe diferencia significativa entre el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?

Hipótesis específica 4

¿Existe diferencia significativa entre el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general.

Determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

1.7.2. Objetivos específicos.

Objetivo específico 1

Determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión nivel de disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

Objetivo específico 2

Determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

Objetivo específico 3

Determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

Objetivo específico 4

Determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

II. Método

2.1. Diseño de estudio

El diseño se refiere al plan o estrategia que se despliega para la obtención de la información que se desea alcanzar en la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 120).

En esta investigación no existe la manipulación de la variable de estudio en ninguna de las dos realidades, por ende, se empleó un diseño no experimental, es decir se desarrolló un estudio donde se observaron los fenómenos “tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos no se provocan las situaciones, sino que se observan situaciones ya existentes” tal como lo señalaron Hernández, Fernández y Baptista (2010, p. 149).

La investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental de corte transversal, pues los datos se recolectaron en un sólo momento y se tenía como propósito describir la variable en un momento único (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 151).

Enfoque de la investigación

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, pues busca comprobar la hipótesis de la investigación, mediante la recolección de datos con base en la medición y análisis estadístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 4).

Este enfoque cuantitativo representa un conjunto de procesos de manera secuencial, partiendo de los objetivos y del porqué de la investigación, se revisa y diseña un marco teórico como consecuencia de las teorías existentes estableciendo la hipótesis y las variables; se prueba la hipótesis mediante el análisis y contrastación de datos y finalmente se emiten conclusiones en relación a los objetivos que se plantearon.

Alcance de la investigación

La investigación es de alcance descriptivo, debido a que describe y analiza la variable de la investigación en este caso, las barreras de acceso de salud (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 80).

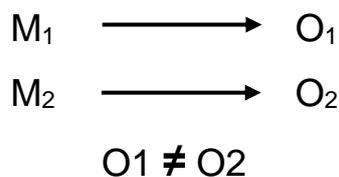
A su vez, McMillan y Schumacher (2005) clasifican la investigación en descriptivo-comparativo, porque además de describir la variable se compara la información de varias muestras, sea dos o más poblaciones, con la finalidad de contrastar una o varias hipótesis (p. 42).

Tipo de investigación

La futura investigación será de tipo básico, porque con los datos obtenidos se aumentará el conocimiento sobre la variable barrera de acceso y los niveles de sus dimensiones tales como disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, en relación al tiempo será transversal porque la recolección de datos se realizará en un mismo y único momento. (Hernández *et al.*, 2014)

El diseño se resume en esta figura:

Figura 5: Esquema de diseño de investigación



Donde en este caso:

M₁: muestra de usuarios del primer establecimiento

M₂: muestra de usuarios del segundo establecimiento

O₁: indican las observaciones obtenida en la variable barreras de acceso

O₂: Indican las observaciones obtenidas en la variable barreras de acceso

2.2. Variables, operacionalización

En la investigación se establecieron como variable de estudio las barreras de acceso a salud. Esta variable es de naturaleza cualitativa y de escala ordinal, por lo tanto, se pudieron establecer relaciones de orden entre las categorías.

2.2.1. Definición conceptual de las variables

Variable: Barrera de acceso

“Las barreras de acceso son los factores limitantes responsables de la mala cobertura y del poco acceso a los servicios de la salud, que causan dificultad para acceder a estos servicios; en consecuencia, una atención ineficaz” (Tanahashi, 1978, p.300).

2.2.2. Definición operacional de la variable

La variable barrera de acceso se midió a través de cuatro dimensiones: (a) disponibilidad presenta cinco ítems; (b) accesibilidad, siete ítems; (c) aceptabilidad, cuatro ítems; y (d) contacto con el servicio, cuatro ítems.

Esta variable fue medida con un instrumento constituido por 20 ítems con respuesta tipo politómica (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre) y los rangos establecidos fueron: barreras de nivel alto de 20 a 46 puntos, barreras de nivel moderado de 47 a 73 puntos y barreras de nivel bajo de 74 a 100 puntos.

Cabe mencionar que la respuesta nunca equivale a 1 punto; casi nunca, 2 puntos; a veces, 3 puntos; casi siempre, 4 puntos y siempre, 5 puntos.

Tabla 1

Operacionalización de la variable: barreras de acceso

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición y valores	Niveles o rango
Disponibilidad	Recursos físicos			
		Recursos humanos	1 y 2 3 y 4	
		Servicios	5	Siempre = 5
		Física	6 y 7	Casi siempre = 4
Accesibilidad	Organizacional	8, 9 y 10	A veces = 3	Moderado = 47 - 73
	Financiera	11 y 12	= 3	
Aceptabilidad	Socio cultural	13 y 14	Casi nunca = 2	Bajo = 74 - 100
	Trato	15 y 16	= 2	
Contacto con el servicio	Continuidad de la atención	17 y 18	Nunca = 1	
	Calidad de la atención	19 y 20		

2.3. Población, muestra y muestreo

2.3.1 Población

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010), la población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, establecidos en base a sus características, concordando en un lugar y en el tiempo (p. 174). La población de estudio, estuvo conformada por 216 usuarios del servicio de

crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 y 113 usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2.

2.3.2. Criterios de Inclusión

Se consideró como criterios de inclusión, a las madres, padres y/o apoderados los niños y niñas menores de 3 años que acuden a los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) servicio de enfermería durante el mes de noviembre a diciembre del 2018.

2.3.3. Criterios de exclusión

No asistir al control de crecimiento y desarrollo de su niño o niña, y madres, padres y/o apoderados de niños o niñas mayores de 3 años.

2.3.4. Muestra

La muestra según Bernal (2010, p. 161) es la parte de la población que se elige, de la cual se obtiene información para llevar a cabo el estudio y sobre la cual se efectúan las acciones de medición y observación de las variables que son objeto de estudio, que en este caso es las barreras de acceso al servicio de crecimiento y desarrollo.

Se siguió el esquema de Kinnear y Taylor (1993) que es citado por Bernal (2010, p. 161) en donde: primero se define la población, segundo se identifica el marco muestral, tercero se determina el tamaño de la muestra, cuarto se elige el procedimiento de muestreo y finalmente se selecciona la muestra.

2.3.5. Muestreo

La muestra se eligió mediante la técnica de muestreo aleatorio simple y el procedimiento de sorteo hasta completar el número de cupos, porque la elección de los elementos depende de la probabilidad, de que cualquier elemento pueda ser elegido. El tamaño de la muestra fue calculado mediante la aplicación de la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

Dónde:

e = Margen de error permitido

Z = Nivel de confianza

p = Probabilidad de ocurrencia del evento

q = Probabilidad de no ocurrencia del evento

N = Tamaño de la población

n = Tamaño óptimo de la muestra.

Muestra 1

- e = 0.1 error de estimación
- Z = 1,96 con un nivel de confianza del 95%
- p = 0,5 de estimado
- q = 0,5 de estimado
- N = 216

Cálculo:

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

Reemplazando

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 216}{0.1^2(216-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{207.45}{3.11}$$

$$n = 66.9$$

Se tomaron las percepciones de 69 usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1

Muestra 2

- e = 0.1 error de estimación
- Z = 1,96 con un nivel de confianza del 95%
- p = 0,5 de estimado
- q = 0,5 de estimado
- N = 113

Cálculo:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Reemplazando

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 113}{0.1^2(113-1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{108.53}{2.08}$$

$$n = 52.17$$

Se tomaron la percepción de 54 usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.4.1. Técnicas de recolección

La técnica utilizada en la presente investigación fue la encuesta, la cual es una técnica basada en preguntas dirigidas a un número representativo de personas de la población de estudio, a través de cuestionarios con el fin de indagar sobre las características que se desea medir o conocer (Hernández, *et al.*, 2010).

Por lo tanto, la técnica que se aplicarán para el recojo de datos en la presente investigación será la encuesta.

2.4.2. Instrumentos de recolección

El instrumento que se aplicó para la recolección de datos fue el cuestionario. Hernández *et al* (2014) indicaron que es un conjunto de preguntas de una o más variables a medir” (p.217). Se utilizó un cuestionario para medir el nivel de barreras de acceso, compuesto de 20 ítems.

Variable 1: Se aplicó el cuestionario de “Barreras de acceso” considerando su ficha técnica con las siguientes características:

Ficha técnica

Tabla 2

Ficha técnica del instrumento

Nombre del Instrumento: Cuestionario de “Barreras de acceso”

Autor: Carlos Antonio Toledo Flores

Año: 2018

Significación: El cuestionario de “Barreras de acceso” tiene 4 dimensiones que son los siguientes: Aceptabilidad, accesibilidad, contacto y disponibilidad.

Extensión: El instrumento consta de 20 preguntas.

Administración: Individual

Ámbito de Aplicación: 2 centros de salud en Piura

Duración: El tiempo de duración para desarrollar el cuestionario es de aproximadamente 15 minutos.

Puntuación: El Instrumento de “Barreras de acceso” utiliza la escala de Likert:

(1) Nunca

(2) Casi nunca

(3) A veces

(4) Casi siempre

(5) Siempre

Baremación

Para la baremización se consideraron las puntuaciones típicas transformadas a escalas, las que se presentan en la tabla 3.

Tabla 3

Baremo de la Escala para medir la barrera de acceso

	Alto	Moderado	Bajo
Barreras de acceso	20 – 46	47 - 73	74 - 100
Disponibilidad	5 - 11	12 - 18	19 - 25
Accesibilidad	7 - 16	17 - 25	26 - 35
Aceptabilidad	4 - 9	10 - 15	16 - 20
Contacto con el servicio	4 - 9	10 - 15	16 - 20

2.5. Validación y confiabilidad de los instrumentos

2.5.1. Validación de los instrumentos.

La validación de un instrumento, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Para determinar la validez del instrumento, se sometió a consideraciones de juicio de expertos. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), el juicio de expertos consiste en preguntar a personas expertas acerca de la pertinencia, relevancia, claridad y suficiencia de cada uno de los ítems, en el caso del instrumento.

Tabla 4

Validez del instrumento barreras de acceso, según expertos

Experto	El instrumento presenta				Condición final
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Suficiencia	
Dr. Walter Menchola	si	si	si	si	Aplicable
Dr. Jorge Laguna	si	si	si	si	Aplicable
Mg. María López	si	si	si	si	Aplicable

La tabla muestra que los expertos consideraron el instrumento como aplicables por contener ítems pertinentes, relevantes, claros y suficientes para garantizar la medición válida de la variable barreras de acceso.

2.5.2. Confiabilidad de los instrumentos

Los instrumentos de recolección de los datos estuvieron compuestos de ítems con opciones politómicas, estos fueron evaluados y analizados a través del coeficiente alfa de Cronbach con el fin de determinar su consistencia interna, analizando la correlación media de cada ítem con todas las demás que integran dicho instrumento. Se aplicó la prueba piloto en un centro de salud con 30 participantes y después se analizó mediante el Alfa de Cronbach con la ayuda del software estadístico Excell obteniéndose un puntaje de 0.801; lo cual indicó que el instrumento es confiable, según la tabla 5.

Tabla 5

Escala de valores para determinar la confiabilidad (Hogan, 2004)

Valor	Confiabilidad
Alrededor de 0.9	Nivel elevado de confiabilidad
0.8 o superior	Confiable
Alrededor de 0.7, se considera	Baja
Inferior a 0.6, indica una confiabilidad	Inaceptablemente baja.

2.6. Métodos de análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó y ejecutó el programa estadístico Excel Versión 2010, donde los datos fueron analizados y se visualizaron por la variable de barreras de acceso al servicio de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018, se evaluó la confiabilidad del instrumento a través del Coeficiente de Alfa de Cronbach, posteriormente se hizo el análisis estadístico descriptivo de las variables y dimensiones a través de la distribución de frecuencias, finalmente se concluyó con la preparación de los resultados a través de tablas y gráficos cada uno con sus respectivos comentarios.

La contrastación de hipótesis se realizó mediante el programa estadístico SPSS 22.

2.7. Aspectos Éticos

Los datos indicados en esta investigación fueron obtenidos y recogidos de los dos grupos de investigación y se procesaron de forma adecuada sin adulteraciones.

Las madres, padres y/o apoderados que participaron en esta encuesta, no fueron mencionados, se han tomado las reservas del caso para evitar e impedir una información dañina en contra de las personas o instituciones que han colaborado con esta investigación.

De igual forma el marco teórico se recolectó de acuerdo a los parámetros establecidos, obteniéndose de fuentes como libros, revistas y trabajos de investigación, principalmente, e indicados para realizare este tipo de estudio, evitando copia de otras investigaciones.

Finalmente, los resultados de la investigación no han sido adulterados o plagiados de otras investigaciones, haciéndose un buen uso de la investigación en beneficio de todos.

III. Resultados

3.1. Resultados descriptivos

3.1.1. Descripción de la variable de acceso

Tabla 6

Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

Nivel	Establecimiento de salud 1		Establecimiento de salud 2	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0	9	16.7
Moderado	10	14.5	45	83.3
Bajo	59	85.5	0	0
Total	69	100.0	54	100.0

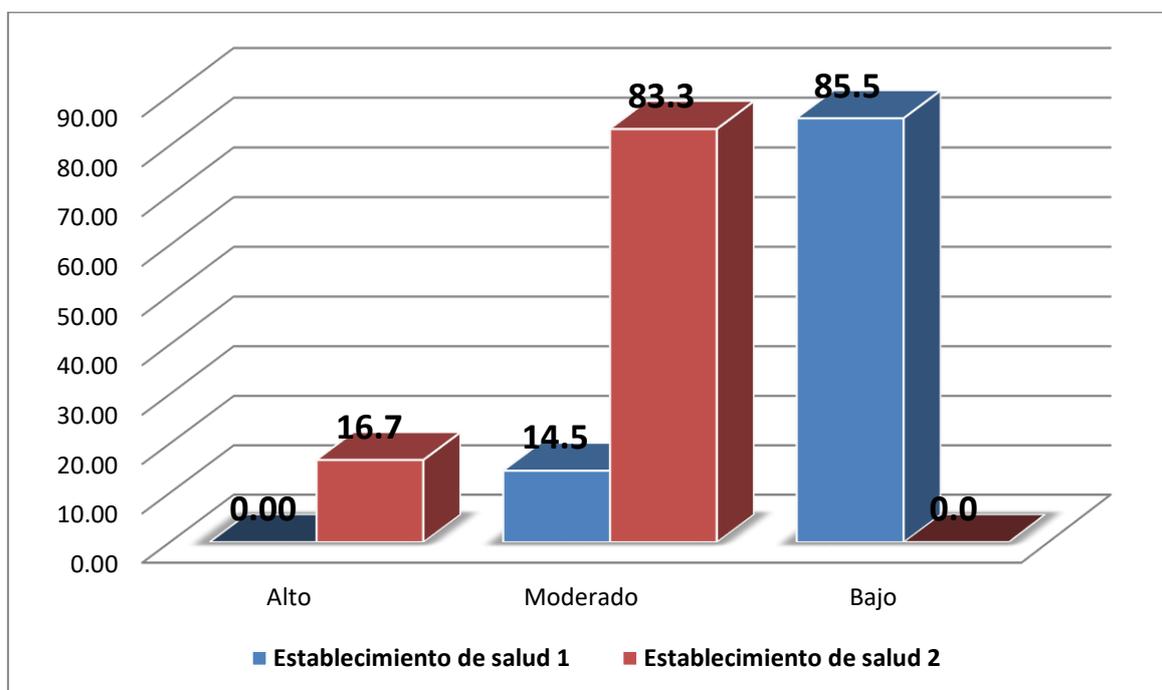


Figura 2. Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

En la tabla 6 y figura 2 se presentan los niveles de las barreras de acceso según la percepción de los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1, donde el 85.5% perciben un nivel bajo de barreras de acceso y solo el 14.5% perciben un nivel moderado de barreras de acceso, no se evidencia resultados que registren un alto nivel de barreras de acceso. Así mismo, se presentan los niveles de las barreras de acceso según la percepción de los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, donde 16.7% perciben un nivel alto de barreras de acceso y el 83.3% perciben un nivel moderado de barreras de acceso, no se evidencia resultados que registren un bajo nivel de barreras de acceso.

