



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

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

Barreras de acceso a los servicios de salud oral del Centro Poblado  
Chongoyape – Lambayeque, 2020

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTOR:**

Br. Ingrid Araceli Balboa Chagua (ORCID: 0000-0001-7295-8718)

**ASESOR:**

Dr. Joaquín Vértiz Osoreo (ORCID: 0000-0003-2774-1207)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Políticas de los Servicios de Salud

**Lima – Perú**

**2020**

**Dedicatoria:**

A Dios por darme la fuerza necesaria cada día.  
Asimismo a las personas que siempre estuvieron  
y están conmigo, guiando mis pasos,  
brindándome su apoyo, amor y sabiduría durante  
cada momento de mi vida, a mis padres  
Crescenciano y Josefa. Los amo mucho.

**Agradecimiento:**

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis:

A mi asesor el Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores, quien me guió durante la realización de esta investigación, compartiendo sus conocimientos metodológicos.

A los magísteres del juicio de expertos quienes hicieron valido mi instrumento, fundamental para la realización de este trabajo.

A mis compañeras de la Maestría Paola López y Claudia Muñoz, con quienes compartimos buenos momentos durante el periodo de estudios y brindaron apoyo para la realización de este trabajo de investigación.

Asimismo, agradezco a todos que de una u otra manera contribuyeran incentivándome en el avance de mis actividades académicas.

## **Página del Jurado**

## Declaratoria de autenticidad

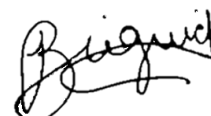
Yo, Ingrid Araceli Balboa Chagua estudiante de la Escuela de Posgrado, del programa Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; presento mi trabajo académico titulado: “Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Oral del Centro Poblado Chongoyape – Lambayeque, 2020”, en 70 folios para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la 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 establecido 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 determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 12 de Agosto del 2020

La autora



## Índice

	<b>Pág.</b>
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	vi
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
<b>I. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>II. Método</b>	<b>15</b>
2.1. Diseño de investigación	15
2.1.1 Enfoque	15
2.1.2 Método	15
2.1.3 Tipo	15
2.1.4 Diseño	15
2.2. Variables y Operacionalización	16
2.2.1 Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Oral	16
2.3. Población y muestra	17
2.3.1 Población	17
2.3.2 Muestra	18
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	18
2.4.1 Técnica	18
2.4.2 Instrumento	18
2.4.3 Validez de expertos	19
2.4.4 Confiabilidad	19
2.5 Métodos de análisis de datos	20
2.6 Aspectos éticos	21

<b>III. Resultados</b>	22
3.1 Resultados	22
<b>IV. Discusión</b>	28
<b>V. Conclusiones</b>	31
<b>VI. Recomendaciones</b>	32
<b>Referencias</b>	33
<b>Anexos</b>	39
Anexo 01: Matriz de consistencia	39
Anexo 02: Ficha técnica del instrumento para medir la Variable Barreras de Acceso a los servicios de salud oral.	41
Anexo 03: Instrumento de recolección de datos	42
Anexo 04: Certificados de validación del instrumento	44
Anexo 05: Prueba de Confiabilidad del Instrumento	48
Anexo 06: Carta solicitando permiso para aplicación de instrumento	49
Anexo 07: Constancia de aceptación para aplicación de instrumento	50
Anexo 08: Base de datos en Excel	51
Anexo 09: Vista de Variables SPSS 25	52
Anexo 10: Procesamiento de Datos en programa SPSS 25	53
Anexo 11: Acta de originalidad	55

## Índice de tablas

<b>Tabla 01:</b>	Operacionalización de la variable Barreras de acceso a los servicios de salud oral del centro poblado Chongoyape, 2020.	17
<b>Tabla 02:</b>	Validez de contenido por juicio de expertos del instrumento para medir la Variable Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Oral.	19
<b>Tabla 03:</b>	Estadístico de fiabilidad del instrumento para medir la Variable Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Oral.	20
<b>Tabla 04:</b>	Niveles de confiabilidad	20
<b>Tabla 05:</b>	Nivel de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.	22
<b>Tabla 06:</b>	Nivel de Disponibilidad a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.	23
<b>Tabla 07:</b>	Nivel de Accesibilidad a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.	24
<b>Tabla 08:</b>	Nivel de Aceptabilidad a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.	25
<b>Tabla 09:</b>	Nivel de Contacto con el Servicio de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.	26
<b>Tabla 10:</b>	Nivel de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020, de acuerdo al sexo y edad de la población.	27



## Índice de figuras

<b>Figura 01:</b>	Nivel de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.	22
<b>Figura 02:</b>	Nivel de Disponibilidad a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.	23
<b>Figura 03:</b>	Nivel de Accesibilidad a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.	24
<b>Figura 04:</b>	Nivel de Aceptabilidad a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.	25
<b>Figura 05:</b>	Nivel de Contacto con el Servicio de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.	26
<b>Figura 06:</b>	Nivel de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020, de acuerdo al sexo y edad de la población.	27

## Resumen

Un gran desafío en salud pública es la caries dental, siendo de etiología multifactorial, y entre ellos la falta de acceso oportuno a los servicios orales es considerada uno de sus factores de riesgo. Ante esta problemática el objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral que se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020.

Mediante una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo básica, nivel descriptivo, aplicando un diseño no experimental de corte transversal; se analizó una población conformada por 159 usuarios mayores de edad del Centro Poblado de Chongoyape – Lambayeque. La técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta, empleando como instrumento el cuestionario, conformado por 24 preguntas cerradas, con alternativas de respuestas de tipo dicotómicas.

Los resultados mostraron un Alto nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral representado por el 66.7%, seguido de un 27.7% que indicaron un moderado nivel y un bajo nivel representado por el 5.7% del total de las personas encuestadas del Centro Poblado Chongoyape. Asimismo, se concluyó que existe diferencia en el acceso a los servicios de salud oral entre el género femenino y masculino según el rango etario de los pobladores. Con respecto a las dimensiones analizadas, la disponibilidad, presentó a un nivel alto de barreras de acceso a los servicios de salud oral, siendo considerada la principal barrera encontrada en el estudio.

**Palabras claves:** Barreras de acceso, Servicios de Salud Oral, Disponibilidad.

## Abstract

A great challenge in public health is dental caries, being of a multifactorial etiology, and among them the lack of timely access to oral services is considered one of its risk factors. Given this problem, the objective of the present study was to determine the level of barriers to accessing oral health services that occur in the Chongoyape populated center, 2020.

Through a research with a quantitative approach, of the basic type, descriptive level, applying a non-experimental cross-sectional design; a population made up of 159 users of legal age from the Chongoyape - Lambayeque Populated Center was analyzed. The data collection technique used was the survey, using the questionnaire as an instrument, consisting of 24 closed questions, with alternative dichotomous responses.

The results showed a high level of barriers to accessing oral health services, represented by 66.7%, followed by 27.7%, which indicated a moderate level and a low level, represented by 5.7% of the total of people surveyed in the Populated Center. Chongoyape. Likewise, it was evidenced that there is a difference in access to oral health services between the female and male gender according to the age range of the inhabitants. Regarding the dimensions analyzed, availability presented a high level of barriers to accessing oral health services, being considered the main barrier found in the study.

**Keywords:** Access barriers, Oral Health Services, Availability.

## I. Introducción

Un gran desafío en salud pública a nivel bucal y mundial, es la caries dental, ya que es considerada una enfermedad crónica pero prevenible que no diferencia edad, sexo, nivel socioeconómico o cultural; problemática que aún persiste en nuestra realidad. Según los valores publicados en el estudio de carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo 2016, las enfermedades bucodentales tienen una prevalencia de 3 583 600 millones de personas a nivel mundial, siendo la caries dental el trastorno más prevalente. (Colaboradores en la incidencia y enfermedades de lesiones, 2017, p.1224)

La salud oral en la población juega un papel importante ya sea para mantener las funciones orales, alimentación, desarrollo del habla y una autoimagen positiva, sin embargo, la etiología de la caries dental es multifactorial y dentro de sus factores de riesgo, se encuentra la falta de acceso oportuno a los servicios dentales. Esta falta de acceso a la atención odontológica, se ve reflejada en un estudio realizado en el Perú, durante el 2018, mostrándose que apenas el 30,4 % de los niños y niñas menores de 12 años recibió atención odontológica, existiendo diferencia según el lugar de residencia, puesto que los residentes del área urbana 32,4% recibieron atención odontológica; mientras que en el área rural fue menor. Este estudio también mostró que el 50,3% de adultos con educación primaria o menos, recibieron información acerca de las prácticas de salud bucal, frente a un 69,7% de adultos con educación superior. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019, p.70).

En el Perú, existe gran porcentaje de peruanos que no cuentan con alguna afiliación a algún seguro de salud, lo cual limita su acceso a los servicios médicos, sin embargo a partir de la promulgación de la Ley 29344 – Ley de aseguramiento universal en salud, se crea el Seguro Integral de Salud, señalando que la salud es un derecho que debe ser brindado sin restricción alguna en todos los establecimientos públicos del país, independiente de las condiciones económicas, de raza o sexo. Con el objetivo de ofrecer protección financiera en salud a la población del Perú, con un enfoque de igualdad, eficiencia y atención en el asegurado. (Ley N.º 29344 - Ley marco de Aseguramiento Universal en Salud). A pesar de ello, aún existen limitaciones en su acceso ya sea por desconocimiento de una cultura preventiva en salud oral o por dejadez de la misma población.

Como se hizo mención, **la realidad problemática** está relacionada en referencia a la distribución espacial donde reside la población, la cual puede ser considerada como una barrera de acceso a los servicios de salud oral, situación que se ve reflejada en muchas localidades de nuestro país, ejemplo de ello es Chongoyape, distrito localizado en la

provincia de Chiclayo, departamento Lambayeque; este centro poblado cuenta con una población dedicada principalmente a la actividad agrícola, quienes presentan según informes realizados por el municipio una problemática en el ámbito de salubridad. (Municipalidad de Chongoyape, 2017. p.20) Un estudio realizado mostró que la mayoría de la población de Chongoyape no cuenta con afiliación alguna a seguro representado por un 42.88%, cuentan con afiliación al SIS 33.77%, y un 19.12% cuentan con ESSALUD, y otro tipo de seguro 3.97%. (Municipalidad de Chongoyape, 2016. p.23)

Ante el escenario expuesto, se plantea determinar qué nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral se presentan en el centro poblado Chongoyape – Lambayeque, 2020. Mediante una investigación de tipo descriptivo, se pretende resolver esta problemática que será de suma importancia para la planificación de estrategias en salud pública; como se sabe, la caries dental se encuentra dentro de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial y nuestro país no es ajeno a esta realidad, siendo el acceso a los servicios de salud uno de los factores relacionados a esta problemática, por ello el acceso oportuno de la población a los servicios de salud bucal, logrará un impacto positivo en la salud general al mejorar el bienestar y calidad de vida de la población.

En relación a la investigación, se realizaron búsquedas bibliográficas y de esta manera como **antecedentes nacionales** se consideraron las investigaciones de Hernández, Bendezu, Azañedo y Santero (2019) quienes tuvieron como objetivo señalar las diferencias socioeconómicas en el acceso a los servicios de salud bucodental en Perú antes y después de la implementación del Aseguramiento Universal en Salud. Empleando un estudio transversal analítico basado en la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza. Concluyeron que hubo un aumento en el uso de los servicios de salud oral, disminuyendo la desigualdad durante el 2004-2017, periodo que coincidió con la implementación del AUS. A pesar de ello, el uso de los servicios de salud oral continúa siendo mayor en poblaciones de mayor economía.

Azañedo, Vargas y Rojas (2019) identificaron los factores y prevalencia relacionados al uso de servicios de salud oral en adultos mayores en el 2018. Realizando un análisis de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018. Concluyeron que la prevalencia del uso de servicios de salud oral en los adultos mayores fue baja, entre sus causas se asociaron el lugar de residencia, afiliación a un seguro de salud, nivel educativo, ubicación geográfica y quintiles de bienestar.

Por otro lado Mansilla (2018) determinó el acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años en Perú, utilizando como base de datos la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Los resultados mostraron que el acceso a los servicios de salud odontológicos a nivel nacional fue de 46.0 %, asimismo los niños de zona urbana tienen mayor acceso que los de zona rural, siendo la costa con mayor acceso. Concluyó que la mayoría de niños de 0 a 11 años no tuvieron acceso a los servicios de salud odontológicos durante los periodos estudiados. Asimismo, Gonzales (2018) determinó el nivel de barreras de acceso a servicios de salud odontológicos en niños menores de 4 años en un centro de salud en el 2017, realizando una investigación de enfoque cuantitativo y nivel descriptivo concluyó que la mayoría de usuarios perciben que las barreras de acceso a los servicios odontológicos son altas, siendo la accesibilidad la principal barrera encontrada en su población.

Azañedo, Hernandez, Casas y Agudelo (2017) evaluaron los factores que influyen el acceso a los servicios de salud bucal en menores de 12 analizando la Encuesta de Demografía y Salud Familiar 2014-2015. Concluyeron que el nivel de riqueza, el nivel educativo de los apoderados, residencia, edad y tipo de seguro de salud son factores que determinan el acceso a los servicios de salud oral entre los niños menores de 12 años en Perú. Muñoz (2017) describió el nivel de barreras de acceso al servicio de salud bucal percibido por los pacientes de un centro materno infantil en el 2017. Mediante una investigación descriptiva y de enfoque cuantitativo concluyó que los usuarios señalan como barrera de acceso de nivel moderado la atención recibida y en relación a sus dimensiones estudiadas, la disponibilidad presentó el nivel más bajo, después la aceptabilidad, accesibilidad y contacto con el servicio.

Hernandez, *et al.* (2016) investigaron los patrones de acceso a servicios de salud dental en menores de doce años, mediante un análisis exploratorio espacial según regiones a nivel nacional, lugar de residencia y tipo de servicio de salud. Los resultados expusieron que menos de la mitad de la muestra mostró acceso a los servicios de salud dental en los últimos seis meses. Concluyeron que existe bajo acceso a los servicios de salud dental para la población menor de 12 años en Perú.

Asimismo, estudios a **nivel internacional**, como la investigación realizada por Treloar, Bishop, Dodd y Macchion (2020) examinaron la perspectiva de una población desatendida sobre la importancia del cuidado dental y las barreras que enfrentan para recibir tratamiento. Sus resultados indicaron que la mayoría de pacientes presentan dificultad financiera, que mejoro en parte con la implementación de la compensación

económica en esta población, sin embargo aún se presentaba ausencia en la continuidad de citas por lo que se sugirió realizar una mejor recopilación de datos para conocer más de las verdaderas barreras para el cuidado dental.

En busca de soluciones a estas barreras, la investigación de Kohli, Howk, y Davis (2020) identificaron las percepciones de las personas mayores afroamericanas sobre las barreras y posibles soluciones para su cuidado dental, concluyendo como principales barreras el costo y la urgencia dental percibida, independiente de la cobertura del seguro, planteando soluciones para mejorar la atención en salud bucal que son, atención dental asequible, intervención temprana, campañas dentales y educación en salud bucal pueden ayudar a abordar las barreras clave y reducir las limitaciones en salud oral que enfrentan los afroamericanos.

Neha, Reddy, Verma y Shankar (2019) evaluaron el estado de la dentición, lesiones orales y estado periodontal de los pacientes, en relación al nivel de barreras de acceso de la población en la utilización de los servicios de salud oral de la facultad de odontología en Lucknow. Concluyeron que existe alta prevalencia de caries dental y que la barrera más importante fue el costo, seguido de la distancia del centro de salud y la aceptabilidad, es decir las percepciones individuales hacia los servicios de salud.

Gopalakrishnan, Kahu, Jones, Brunton (2019) determinaron el acceso y barreras a la atención de salud bucal en adultos mayores que viven en hogares de reposo. Mediante un estudio exploratorio utilizando métodos descriptivos cualitativos y por medio de entrevistas a los gerentes de los hogares de reposo en una región de Nueva Zelanda, obtuvieron como resultados que las barreras para acceder a la atención incluyen la programación de citas, disponibilidad de personal y transporte. Concluyeron que existen barreras para la atención dental, siendo el financiamiento uno de los principales motivos. Momeni, Sargeran, Yazdani, Shahbazi (2019) identificaron las percepciones de las madres iraníes en relación a las barreras para preservar y mejorar la salud oral de sus hijos. Por medio de un estudio cualitativo y exploratorio se realizaron entrevistas semiestructuradas para obtener la información. Concluyeron que las principales barreras para la atención de la salud oral fueron el miedo y el costo de los tratamientos dentales, sugiriendo que deben diseñarse programas para aumentar el acceso de los niños a los servicios dentales.

Ahmed, Bukhari, Aslam, Irfan, Fatima y Ali. (2019) evaluaron las barreras en el acceso y utilización de los servicios de atención dental en la población de Karachi, Pakistan. Por medio de un estudio transversal y empleo de un cuestionario

semiestructurado. Concluyeron que se deben formular políticas con el propósito de incluir los servicios dentales en el sistema de atención primario de salud, proporcionando servicios a un costo accesible que aborden y eliminen las barreras encontradas, las cuales fueron el financiero, social y con el paciente.

Mediante la investigación realizada por Forjanič, Dermol y Prevolnik (2019) identificaron los factores de accesibilidad de los servicios dentales en Eslovenia, sus resultados mostraron que los factores más importantes para garantizar el acceso adecuado a la salud dental es el financiero y la organización, debido a la falta de personal adecuado, seguro médico insuficiente y el pago de los servicios lo que ocasiona un acceso poco óptimo.

Hassan, Elashry, Mohamed y El-Gilany (2018) evaluaron las barreras que afectan el uso de los servicios de salud dental en los adultos mayores que acudían a clínicas geriátricas ambulatorias del hospital médico especializado, Universidad de Mansoura y el hospital general, Ministerio de Salud. Concluyeron que el costo de la atención dental, falta de conciencia sobre prevención dental, miedo a procedimientos dentales, transporte y la larga distancia son las principales barreras para el acceso a los servicios dentales en la población adulta mayor.

Escalante y Escobar (2018) identificaron las barreras de acceso a la atención primaria en salud en hombres mayores de 18 a 60 años, mediante un diseño observacional analítico, cohorte retrospectiva, identificaron las barreras sociales y organizacionales, concluyendo que la exposición de ser hombres hace una diferencia respecto a las mujeres en el acceso al servicio de salud, además que el estado civil, nivel educativo y tipo de administrativo son barreras para el acceso al servicio de salud.

Da Fonseca (2018) aplicó un método multivariado para clasificar los municipios de acuerdo al acceso a la salud oral en adultos por medio de un estudio epidemiológico transversal y aplicación de una encuesta epidemiológica de las Condiciones de Salud Oral de la Población del Estado de São Paulo (SBSP-2015) con la participación de 161 municipios en el 2015. Concluyó que el tiempo transcurrido desde la última visita al dentista es variable en la población y algunos de ellos varían de acuerdo a la localización del municipio.