3.1.2. Descripción de las barreras de acceso según sus dimensiones

Dimensión 1: Disponibilidad

Tabla 7

Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

Nivel	Centro de salud 1		Centro de salud 2	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0	5	9.3
Moderado	13	18.8	49	90.7
Bajo	56	81.2	0	0
Total	69	100.0	54	100.0

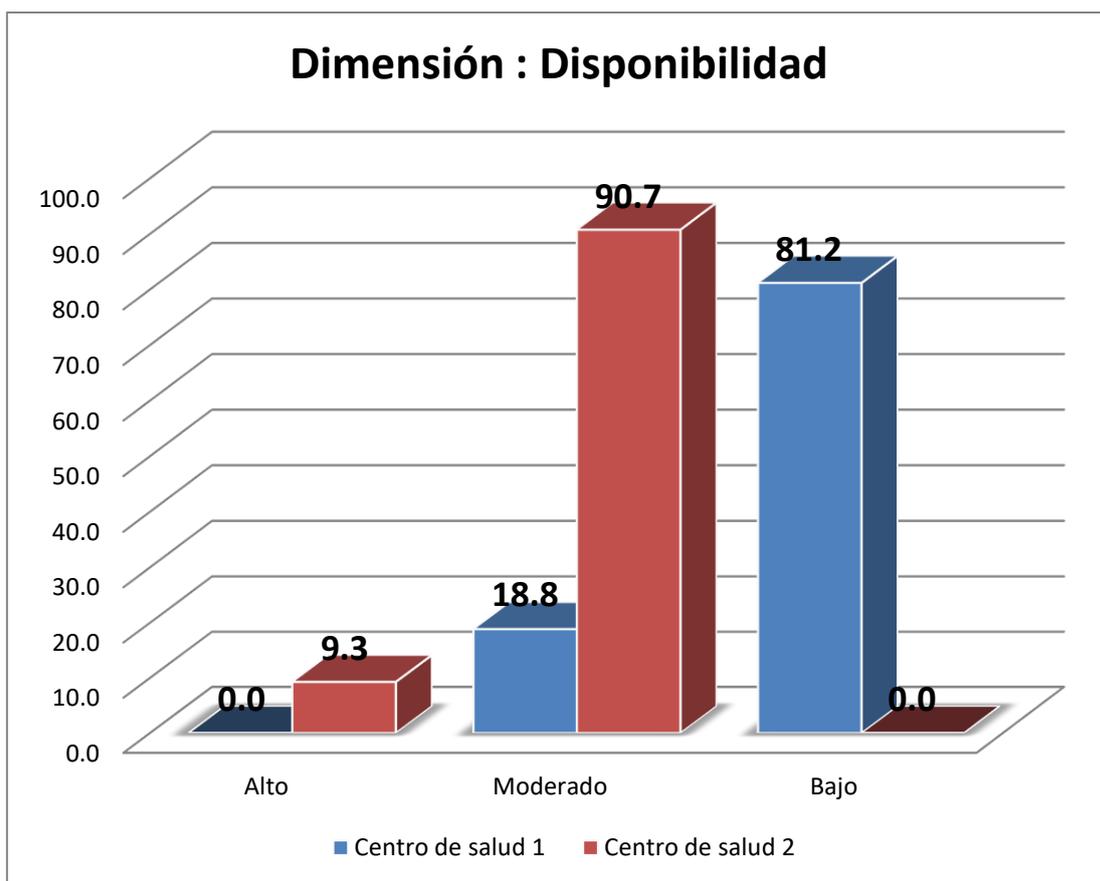


Figura 3. Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

En la tabla 7 y figura 3 se presentan los niveles de las barreras de acceso, en su dimensión disponibilidad, según la percepción de los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1, donde el 81.2% perciben un nivel bajo de barreras de acceso y solo el 18.8% perciben un nivel moderado de barreras de acceso, no se evidencia resultados que registren un alto nivel de barreras de acceso. Así mismo, se presentan los niveles de las barreras de acceso según la percepción de los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, donde 9.3% perciben un nivel alto de barreras de acceso y el 90.7% perciben un nivel moderado de barreras de acceso, no se evidencia resultados que registren un bajo nivel de barreras de acceso.

Dimensión 2: Accesibilidad

Tabla 8

Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

Nivel	Centro de salud 1		Centro de salud 2	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	1	1.5	26	48.1
Moderado	37	53.6	28	51.9
Bajo	31	44.9	0	0
Total	69	100.0	54	100.0

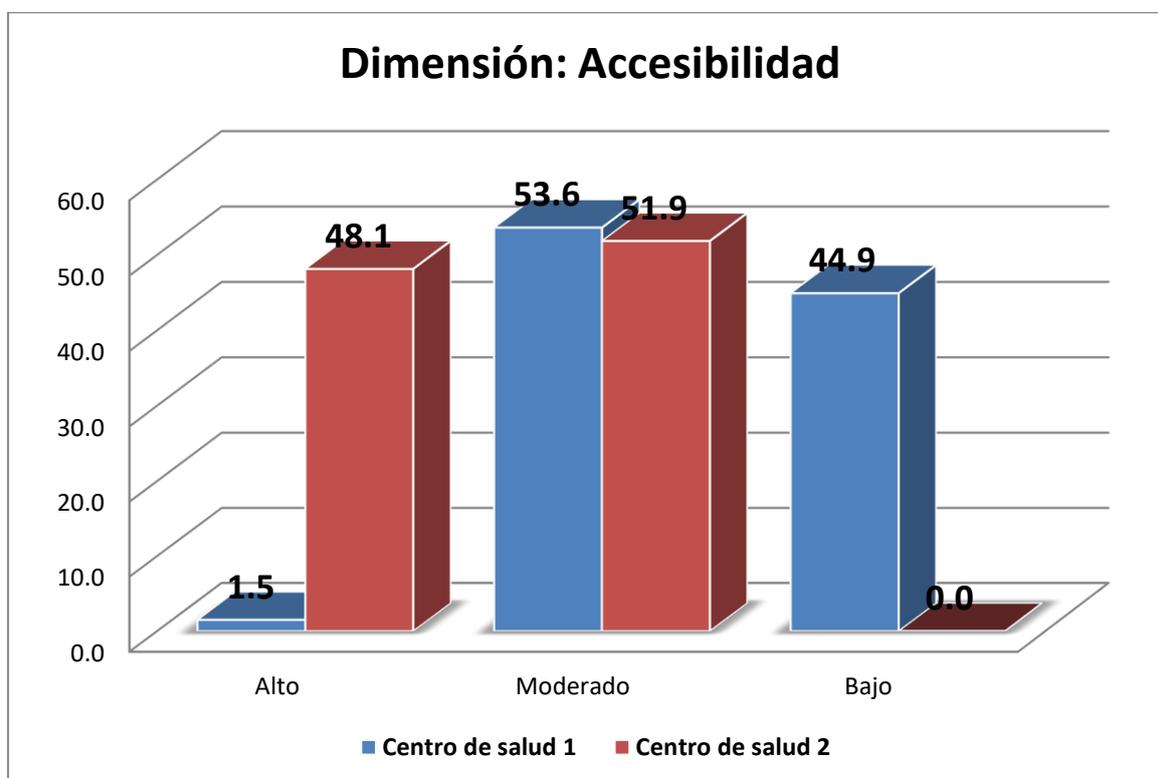


Figura 4. Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

En la tabla 8 y figura 4 se presentan los niveles de las barreras de acceso, en su dimensión accesibilidad, según la percepción de los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1, donde el 44.9% perciben un nivel bajo de barreras de acceso, el 53.6% perciben un nivel moderado de barreras de acceso y solo el 1.5% perciben un nivel alto de barreras de acceso. Así mismo, se presentan los niveles de las barreras de acceso, en su dimensión accesibilidad, según la percepción de los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, donde 48.1% perciben un nivel alto de barreras de acceso y el 51.9% perciben un nivel moderado de barreras de acceso, no se evidencia resultados que registren un bajo nivel de barreras de acceso.

Dimensión 3: Aceptabilidad

Tabla 9

Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

Nivel	Centro de salud 1		Centro de salud 2	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0	0	0.0
Moderado	4	5.8	43	79.6
Bajo	65	94.2	11	20.4
Total	69	100.0	54	100.0

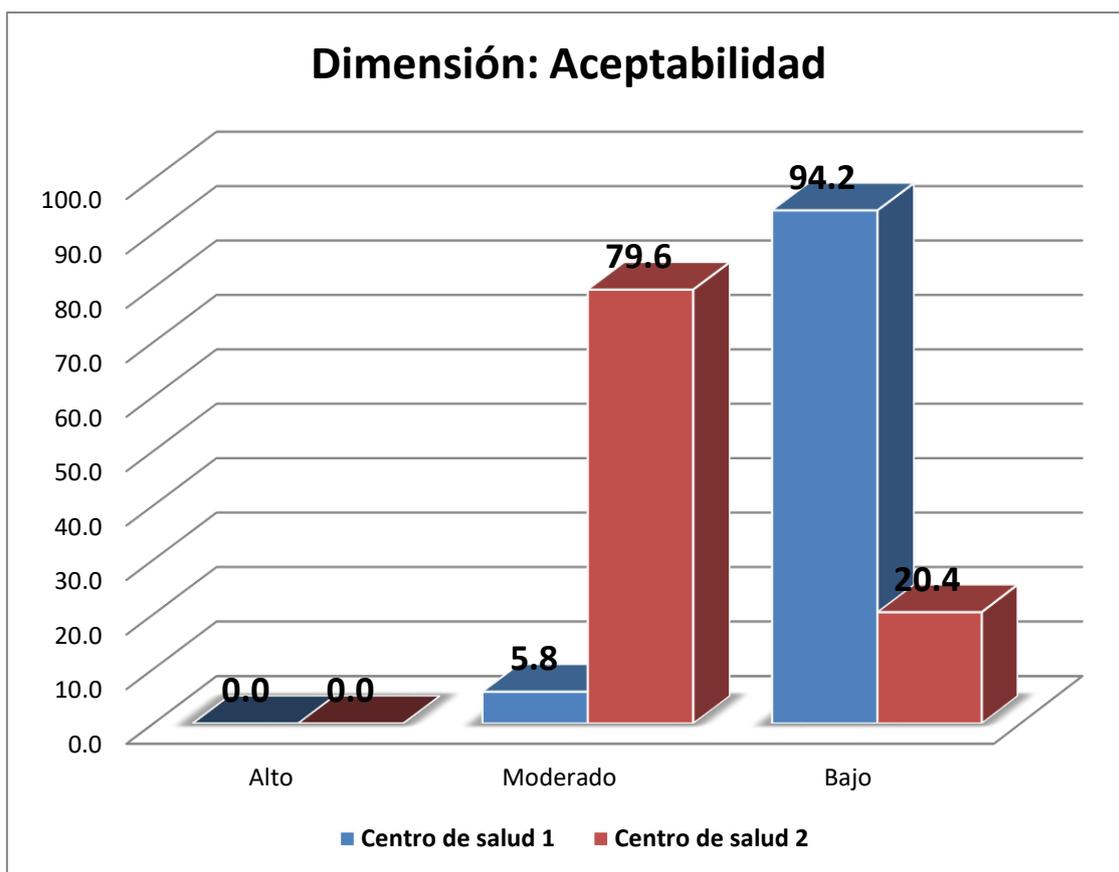


Figura 5. Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

En la tabla 9 y figura 5 se presentan los niveles de las barreras de acceso, en su dimensión aceptabilidad, según la percepción de los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1, donde el 94.2% perciben un nivel bajo de barreras de acceso y solo el 5.8% perciben un nivel moderado de barreras de acceso, no se evidencia resultados que registren un alto nivel de barreras de acceso. Así mismo, se presentan los niveles de las barreras de acceso, en su dimensión accesibilidad, según la percepción de los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, donde 79.6% perciben un nivel moderado de barreras de acceso y el 20.4% perciben un nivel bajo de barreras de acceso, no se evidencia resultados que registren un alto nivel de barreras de acceso.

Dimensión 4: Contacto con el servicio

Tabla 10

Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

Nivel	Centro de salud 1		Centro de salud 2	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alto	0	0.0	4	7.4
Moderado	21	30.4	50	92.6
Bajo	48	69.6	0	0.0
Total	69	100.0	54	100.0

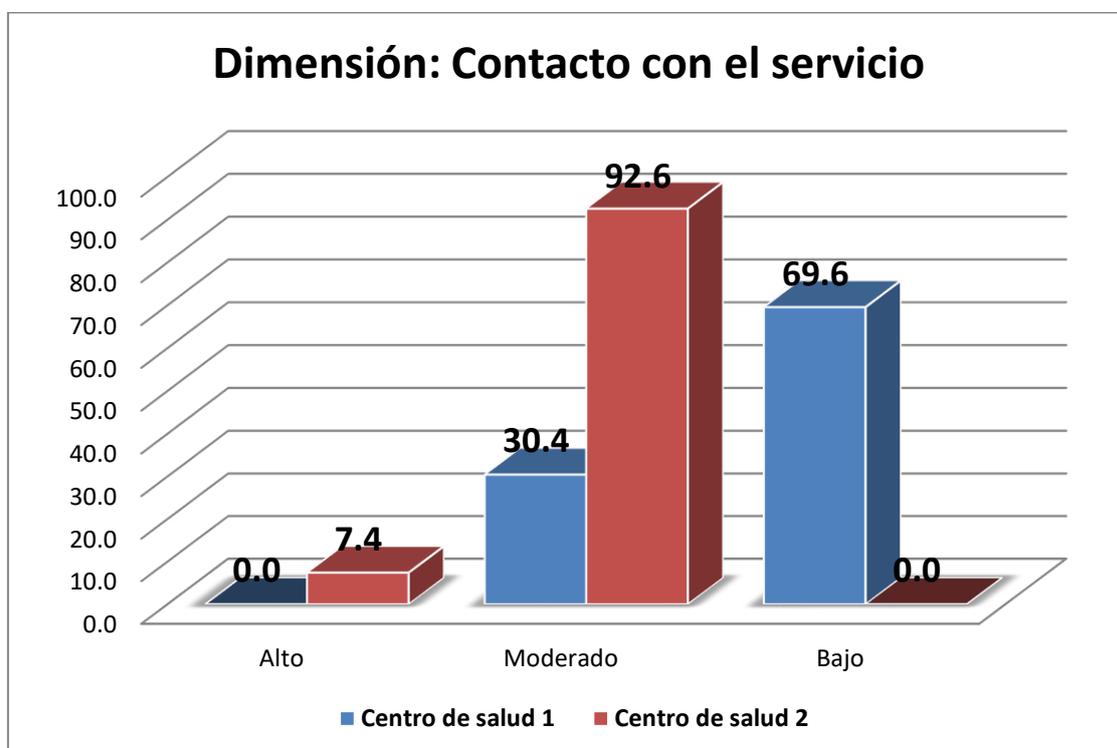


Figura 6. Nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

En la tabla 10 y figura 6 se presentan los niveles de las barreras de acceso, en su dimensión contacto con el servicio, según la percepción de los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1, donde el 69.6% perciben un nivel bajo de barreras de acceso y el 30.4% perciben un nivel moderado de barreras de acceso, no se evidencia resultados que registren un alto nivel de barreras de acceso. Así mismo, se presentan los niveles de las barreras de acceso, en su dimensión contacto con el servicio, según la percepción de los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, donde 92.6% perciben un nivel moderado de barreras de acceso y solo el 7.4% perciben un nivel alto de barreras de acceso, no se evidencia resultados que registren un bajo nivel de barreras de acceso.

3.2. Estadística Inferencial

3.2.1. Contrastación de hipótesis general: Variable Barreras de acceso

Para comparar los resultados entre ambos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de barreras de acceso al servicio de crecimiento y desarrollo se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, el cual se observó en dicho análisis, donde el centro de salud 1 obtuvo un valor de rango de 89 y en comparación al centro de salud 2 que obtuvo un valor de rango de 27.5.

Tabla 11

Estimación del estadístico de contraste para determinar el nivel de significancia de la variable barreras de acceso, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney

	Centro de salud	N	Rango promedio	U de Mann Whitney	Sig.
Barrera de acceso	1	69	89	,000	,000
	2	54	27,5		
	Total	113			

Prueba de hipótesis

Regla de decisión:

P-valor < 0.05: Rechazo de H_0 ; Aceptación de H_1

P-valor > 0.05: Rechazo de H_1 ; Aceptación de H_0

H_1 : Existe diferencia significativa entre los dos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de las barreras de acceso al servicio de crecimiento y desarrollo. Piura-2018.

H_0 : No Existe diferencia significativa entre los dos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de las barreras de acceso al servicio de crecimiento y desarrollo. Piura-2018.

Como el valor de significancia es menor que el 0,05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir los datos confirman que existe diferencia entre los dos centros de salud, en cuanto a la percepción de las barreras de acceso al servicio de crecimiento y desarrollo.

3.2.2. Contrastación de hipótesis específicas

Contrastación de hipótesis específica 1: Dimensión Disponibilidad

Para comparar los resultados entre ambos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión disponibilidad al servicio de crecimiento y desarrollo se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, el cual se observó en dicho análisis, donde el centro de salud 1 obtuvo un valor de rango de 88.15 y en comparación al centro de salud 2 que obtuvo un valor de rango de 28.58.

Tabla 12

Estimación del estadístico de contraste para determinar el nivel de significancia de la variable barreras de acceso en su dimensión disponibilidad, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney

	Centro de salud	N	Rango promedio	U de Mann Whitney	Sig.
Disponibilidad	1	69	88,15	58,500	,000
	2	54	28,58		
	Total	113			

Prueba de hipótesis

Regla de decisión:

P-valor < 0.05: Rechazo de Ho; Aceptación de Hi

P-valor > 0.05: Rechazo de Hi; Aceptación de Ho

Hi: Existe diferencia significativa entre los dos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de las barreras de acceso en su dimensión disponibilidad al servicio de crecimiento y desarrollo. Piura-2018.

H₀: No Existe diferencia significativa entre los dos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de las barreras de acceso en su dimensión disponibilidad al servicio de crecimiento y desarrollo. Piura-2018.

Como el valor de significancia es menor que el 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir los datos confirman que existe diferencia entre los dos centros de salud, en cuanto a la percepción de las barreras de acceso en su dimensión disponibilidad al servicio de crecimiento y desarrollo.

Contrastación de hipótesis específica 2: Dimensión Accesibilidad

Para comparar los resultados entre ambos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad al servicio de crecimiento y desarrollo se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, el cual se observó en dicho análisis, donde el centro de salud 1 obtuvo un valor de rango de 87.61 y en comparación al centro de salud 2 que obtuvo un valor de rango de 29.28.