En la investigación realizada por Dho (2018), analizó los factores relacionados a la utilización de servicios odontológicos en adultos de Argentina, empleando un estudio transversal, obtuvo como resultados que la cobertura social odontológica, nivel socioeconómico, percepción y conocimientos sobre salud bucal y hábitos de higiene bucal se asociaron a la utilización de servicios odontológicos en los últimos 12 meses, concluyendo



que deben implementarse estrategias para aumentar este acceso con fines de prevención en todos los usuarios, fundamentalmente en los menos favorecidos.

Almutlaqah, Baseer, Ingle, Assery y Al Khadhari (2018) estudiaron los problemas de acceso a la atención dental en adultos en la ciudad de Abha en Arabia Saudita. Por medio de una encuesta descriptiva transversal, concluyeron que el acceso y el cuidado dental están influenciados por muchas barreras, entre ellas el costo y la falta de tiempo. El acceso a la atención dental está relacionado con la educación e ingresos económicos, asimismo los problemas de ingresos y transporte influyen en el uso de servicios dentales privados. El lugar de residencia, transporte, problemas de salud y dificultad para moverse son múltiples barreras para acceder a los servicios dentales.

Aarabi, Reissmann, Seedorf, Becher, Heydecke y Kofahl (2018) compararon la salud oral, las barreras de acceso al cuidado dental, el comportamiento de la salud oral y el comportamiento de la higiene oral de los residentes alemanes con y sin antecedentes de inmigración. Mediante un estudio exploratorio transversal, se realizaron evaluaciones odontológicas y encuestas. Concluyeron que los migrantes alemanes tienen mayor necesidad de tratamiento debido a una mala higiene bucal y poco acceso a los servicios de atención dental. Por ende, los programas de prevención deben ser dirigidos a mejorar la salud bucal.

Aljabri, Gadibalban, Kalboush, Sadek y Abed (2018) evaluaron las barreras para los pacientes con enfermedades mentales que reciben atención dental en la ciudad de Makkah, Arabia Saudita. Por medio de un estudio transversal de 3 meses, concluyeron que la ansiedad dental es la principal barrera para el cuidado dental, seguida por el costo de los tratamientos dentales y la accesibilidad.

Rocha, Coelho, Rodrigues, Bezerra, Angeiras y Leite (2017) evaluaron el acceso a los servicios de salud bucal y factores asociados en áreas cobiertas por la Estrategia de salud familiar. Entre los resultados obtenidos, los analfabetos y las personas con educación primaria se relacionaron con una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud bucal. Se concluyó que más de la mitad de la muestra tenía acceso a servicios de salud bucal el cual dependía de la edad, educación y dolor dental en los últimos seis meses.

Hemani, Rauf, Noori y Faisal (2017) determinaron las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud oral de comunidades socioeconómicas bajas en Karachi - Pakistan. Empleando una encuesta transversal sobre la salud oral para evaluar factores personales y ambientales que influyen en el acceso al servicio de salud oral, concluyeron que en la población de bajo nivel socioeconómico, la educación y distancia son factores que

limitan el acceso a la atención de salud oral, siendo el factor financiero el que ocasiona las restricciones. Asimismo, Caicedo y Estrada (2016) mediante un estudio de corte transversal, determinaron las barreras geográficas de acceso a salud oral midiendo la distancia y tiempo, identificaron el tiempo de viaje empleado en el desplazamiento de un municipio hasta la capital utilizando diferentes medios de transporte, los resultados mostraron que el tiempo de viaje y medio de transporte son consideradas barrera de acceso a salud.

Mediante los estudios presentados tanto nacionales como internacionales, se comprueba en que países en vías de desarrollo como el Perú, uno de los problemas más significativos, es la pobreza y las inequidades sociales en amplios segmentos de la población, lo cual genera barreras en el acceso a la salud. En relación al estudio, es importante desarrollar la **teoría de la variable barreras de acceso a los servicios de salud oral**. Según la Real Academia Española, las barreras son definidas como un obstáculo, impedimento entre una cosa y otra. (Real Academia Española, 2014) Asimismo, múltiples estudios teóricos se han empleado para definir acceso, relacionándolo con el uso de los servicios de salud. Según el Diccionario discursivo del cuidado de la salud, el acceso es la capacidad de obtener atención médica, tiene componentes geográficos, financieros, sociales, étnicos y psicológicos que son difíciles de definir operacionalmente en medicina. Si bien es cierto, el acceso depende del tipo de sistema de salud de cada país y el contexto local; sin embargo, para permitir el acceso a la atención médica, el servicio de salud debe satisfacer las necesidades del usuario, estar disponible y ser apropiado para la población. (Da Rosa, S. et al. 2020, p. 2) Caballero *et. al.* (2017) explican que el acceso a los servicios de salud resulta ser un proceso de interacción entre usuarios y proveedores, surgiendo de una necesidad y resuelto por medio de la utilización de los servicios, logrando ser medida en odontología a través del número de visitas anuales al consultorio dental, sin embargo no resulta fácil de medir en su totalidad debido a que no incluye la calidad de los servicios recibida ni los factores que surgen para acceder. (Caballero C. *et al.* 2017, p.58) Asimismo, investigaciones sobre el uso de servicios dentales ha sido relacionado con factores los sociodemográficos, siendo menor su utilización en personas más jóvenes (21–35 años) y con niveles socioeconómicos más bajo. En niños, el uso de servicios dentales es mayor cuando los padres tienen educación superior y mejor percepción sobre la salud oral, incluida la atención preventiva e integral en lugar de solo el tratamiento de emergencia. (Karam, I., Jaffa, M., Ghafari J. 2020)

La mayoría de investigaciones sobre barreras, manifiestan que a nivel individual, la accesibilidad es el principal problema en personas de bajo nivel socioeconómico, esta barrera manifestada financieramente incluye el costo directo del servicio y los costos indirectos, viéndose agravado por la falta de disponibilidad de los servicios impidiendo satisfacer las necesidades de los grupos vulnerables. Dentro de la accesibilidad, los bajos niveles de alfabetización en salud oral para muchos grupos, resulta un factor también a considerar. (El-Yousfi, S., Jones, K., White, S., Marshman, Z. 2019, p. 145).

De acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos el acceso a los servicios de salud es un derecho elemental de la humanidad, siendo universal y libre de barreras. Por este motivo, se reformularon algunos sistemas de salud con la finalidad de lograr una cobertura universal, contribuyendo con la equidad y justicia social en salud. Sin embargo, la falta de planificación de las acciones en salud y los bajos recursos de financiamiento conllevan a un retroceso para las propuestas mencionadas, aumentando las barreras de accesibilidad. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

El acceso a la atención de la salud bucal es una preocupación importante que afecta todos los aspectos de la atención médica. La falta de conciencia, conocimiento, costo, profesionales poco calificados, instalaciones limitadas y opciones de tratamiento son factores que determinan la provisión de servicios dentales e influyen igualmente en el acceso a la atención de salud bucal. (Uguru, N., Onwujekwe, O., Ugochukwu, U., Uguru, C. 2020, p.12)

Como se hizo mención anteriormente, muchos de los programas de salud en los gobiernos tienen el objetivo de mejorar el acceso a la atención en grupos específicos así como la igualdad de acceso en toda la población. El acceso también es una función de la disponibilidad de servicios de salud y su aceptabilidad. En la práctica, el acceso, la disponibilidad y la aceptabilidad, describen colectivamente las cosas que determinan la atención en las personas. (Subcomité de Salud y Medio Ambiente, 1976, p.5) De igual forma, la Organización Panamericana de la Salud, define que el acceso es la disponibilidad completa de los servicios de salud, apropiados, oportunos y de calidad, asimismo, considera preferencias culturales y étnicas, habilidad lingüística y sensibilidad en materia de género, relacionándolas con las necesidades de la población definida. Del mismo modo los servicios tienen como finalidad, promover salud, prevenir enfermedades y brindar atención de calidad que comprenda el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y los cuidados paliativos correspondientes. (Organización Panamericana de la Salud, 2017) Otros

conceptos refieren al acceso como la capacidad del interesado para recibir atención de salud según su necesidad, siendo un principio importante a considerar el vínculo que se forma entre los sujetos y los servicios de salud. Por tal motivo, cuando se encuentran problemas en el acceso, resulta necesario la remoción de barreras que lo limitan. (Batista D, Vázquez, V., Da Costa, C., López O, 2019, p.4)

Por otro lado, en el Diccionario discursivo del cuidado de la salud, definimos servicio como una unidad de asistencia sanitaria. Aunque no exista un término estándar para una sola unidad de atención médica, tanto el servicio de salud como el procedimiento medico son utilizados cuando nos referimos a unidades de atención médica. (Subcomité de Salud y Medio Ambiente, 1976, p.146)

Es en el proceso del acceso a los servicios de salud oral, donde ocurren simultáneamente múltiples barreras, como barreras externas que incluyen los altos costos asociados al cuidado dental, falta de seguro dental, poca y mala distribución de odontólogos, insuficiente capacitación profesional, complejo sistema de salud bucal, entre otros. Del mismo modo, existen barreras internas, como el poco conocimiento en salud oral; miedo y ansiedad asociados a la atención dental. Tanto las barreras externas como internas se complican aún más por problemas con el transporte, el cuidado de los niños, la modalidad del trabajo, programación de atención entre otros. (Bersell C. 2017, p.6.)

Múltiples modelos han sido empleados en el estudio del acceso a la atención de salud, ejemplo de ellos fue el desarrollado sobre el concepto de accesibilidad, por Donabedian, explicando la accesibilidad como un factor entre la capacidad de producir servicios y el consumo de los mismos. (Donabedian, 1973) La accesibilidad no solo es la disponibilidad del recurso en un determinado lugar y momento, también implica las características del recurso que facilitan o dificultan en su uso, por ello se puede definir como el equilibrio entre las características de la población y de los recursos, siendo el último uno de los factores que influyen en la calidad de atención. Donabedian diferencia dos dimensiones de la accesibilidad: la geográfica, relacionada con el espacio y medida por la distancia, tiempo, costo del viaje, entre otros; la socio – organizativa, relacionada con las características restantes de la oferta de servicio; las cuales de forma individual o juntas pueden ser facilitadoras o barreras de la atención en salud. (Mogollon A. 2009, p.137)

Por otro lado, Penchasky y Thomas (1981), señalaron que el acceso es la relación entre las características de producción de un servicio con las de los usuarios y sus necesidades, estableciendo su influencia en el uso de los servicios de salud. Para los autores

mencionados, el acceso implica las siguientes dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, adaptación y aceptabilidad, las cuales se encuentran relacionadas entre sí. La disponibilidad es la relación entre el volumen y tipo de servicios o tipo de necesidades de los usuarios; la accesibilidad entre la forma de organización de los recursos para la atención de los pacientes, es decir, citas, horarios, etc., con la capacidad de los usuarios para adaptarse a estas organizaciones; la asequibilidad, relacionada con el costo de los servicio, renta, pagos y afiliación a un seguro; la aceptabilidad o actitud de los pacientes acerca del personal de salud y sus prácticas en la atención. (Mogollon A., 2009, p. 138) De la misma manera, Frenk (1985) plantea el análisis de la accesibilidad en base a los factores que crean resistencia en la atención, relacionándolos con características de oferta, factores que dan poder al acceso en la atención y la población; para ello los clasifico en obstáculos ecológicos, como la distancia y tiempo de movilidad; financieros, es decir los costos; y organizativos, relacionados con la recepción del paciente en la atención. (Mogollon A., 2009, p.139) Con la finalidad de proveer una medición del acceso a la atención médica, Andersen, inicialmente evaluó los recursos disponibles en la atención medica llevándolos al análisis del acceso potencial y al uso de los servicios de salud como, acceso real; este modelo fue empleado para medir la utilización de los servicios de salud a nivel primario, hospitalario y también en los servicios odontológicos. El acceso es equitativo cuando la utilización de los servicios de salud se establezca según las necesidades de atención sin evidencia de diferencias. Por otro lado, el acceso es inequitativo cuando los factores son diferentes a la necesidad, como la estructura social, ocupación, etnias, tipo de aseguramiento y recursos de la población. (Andersen, 1995) El mismo modelo fue evaluado e incorporaron nuevos conceptos: acceso efectivo, cuando la utilización mejora el estado de salud de los usuarios o logra su satisfacción por medio de los servicios; y el acceso eficiente, que se obtiene cuando se incrementa el nivel de salud o satisfacción de los servicios realizados. (Mogollon A., 2009, p.143)

De acuerdo a los modelos teóricos presentados anteriormente, acceder a la atención médica depende de la oferta del sistema de salud con las necesidades de salud. Tanahashi (1978) emplea esta definición en su “Modelo de Cobertura Efectiva”, explicando que en el proceso de acceso interactúan factores específicos de la provisión de servicios y de la población, siendo influenciado por las características del sistema de salud, recursos y capacidades de la población para identificar necesidades y buscar atención. Asimismo, el modelo analiza la equidad en el acceso a la atención médica, favoreciendo la identificación

de usuarios insatisfechos e identifica las barreras así como los factores que obstaculizan o favorecen el logro de la cobertura en la población. Este modelo implica cuatro etapas que surgen en el proceso de acceder a la cobertura efectiva, las cuales son consideradas las **dimensiones de la variable del estudio** desarrollado: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con el servicio y cobertura efectiva. (Hirmas M., Poffald L., Jasmen A., Aguilera X., Delgado I., Vega J., 2013, p. 294) La **primera dimensión es la disponibilidad**, la cual requiere de recursos para proveer el servicio, como los servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, insumos, equipos, infraestructura e información; que en algunas ocasiones limitan la capacidad máxima del servicio, específicamente en la cantidad a ofrecer a la población objetivo. Así todos los recursos necesarios se encuentren disponibles, el servicio debe ser alcanzable para que las personas puedan beneficiarse y hacer uso de ello, es por eso que esta **segunda dimensión es la accesibilidad**; la cual no solo se refiere a la física, como la distancia, tiempo de transporte, sino también a la organizacional la cual se desarrolla según los requisitos administrativos para la atención, y financiera por parte del usuario, a nivel de su gasto de bolsillo, pérdida de horas laborales y costo de movilidad. (Tanahashi T. 1978, p.296, 297) La disponibilidad limitada de centros de salud especializados, especialmente en áreas rurales, y su insuficiente accesibilidad financiera y geográfica, así como la falta de flexibilidad en la programación de citas debido a horarios de apertura restringidos, pueden actuar como barreras. (Kohlenbergera, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., Landesmann, M. 2019, p. 834) **La tercera dimensión es la aceptabilidad**, la cual depende de la percepción de la población, el cual puede estar influenciada por factores sociales, económicos, culturales, etc., así el servicio sea accesible debe ser aceptable para que los usuarios no busquen una atención alternativa a la prestación del servicio. **La cuarta dimensión es el contacto con el servicio**, el cual surge entre el usuario y el proveedor del servicio. Estudiada en la continuidad del usuario a la atención y la calidad recibida. Por último la cobertura efectiva, el cual se evalúa según el desempeño del servicio, como satisfactorio o no por parte del usuario, al lograr resolver su problema de salud u obtención de un servicio eficaz. (Tanahashi T. 1978, p.296, 297) Es importante considerar que la medición de la satisfacción del paciente se evalúa mediante la calidad general de atención médica recibida. En relación a los servicios de la salud oral, la satisfacción del paciente puede ayudar a localizar las fortalezas y debilidades de los servicios dentales, ayudando a elevar la calidad del tratamiento y mejor planificación futura del usuario. (Ali D. 2016, p. 309)

Es en las distintas fases del modelo donde surgen diversas barreras al no lograrse el contacto con los servicios, ocurriendo frecuentemente en poblaciones vulnerables. Múltiples investigaciones muestran que las dificultades económicas afectan negativamente la calidad de la salud bucal al presentarse como una barrera para acceder a los servicios, ocasionando una mala salud bucal que puede afectar negativamente la salud en general, del mismo modo, aún los usuarios continúan manifestando un fuerte componente psicológico asociado con el temor para recibir cuidado dental. (Fiorillo L. 2019, p.2)

Es especialmente el acceso a los servicios de salud oral, donde las enfermedades bucodentales tienen alto impacto en la población, sociedad, sistemas de salud y economía. Una de las principales barreras en los servicios de salud dental es la accesibilidad, debido a que la mayor parte de los costos del tratamiento son financiados por el paciente. A pesar de que en muchos gobiernos, se ha ampliado la cobertura de seguros y mejorado la disponibilidad a los servicios de salud oral, estas acciones no reducirán por sí solas las desigualdades en el acceso, ya que también depende de que los usuarios sean conscientes de mantener una buena salud oral y existan programas que afronten ampliamente los determinantes de la salud. (Federación Dental Internacional, 2015, p.56)

Si relacionamos el rango de edad de los usuarios con el acceso a los servicios de salud, investigaciones demuestran que los adultos entre 19 a 64 años presentan más probabilidades de enfrentar barreras financieras para la atención dental comparado con la atención médica, existiendo la necesidad de revertir esta tendencia para mejorar el acceso a la atención de la salud bucal para adultos, promoviendo una mayor cobertura de tratamientos, optimización de recursos físicos y humanos, con profesionales que promuevan servicios de calidad. (Northridge, M., Kumar, A., Kaur R. 2020, p.526)

Uno de los principales puntos a analizar sobre el acceso a los servicios de salud es determinar si la atención es efectiva y oportuna para los usuarios, por ello se tiene que trascender del concepto de "acceso" como entrada al sistema y estudiar el contenido y resultado de la atención, con respecto a la calidad e impacto en la satisfacción de las necesidades de los usuarios, aspectos que no son considerados. Lo que se espera lograr con el acceso es una atención médica racional, que fomente beneficios en la salud y bienestar en los usuarios. Por ello es fundamental evaluar si los usuarios son capaces de obtener la atención necesaria estando dentro del sistema de salud y durante su continuación a lo largo del tratamiento de la enfermedad. Por tal motivo, una vez producida la utilización del servicio es preciso estudiar el contenido y resultado del mismo, en otras palabras, la calidad

de la atención. (Fuentes S, 2017, p. 276) En relación a las barreras de acceso a los servicios de salud oral estas se relacionan a muchos factores, principalmente a la falta o nula información educativa bucal, como sabemos el ser humano es creador de su realidad social, es decir su cultura, así como de sus oportunidades y sus problemas, en ese sentido, el proceso salud enfermedad responde a un modelo causal, donde el acceso oportuno a los servicios de atención juega a favor de mantener sano al individuo.

Las respuestas actuales del sistema de salud y salud pública son en gran medida inadecuadas, costosas e inequitativas, limitando a miles de millones de personas al acceso incluso de la atención básica de salud bucal. El camino hacia la cobertura universal de salud oral requiere un apoyo político sostenido y concertado con la participación de todos los interesados, incluidos los pacientes y las comunidades. Lograr tal objetivo requiere un liderazgo audaz, evidencia sólida de la efectividad de la intervención, políticas innovadoras y apertura a una agenda de cambio global en todos los niveles. (Watt, R. et al. 2019, p.269)

Por todo lo expuesto, **el problema general** a desarrollar en la investigación es: ¿Qué nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020? Como **problemas específicos** de la investigación, **el primero** ¿Qué nivel de disponibilidad de acceso a los servicios de salud oral se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020?; **segundo** ¿Qué nivel de accesibilidad de acceso a los servicios de salud oral se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020?; **tercero** ¿Qué nivel de aceptabilidad de acceso a los servicios de salud oral se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020? y **cuarto** ¿Qué nivel de contacto con el servicio se presenta en el acceso a los servicios de salud oral en el centro poblado Chongoyape, 2020?