Tabla 13

Estimación del estadístico de contraste para determinar el nivel de significancia de la variable barreras de acceso en su dimensión accesibilidad, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney

	Centro de salud	N	Rango promedio	U de Mann Whitney	Sig.
	1	69	87,61		
Accesibilidad	2	54	29,28	96,000	,000
	Total	113			

Prueba de hipótesis**Regla de decisión:**

P-valor < 0.05 : Rechazo de H_0 ; Aceptación de H_1

P-valor > 0.05 : Rechazo de H_1 ; Aceptación de H_0

H_1 : Existe diferencia significativa entre los dos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de las barreras de acceso en su dimensión accesibilidad al servicio de crecimiento y desarrollo. Piura-2018.

H_0 : No Existe diferencia significativa entre los dos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de las barreras de acceso en su dimensión accesibilidad al servicio de crecimiento y desarrollo. Piura-2018.

Como el valor de significancia es menor que el 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir los datos confirman que existe diferencia entre los dos centros de salud, en cuanto a la percepción de las barreras de acceso en su dimensión accesibilidad al servicio de crecimiento y desarrollo.

Contrastación de hipótesis específica 3: Dimensión Aceptabilidad

Para comparar los resultados entre ambos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad al servicio de crecimiento y desarrollo se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, el cual se observó en dicho análisis, donde el centro de salud 1 obtuvo un valor de rango de 86.88 y en comparación al centro de salud 2 que obtuvo un valor de rango de 30.20.

Tabla 14

Estimación del estadístico de contraste para determinar el nivel de significancia de la variable barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney

	Centro de salud	N	Rango promedio	U de Mann Whitney	Sig.
	1	69			
Aceptabilidad	2	54	86,88	146,000	,000
	Total	113	30,20		

Fuente: Elaboración propia. Reporte del SPSS V22 para el estudio

Prueba de hipótesis

Regla de decisión:

P-valor < 0.05: Rechazo de H_0 ; Aceptación de H_1

P-valor > 0.05: Rechazo de H_1 ; Aceptación de H_0

H_1 : Existe diferencia significativa entre los dos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de las barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad al servicio de crecimiento y desarrollo, Piura-2018.

H_0 : No Existe diferencia significativa entre los dos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de las barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad al servicio de crecimiento y desarrollo, Piura-2018.

Como el valor de significancia es menor que el 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir los datos confirman que existe diferencia entre los dos centros de salud, en cuanto a la percepción de las barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad al servicio de crecimiento y desarrollo.

Contrastación de hipótesis específica 4: Dimensión Contacto con el servicio

Para comparar los resultados entre ambos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio al servicio de crecimiento y desarrollo se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, el cual se observó en dicho análisis, donde el centro de salud 1 obtuvo un valor de rango de 88.49 y en comparación al centro de salud 2 que obtuvo un valor de rango de 28.16.

Tabla 15

Estimación del estadístico de contraste para determinar el nivel de significancia de la variable barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio, mediante la prueba estadística U de Mann Whitney

	Centro de salud	N	Rango promedio	U de Mann Whitney	Sig.
Contacto con el servicio	1	69	88,49	35,500	,000
	2	54	28,16		
	Total	113			

Prueba de hipótesis

Regla de decisión:

P-valor < 0.05: Rechazo de Ho; Aceptación de Hi

P-valor > 0.05: Rechazo de Hi; Aceptación de Ho

Hi: Existe diferencia significativa entre los dos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de las barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio al servicio de crecimiento y desarrollo, Piura-2018.

H₀: No Existe diferencia significativa entre los dos centros de salud en cuanto al nivel de percepción de las barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio al servicio de crecimiento y desarrollo, Piura-2018.

Como el valor de significancia es menor que el 0.05 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir los datos confirman que existe diferencia entre los dos centros de salud, en cuanto a la percepción de las barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio al servicio de crecimiento y desarrollo.

III. Discusiones

En relación a la hipótesis general, los resultados encontrados en esta investigación fue que el valor de significancia es menor que el 0,05, se puede afirmar que existe diferencia entre los dos centros de salud, en cuanto a la percepción de las barreras de acceso al servicio de crecimiento y desarrollo. Además, el rango promedio del centro de salud 1 obtuvo un valor de 89 y en comparación al centro de salud 2 que obtuvo un valor de rango de 27,5.

Conforme con los datos obtenidos, a través de la encuesta a los padres, madres y/o apoderados de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud en Piura, procesados por el programa estadístico Excel 2010 y analizados, evidencian en referencia con el objetivo general que si existe una diferencia significativa en la percepción de barreras de acceso; donde en el centro de salud 2 la totalidad de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo presentan un nivel de barreras de acceso, a diferencia de la percepción de los usuarios del centro de salud 1 donde solo el 14.5% percibe un nivel moderado de barreras. Esto es debido a que dichos centros de salud a pesar de encontrarse en una misma región presentan características distintas en cuanto a su nivel de organización del centro de salud, infraestructura, ubicación de los centros y la existencia de transporte y carreteras, estratos socio económico de la población, número del recurso humano de salud, condición del recurso humano, talento del recurso humano, diversidad y cantidad de servicios ofrecidos.

De las 4 dimensiones analizadas, la dimensión accesibilidad se presenta como barrera por el 55.1% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1, mientras que las otras dimensiones no representan barrera para el no acceso al servicio, a diferencia de la percepción de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, los cuales encuentran percepción de barrera para todas las dimensiones, en la cual la dimensión accesibilidad presenta el nivel más alto, seguido de la dimensión disponibilidad , luego la dimensión contacto con el servicio y por último la dimensión aceptabilidad; estos resultados obtenidos van de acuerdo a lo mencionado por Virgüez (2016) en su estudio “Barreras y facilitadores a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén”, se encontró que la

dimensión accesibilidad fue la principal barrera con un 48%, siendo el indicador organizacional y financiero los que más resaltan, esto se asemeja a lo reportado en los dos centros de salud de la presente investigación. A nivel local, encontramos similitud en el estudio “Factores asociados a la utilización en una clínica odontológica universitaria peruana” de Carrasco (2015) donde el 85.7% de usuarios que acudieron al servicio eran de estrato social alto, por lo cual la principal barrera se encontraba en el indicador accesibilidad financiera.

Por otra parte, nuestros resultados obtenidos en las dos realidades distintas no es concordante a lo encontrado por Hirmas, Poffald, Jasmen, Aguilera, Delgado y Vega (2013) quienes realizaron la investigación “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa”, cuyo objetivo fue identificar barreras y facilitadores al servicio de salud, la cual fue desarrollado en países como Canadá, Estados Unidos, México, Guatemala, Nicaragua, Zambia y Chile, obtuvo como resultado que la dimensión aceptabilidad fue la de mayor proporción, esto se debería a que la investigación fue realizada en países con una realidad distinto al nuestro, cuyo sistema de salud tenga características más sólidas que la nuestra, ya que la dimensión disponibilidad fue la que menor proporción de barreras presentó, además si estos estudios hubiesen sido dirigidos al personal de salud y no a los usuarios posiblemente se hubiesen identificado mayores barreras relacionadas a la disponibilidad.

En relación a la hipótesis específica 1, los resultados encontrados en esta investigación fue que el valor de significancia fue menor que el 0,05, se puede afirmar que existe diferencia entre los dos centros de salud, en cuanto a la percepción de las barreras de acceso en su dimensión disponibilidad al servicio de crecimiento y desarrollo. Además, el rango promedio del centro de salud 1 obtuvo un valor de 88,15 y en comparación al centro de salud 2 que obtuvo un valor de rango de 28,58.

En referencia con el análisis disponibilidad, se obtuvo que los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 solo el 18.8% perciben esta dimensión en un nivel moderado de barrera, puesto que no implicaría un barrera de acceso para la población de dicho centro, esto no sería concordante con el estudio “Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro

Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017” de Muñoz (2017) donde el 54.1% de usuarios señala a la disponibilidad como la principal barrera de acceso, esto puede deberse a que este centro de salud presenta infraestructura adecuada, consultorios propios, distintos tipos de servicios como también personal de salud para actividades prestacionales y promocionales; a pesar de que el recurso humano es estable en el análisis de esta dimensión según sus indicadores se puede observar que el recurso humano puede ser tomado como barrera para esta dimensión debido al crecimiento de la población lo que saturaría las actividades del recurso humano.

Por otro lado, tanto lo mencionado por Muñoz (2017) como lo mencionado por Cosar (2017) en su estudio titulado “Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológico Público” donde se encontró que la dimensión disponibilidad es percibido por el 94.4% de hombres y el 91.3% de mujeres, si es concordante por lo encontrado por los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, donde el 90.7% percibe con un nivel moderado de barrera, en donde el indicador servicio presenta el nivel más alto, seguido de recursos humanos y finalmente el recurso físico.

En relación a la hipótesis específica 2, los resultados encontrados en esta investigación fue que el valor de significancia fue menor que el 0,05, se puede afirmar que existe diferencia entre los dos centros de salud, en cuanto a la percepción de las barreras de acceso en su dimensión accesibilidad al servicio de crecimiento y desarrollo. Además, el rango promedio del centro de salud 1 obtuvo un valor de 87,61 y en comparación al centro de salud 2 que obtuvo un valor de rango de 29,28.

En referencia con el análisis accesibilidad, se identifica que solo el 1.5% de usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben esta dimensión con alto nivel de barreras y el 53,6%, como moderado nivel de barreras; es decir el 55.1% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un nivel de barreras para esta dimensión y el 48.1% de usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 perciben un alto nivel de barreras y el 51,9%, moderado nivel de barreras; es decir el 100% de usuarios del centro de salud 2 perciben que

existe barreras en esta dimensión. Esto es debido a que el centro de salud 1 está ubicado en una zona urbana, donde el transporte urbano es constante y se cuenta con recursos para movilizarse, a diferencia del centro de salud 2, que se ubica en la zona rural donde el llegar al centro de salud debe hacerse a pie o en transporte privado, el transporte público existe, pero se contaría con un gasto que sale del presupuesto para muchas familias, además de la organización por se del centro explicaría el porqué de la diferencia de percepción. Esto es concordante con lo mencionado por Restrepo, Silva, Andrade y VH (2014) en su estudio “Accesos a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia” donde la barrera geográfica está presente en todos los contextos de estudio, resaltando que la distancia no solo es espacial, sino también económico como es el caso encontrado, sobre todo, en los usuarios del centro de salud 2.

El indicador accesibilidad financiera presenta un alto nivel en los usuarios del servicio de crecimiento y de desarrollo del centro de salud 2 con un 92.6% mientras que en el centro de salud 1 es de 4.3% el nivel alto y 26.1% el nivel moderado esto es debido a que la posibilidad de realizar este gasto extra no es inherente a toda la población, debido a que pertenecen a distintos estratos socio económicos con características distintas. Además el indicador accesibilidad física es percibido por el 42.6% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 como alto nivel de barrera y el 57.4%, como moderado nivel de barrera, a diferencia de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 donde el 4.4% percibe como alto nivel de barrera y el 18.8% como moderado nivel de barrera; por lo mencionado líneas arriba esto se debe a la ubicación del centro y el tipo de vías que existen a su alrededor, mientras que uno cuenta con carreteras y transporte activo, el otro establecimiento no posee estas características. El indicador accesibilidad organizacional es percibido como barrera por los dos centros de salud, mientras que en el centro de salud 1 los usuarios perciben un nivel moderado de barrera en un 68.1%, el centro de salud 2 es percibido en 92.6% como moderado y el resto (7.4%) como alto nivel; el tiempo de espera para la atención como también la facilidad de la obtención de citas son obstáculos que limitan la cobertura de este servicio. Esto es concordante con lo mencionado por Bedoya, García y

Pérez (2016) en su estudio “Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnóstico de enfermedades oncológicas en Colombia: Revisión sistemática de la literatura” en la cual mencionan la existencia de barreras por el propio sistema de salud a nivel organizacional, el aspecto económico y geográfico. Además, concuerda con esto es concordante con lo mencionado por Aparco y Huaman (2017) en su estudio “*Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo: percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud*”, donde refiere una complejidad alta para la obtención de una atención debido a que el servicio presentan una gran demanda que establece un cupo de atenciones diarias; además que niños mayores de un año no cuenta con programación de citas mensuales para CRED.

En relación a la hipótesis específica 3, los resultados encontrados en esta investigación fue que el valor de significancia fue menor que el 0,05, se puede afirmar que existe diferencia entre los dos centros de salud, en cuanto a la percepción de las barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad al servicio de crecimiento y desarrollo. Además, el rango promedio del centro de salud 1 obtuvo un valor de 86,88 y en comparación al centro de salud 2 que obtuvo un valor de rango de 30,20.

En referencia a la dimensión aceptabilidad, solo el 5.8% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un moderado nivel de barrera a diferencia del 79.6% de los usuarios del centro de salud 2, quienes perciben un moderado nivel de barreras. Esto no es concordante con lo mencionado por Hirmas, Poffald, Jasmén, Aguilera, Delgado y Vega (2013) quienes realizaron la investigación “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa”, donde la dimensión aceptabilidad tuvo mayor proporción; esto puede ser debido a que el factor temor o vergüenza a atenderse y este factor es un sentimiento de naturaleza propia de la persona, mientras que en este presente estudio esa factor fue medido subjetivamente puesto que un menor de edad no podría cuantificar este sentimiento.

En cuanto a sus indicadores de esta dimensión, el 77.8% y 57.4% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 perciben un nivel de barrera en los indicadores de factor socio cultural y trato,

respectivamente; a diferencia de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 donde solo lo perciben el 10.1% en factor socio cultural y 5.8% en el trato. Lo encontrado en el centro de salud 2 es concordante con lo mencionado por Agudelo et al (2014) en su estudio “Barreras y Facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia” que indica la existencia de barreras por los factores culturales, el cual dará la importancia del servicio prestado y la aceptación de éste; como también por lo mencionado por Vilca (2015) en su estudio Determinantes socioculturales y organizacionales asociados con el acceso a servicios de salud en el distrito de Amazonas ,indica que el 50.2% de la población tuvo un trato malo durante el proceso de la atención.

En relación a la hipótesis específica 4, los resultados encontrados en esta investigación fue que el valor de significancia fue menor que el 0,05, se puede afirmar que existe diferencia entre los dos centros de salud, en cuanto a la percepción de las barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio al servicio de crecimiento y desarrollo. Además, el rango promedio del centro de salud 1 obtuvo un valor de 88,49 y en comparación al centro de salud 2 que obtuvo un valor de rango de 28,16.

En referencia a la dimensión contacto con el servicio, el 30.4% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un moderado nivel de barreras a diferencia del 100% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, de los cuales solo el 7.4% perciben un alto nivel de barreras. Esto debido a que el personal de salud del centro de salud 2 presenta alta rotación, pierden el contacto con el usuario al no seguir su caso en especial debido al tiempo de adaptación del personal y a su vez, la mayoría de personal de salud recién comienzan a edificar su camino en la profesión y no tienen la empatía o la calidad de atención que sus antecesores, por lo que la confianza hacia el personal de salud disminuye. Esto es concordante con lo mencionado por Hurtado y Arrivillaga (2018) en su estudio “*Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad*” donde sobresale la falta de conocimiento y de la experiencia del personal de salud en la atención generando desconfianza en el servicio y percepción de mala calidad.

En cuanto a los indicadores del contacto con el servicio, el 100% y el 83.3% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 perciben un nivel de barrera tanto para la continuidad de la atención como para la calidad de la misma, esto es concordante con lo mencionado por García, Benitez y Huamán (2017) en su estudio "*Barreras para el acceso a la atención integral de las personas afectadas por la coinfección por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en Perú, 2010–2015*", donde la falta de seguimiento de los casos son un problema vinculado con la mala programación de los recursos humanos como también por su alta rotación y en muchos casos la falta del mismo. La voluntad e interés del personal de salud influye, pero al ser características propias puede ser una fortaleza o una debilidad. Esto no es apreciado por los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro 1, puesto que solo el 46.4% presentan un moderado nivel de barrera para el indicador de continuidad de la atención esto es debido a que para el regreso al servicio debe pasar por otras dimensiones que presentan mayor nivel de percepción de barreras como también porque esperan o se acostumbran que el personal de salud les recuerde su siguiente cita o acudan a ellos por visita domiciliaria; para el indicador calidad de atención ninguno de los usuarios de este centro de salud percibe problemas de calidad.

IV. Conclusiones

Primera. Se determinó que existe diferencia significativa en el nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control y crecimiento de dos centros de salud, Piura-2018; ya que en el centro de salud 1 el nivel es bajo (85.5%) en cambio en el centro de salud 2 el nivel es moderado (83.3%), además la dimensión accesibilidad podría ser considerada como la principal barrera de acceso para los dos centros de salud.

Segunda. Se determinó que existe diferencia significativa en el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión de disponibilidad de los usuarios al servicio de control y crecimiento de dos centro de salud, Piura-2018; ya que en el centro de salud 1 el nivel es bajo (81.2%) en cambio en el centro de salud 2 el nivel es moderado (90.7%).

Tercera. Se determinó que existe diferencia significativa en el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión de accesibilidad de los usuarios al servicio de control y crecimiento de dos centro de salud, Piura-2018; ya que en el centro de salud 1 el nivel es moderado (53.6%) en cambio en el centro de salud 2 el nivel es alto (48.1%).

Cuarta. Se determinó que existe diferencia significativa en el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión de aceptabilidad de los usuarios al servicio de control y crecimiento de dos centro de salud, Piura-2018; ya que en el centro de salud 1 el nivel es bajo (94.2%) en cambio en el centro de salud 2 el nivel es moderado (79.6%).

Quinta. Se determinó que existe diferencia significativa en el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control y crecimiento de dos centro de salud, Piura-2018; ya que en el centro de salud 1 el nivel es bajo (69.6%) en cambio en el centro de salud 2 el nivel es moderado (92.6%).

V. Recomendaciones

Primera. Se recomienda realizar trabajos de esta índole para poder determinar las barreras de acceso percibidas de cada servicio y de cada centro de salud, con la finalidad de adaptar la provisión de servicios a las necesidades específicas de cada población, diseñar e implementar estrategias para lograr el acceso equitativo a la atención en salud.

Segunda. Se recomienda optimizar los recursos con los que se cuenta, además de incidir en actividades promocionales como creación de talleres y sensibilización a la población. Crear estrategias para poder retener o atraer a los profesionales de salud al centro.

Tercera. Se recomienda evaluar y replantear las estrategias de plan de mejora continua dentro de los establecimientos para poder reducir tiempos y hacer más accesible la asignación de citas. El trabajo con la municipalidad es básico para contribuir a la mejora de vías de acceso al centro de salud.

Cuarta. Se recomienda hacer estudios para evaluar y analizar los factores socios culturales, para medir fehacientemente el concepto sobre el beneficio del servicio de salud. Trabajar junto con las unidades educativas sobre el concepto de salud.

Quinta. Se recomienda capacitar al personal de salud sobre la calidad de atención brindada, además de reestructurar el plan de monitoreo de visitas, se puede trabajar junto con los agentes comunitarios para la identificación de hogares que no acuden al servicio.

VII. Referencias

- Aday, L., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 208-220.
- Agudelo-Suárez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera É, PosadaLópez A, Meneses-Gómez EJ. (2014) Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*; 13(27): 181-199. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.bfas>
- Alcalde, J., Lazo, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53(2), 243-254. Obtenido de: <https://bit.ly/2R11WqF>
- Aparco, J., & Huamán, L. (2017). Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo, percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(4): 590-600.
- Arroyo, J. (2010). Los Recursos Humanos en Salud en Perú al 2010. Organización Panamericana de Salud. Obtenido de: <https://bit.ly/2B7YghN>
- Asamblea Mundial de la Salud. (1966). 19ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 3-20 de mayo de 1966: parte I: resoluciones y decisiones: anexos. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/95239>
- Azañedo, D. D. (2016). Salud Oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 373-375.
- 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*. (Tesis de Maestría). Universidad de Buenos Aires, Argentina.

- Barrera, A. (1990). The role of maternal schooling and its interaction with public health programs in child health production. *Journal of Development Economics*, 32(1), 69-91.
- Bashshur, R., Shannon, G., & Metzner, C. (1971). Some ecological differentials in the use of medical services. *Health Services Research*, 6(1), 61-75.
- Bedoya, C., García, D. & Perez, Y. (2016). *Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnóstico de enfermedades oncológicas en Colombia: Revisión sistemática de la literatura* (Tesis de Maestría). Universidad CES, Colombia. Obtenido de: <https://bit.ly/2LgPjWN>
- Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación. Tercera Edición. Colombia: Pearson.
- Carpio, T. (2012). La inequidad: un duro golpe a la infancia peruana. *Ideele Revista* (225). Recuperado de: <https://bit.ly/2FMm6Tj>
- Carrasco, M. L. (2015). Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana. *Rev Estomatol Herediana*, 27-35.
- Centrágolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., & Casalí, P. (2013). *El Sistema de Salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva* Lima, Perú: Tarea Asociación Gráfica Educativa.
- Cosar, J. (2017). *Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológico Público* (Tesis de Maestría). Universidad César Vallejo, Lima, Perú.
- Dirección Regional de Salud Piura. (2018). Diresa Piura Oite. Obtenido de <http://diresapiuraoite.blogspot.com/>
- Dmytraczenko, T., & Almeida, G. (2017). *Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe*. Washington DC: Banco Mundial.

- Frenk, J. (2014). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438-453. Obtenido de: <https://bit.ly/2rjwf3A>
- García, L., Benites, C., & Huamán, B. (2017). Barreras para el acceso a la atención integral de las personas afectadas por la coinfección por tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en Perú, 2010-2015. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1-9.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). México: McGraw Hill.
- Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistémica cualitativa. *Revista Panamá Salud Pública*, 33(3): 223-229.
- Hurtado, L., & Arrivillaga, M. (2018). Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 100-109.
- Institute of Medicine. (1993). *Access to Health Care in America*. Washington DC: National Academy Press.
- Jacobs, B., Por, I., Bigdeli, M., Annear, P., & Van Damme, W. (2011). Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*, 1-13.
- Landini, F., Gonzáles, V., & D'more, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*, 30(2), 231-244.
- Levesque, J., Harris, M., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.
- Matus-López, M., & Prieto, L. (2016). Evaluación del espacio fiscal para la salud en Perú. *Rev Panam Salud Publica*, 40(1), 64–69.

- McMillan, J., & Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa* (Quinta ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Ministerio de Salud. (2010). Resolución Ministerial N° 990-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/ DGS-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años. Perú: Lima.
- Ministerio de Salud. (2013). *PpR Definiciones Operacionales y Criterios de Programación 2013*. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud. (2013). Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013. Lima. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3444.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016). *Estadística. Indicadores trazadores. Cobertura de control CRED*. Lima. Obtenido de <http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/de>
- Molina, R., Pinto, M., Henderson, P., & Vieira, C. (2000). Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1), 71-83. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2000.v8n1-2/71-83/es>
- Muñoz, R. (2017). *Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II*. (Tesis de Maestría). Universidad César Vallejo: Lima, Perú.
- O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saude Publica*, 23(12): 2820-2834.
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966. Recuperado de: <https://bit.ly/2HpXMcn>

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Más sano, más justo, más seguro: la travesía de la salud mundial 2007–2017*. Ginebra - Suiza. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Organización Mundial de la Salud. (2014) 53° Consejo Directivo: Estrategia para. (2015). *53° Consejo Directivo: Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud*. Washington (DC)
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Espacio fiscal para la salud en América Latina y El Caribe. Washington D.C.: OPS.
- Palacios, V. (2017). *Reporte de las Prioridades de la Reconstrucción*. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza - Piura.
- Poffald, L., Hirmas, M., Aguilera, X., Vega, J., & González, M. J. (2013). Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile. *Salud Pública de México*, 55(6), 572-579.
- Restrepo-Zea, J., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F., & VH-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia Políticas Salud*, 13(27), 242-265. Obtenido de : <https://bit.ly/2MrBipY>
- Sánchez, F. (2013). La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 676-682.
- Serrano, C., Ramirez, C., Abril, J., Ramón, L., Guerra, L., & Clavijo, N. (2013). Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. *Rev. Ind. Santander Salud*, 45(1): 41-51.
- Shengelia, B. M. (2003). Beyond access and utilization: defining and measuring health systems performance assessment. En Murray, C., Evans, D. (Eds). *Health Systems performance assessment. Debate: Debates, methods and empiricism*, 221- 234.

- Superintendencia Nacional de Salud. (2016). Sureporte. Boletín Informativo. Registro nominal de afiliados de SUSALUD al 26 de junio del 2016. Lima: SUSALUD. Obtenido de: <https://bit.ly/2DrvpX3>
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*, 56(2):295–303.
- Vera, A. (10 de Enero de 2017). La salud pública: Las acciones pendientes para resolver el déficit y la baja calidad de los servicios en la región Piura. El *Regional de Piura*. Recuperado de <https://www.elregionalpiura.com.pe/>
- Vilca, C. (2016). *Determinantes socioculturales y organizacionales asociados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de Leymebamba - Amazonas* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Federico Villarreal: Lima - Perú.
- Virgüez, L. (2016). *Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén*. (Tesis de Maestría) Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Obtenido de <https://bit.ly/2pvejQf>
- Webb, R., & Fernández, G. (2007). Anuario Estadístico Perú en Números. Lima: Instituto Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología.
- Zimmerman, E., & Woolf, S. (2014). Understanding the relationship between education and health: discussion paper. Washington D.C. Obtenido de <https://bit.ly/2wQKdtl>

ANEXO 1:
Artículo de investigación

1. Título

Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

2. Autor

Carlos Antonio Toledo Flores, toledoflores@hotmail.com

3. Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018. La investigación se desarrolló un enfoque cuantitativo, de tipo básico de nivel descriptivo comparativo. La población del centro de salud 1 estuvo constituida por 69 usuarios y la población del centro de salud 2 de 54 usuarios, para la recolección de la información se utilizó la técnica encuesta y como instrumentos fue el cuestionario. El procesamiento de datos se realizó en el software Excel 2010 y SPSS V22. Realizado el análisis descriptivo y comparativo se llegó la conclusión que si existe diferencia significativa entre la percepción de la variable barreras de acceso y en todas sus dimensiones, al servicio de crecimiento y desarrollo de los dos centro de salud en Piura, predominando un bajo nivel de percepción de barrera en el centro de salud 1 y un moderado nivel en el centro de salud 2.

4. Palabras clave

Barreras de acceso, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con el servicio.

5. Abstract

The main objective of the research was to determine the difference in the level of perception of barriers of access of users to the service of control of growth and development of two health centers, Piura-2018. The research developed a quantitative, basic-type approach to descriptive comparative. The population of the health center 1 was constituted by 69 users and the population of the health center 2 of 54 users, for the collection of the information the survey technique was used and as instruments was the questionnaire. The data processing was done in Excel 2010 software and SPSS V22. Once the descriptive and comparative analysis was carried out, the conclusion was reached that if there is a significant difference between the perception of the access barriers and in all its dimensions, the service of growth and development of the two health centers

in Piura, with a low level of barrier perception in the health center 1 and a moderate level in the health center 2.

6. Keywords

Access barriers, availability, accessibility, acceptability, contact with the service.

7. Introducción

Las barreras de acceso a los servicios de la salud constituyen una problemática en nuestro sistema de salud y como tal estudiar su importancia y nivel en el cómo se encuentran permitirá conocer las dificultades para poder replantear estrategias, todo con la finalidad de aumentar la cobertura de salud. El acceso a los servicios de salud es un proceso que está afectado por el sistema de salud, las características de la población (demografía, estructura social, creencias), comportamiento en relación a la práctica y uso de servicios de salud, donde estos puedan ser intervenidos por la política nacional de salud; además se incluye la satisfacción del usuario (Aday y Andersen, 1974, pp. 208- 220). Han existido varios modelos para conceptualizar el acceso y todos coinciden en que es un grado de ajuste entre la oferta (servicios de salud) y la demanda (usuario que necesita el servicio). Tanahashi (1978) en su modelo de cobertura efectiva, definió el acceso como un proceso de interacción hasta alcanzar la atención de salud de manera eficaz al cual denomino cobertura, donde distingue cuatro etapas en todo el proceso la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto, donde se pueden identificar las barreras que obstaculizan que se lleve a cabo dicho proceso. El término 'disponibilidad' se refiere a la presencia de los recursos de la atención a la salud teniendo en cuenta la productividad, es decir, su capacidad para producir servicios (Frenk, 2014, p. 441). La accesibilidad se relaciona con el hecho de que las personas que enfrentan necesidades de salud pueden identificar que existe algún tipo de servicio, que se puede alcanzar y tener un impacto en la salud del individuo (Levesque, Harris y Russell, 2013, p.5). Levesque, Harris y Russell (2013, p.5) refieren que la aceptabilidad se relaciona con factores culturales y sociales que determinan la posibilidad de que las personas acepten los aspectos del servicio (por ejemplo, el sexo o el grupo social de los proveedores, las creencias asociadas a los sistemas de medicina) y la conveniencia juzgada de que las personas busquen atención. En relación con el contacto real entre el servicio y el usuario; como también a la continuidad de la atención y a la calidad de la atención. Entre las barreras que se encuentran

en esta etapa son la percepción de una mala atención, la pérdida de confianza por un tratamiento que no fue efectivo, etc. (Tanahashi, 1978, p. 297). El Ministerio de Salud (2011) como ente rector de salud elaboró la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de 5 años, cuya finalidad es contribuir al desarrollo integral de esta población, en donde se identificará oportunamente situaciones de riesgo para su atención efectiva, todo junto con la participación de familia, cuidadoras y personal de salud. La unidad de análisis estuvo dada por los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud en Piura y los resultados obtenidos permitieron identificar el nivel de barreras, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto del servicio para poder saber en qué etapa de la cobertura se dan mayores barreras y realizar a través de este diagnóstico un replanteamiento de estrategias para un mejor aprovechamiento de los recursos que puedan poseer los centros de salud.

8. Metodología

El presente trabajo se desarrolló con un diseño no experimental porque se observó la variable tal y como se presentó en su medio natural sin realizar ninguna intervención o manipulación por parte del investigador al momento de recoger la información y fue de tipo transversal porque dicha recolección de datos se realizó en un mismo y único momento (Hernández, et al. 2014). La población estuvo conformada por los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud en Piura, siendo la primera muestra un total de 69 usuarios y la segunda muestra un total de 54 usuarios. La técnica utilizada en la presente investigación fue la encuesta, que es una técnica basada en preguntas orientadas a un número considerable de personas, la cual utiliza el instrumento cuestionario para recoger información sobre las características que se desea medir o conocer (Hernández, et al., 2014), la forma de aplicación fue directa con un tiempo de aplicación de 15min, estuvo conformada por 20 preguntas, distribuidas en 5 preguntas para la dimensión disponibilidad, 7 para la dimensión accesibilidad, 4 para la dimensión aceptabilidad y 4 para la dimensión contacto con el servicio; las respuestas se estructuraron de tipo politómica, considerando 5 categorías: Nunca = 1, Casi nunca = 2, A veces = 3,

Casi siempre = 4 y Siempre = 5. Para determinar la validez del instrumento, se sometió a consideración de juicio de expertos.

9. Resultados

Se observó que el 14.5% de usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un nivel moderado de barreras, en contra parte con los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, de los cuales el 16.7% y 83.3% perciben un nivel alto y moderado de barreras, respectivamente. En la dimensión disponibilidad el 18.8% de usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un nivel moderado de barreras; en contra parte con los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, de los cuales el 9.3% y 90.7%, perciben un nivel alto y moderado de barreras, respectivamente. En la dimensión accesibilidad se observa que solo el 1.5% de usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un nivel alto de barreras, mientras que el 53.6% de usuarios percibe un nivel moderado de barreras; a diferencia del 48.1% y el 51.9% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 quienes perciben un nivel alto y moderado de barreras en su dimensión de accesibilidad, respectivamente. En la dimensión aceptabilidad se observa que ningún usuario del servicio de crecimiento y desarrollo de los dos centros de salud perciben un nivel alto de barreras. El 5.8% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un nivel moderado de barreras; mientras que el 79.6% de usuarios percibe un nivel moderado de barreras para el centro de salud 2. Se observa que el 30.4% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un nivel moderado de barreras en su dimensión contacto con el servicio. En el centro de salud 2, todos los usuarios presentan un nivel de barreras en su dimensión contacto con el servicio, el 7.4% lo percibe alto y el 92.6%, moderado.