Asimismo, el presente trabajo se **justifica teóricamente** con la revisión bibliográfica encontrada en base a los antecedentes de investigación, los mismos que resumen información tanto a nivel nacional como internacional, los cuales serán comparados con los resultados obtenidos en la investigación, demostrando que las barreras de acceso a la salud oral resultan ser una problemática de salud pública. Sin embargo, en países en vías de desarrollo como el nuestro, uno de los problemas más significativos, es la pobreza y las inequidades sociales en amplios segmentos de la población, lo cual genera barreras en el acceso a la salud. En relación a las barreras de acceso a los servicios de salud oral estas se relacionan a muchos factores, principalmente a la falta o nula información educativa bucal, como sabemos el ser humano es creador de su realidad social, es decir su cultura, así como de sus oportunidades y sus problemas, en tal sentido, el proceso salud enfermedad responde a un modelo causal,



donde el acceso oportuno a los servicios de atención juega un importante papel al mantener sano al individuo.

Por otra parte, en lo que respecta a la **justificación práctica**, este trabajo aportara indicadores que deberán ser evaluados e incluidos dentro de estrategias a nivel de salud pública para facilitar el acceso oportuno a los servicios de salud oral, los cuales no deberían solo limitarse al área en la cual se realiza nuestra investigación sino también a nivel regional dentro de nuestro país ya que la salud oral en la población juega un papel importante tanto para mantener las funciones orales, alimentación, desarrollo del habla y una autoimagen positiva, por ello el acceso oportuno a los servicios de salud oral relacionado con el fortalecimiento de la educación y promoción de hábitos orales saludables resulta ser una estrategia practica en salud que debe ser aplicada a nivel poblacional.

Finalmente, en lo referente a la **justificación metodológica**, la información obtenida será de gran utilidad para el personal de salud, dedicados a la gestión en servicios de salud, quienes contarán con mayor evidencia para implementar medidas que conlleven a disminuir la incidencia en morbilidad a nivel de salud oral ya que se requiere introducir nuevas estrategias y programas de salud bucal en la población peruana, con el objetivo de cerrar la brecha mediada actualmente por las inequidades sociales. Asimismo, esta investigación ayudará a futuros investigadores a continuar estudiando esta problemática social, planteando nuevos instrumentos de recolección de datos y promoviendo nuevas alternativas de solución para disminuir estas barreras que persisten aun en nuestra sociedad.

Por todo lo expuesto, el **objetivo general** a desarrollar en la investigación es Determinar el nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral que se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020. Asimismo, como como **objetivos específicos: el primero** Determinar el nivel de disponibilidad de acceso a los servicios de salud oral que se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020; **el segundo** Determinar nivel de accesibilidad de acceso a los servicios de salud oral que se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020; **el tercero** Determinar el nivel de aceptabilidad de acceso a los servicios de salud oral que se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020 y **el cuarto** Determinar el nivel de contacto con el servicio se presenta en el acceso a los servicios de salud oral en el centro poblado Chongoyape, 2020.

## II. Método

### 2.1 Diseño de investigación

#### 2.1.1 Enfoque

El enfoque de investigación empleado fue el **cuantitativo**, ya que por medio de la recolección de datos se obtuvo información con la finalidad de realizar la medición y hallar los rangos de las barreras de acceso a los servicios de salud, viendo de esta manera con que magnitud ocurren aportando a la teoría señalada en el marco teórico, ya que el objetivo de la investigación fue la comprobar las teorías para lo cual se utilizó la lógica o razonamiento deductivo. (Hernández R., Mendoza C., 2018)

#### 2.1.2 Método

En el trabajo de investigación, el método empleado fue el **descriptivo**, debido a que se encargó de detallar las propiedades y características importantes del problema analizado. Describiendo las tendencias de la población estudiada.” (Hernández R., Mendoza C., 2018)

#### 2.1.3 Tipo

Según el tipo de investigación, es **básica**, ya que las conclusiones obtenidas contribuirán a generar conocimientos. Según su nivel, es **descriptivo** ya que pretende especificar propiedades y características del problema analizado, describiendo las tendencias de la población estudiada. (Hernández R., Mendoza C., 2018)

#### 2.1.4 Diseño

El diseño de investigación empleado es el **no experimental**, debido a que se realizó sin manipulación de variables, observando los fenómenos en su contexto natural para luego ser analizados.

Los estudios no experimentales no generan ninguna situación; sino, observan las ya existentes, sin ser provocadas intencionalmente por el investigador. En cuanto al alcance temporal, el estudio tiene **diseño transversal o transeccional**, ya que la información recolectada se realiza en un solo momento, en un tiempo determinado. (Hernández R., Mendoza C., 2018)

## **2.2 Variables y operacionalización**

### **2.2.1 Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Oral**

#### **Definición conceptual**

La presente investigación cuenta con una sola variable de estudio, barreras de acceso a los servicios de salud oral, la cual es de naturaleza cualitativa, con una escala de medición ordinal, debido a que presenta un orden en su categoría de clasificación de acuerdo a los rangos establecidos. Para poder realizar la medición de la variable mencionada, a investigación tiene un enfoque cuantitativo, descrito anteriormente en el diseño de investigación. (Hernández R., Mendoza C., 2018)

Conceptualmente, las barreras de acceso son el conjunto de factores que se interponen para impedir, retrasar o no prestar servicios a los usuarios. (Rodríguez J., Rodríguez D., Barona J., 2015, p.1948)

Para poder realizar la medición de la variable barreras de acceso, se establecieron cuatro dimensiones, siguiendo el modelo propuesto por Tanahashi (1978) que son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio, cada uno con sus respectivos indicadores e Ítems de medición, para lo cual se empleó un instrumento de tipo cuestionario conformado por 24 preguntas, las cuales fueron distribuidas para cada indicador, para las respuestas se empleó una escala de tipo Dicotómica y los rangos establecidos para la variable estudiada fueron: barreras de alto rango: de 41-48, moderado de 32-40 y bajo de 24-31.

Tabla 01

*Operacionalización de la variable Barreras de acceso a los servicios de salud oral del centro poblado Chongoyape, 2020*

DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA	NIVELES / RANGOS	
<b>Disponibilidad</b>	Recursos físicos	1,2,3		Alto (9-10)	
	Recursos Humanos	4,5	Si (1) No (2)	Moderado (7-8) Bajo (5-6)	
	Financiera	6, 7		Alto (12-14)	
<b>Accesibilidad</b>	Localización	8, 9	Si (1) No (2)	Moderado (10-11) Bajo (7-9)	
	Organizacional	10,11, 12		Alto (12-14)	
	Sociocultural	13, 14, 15, 16	Si (1) No (2)	Moderado (10-11) Bajo (7-9)	
<b>Trato recibido</b>	Trato recibido	17, 18, 19		Alto (12-14)	
	Continuidad en el servicio	20,21,22		Alto (9-10) Moderado (7-8)	
	Calidad de atención	23, 24	Si (1) No (2)	Moderado (7-8) Bajo (5-6)	

## 2.3 Población y muestra

### 2.3.1 Población

La población está conformada por 270 personas que residen en el Centro Poblado de Chongoyape – Lambayeque.

Dentro de los criterios de inclusión, participaron usuarios mayores de edad (18 años a más) tanto mujeres como varones que acceden a los servicios de salud oral de los centros de salud en Chongoyape, usuarios que reciben o han recibido atención dental, y que acepten participar de manera voluntaria y bajo su consentimiento en la investigación.

Como criterios de exclusión, se consideraron a usuarios menores de 18 años de edad, que no deseen participar de la investigación y que no hayan acudido a los centros de salud en Chongoyape, con la finalidad de acceder a los servicios de salud oral.

### 2.3.2 Muestra

La muestra está conforma por 159 personas, cifra para la cual se empleó la Calculadora de Muestras, con un margen de error del 5%.

La determinación de la muestra fue Probabilística, ya que todos los pobladores tuvieron las mismas oportunidades para ser seleccionados, es decir, se conformó una muestra aleatoria simple.



#### Calculadora de Muestras

Margen de error:

Nivel de confianza:

Tamaño de Poblacion:

**Margen: 5%**  
**Nivel de confianza: 95%**  
**Poblacion: 270**

**Tamaño de muestra: 159**

#### Ecuacion Estadística para Proporciones poblacionales

n= Tamaño de la muestra  
Z= Nivel de confianza deseado  
p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)  
q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)  
e= Nivel de error dispuesto a cometer  
N= Tamaño de la población

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Fuente: [https://www.corporacionaem.com/tools/calc\\_muestras.php](https://www.corporacionaem.com/tools/calc_muestras.php)

## 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

### 2.4.1 Técnica

La técnica de recolección de datos utilizada para estudiar la variable Barreras de acceso a los servicios de salud oral fue la encuesta.

### 2.4.2 Instrumento

Se empleó como instrumento para medir la variable de investigación, el cuestionario, conformado por 24 preguntas objetivas y comprensibles para los sujetos encuestados, preguntas basadas en las cuatro dimensiones de la variable en cuestión. Se emplearon

preguntas cerradas, con respuestas dicotómicas, es decir solo dos alternativas de respuesta SI o NO.

### 2.4.3 Validez de expertos

La validez del instrumento utilizado fue determinada por medio del juicio de expertos; elaborando previamente el cuestionario para la recolección de datos, el cual fue adaptado por el investigador, compuesto por 24 preguntas en relación a las cuatro dimensiones de la variable estudiada, cada pregunta con dos alternativas como respuesta y un puntaje de 1 a 48. El instrumento fue sometido a la revisión de tres jueces, quienes catalogaron al instrumento como pertinente, relevante y claro, apto para ser aplicado, información que puede ser ratificada en los anexos del presente estudio.

Tabla 02

*Validez de contenido por juicio de expertos del instrumento para medir la Variable Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Oral.*

<b>Experto</b>	<b>Grado académico</b>	<b>Nombres y apellidos del experto</b>	<b>Dictamen</b>
<b>Juez 1</b>	Doctora	Juana Yris Diaz Mujica	Aplicable
<b>Juez 2</b>	Maestra	Elizabeth Luz Castañeda Montes	Aplicable
<b>Juez 3</b>	Maestro	Edwin Zambrano Ninahuanca	Aplicable

### 2.4.4. Confiabilidad

El cuestionario que fue empleado como instrumento para la recolección de datos, estuvo conformado por 24 ítems con opciones de respuesta de tipo dicotómica, por ende correspondió emplear el coeficiente Kude Richardson. Para comprobar el mencionado coeficiente, se hizo el análisis mediante el software estadístico SPSS versión 25, el cual no brinda esa denominación sino como Alfa de Cronbach, pero sí su procesamiento de confiabilidad como prueba KR.

Tabla 03

*Estadístico de fiabilidad del instrumento para medir la Variable Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Oral.*

Instrumento	Kude Richardson	Numero de Ítems
	,825	24

Junto a los resultados presentados por el juicio de expertos, quienes concluyeron como instrumento apto para ser aplicado y el valor de 0,825 obtenido del procesamiento por la prueba K.R. la interpretación del valor se realizó empleando la escala según De Vellis (2006).

Tabla 04

*Niveles de confiabilidad*

Valores	Nivel
Por debajo de .60	Inaceptable
De .60 a .65	Indeseable
Entre .65 y .70	Mínimamente aceptable
De .70 a .80	Respetable
De .80 a .90	Buena
De .90 a 1.00	Muy buena

Tomado de: De Vellis (2006)

Siendo el coeficiente de Kude Richardson superior a 0.80 indica que la confiabilidad del instrumento empleado en la investigación es buena.

## **2.5 Métodos de análisis de datos**

Para el análisis de datos recolectados se procedió primero a categorizar la información, clasificando y codificando mediante una matriz de datos, posterior se hizo la descripción de los datos empleando tablas que contenían la frecuencia y porcentajes de cada dimensión. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 25 y la hoja de cálculo para el cuestionario como instrumento.

## **2.7 Aspectos éticos**

La presente investigación, pretende ser considerada como una herramienta básica para orientar a próximos investigadores acerca del desarrollo de estudios que no solo sean metodológicamente rigurosos en la recolección de datos, sino también prudentes en las posibles implicancias éticas sobre la población al cual se está estudiando.

Dalla (2016) nos refiere un conjunto de principios éticos básicos los cuales están vinculados en la relación del investigador e investigado, mencionando la prevención del daño, consentimiento informado y la honestidad - prevención del engaño. El primer principio pretende evitar o minimizar cualquier perjuicio en la población investigada, por ello se brindó el conocimiento claro antes de iniciar con la recolección de la información además que el presente trabajo no genera ningún tipo de daño ni riesgo sobre el investigado. El siguiente principio, consentimiento informado, garantiza la participación voluntaria de la población en estudio quienes son conscientes, libres y han sido plenamente informados sobre el propósito del estudio. El otro principio implica la honestidad y prevención del engaño frente a la población estudiada, asimismo se requiere que el investigador sea integro en el proceso de la información, mediante un empleo imparcial y objetivo, incluyendo información contradictoria y ausencia de limitación que afecte la autonomía del investigador. Conjuntamente a los principios mencionados, también se considera la generación de conocimiento a partir de la recolección de datos, lo cual demanda emplear determinadas estrategias metodológicas, lo cual es oportuno para reflexionar y tener presente la finalidad de la investigación realizada. (Dalla M., 2016. p 18-20)



### III. Resultados

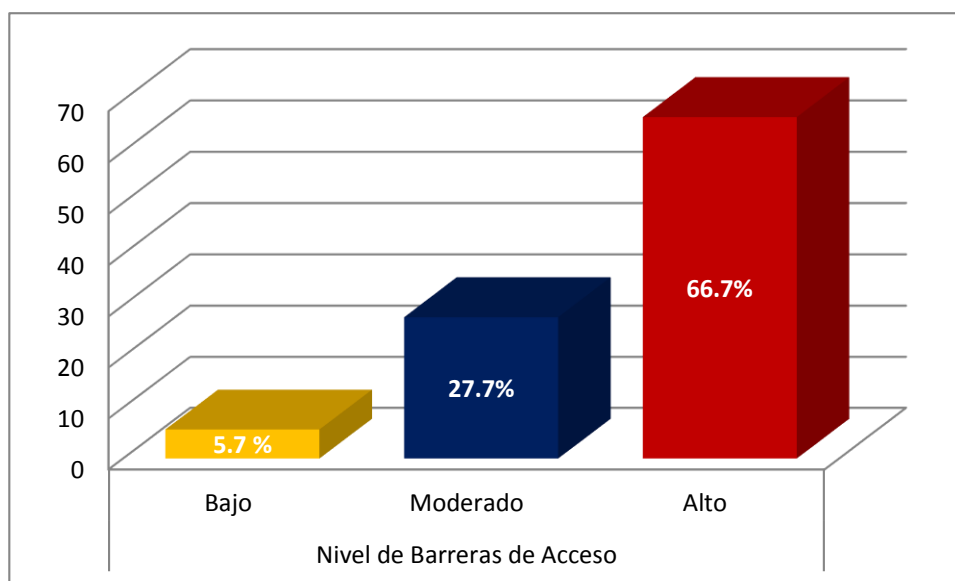
#### 3.1 Resultados Descriptivos

Tabla 05

*Nivel de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.*

		n	%
Nivel de Barreras de Acceso	Bajo	9	5,7
	Moderado	44	27,7
	Alto	106	66,7
	Total	159	100,0

FIGURA 01: Nivel de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.



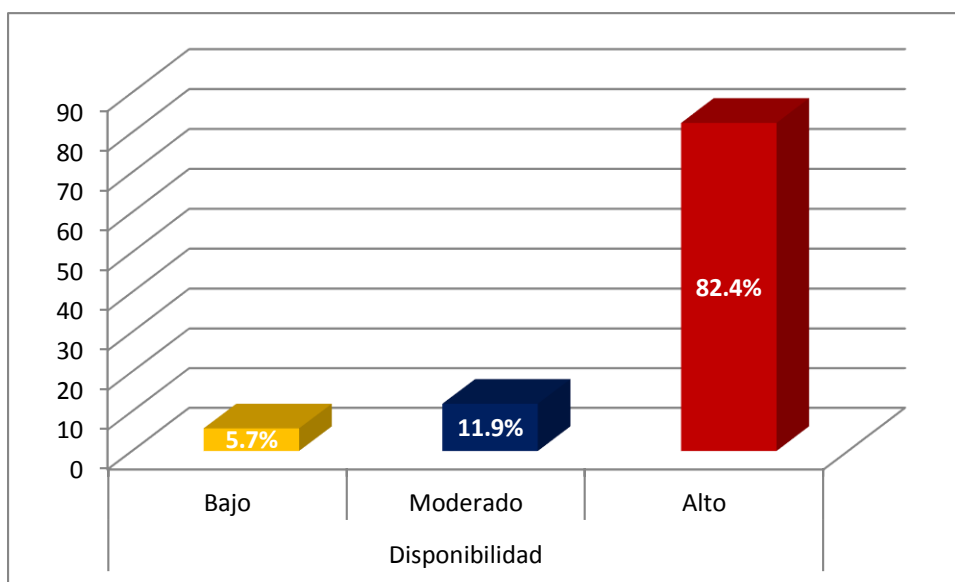
En la tabla 05 y Figura 01, se observa que un 66.7% del total de pobladores encuestados manifestaron un Alto nivel de Barreras de acceso a los servicios de salud oral, seguido de un 27.7% que indicaron un moderado nivel y un bajo nivel representado por 5.7% del total de las personas.

Tabla 06

*Nivel de Disponibilidad a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.*

		n	%
Disponibilidad	Bajo	9	5,7
	Moderado	19	11,9
	Alto	131	82,4
	Total	159	100,0

FIGURA 02: Nivel de Disponibilidad de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.