10. Discusión

En referencia con el objetivo general, se evidencia que si existe una diferencia significativa en la percepción de barreras de acceso; donde en el centro de salud 2 la totalidad de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo presentan un nivel de barreras de acceso, a diferencia de la percepción de los usuarios del centro de salud 1 donde solo el 14.5% percibe un nivel moderado de barreras. Esto es debido a que dichos centros de salud a pesar de encontrarse en una

misma región presentan características distintas en cuanto a su nivel de organización del centro de salud, infraestructura, ubicación de los centros y la existencia de transporte y carreteras, estratos socio económico de la población, número del recurso humano de salud, condición del recurso humano, talento del recurso humano, diversidad y cantidad de servicios ofrecidos. La dimensión accesibilidad se presenta como barrera por el 55.1% de los usuarios del servicio CRED del centro de salud 1, mientras que las otras dimensiones no representan barrera para el acceso al servicio, a diferencia de la percepción de los usuarios del servicio CRED del centro de salud 2, los cuales encuentran percepción de barrera para todas las dimensiones, en la cual la dimensión accesibilidad presenta el nivel más alto, seguido de la disponibilidad, contacto con el servicio y por último la aceptabilidad; estos resultados obtenidos van de acuerdo a lo mencionado por Virgüez (2016) en su estudio "Barreras y facilitadores a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén", se encontró que la dimensión accesibilidad fue la principal barrera con un 48%, siendo el indicador organizacional y financiero los que más resaltan, esto se asemeja a lo reportado en los dos centros de salud de la presente investigación. En referencia con el análisis disponibilidad, se obtuvo que los usuarios del servicio CRED del centro de salud 1 solo el 18.8% perciben esta dimensión en un nivel moderado de barrera, puesto que no implicaría una barrera de acceso para la población de dicho centro, esto no sería concordante con el estudio "Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017" de Muñoz (2017) donde el 54.1% de usuarios señala a la disponibilidad como la principal barrera de acceso, esto puede deberse a que este centro de salud presenta infraestructura adecuada, consultorios propios, distintos tipos de servicios como también personal de salud para actividades prestacionales y promocionales; pero si es concordante con lo encontrado en el centro de salud 2. En referencia con el análisis accesibilidad, se identifica que solo el 1.5% de usuarios del servicio CRED del centro de salud 1 perciben esta dimensión con alto nivel de barreras y el 53,6%, como moderado nivel de barreras; es decir el 55.1% de los usuarios del servicio CRED del centro de salud 1 perciben un nivel de barreras para esta dimensión y el 48.1% de usuarios del servicio CRED del centro de salud 2 perciben un alto nivel de barreras y el 51,9%, moderado nivel

de barreras; es decir el 100% de usuarios del centro de salud 2 perciben que existe barreras en esta dimensión. Esto es debido a que el centro de salud 1 está ubicado en una zona urbana, donde el transporte urbano es constante y se cuenta con recursos para moverse, a diferencia del centro de salud 2, que se ubica en la zona rural donde el llegar al centro de salud debe hacerse a pie o en transporte privado, el transporte público existe, pero se contaría con un gasto que sale del presupuesto para muchas familias, además de la organización per se del centro explicaría el porqué de la diferencia de percepción. Esto es concordante con lo mencionado por Aparco y Huaman (2017) en su estudio *“Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo: percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud”*, donde refiere una complejidad alta para la obtención de una atención debido a que el servicio presentan una gran demanda que establece un cupo de atenciones diarias; además que niños mayores de un año no cuenta con programación de citas mensuales para CRED. En referencia a la dimensión aceptabilidad, solo el 5.8% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un moderado nivel de barrera a diferencia del 79.6% de los usuarios del centro de salud 2, quienes perciben un moderado nivel de barreras. Esto no es concordante con lo mencionado por Hirmas, Poffald, Jasmen, Aguilera, Delgado y Vega (2013) quienes realizaron la investigación *“Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa”*, donde la dimensión aceptabilidad tuvo mayor proporción; esto puede ser debido a que el factor temor o vergüenza a atenderse y este factor es un sentimiento de naturaleza propia de la persona, mientras que en este presente estudio esa factor fue medido subjetivamente puesto que un menor de edad no podría cuantificar este sentimiento. En referencia a la dimensión contacto con el servicio, el 30.4% de los usuarios del servicio CRED del centro de salud 1 perciben un moderado nivel de barreras a diferencia del 100% de los usuarios del servicio CRED del centro de salud 2, de los cuales solo el 7.4% perciben un alto nivel de barreras. Esto debido a que el personal de salud del centro de salud 2 presenta alta rotación, pierden el contacto con el usuario al no seguir su caso en especial debido al tiempo de adaptación del personal y a su vez, la mayoría de personal de salud recién comienzan a edificar su camino en la profesión y no tienen la empatía o la calidad de atención que sus antecesores, por lo que la

confianza hacia el personal de salud disminuye. Esto es concordante con lo mencionado por Hurtado y Arrivillaga (2018) en su estudio "*Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad*" donde sobresale la falta de conocimiento y de la experiencia del personal de salud en la atención generando desconfianza en el servicio y percepción de mala calidad.

11. Conclusiones

Se determinó que existe diferencia significativa en el nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control y crecimiento de dos centros de salud, Piura-2018; ya que en el centro de salud 1 el nivel es bajo (85.5%) en cambio en el centro de salud 2 el nivel es moderado (83.3%), además la dimensión accesibilidad podría ser considerada como la principal barrera de acceso para los dos centros de salud.

12. Referencias

- Aday, L., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 208-220.
- Aparco, J., & Huamán, L. (2017). Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo, percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(4): 590-600.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). México: McGraw Hill.
- Hirnas Aday, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistémica cualitativa. *Revista Panamá Salud Pública*, 33(3): 223-229.
- Hurtado, L., & Arrivillaga, M. (2018). Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), 100-109.

Levesque, J., Harris, M., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 1-9.

Ministerio de Salud. (2010). Resolución Ministerial N° 990-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/ DGS-V.01 "Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años. Perú: Lima.

Muñoz, R. (2017). Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II. (Tesis de Maestría) Universidad César Vallejo: Lima, Perú.

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

Virgüez, L. (2016). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén. (Tesis de Maestría) Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Obtenido de <https://bit.ly/2pvejQf>

Anexo 2:
Instrumento de recolección

ENCUESTA: Barreras de acceso al servicio de Crecimiento y Desarrollo

Estimada usuaria:

La presente encuesta anónima tiene por objetivo recolectar datos para realizar una investigación sobre la percepción de barreras de acceso al servicio de Crecimiento y Desarrollo. Para ello recurrimos a su valiosa colaboración y desde ya agradecemos su aporte que contribuirá con el trabajo de investigación. Recuerde esto es simplemente una apreciación de lo que Ud. Considera.

BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO DE CRED		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
DISPONIBILIDAD						
1	¿El servicio del centro de salud, al cual asiste, cuenta con una infraestructura completa para atender sus necesidades?					
2	¿El consultorio del servicio del centro de salud, al cual asiste, es adecuado para la atención?					
3	¿El número de personal de salud del servicio del centro de salud al cual asiste, es suficiente?					
4	¿El personal del centro de salud, al cual asiste, está plenamente capacitado brindar la atención?					
5	¿Ha recibido información sobre la importancia del servicio de crecimiento y desarrollo?					
ACCESIBILIDAD						
6	¿La distancia al centro de salud, al cual asiste, es aceptable?					
7	¿Existe transporte urbano para acudir a su centro de salud?					
8	¿Los horarios de citas que ofrece el centro de salud, al cual asiste, son los adecuados para usted?					
9	¿Los trámites para la asignación de sus citas y demás servicios son adecuados para usted?					
10	¿Espera un tiempo adecuado antes para la atención?					
11	¿Sus ingresos son suficientes para los gastos extras que se pueden presentar durante la atención de salud?					
12	¿El costo de traslado que gasta al centro de salud es adecuado para usted?					
ACEPTABILIDAD						
13	¿Se siente tranquila cuando su menor hijo(a) recibe la atención?					
14	¿Confía en el tratamiento prescrito que se le brinda en el servicio de su centro de salud?					
15	¿El personal que atiende en el centro de salud tiene un buen trato en la atención a usted?					
16	¿Durante el proceso de atención en el centro de salud se ha sentido conforme por su concepción cultural o social?					
CONTACTO CON EL SERVICIO						
17	¿Regresa a su centro de salud para atender nuevamente a su menor hijo(a)?					
18	¿El personal de salud hace seguimiento de su caso?					
19	¿Sigue todas las indicaciones que le brinda el profesional de salud que atiende a su menor hijo(a)?					
20	¿Considera que la atención que le brinda el servicio de salud del centro médico al cual asiste, es buena?					

Anexo 3:
Certificado de validez de instrumentos

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE "Barreras de acceso"

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSION 1								
1	¿El servicio del centro de salud, al cual asiste, cuenta con una infraestructura completa para atender sus necesidades?	X		X		X		
2	¿El consultorio del servicio del centro de salud, al cual asiste, es adecuado para la atención?	X		X		X		
3	¿El número de personal de salud del servicio del centro de salud al cual asiste, es suficiente?	X		X		X		
4	¿El personal del centro de salud, al cual asiste, está plenamente capacitado brindar la atención?	X		X		X		
5	¿Ha recibido información sobre la importancia del servicio de crecimiento y desarrollo?	X		X		X		
DIMENSION 2								
6	¿La distancia al centro de salud, al cual asiste, es aceptable?	X		X		X		
7	¿Existe transporte urbano para acudir a su centro de salud?	X		X		X		
8	¿Los horarios de citas que ofrece el centro de salud, al cual asiste, son los adecuados para usted?	X		X		X		
9	¿Los trámites para la asignación de sus citas y demás servicios son adecuados para usted?	X		X		X		
10	¿Espera un tiempo adecuado antes para la atención?	X		X		X		
11	¿Sus ingresos son suficientes para los gastos extras que se pueden presentar durante la atención de salud?	X		X		X		
12	¿El costo de traslado que paga el centro de salud es adecuado para usted?	X		X		X		
DIMENSION 3								
13	¿Se siente tranquila cuando su menor hijo(a) recibe la atención?	X		X		X		
14	¿Confía en el tratamiento prescrito que se le brinda en el servicio de su centro de salud?	X		X		X		

15	¿El personal que atiende en el centro de salud tiene un buen trato en la atención a usted?	X		X		X	
16	¿Durante el proceso de atención en el centro de salud se ha sentido disconforme por su concepción cultural o social?	X		X		X	
DIMENSION 4							
17	¿Regresa a su centro de salud para atender nuevamente a su menor hijo(a)?	SI	No	SI	No	SI	No
18	¿El personal de salud hace seguimiento de su caso?	X		X		X	
19	¿Sigue todas las indicaciones que le brinda el profesional de salud que atiende a su menor hijo(a)?	X		X		X	
20	¿Considera que la atención que le brinda el servicio de salud del centro médico al cual asiste, es buena?	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): NO APLICABLE

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/Mg: MARINA VELAZCO TORRES GONZALEZ DNI: 20097702

Especialidad del validador: DATA EN SALUD PUBLICA

16 de NOV del 2018

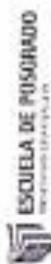


Firma del Experto Informante.

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 *Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
 *Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE "Barreras de acceso"

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSIÓN 1								
1	¿El servicio del centro de salud, al cual asiste, cuenta con una infraestructura completa para atender sus necesidades?	X				X		
2	¿El consultorio del servicio del centro de salud, al cual asiste, es adecuado para la atención?	X		X		X		
3	¿El número de personal de salud del servicio del centro de salud al cual asiste, es suficiente?	X		X		X		
4	¿El personal del centro de salud, al cual asiste, está plenamente capacitado brindar la atención?	X		X		X		
5	¿Ha recibido información sobre la importancia del servicio de crecimiento y desarrollo?	X		X		X		
DIMENSIÓN 2								
6	¿La distancia al centro de salud, al cual asiste, es aceptable?	X				X		
7	¿Existe transporte urbano para acudir a su centro de salud?	X				X		
8	¿Los horarios de citas que ofrece el centro de salud, al cual asiste, son los adecuados para usted?	X				X		
9	¿Los trámites para la asignación de sus citas y demás servicios son adecuados para usted?	X				X		
10	¿Espera un tiempo adecuado antes para la atención?	X				X		
11	¿Sus ingresos son suficientes para los gastos extras que se pueden presentar durante la atención de salud?	X				X		
12	¿El costo de traslado que gasta al centro de salud es adecuado para usted?	X				X		
DIMENSIÓN 3								
13	¿Se siente tranquila cuando su menor hijo(a) recibe la atención?	X		X		X		
14	¿Confía en el tratamiento prescrito que se le brinda en el servicio de su centro de salud?	X		X		X		



ESUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD DE CUENCA
Ecuador

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE "Barreras de acceso"

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia:		Relevancia:		Claridad:		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	¿El servicio del centro de salud, al cual asiste, cuenta con una infraestructura completa para atender sus necesidades?	X		X		X		
2	¿El consultorio del servicio del centro de salud, al cual asiste, es adecuado para la atención?	X		X		X		
3	¿El número de personal de salud del servicio del centro de salud al cual asiste, es suficiente?	X		X		X		
4	¿El personal del centro de salud, al cual asiste, está plenamente capacitado brindar la atención?	X		X		X		
5	¿Ha recibido información sobre la importancia del servicio de crecimiento y desarrollo?	X		X		X		
DIMENSIÓN 2								
6	¿La distancia al centro de salud, al cual asiste, es aceptable?	X		X		X		
7	¿Existe transporte urbano para acudir a su centro de salud?	X		X		X		
8	¿Los horarios de citas que ofrece el centro de salud, al cual asiste, son los adecuados para usted?	X		X		X		
9	¿Los trámites para la asignación de sus citas y demás servicios son adecuados para usted?	X		X		X		
10	¿Espera un tiempo adecuado antes para la atención?	X		X		X		
11	¿Sus ingresos son suficientes para los gastos extras que se pueden presentar durante la atención de salud?	X		X		X		
12	¿El costo de traslado que gasta al centro de salud es adecuado para usted?	X		X		X		
DIMENSIÓN 3								
13	¿Se siente tranquila cuando su menor hijo(a) recibe la atención?	X		X		X		
14	¿Confía en el tratamiento prescrito que se le brinda en el servicio de su centro de salud?	X		X		X		

15	¿El personal que atiende en el centro de salud tiene un buen trato en la atención a usted?								
16	¿Durante el proceso de atención en el centro de salud se ha sentido disconforme por su concepción cultural o social?								
	DIMENSIÓN 4								
17	¿Regresa a su centro de salud para atender nuevamente a su menor hijo(a)?	SI	No	SI	No	SI	No		
18	¿El personal de salud hace seguimiento de su caso?	X		X		X			
19	¿Siguen todas las indicaciones que le brinda el profesional de salud que atiende a su menor hijo(a)?	X		X		X			
20	¿Considera que la atención que le brinda el servicio de salud del centro médico al cual asiste, es buena?	X		X		X			

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador, Dr. Mg: LOPEZ VEGA MARIA JESUS DNI: 16092070

Especialidad del validador: MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACION

...18 de Nov del 2018

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
 Relevancia: El ítem es apropiado para registrar el componente o dimensión específica del constructo.
 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, en contexto, explícito y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.



Firma del Experto Informante.

Anexo 4:
Matriz de consistencia

Matriz de consistencia

Título: Nivel de percepción de barreras de acceso al servicio de crecimiento y desarrollo en dos centros de salud, Piura - 2018

Autor: Carlos Antonio Toledo Flores

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable e indicadores				
			Variable: Barreras de acceso				
			Dimensiones	Indicadores	Items	Escala de medición	Rangos
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Cuál es la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?</p> <p>¿Cuál es la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.</p> <p>Determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.</p>	<p>Hipótesis General:</p> <p>¿Existe diferencia significativa entre el nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?</p> <p>Hipótesis Específicos:</p> <p>¿Existe diferencia significativa entre el nivel de percepción de barreras de acceso en su nivel disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?</p> <p>¿Existe diferencia significativa entre el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?</p>	<p>Disponibilidad</p> <p>Accesibilidad</p> <p>Acceptabilidad</p> <p>Contacto con el servicio</p>	<p>Recursos físicos Recursos humanos Servicios</p> <p>Accesibilidad Física Accesibilidad Organizacional Accesibilidad financiera</p> <p>Factores socioculturales Trato</p> <p>Continuidad con la atención Calidad de la atención</p>	<p>1 y 2 3 y 4 5</p> <p>6 y 7</p> <p>8, 9 y 10 11 y 12</p> <p>13 y 14 15 y 16</p> <p>17 y 18 19 y 20</p>	<p>Nunca = 1</p> <p>Casi nunca = 2</p> <p>A veces = 3</p> <p>Casi siempre = 4</p> <p>Siempre = 5</p>	<p>Alto = 20 – 46</p> <p>Moderado = 47 – 73</p> <p>Bajo = 74 - 100</p>

<p>¿Cuál es la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?</p> <p>¿Cuál es la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?</p>	<p>Determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura- 2018.</p> <p>Determinar la diferencia del nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.</p>	<p>¿Existe diferencia significativa entre el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?</p> <p>¿Existe diferencia significativa entre el nivel de percepción de barreras de acceso en su dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018?</p>					
--	---	--	--	--	--	--	--

Metodología	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Diseño: No experimental de corte transversal</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Alcance: Descriptivo comparativo</p> <p>Tipo: Básico</p>	<p>Población:</p> <p>Centro de Salud 1: 216 usuarios</p> <p>Centro de Salud 2: 113 usuarios</p> <p>Muestra:</p> <p>Centro de salud 1: 69 usuarios</p> <p>Centro de salud 2: 54 usuarios</p>	<p>Variable : Barreras de acceso</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p>	<p>Descriptiva: Se usó frecuencias y porcentajes</p> <p>Inferencial: Se utilizó la prueba estadística de U-MANN WHITNEY, para comparaciones de dos muestras independientes</p>

Anexo 5:
Consentimiento informado

Declaración de Consentimiento Informado

Esta investigación es realizada por Carlos Antonio Toledo Flores, estudiante de posgrado de la Universidad Cesar Vallejo y tiene como principal objetivo determinar el nivel de barreras de accesos del servicio de control de crecimiento y desarrollo percibidos por los usuarios.

Los procedimientos utilizados en este estudio son libres de riesgo y no le generará molestia.

Usted no recibirá ningún beneficio personal, pero la información obtenida será útil para los propósitos del estudio.

Toda la información que proporcione será manejada con absoluta confidencialidad y será utilizada únicamente con fines de investigación científica.

La participación es voluntaria y la puede interrumpir en el momento que quiera.

Si tiene preguntas sobre el estudio puede hacerlas sin ningún inconveniente.

Si usted desea participar por favor firme el presente documento

Anexo 6:
Matriz de datos

Datos del centro de salud 1

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
P1	5	5	4	5	5	5	5	5	4	3	3	3	4	4	5	4	5	2	5	5
P2	5	5	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	5	4	4	5	5	5	5
P3	5	5	4	5	5	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	5	4	2	5	5
P4	5	5	4	5	5	4	4	5	3	3	4	4	4	4	3	5	4	3	4	4
P5	4	4	3	4	4	3	3	5	5	3	3	3	5	5	5	4	4	4	5	5
P6	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P7	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4
P8	4	5	4	4	5	4	4	5	4	3	3	3	4	5	4	4	4	3	5	5
P9	5	5	2	4	5	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
P10	4	4	2	4	4	4	5	5	3	4	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5
P11	4	4	2	4	4	4	5	5	3	4	3	3	5	5	5	5	4	4	4	4
P12	3	4	2	5	4	5	5	5	3	4	3	4	4	4	4	5	5	2	4	4
P13	4	5	3	4	5	4	4	5	4	4	3	4	4	5	4	5	5	4	5	5
P14	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	4
P15	4	4	4	4	5	4	5	4	3	3	3	3	4	5	5	5	4	3	4	4
P16	4	4	3	3	5	5	5	5	3	3	3	3	4	5	4	5	4	3	5	5
P17	4	4	3	3	4	1	4	5	3	3	3	3	4	4	4	5	4	3	4	4
P18	5	5	5	5	5	1	1	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4
P19	4	5	3	4	5	4	4	5	4	3	3	3	4	5	4	5	4	4	5	5
P20	4	4	4	4	4	1	5	5	3	3	3	2	5	5	3	3	4	3	4	4
P21	4	4	3	3	4	4	4	5	3	3	4	4	5	5	5	5	3	3	5	5
P22	4	4	3	4	5	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	5	4	3	4	4
P23	4	4	4	5	5	5	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	4	4	4	4
P24	4	4	3	4	5	4	4	5	3	3	3	3	4	5	4	5	4	4	5	4
P25	5	5	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	5	5	5	5	4	3	4	4
P26	5	5	4	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
P27	4	5	4	4	4	4	5	5	3	3	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4
P28	5	5	4	5	5	5	5	5	4	3	3	3	4	4	5	4	5	2	5	5
P29	5	5	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	5	4	4	5	5	5	5
P30	5	5	4	5	5	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	5	4	2	5	5
P31	4	3	4	4	3	4	3	4	2	3	3	4	3	3	3	4	4	3	4	4
P32	4	4	3	4	4	3	3	5	5	3	3	3	5	5	5	4	4	4	5	5
P33	4	4	4	4	4	4	5	5	3	3	3	4	5	4	4	4	4	5	5	5
P34	5	4	5	5	4	5	5	5	4	3	4	4	4	3	4	5	3	4	4	4
P35	4	5	4	4	5	4	4	5	4	3	3	3	4	5	4	4	4	3	5	5
P36	5	5	2	4	5	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	4	4	5	4	5

P37	4	3	2	4	3	4	5	4	3	4	3	3	5	5	4	4	5	3	5	3
P38	3	4	2	4	4	4	5	4	3	4	3	3	5	5	5	4	4	4	4	4
P39	2	3	2	5	4	5	5	5	2	4	3	3	4	4	4	5	4	2	4	4
P40	4	5	3	4	5	4	4	5	4	4	3	4	4	5	4	5	5	4	5	5
P41	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	4
P42	4	4	4	4	5	4	5	4	3	3	3	3	4	5	5	5	4	3	4	4
P43	4	4	3	3	5	5	5	5	3	3	3	3	4	5	4	5	4	3	5	5
P44	4	4	3	3	4	1	4	5	3	3	3	3	4	4	4	5	4	3	4	4
P45	5	5	5	5	5	1	1	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4
P46	4	5	3	4	5	4	4	5	4	3	3	3	4	5	4	5	4	4	5	5
P47	4	4	4	4	4	1	5	5	3	3	3	2	5	5	3	3	4	3	4	4
P48	4	4	3	3	4	4	4	5	3	3	4	4	5	5	5	3	3	5	5	
P49	4	4	3	4	5	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	5	4	3	4	4
P50	4	4	4	5	5	5	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	4	4	4	4
P51	4	4	3	4	5	4	4	5	3	3	3	3	4	5	4	5	4	4	5	4
P52	5	5	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	5	5	5	5	4	3	4	4
P53	5	5	4	5	4	5	4	5	3	3	5	5	4	3	5	5	5	5	5	5
P54	4	5	4	4	4	4	5	5	3	3	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4
P55	4	5	3	4	5	4	4	5	4	4	3	4	4	5	4	5	5	4	5	5
P56	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	4
P57	4	4	4	4	5	4	5	4	3	3	3	3	4	5	5	5	4	3	4	4
P58	4	4	3	3	5	5	5	5	3	3	3	3	3	5	4	5	4	3	5	5
P59	4	4	3	3	4	1	4	5	3	3	3	3	4	4	4	5	4	3	4	4
P60	5	5	5	5	5	1	1	4	4	4	1	1	3	4	4	4	4	4	4	4
P61	4	5	3	4	5	4	4	5	4	3	3	3	4	5	4	4	4	4	3	5
P62	4	4	4	4	4	1	5	5	3	3	3	2	5	5	3	3	4	3	4	4
P63	4	4	3	3	4	4	4	5	3	3	4	4	5	5	5	3	3	5	3	
P64	4	4	3	4	5	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4
P65	4	4	4	5	5	5	5	5	3	3	3	3	5	5	5	5	4	4	4	4
P66	4	4	3	4	5	4	4	3	3	3	3	3	4	5	4	5	4	4	5	4
P67	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	5	5	5	4	4	3	4	4
P68	4	4	4	5	4	5	4	5	3	3	4	5	3	3	5	4	5	5	5	5
P69	4	5	4	4	4	4	4	5	3	3	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4

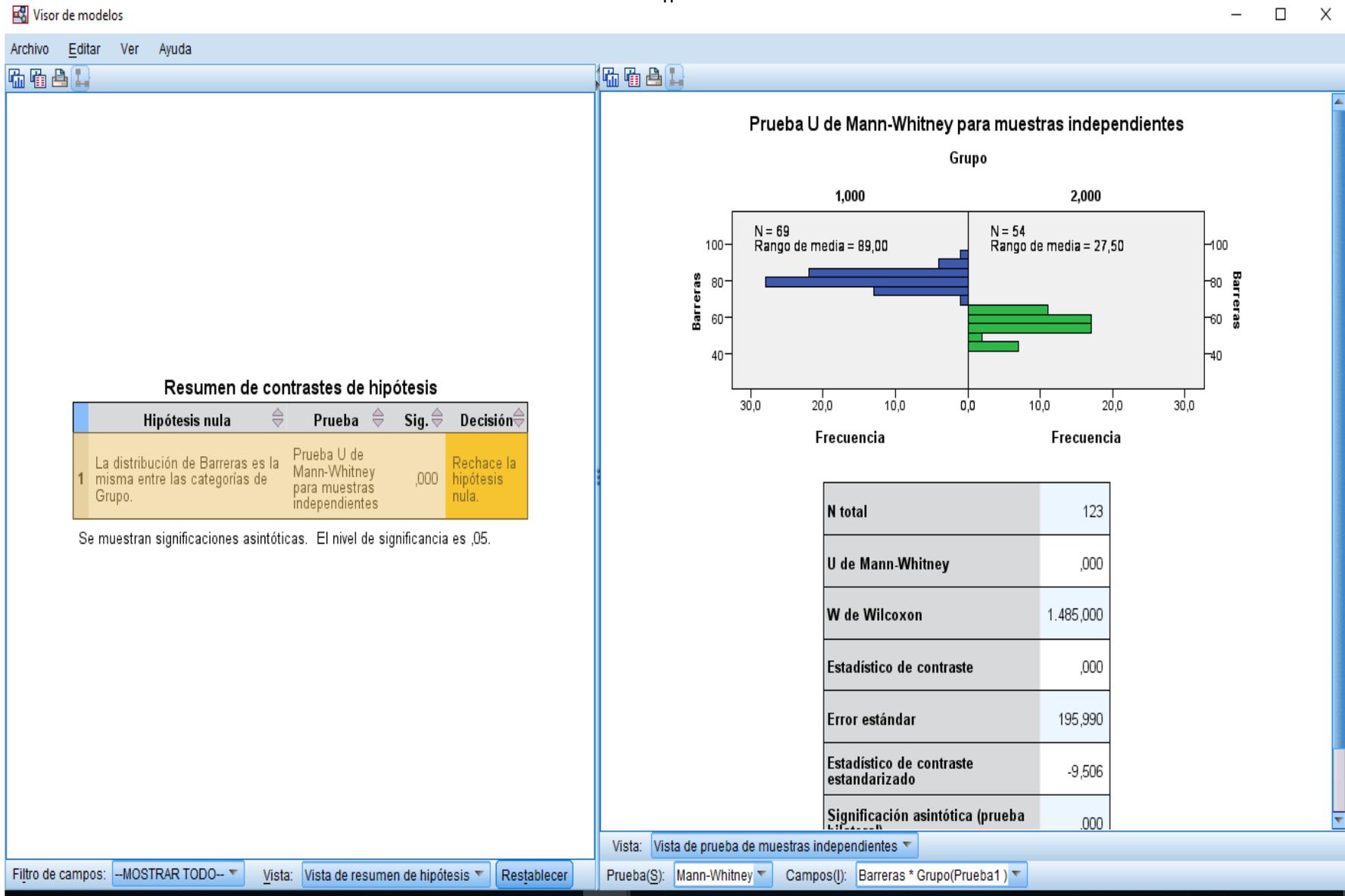
Datos Centro de salud 2

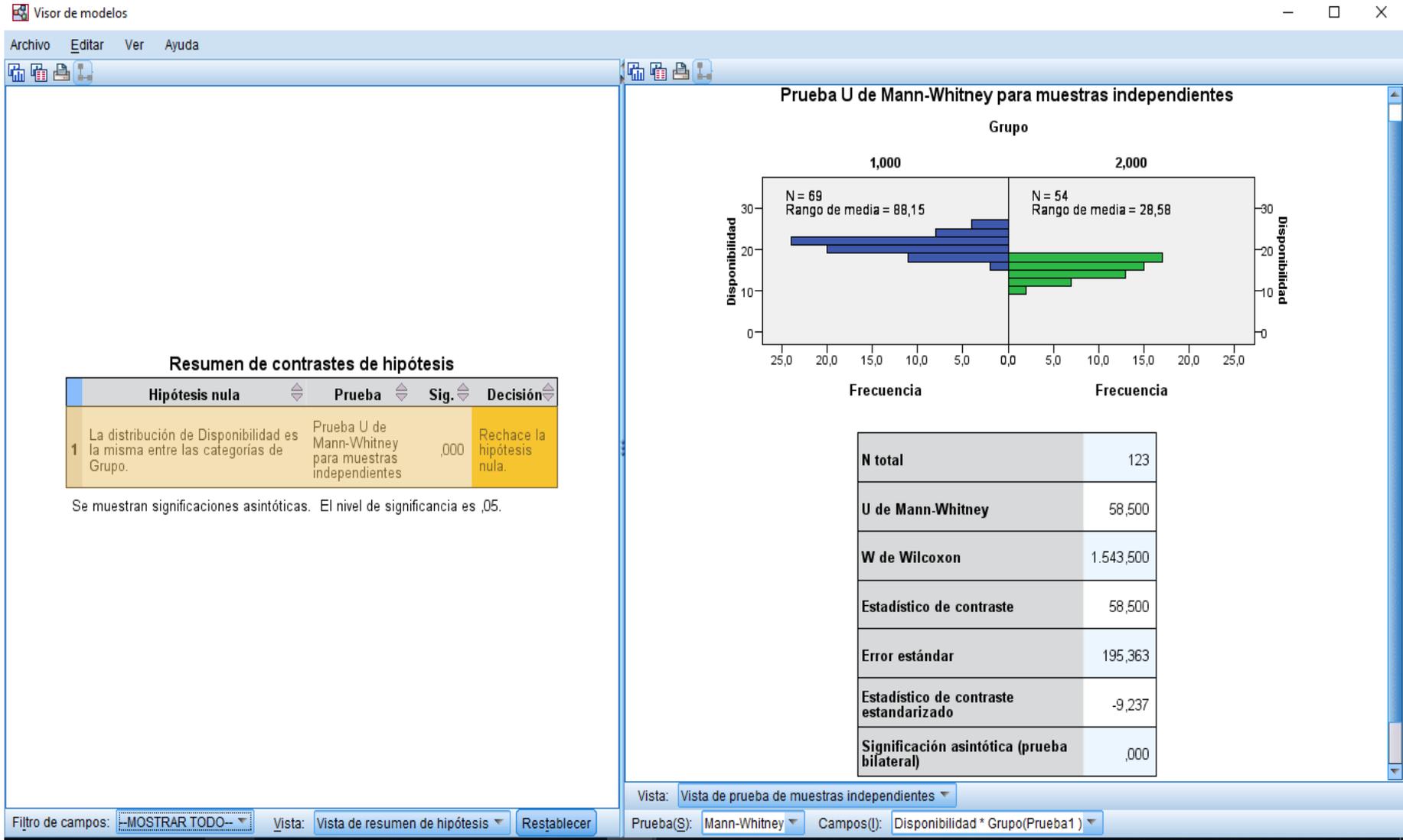
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
P1	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	4	3	4	3	3	2	4	3
P2	2	2	2	2	3	3	1	3	3	2	1	1	3	3	2	2	3	2	3	3
P3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	4	3	3	5	4	1	3	3
P4	3	3	1	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	2	4	4	2	2	3	3
P5	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3	1	2	3	2	2	3	3	1	2	2
P6	3	3	2	3	4	3	1	2	3	3	1	1	4	2	3	4	4	2	4	3
P7	3	2	2	3	4	2	2	3	2	3	2	2	3	3	4	4	3	2	2	3
P8	4	3	3	4	3	1	1	2	3	3	2	1	3	2	3	4	3	2	3	4
P9	3	3	3	4	4	2	2	3	2	3	2	2	4	2	4	4	4	1	4	4
P10	3	3	2	3	4	2	3	3	1	3	2	2	3	2	3	5	4	2	3	3
P11	3	3	4	4	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	4	4	3	1	4	3
P12	2	3	2	3	4	3	2	3	1	4	1	1	2	3	3	5	4	2	3	4
P13	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	1	3	1	3	3	3	1	2	3
P14	2	3	3	4	4	3	2	3	3	4	2	2	3	3	4	5	4	3	4	4
P15	3	2	2	3	3	2	3	3	2	4	1	2	3	3	2	3	4	2	4	3
P16	2	3	2	3	3	3	1	3	3	2	3	2	4	3	3	4	3	2	2	3
P17	2	4	2	3	4	2	3	2	3	3	1	2	3	2	4	4	3	2	3	3
P18	2	3	2	3	4	3	3	3	2	3	2	2	3	3	4	5	3	2	3	3
P19	4	2	3	4	4	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	4	4	3	4	4
P20	3	3	3	4	3	2	1	2	3	2	1	3	4	3	3	4	4	2	3	3
P21	2	2	1	3	3	1	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	1	3	3
P22	3	3	2	4	4	3	3	3	3	3	2	2	4	5	4	4	3	2	4	4
P23	3	3	3	4	4	2	3	3	3	3	2	2	4	5	3	5	4	2	3	3
P24	3	3	3	2	3	2	2	1	3	2	1	1	3	2	3	3	3	1	3	3
P25	4	2	2	4	3	2	1	2	3	3	1	2	3	3	4	5	4	1	2	4
P26	3	3	2	3	4	3	1	3	3	2	2	2	3	4	3	4	3	2	3	3
P27	3	3	3	4	4	2	3	3	2	4	2	2	4	3	4	4	4	3	4	4
P28	3	4	2	3	4	3	2	3	3	3	3	1	4	3	3	4	4	2	4	3
P29	3	3	2	4	3	1	3	3	2	3	1	2	4	3	4	4	3	2	3	4
P30	4	5	1	3	4	3	2	3	3	3	1	2	4	3	3	2	4	1	4	4
P31	3	2	3	4	3	2	2	3	3	3	2	2	3	4	4	4	3	1	3	3
P32	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	2	4	3	4	4	3	2	3	3
P33	3	3	2	4	3	2	2	2	3	2	1	2	3	3	4	3	3	1	4	3
P34	3	4	2	4	4	3	1	1	3	2	1	1	3	3	3	3	4	2	2	4
P35	3	4	3	3	5	3	3	1	3	3	1	1	4	3	4	3	5	1	2	3
P36	4	4	2	4	3	3	2	3	3	3	2	2	3	4	4	4	3	2	3	4

P37	3	3	1	3	2	3	2	1	2	2	1	1	3	2	3	3	2	1	3	3
P38	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	1	1	4	4	4	4	3	2	3	4
P39	3	4	3	3	4	2	3	2	3	3	2	2	3	4	4	2	3	1	4	4
P40	4	3	2	4	3	3	3	3	2	3	1	1	4	3	4	3	3	2	3	3
P41	3	3	2	5	4	3	3	1	3	3	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4
P42	3	4	3	4	4	3	3	3	3	2	1	2	4	4	4	4	3	1	4	3
P43	2	2	1	3	3	2	2	3	3	2	2	2	4	5	3	4	3	1	3	4
P44	2	3	1	3	3	1	1	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	1	3	3
P45	2	3	2	3	3	2	3	3	4	3	2	2	4	4	3	4	3	2	3	4
P46	3	4	3	4	3	3	3	2	3	3	2	2	4	4	4	4	3	3	4	3
P47	2	4	1	4	3	3	2	3	3	3	2	2	4	3	4	4	3	1	3	4
P48	3	3	3	4	4	3	2	3	3	3	2	3	4	4	4	3	4	1	3	4
P49	3	2	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	4	5	3	4	3	2	3	4
P50	2	2	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	4	4	3	4	3	1	4	4
P51	2	2	1	2	3	2	2	3	3	2	2	1	3	3	3	3	3	1	3	3
P52	3	3	2	3	4	3	2	3	2	3	2	2	4	4	3	4	4	2	3	4
P53	3	4	3	3	4	1	2	3	2	3	2	2	3	4	3	3	3	3	3	4
P54	2	2	1	2	3	2	3	2	3	3	1	2	3	3	2	3	3	1	2	3