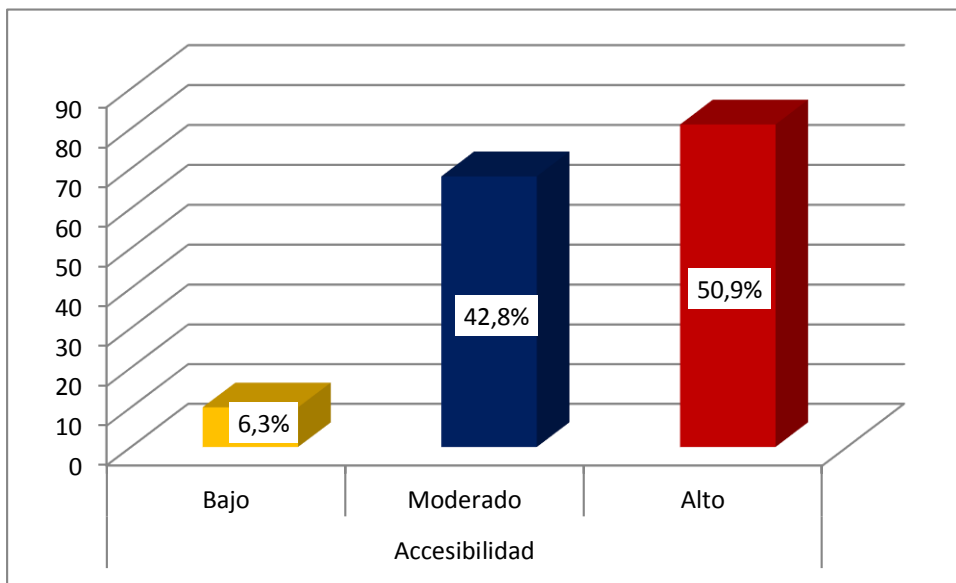
En la tabla 06 y Figura 02, se observa un nivel alto de Disponibilidad como dimensión de barreras de acceso a los servicios de salud oral, representado por un 82,4%, seguido de un nivel moderado 11,9% y un bajo nivel 5,7%. Estos valores nos indican que existe un alto nivel de barreras de acceso en relación a la dimensión de disponibilidad tanto en recursos humanos como físicos.

Tabla 07

*Nivel de Accesibilidad a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.*

		n	%
Accesibilidad	Bajo	10	6,3
	Moderado	68	42,8
	Alto	81	50,9
	Total	159	100,0

FIGURA 03: Nivel de Accesibilidad de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.



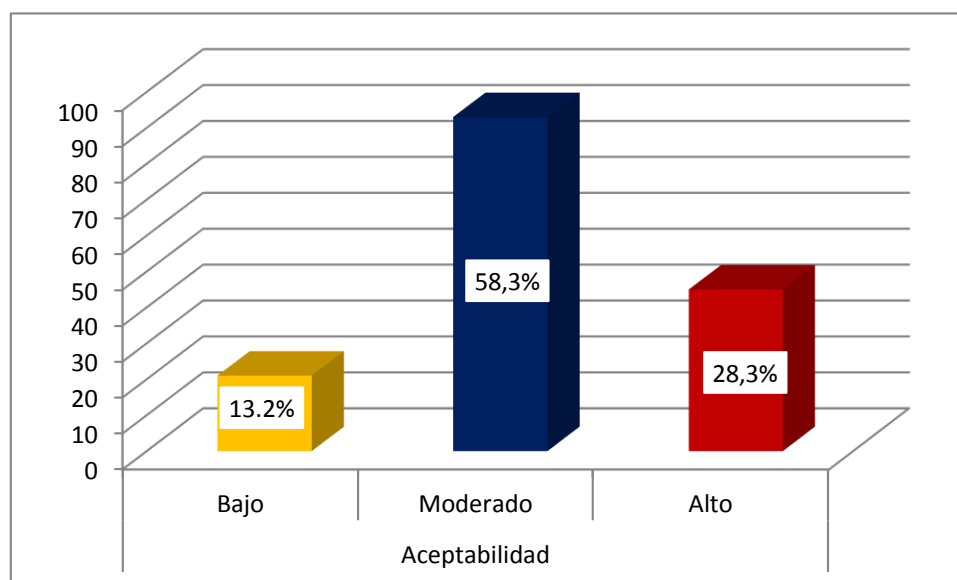
En la tabla 07 y Figura 03, se observa un nivel alto de Accesibilidad como dimensión de barreras de acceso a los servicios de salud oral, representado por un 50,9%, muy seguido de un nivel moderado 42,8% y un bajo nivel 6,3%. Estos valores nos indican que la dimensión Accesibilidad puede ser considerada como una barrera a los servicios de salud oral en la población estudiada.

Tabla 08

*Nivel de Aceptabilidad a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.*

		N	%
Aceptabilidad	Bajo	21	13,2
	Moderado	93	58,5
	Alto	45	28,3
	Total	159	100,0

FIGURA 04: Nivel de Aceptabilidad de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.



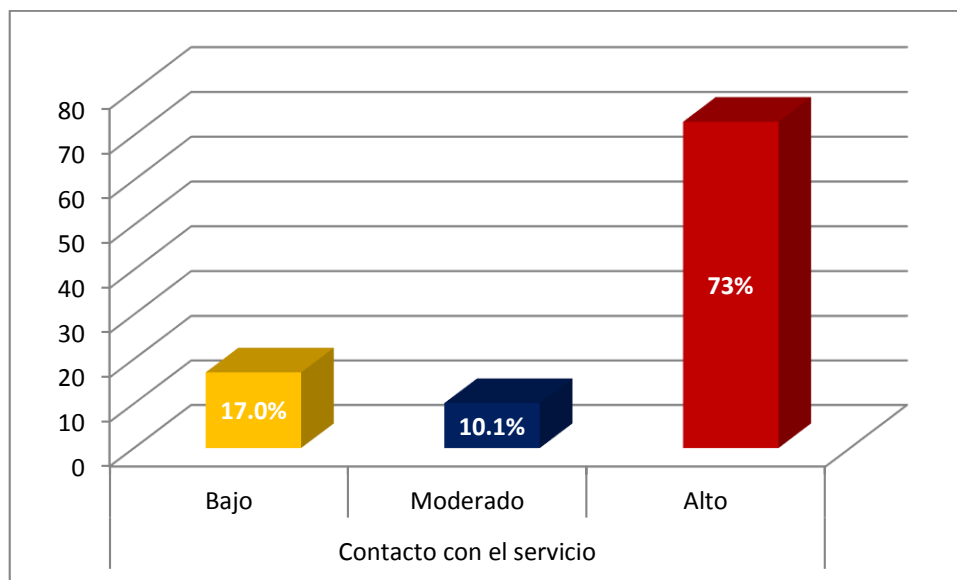
En la tabla 08 y Figura 04, se observa un nivel Moderado de aceptabilidad como parte de las dimensiones de barreras de acceso a los servicios de salud oral, manifestado por el 58,3% de la población, seguido de un nivel alto de aceptabilidad 28,3% y un 13,2% como bajo nivel de aceptabilidad. Estos valores nos indican que la dimensión Aceptabilidad es considerada como una barrera moderada a los servicios de salud oral en la población estudiada.

Tabla 09

*Nivel de Contacto con el Servicio de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020.*

		n	%
Contacto con el servicio	Bajo	27	17,0
	Moderado	16	10,1
	Alto	116	73,0
	Total	159	100,0

FIGURA 05: Nivel de Contacto con el servicio presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020



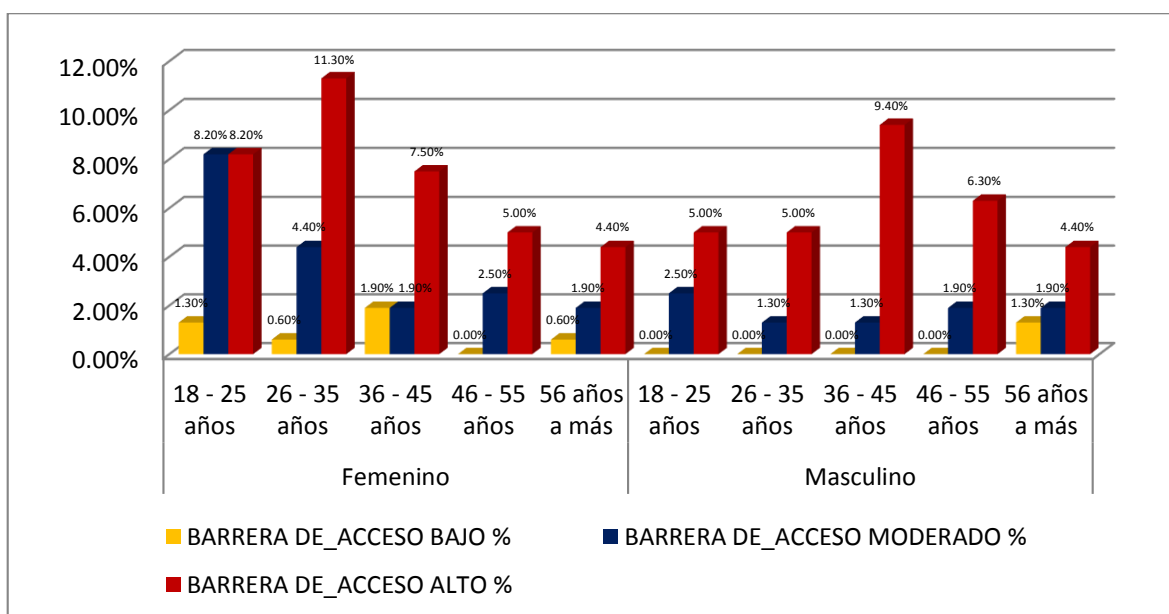
En la tabla 09 y Figura 05, se observa un nivel Alto de Contacto con el Servicio como parte de las dimensiones de barreras de acceso a los servicios de salud oral, manifestado por el 73% de la población, seguido de un nivel bajo 17% y un 10,1% como nivel moderado. Estos valores nos indican que la dimensión Contacto con el Servicio es considerada como una barrera alta a los servicios de salud oral en la población estudiada.