Anexo 8:
ImprPant de los resultados estadísticos procesados en SPSS

ff





Visor de modelos

rchivo Editar Ver Ayuda

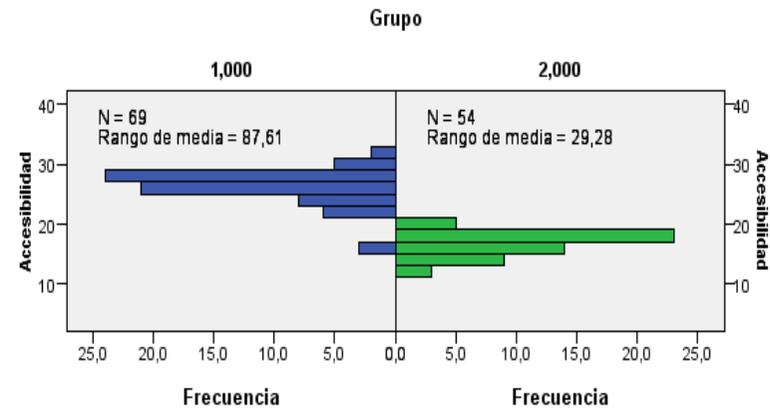


Resumen de contrastes de hipótesis

Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1 La distribución de Accesibilidad es la misma entre las categorías de Grupo.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,000	Rechaza la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes



N total	123
U de Mann-Whitney	96,000
W de Wilcoxon	1.581,000
Estadístico de contraste	96,000
Error estándar	195,429
Estadístico de contraste estandarizado	-9,042
Significación asintótica (prueba U)	,000

Vista: Vista de prueba de muestras independientes

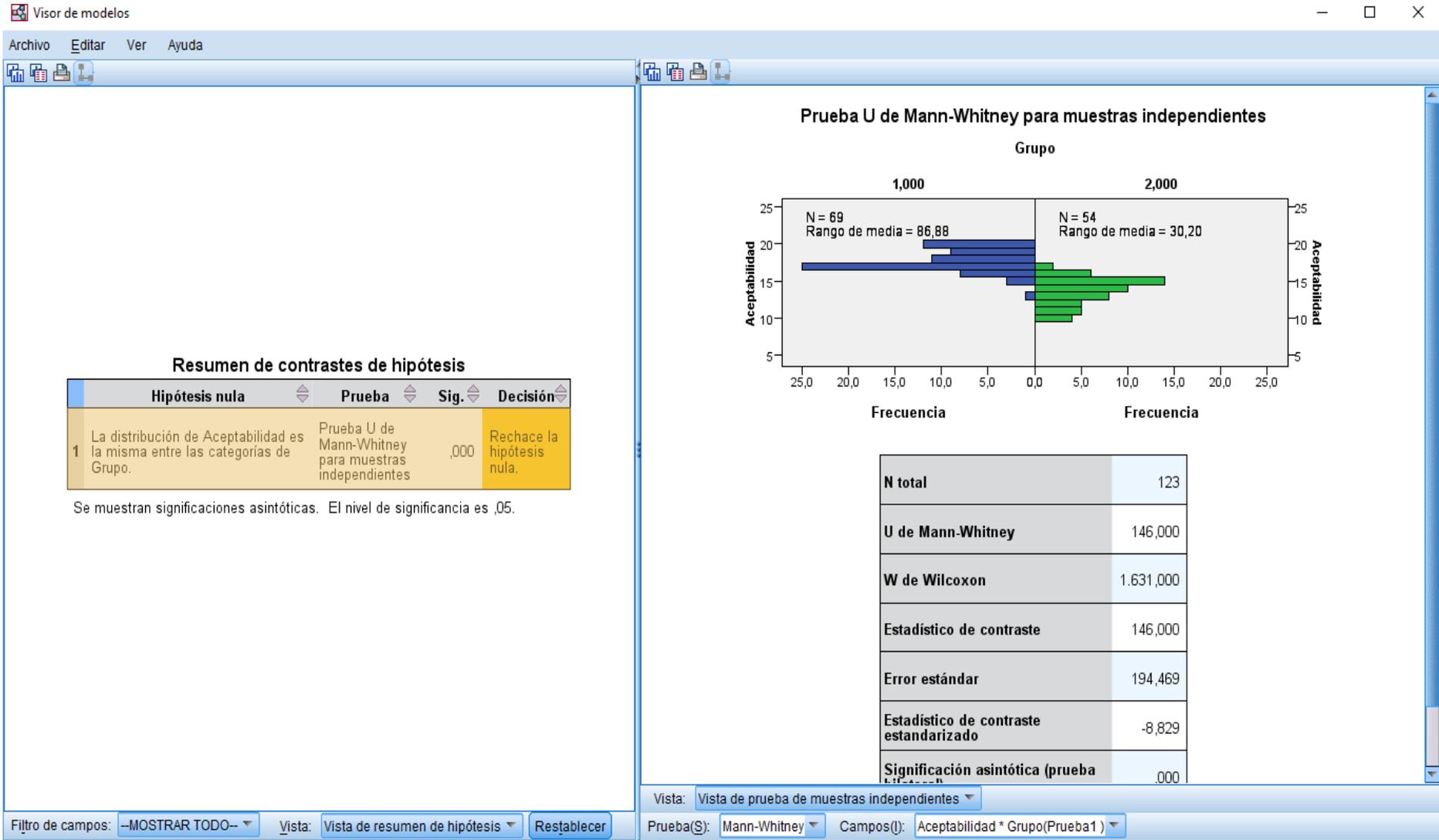
Filtro de campos: --MOSTRAR TODO--

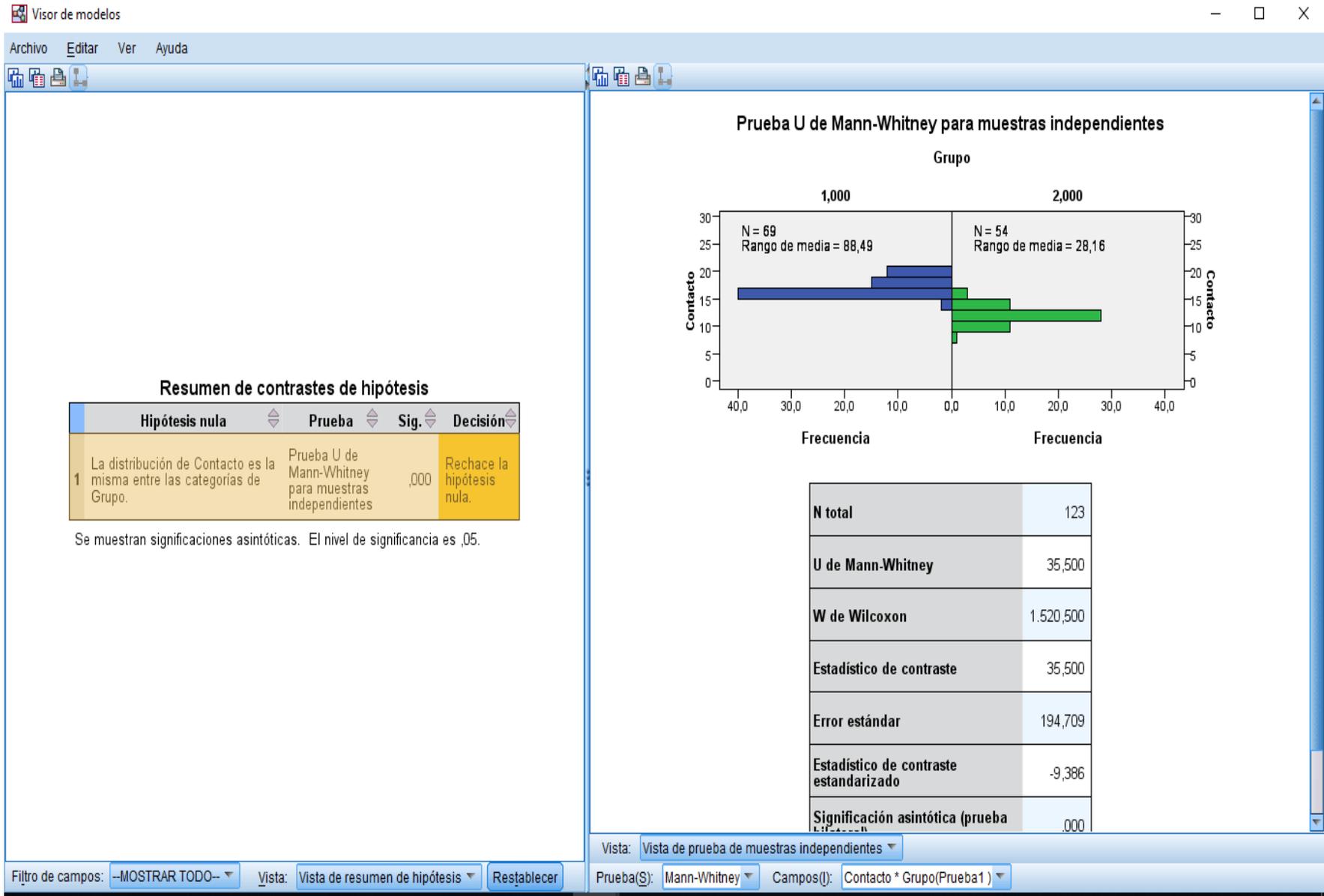
Vista: Vista de resumen de hipótesis

Restablecer

Prueba(S): Mann-Whitney

Campos(I): Accesibilidad * Grupo(Prueba1)





Anexo: 9**Tablas de resultado de las dimensiones y sus indicadores**

Todas las dimensiones

Tabla 16

Nivel de dimensiones de la percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de establecimiento de salud 1, Piura-2018.

			Alto	Moderado	Bajo	Total
CENTRO DE SALUD 1	Disponibilidad	Frecuencia	0	13	56	69
		Porcentaje	0.0	18.8	81.2	100
	Accesibilidad	Frecuencia	1	37	31	69
		Porcentaje	1.5	53.6	44.9	100
	Aceptabilidad	Frecuencia	0	4	65	69
		Porcentaje	0.0	5.8	94.2	100
	Contacto con el servicio	Frecuencia	0	21	48	69
		Porcentaje	0.0	30.4	69.6	100
CENTRO DE SALUD 2	Disponibilidad	Frecuencia	5	49	0	54
		Porcentaje	9.3	90.7	0.0	100
	Accesibilidad	Frecuencia	26	28	0	54
		Porcentaje	48.1	51.9	0.0	100
	Aceptabilidad	Frecuencia	0	43	11	54
		Porcentaje	0.0	79.6	20.4	100
	Contacto con el servicio	Frecuencia	4	50	0	57
		Porcentaje	7.4	92.6	0.0	100

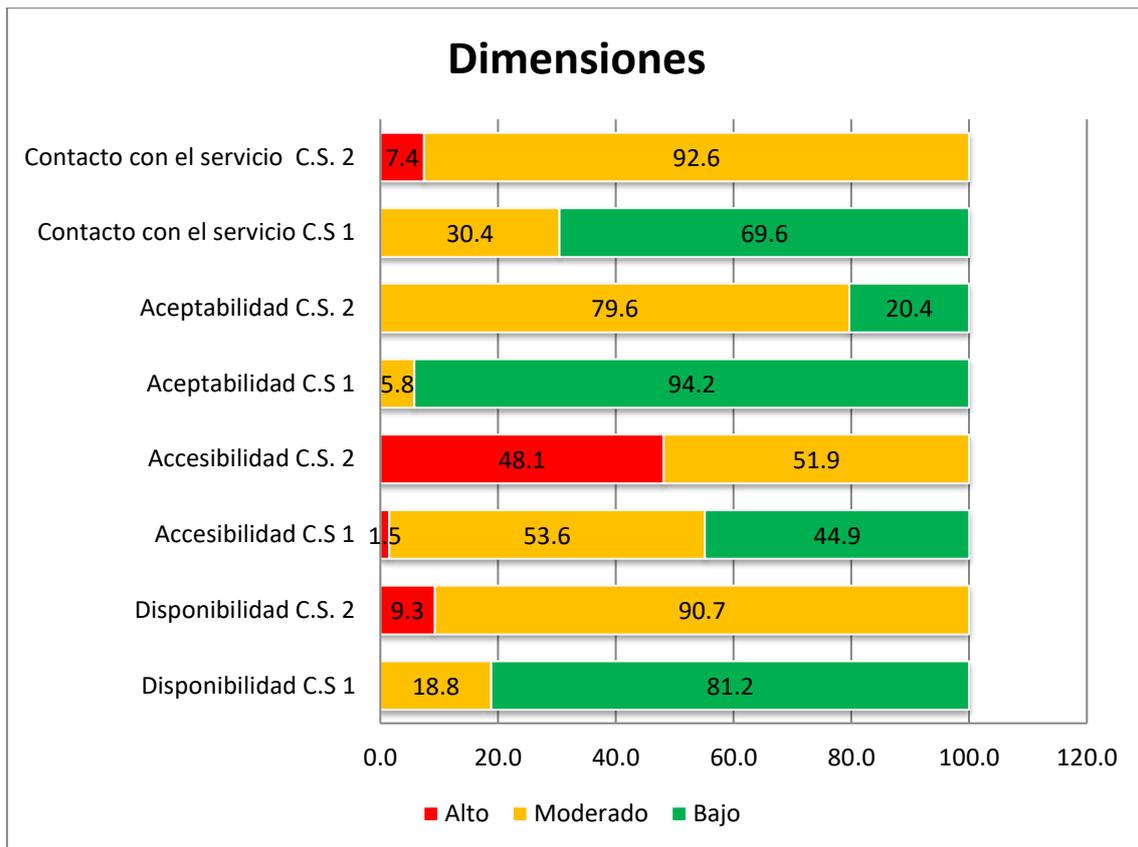


Figura 11. Nivel de dimensiones de la percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.

En la tabla 16 y figura 11 se observa que los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un bajo nivel de barreras en referencia con la dimensión disponibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio con el 81,2%, 94.2% y 69.6%, respectivamente. En cuanto para la dimensión accesibilidad, el 55.1% de los usuarios al servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 percibe un nivel de barreras moderado a alto. Se infiere que solo la dimensión accesibilidad puede ser considerada como barrera para el centro de salud 1. En cuanto a los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 perciben un nivel alto de barreras en referencia con la dimensión accesibilidad con un 45.6%, un nivel moderado para la dimensión disponibilidad con el 91.2%, para la dimensión accesibilidad con el 54.4%, para la dimensión aceptabilidad con el 80.7% y para la dimensión contacto con el servicio con el 93%. Se infiere que todas las dimensiones de barreras de acceso al servicio de crecimiento y desarrollo son consideradas

barreras para los usuarios del centro de salud 2, donde la mayor dificultad la presenta en la dimensión accesibilidad, seguida de la dimensión disponibilidad, dimensión contacto con el servicio y aceptabilidad. Cabe señalar que para las dimensiones disponibilidad, accesibilidad y contacto con el servicio el 100% de usuarios del centro de salud 2 percibe un nivel de moderado a alto.

3.1.1. Descripción de las dimensiones según sus indicadores

Indicadores de la dimensión Disponibilidad

Tabla 17

Indicadores de la dimensión disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

			Alto	Moderado	Bajo	Total
Centro de salud 1	Recursos Físicos	Frecuencia	0	5	64	69
		Porcentaje	0.0	7.2	92.8	100.0
	Recursos Humanos	Frecuencia	0	34	35	69
		Porcentaje	0.0	49.3	50.7	100.0
	Servicios	Frecuencia	0	2	67	69
		Porcentaje	0.0	2.9	97.1	100.0
Centro de salud 2	Recursos Físicos	Frecuencia	7	45	2	54
		Porcentaje	13.0	83.3	3.7	100.0
	Recursos Humanos	Frecuencia	10	43	1	54
		Porcentaje	18.5	79.6	1.9	100.0
	Servicios	Frecuencia	23	25	6	54
		Porcentaje	42.6	46.3	11.1	100.0

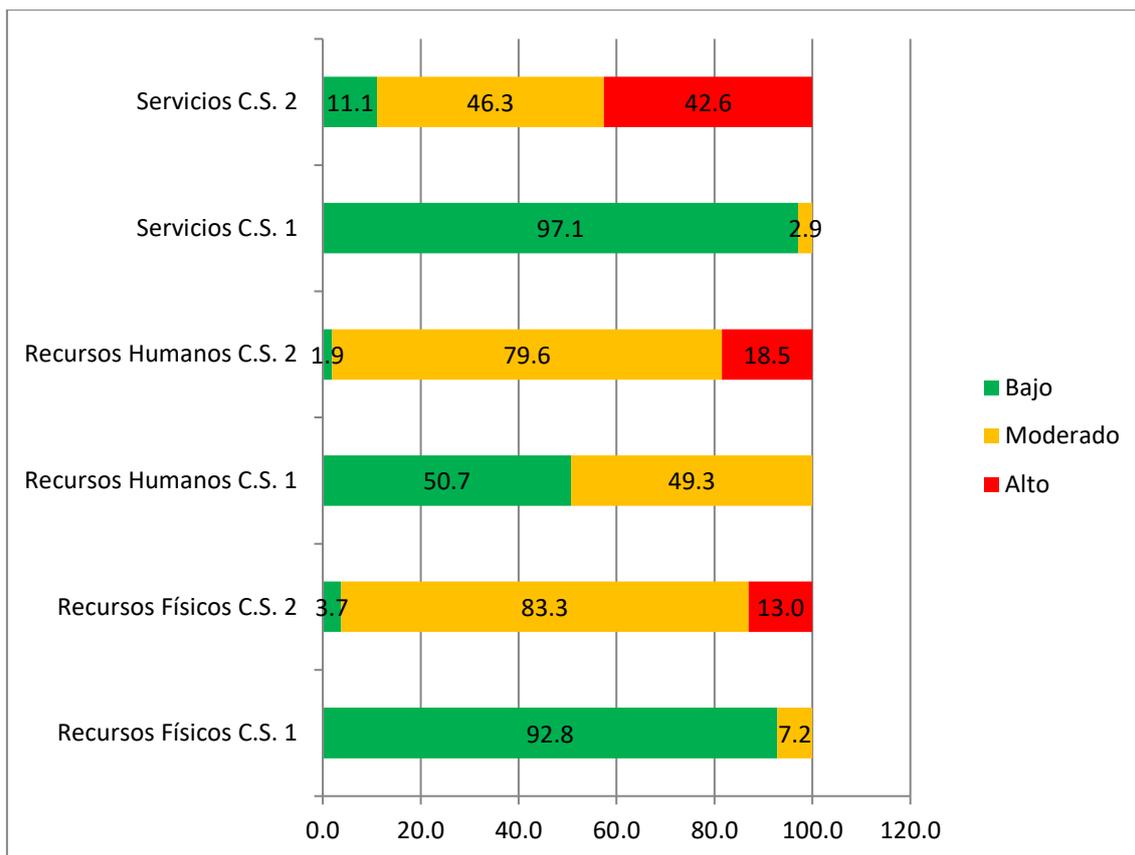


Figura 12. *Indicadores de la dimensión disponibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018.*

En la tabla 17 y figura 12 se observa que para los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un moderado nivel de barreras en los tres indicadores de la dimensión disponibilidad, resaltando el indicador “recursos humanos” con el 49.3%. El 83.3% y el 13% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 perciben un nivel moderado y alto del indicador recursos físicos, respectivamente; el 79.6% y 18.5% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 perciben un nivel moderado y alto del indicador recursos humanos, respectivamente, y el 46.3% y 42.6% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 perciben un nivel moderado y alto del indicador servicios, respectivamente. Se infiere que para los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1, el indicador recursos humanos puede presentar una barrera de acceso, ya que representa el 49.3% de percepción como barrera, para la dimensión disponibilidad y para los usuarios

del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, los tres indicadores de la dimensión disponibilidad presentan una barrera, donde el indicador recursos humanos es percibido como barrera con el 98.1%, el indicador recursos físicos con el 96.3% y el indicador servicios con el 88.9%.

Indicadores de la dimensión Accesibilidad

Tabla 18

Indicadores de la dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

			Alto	Moderado	Bajo	Total
Centro de salud 1	Accesibilidad física	Frecuencia	3	13	53	69
		Porcentaje	4.4	18.8	76.8	100.0
	Accesibilidad organizacional	Frecuencia	0	47	22	69
		Porcentaje	0.0	68.1	31.9	100.0
	Accesibilidad financiera	Frecuencia	3	18	48	69
		Porcentaje	0.0	2.9	97.1	100.0
Centro de salud 2	Accesibilidad física	Frecuencia	23	31	0	54
		Porcentaje	42.6	57.4	0.0	100.0
	Accesibilidad organizacional	Frecuencia	4	50	0	54
		Porcentaje	7.4	92.6	0.0	100.0
	Accesibilidad financiera	Frecuencia	50	4	0	54
		Porcentaje	92.6	7.4	0.0	100.0

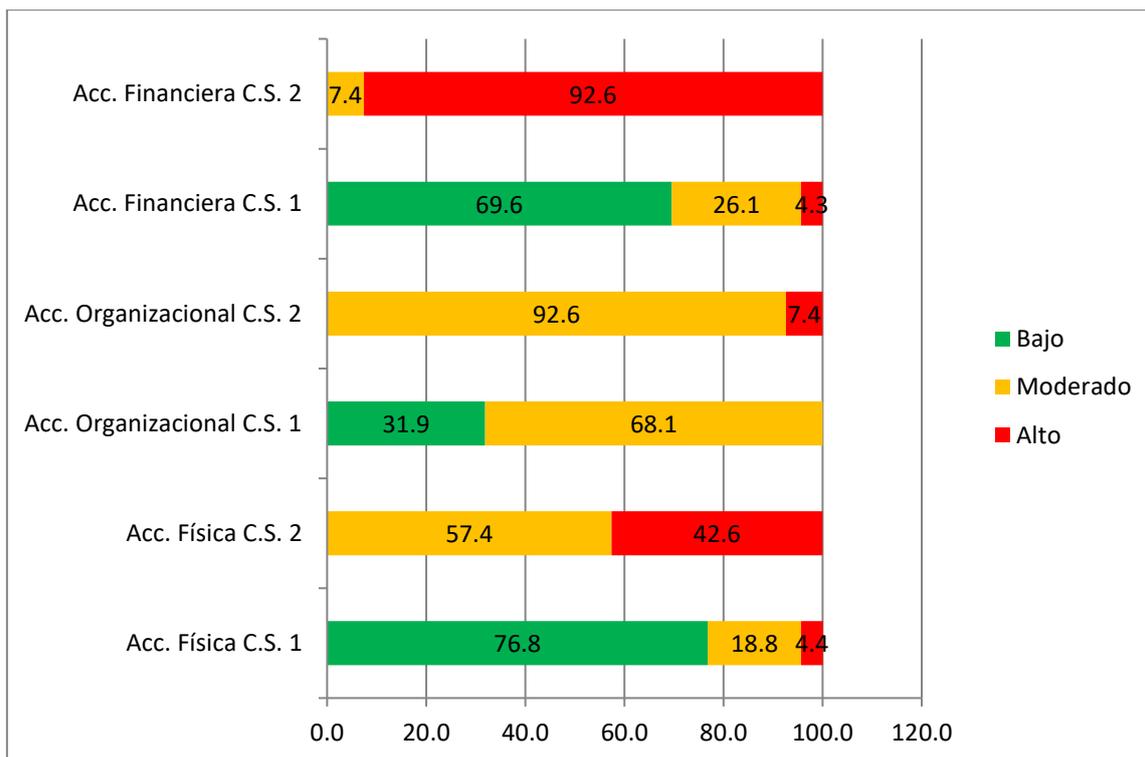


Figura 13. *Indicadores de la dimensión accesibilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018*

En la tabla 18 y figura 13 se observa que para los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un nivel de barreras en los tres indicadores de la dimensión accesibilidad, donde el 68.1% lo perciben en el indicador accesibilidad organizacional, el 30.4% en el indicador accesibilidad financiera y el 23.2% en el indicador accesibilidad física; en contra parte con los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 donde en su totalidad perciben un nivel de barrera en los tres indicadores de la dimensión accesibilidad, destacando el indicador accesibilidad financiera donde el 92.6% de los usuarios lo perciben con un alto nivel de barrera y el 42.6% de los usuarios perciben como un nivel alto de barrera el indicador accesibilidad física, además el 92.6% percibe como un moderado nivel de barrera el indicador accesibilidad organizacional. Se infiere que el indicador accesibilidad organizacional representa una barrera para los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo de los 2 centros de salud.; donde los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 presentan mayores obstáculos para esta dimensión.

Indicadores de la dimensión Aceptabilidad

Tabla 19

Indicadores de la dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

			Alto	Moderado	Bajo	Total
Centro de salud 1	Socio Cultural	Frecuencia	0	7	62	69
		Porcentaje	0.0	10.1	89.9	100.0
	Trato	Frecuencia	0	4	65	69
		Porcentaje	0.0	5.8	94.2	100.0
Centro de salud 2	Socio Cultural	Frecuencia	1	41	12	54
		Porcentaje	1.9	75.9	22.2	100.0
	Trato	Frecuencia	2	29	23	54
		Porcentaje	3.7	53.7	42.6	100.0

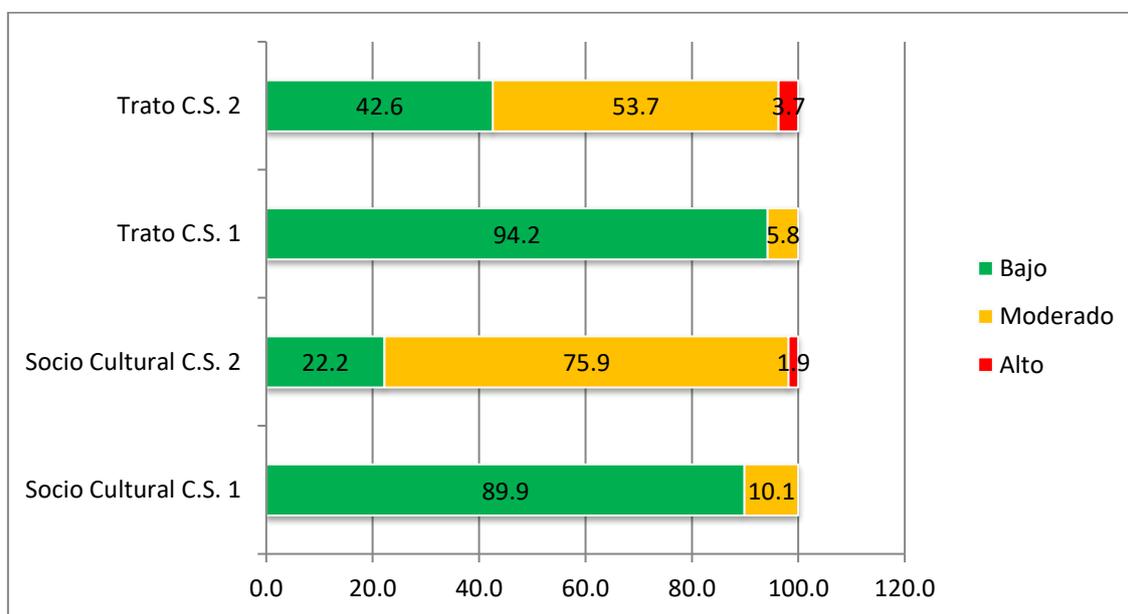


Figura 14. *Indicadores de la dimensión aceptabilidad de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018*

En la tabla 19 y figura 14 se observa que para los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un moderado nivel de barreras en los tres indicadores de la dimensión aceptabilidad, donde el 5.8% lo perciben en el indicador trato y el 10.1% en el indicador socio cultural, mientras que los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 perciben en un 3.7% un nivel alto en el indicador trato y un 1.9% en el indicador socio cultural; además que el 53.7% y el 75.9% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 perciben un nivel moderado en los indicadores trato y socio cultural, respectivamente. Se infiere que para los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del establecimiento 1 los indicadores de la dimensión aceptabilidad no significa una barrera, en cambio para el 57.4% y el 77.8% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2, los indicadores trato y socio cultural, respectivamente, representan una barrera para la dimensión aceptabilidad.

Indicadores de la dimensión Accesibilidad

Tabla 20

Indicadores de la dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

			Alto	Moderado	Bajo	Total
Centro de salud 1	Continuidad de la atención	Frecuencia	0	37	32	69
		Porcentaje	0.0	53.6	46.4	100.0
	Calidad de la atención	Frecuencia	0	0	69	69
		Porcentaje	0.0	0.0	100.0	100.0
Centro de salud 2	Continuidad de la atención	Frecuencia	17	37	0	54
		Porcentaje	31.5	68.5	0.0	100.0
	Calidad de la atención	Frecuencia	1	44	9	54
		Porcentaje	1.8	81.5	16.7	100.0

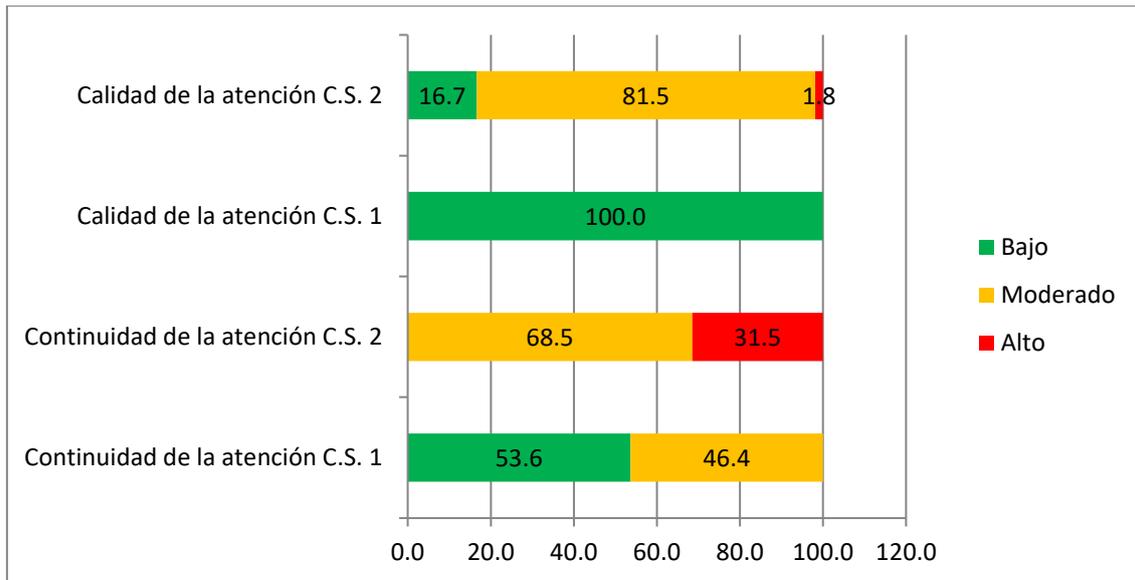


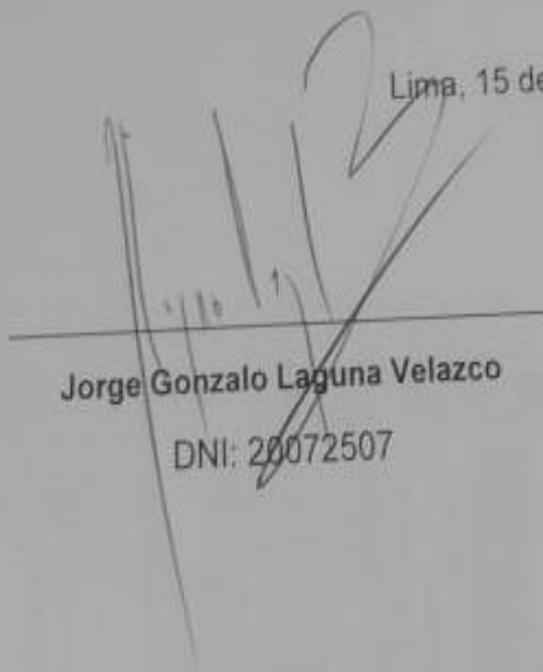
Figura 15. *Indicadores de la dimensión contacto con el servicio de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018*

En la tabla 20 y figura 15 se observa que el 46.4% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 perciben un moderado nivel de barrera en el indicador de continuidad de la atención de la dimensión contacto con el servicio, mientras que el 31.5% de los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo de centro de salud 2 percibe un nivel alto del indicador continuidad de la atención y solo el 1.8% en el indicador calidad de la atención. Se infiere que para los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 2 los indicadores de la dimensión contacto con el servicio significan un barrera de acceso que es percibido en un 83.3% en el indicador calidad de la atención y un 100% en el indicador continuidad de la atención, cabe señalar que para los usuarios del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud 1 el indicador calidad de la atención no refleja un problema, sin embargo el 46.4% perciben un problema en cuanto a la continuidad de la atención.

**ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE LOS
TRABAJOS ACADÉMICOS DE LA UCV**

Yo, Jorge Gonzalo Laguna Velazco, docente de la Escuela de Posgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado "Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018" del estudiante: Carlos Antonio Toledo Flores; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente: Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 21% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 15 de diciembre del 2018



Jorge Gonzalo Laguna Velazco

DNI: 20072507

Escuela de posgrado - Universidad Cesar Vallejo

feedback studio Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios Servicio de control de crecimiento y desarrollo de centros de

ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

Nivel de percepción de barreras de acceso de los usuarios al servicio de control de crecimiento y desarrollo de dos centros de salud, Piura-2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:
Bq Carlos Antonio Toledo Flores

ASESOR:
Dr. Jorge Gonzalo Laguna Velazco

Informe de solo texto Alta resolución

21%

Resumen del partido

Actualmente viendo fuentes estándar
Ver fuentes en inglés (Beta)

Partidos	Porcentaje
1 depace.untrtu.edu.pe Fuente de untrtu.net	2%
2 Envisado a la Universidad... Fuente de untrtu.net	2%
3 Presentado a la Univer... Fuente de untrtu.net	2%
4 www.scielo.org Fuente de scielo.org	1%
5 repositorio.umac.edu.pe Fuente de untrtu.net	1%
6 www.slideshare.net Fuente de untrtu.net	1%



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)

.....
 D.N.I. :
 Domicilio :
 Teléfono Fijo : Móvil :
 E-mail :

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :
 Escuela :
 Carrera :
 Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Grado :
 Mención :

Doctorado

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

.....

Título de la tesis:

.....

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 :

15-03-19



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:

ESCUELA DE POSGRADO

INFORME TITULADO:

NIVEL DE PERCEPCIÓN DE BARRERAS DE ACCESO DE LOS NIÑOS AL SERVICIO
DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE DOS CENTROS DE SALUD,

Piura - 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRO EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 28 DE JUNIO 2019

NOTA O MENCIÓN: APROBADO POR MAYORÍA



[Handwritten signature]

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