Tabla 10

*Nivel de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020, de acuerdo al sexo y edad de la población.*

		BARRERA DE_ACCESO					
		BAJO		MODERADO		ALTO	
		n	%	n	%	n	%
Femenino	18 - 25 años	2	1.3%	13	8.2%	13	8.2%
	26 - 35 años	1	0.6%	7	4.4%	18	11.3%
	36 - 45 años	3	1.9%	3	1.9%	12	7.5%
	46 - 55 años	0	0.0%	4	2.5%	8	5.0%
	56 años a más	1	0.6%	3	1.9%	7	4.4%
Masculino	18 - 25 años	0	0.0%	4	2.5%	8	5.0%
	26 - 35 años	0	0.0%	2	1.3%	8	5.0%
	36 - 45 años	0	0.0%	2	1.3%	15	9.4%
	46 - 55 años	0	0.0%	3	1.9%	10	6.3%
	56 años a más	2	1.3%	3	1.9%	7	4.4%

FIGURA 06: Nivel de Barreras de Acceso a los servicios de salud oral presentados en el centro poblado Chongoyape, 2020, de acuerdo al sexo y edad de la población.



En la tabla 10 y Figura 06, se observa, que de la población estudiada, el género femenino manifestó alto nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral, predominando en las personas que se encontraban dentro del rango de 26 a 35 años con un 11.3%. Asimismo el género masculino, indicó un alto nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral, siendo predominando en las personas que se encuentran entre los 36 a 45 años con un 9.4%.

#### **IV. Discusión**

Por medio de los datos recolectados en la investigación, los cuales fueron procesados y analizados se comprobó que el 66.7% de población estudiada, manifestaron un alto nivel de Barreras de acceso a los servicios de salud oral; resultado que coincidió con la investigación realizada por Mansilla (2018) donde sus resultados indicaron que el 83.2% de su población encuestada presentaron igualmente alto nivel de barreras de acceso. A pesar que en los resultados obtenidos existe una diferencia en el rango de edad de los encuestados, los resultados nos conlleva a proponer nuevas estrategias para disminuir la presencia de barreras en el acceso de salud oral, la población comparada, quienes fueron menores de cuatro años de edad nos muestran que en el transcurso de los años, estas barreras continúan presentes, limitando el acceso oportuno a los servicios de salud oral, realidad comprobada con los resultados obtenidos en la población mayor de edad de la investigación realizada. Asimismo, Muñoz (2017) mostró un 56.8% equivalente a un nivel moderado de acceso a los servicios de salud bucal percibido por los usuarios que conformaron su investigación, coincidiendo con las dimensiones descritas en esta investigación.

En relación a las dimensiones estudiadas, la disponibilidad representado por un 82.4%, fue considerada en este estudio como una de las principales barreras en el acceso de los servicios de salud oral. La Disponibilidad fue evaluada en relación a los recursos para proveer los servicios, así como los recursos humanos y físicos, factores que fueron estudiados bajo esta dimensión.

La accesibilidad representado por un 50.9%, fue otra dimensión que mostró alto nivel como barrera a los servicios de salud oral, al igual que en la investigación de Caicedo y Estrada (2016), quienes indican que el tiempo y medio de transporte son consideradas barreras, factores que fueron evaluados en la accesibilidad. Esta dimensión fue relacionada con la ubicación geográfica, tiempo, distancia y costo de los servicios que percibieron los usuarios en la investigación. Otro factor descrito en la accesibilidad y que tuvo alto predominio fue el costo, mencionado en los estudios realizados por Hemani, Rauf, Noori y Faisal (2017) quienes indicaron que la población de bajo nivel socioeconómico, presenta altas limitantes para el acceso a la atención de salud oral. Por otro lado, Almutlaqah, Baseer, Ingle, Assery y Al Khadhari (2018) manifestaron que esta dimensión es una barrera multidimensional, siendo el costo y falta de tiempo sus predictores significativos para no acceder a los servicios dentales. Estos resultados coinciden con la presente investigación,

debido a que aún los pobladores encuestados continúan realizando gastos extras para acceder a los servicios de salud, problemática que aún persiste en nuestra realidad debido a que no todos los encuestados contaban con afiliación al Seguro Integral de Salud debido a que el llamado Aseguramiento Universal en Salud aún no es una realidad en nuestro país.

Neha, Reddy, Verma y Shankar (2019) coinciden con que las barreras más importantes en el uso de los servicios de salud oral es la accesibilidad medida por el costo y la aceptabilidad, siendo ésta percibida como las variaciones individuales de los usuarios durante su necesidad de atención.

La dimensión aceptabilidad evaluada en la presente investigación, presentó un 58.3%, considerándose como nivel moderado de barreras de acceso a los servicios de salud oral, como se hizo mención en el estudio anterior, la aceptabilidad se ve influenciada por la percepción del individuo en el uso de los servicios siendo influenciada por factores socioculturales y el trato recibido por parte del prestador. Este determinante relacionado con el trato recibido por el usuario influye en el acceso a los servicios de salud oral; en el estudio de Aljabri, Gadibalban, Kalboush, Sadek y Abed (2018) sus resultados indicaron la ansiedad a los servicios dentales fue la principal barrera de su población, seguida del costo como parte de la accesibilidad. Resultado similares con esta investigación, lo que nos conlleva a recordar que durante la prestación de servicios, los profesionales de la salud son los principales entes involucrados en facilitar y promover el acceso oportuno a la salud, brindando los servicios con ética y empatía hacia el paciente, puesto que de esto también dependerá la apreciación del paciente en la búsqueda de una salud de atención preventiva.

En el estudio presentado por Rocha, Coelho, Rodrigues, Bezerra, Angeiras y Leite (2017) el acceso a los servicios de salud bucal dependió de la edad, nivel educativo y dolor dental del paciente en los últimos seis meses, es este último determinante que influye y se vio evaluado en la presente investigación por medio de la dimensión Contacto con el Servicio, el cual estuvo representado por el 73% de la población como un nivel alto de barrera de acceso a los servicios de salud oral. En esta cuarta dimensión, la continuidad en la atención, adaptación y calidad de atención recibida influye en la percepción del usuario quien busca satisfacer su necesidad como parte de su derecho a la salud. Hernandez, *et al.* (2016) nos mostró que menos de la mitad de su población investigada accedió a los servicios de salud dental en los últimos seis meses, teniendo como factores predisponentes, factores socioeconómicos, distancia así como los antecedentes de los pobladores al haber recibido la atención. Como se sabe, fomentar el cuidado oportuno de la salud oral favorece a la persona



en múltiples aspectos conllevando a una mejor calidad de vida, si a futuro se promueve una educación preventiva en salud, se aseguraría un continuamiento de la persona hacia los servicios de salud sin considerarlos como barreras al momento de presentar algún problema para acceder a ellas.

Muchos de los resultados obtenidos, corroboran los hallazgos de estudios previos, por ejemplo se comprobó que existe diferencia en el acceso a los servicios de salud oral entre el género femenino y masculino según el rango etario de los pobladores de Chongoyape en el 2020, específicamente el género femenino de 18 a 45 años; estos resultados comparados con el estudio de Escalante y Escobar (2018) mostró que el género masculino con respecto al femenino presentan menor acceso a los servicios de salud, influyendo también el estado civil, educación y el prestador de servicios consideradas como barreras en su estudio. Si bien es cierto no se puede afirmar completamente que el género femenino demuestra más acceso a los servicios de salud oral, se podría explicar que la educación influye mucho en las personas al formar hábitos de prevención a lo largo de la vida.

## V. Conclusiones

**Primera.** La población conformada por 159 usuarios indicaron que existe un Alto nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral representado por el 66.7%, seguido de un 27.7% que indicaron un moderado nivel y un bajo nivel representado por el 5.7% del total de las personas encuestadas del Centro Poblado Chongoyape.

**Segunda.** La dimensión Disponibilidad, presentó a un nivel alto de barreras de acceso a los servicios de salud oral, representada por un 82,4%, seguido de un nivel moderado 11,9% y un bajo nivel con un 5,7% del total de las 159 personas encuestadas del Centro Poblado Chongoyape. Asimismo es considerada la principal barrera encontrada en el estudio.

**Tercera.** La dimensión Accesibilidad, presentó un nivel Alto de barreras de acceso a los servicios de salud oral, representado por un 50,9%, muy seguido de un nivel moderado 42,8% y un bajo nivel 6,3%. Estos valores nos indican que la dimensión Accesibilidad puede ser considerada como una barrera a los servicios de salud oral en la población estudiada.

**Cuarta.** La dimensión Aceptabilidad, presentó un nivel Moderado de barreras de acceso a los servicios de salud oral, manifestada por el 58,3% de la población, seguido de un nivel alto de aceptabilidad 28,3% y un 13,2% como bajo nivel de aceptabilidad, valores obtenidos del total de las 159 personas encuestadas del Centro Poblado Chongoyape.

**Quinto.** La dimensión Contacto con el Servicio, presentó un Alto nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral, manifestado por el 73% de la población, seguido de un nivel bajo 17% y un 10,1% como nivel moderado, valores obtenidos del total de las 159 personas encuestadas del Centro Poblado Chongoyape.

## **VI. Recomendaciones**

**Primera.** Se sugiere al Señor alcalde de la Municipalidad de Chongoyape – Lambayeque, incorporar programas de salud y promoción de campañas médicas, con el objetivo de incrementar el bienestar de la población, basándose en políticas públicas coherentes y que sean sostenibles en el tiempo, solicitando oportunamente fondos presupuestales que justifiquen su aplicación por financiación del gobierno.

**Segunda.** Se sugiere al Señor alcalde de la Municipalidad de Chongoyape – Lambayeque emplear estrategias costo-efectivas, lo que permitirá resultados favorables por el bien de la salud pública debiendo ser un tema prioritario en su gestión, proponiendo programas con intervenciones en promoción y prevención a través de las diferentes edades de su población, para ello deberá asignar a profesionales de la salud altamente capacitados que puedan cumplir con esta función.

**Tercera.** Se sugiere a la población de Chongoyape – Lambayeque, acceder oportunamente y preventivamente a los servicios de salud oral, sin la necesidad de esperar a presentar alguna dolencia, este hábito a su vez debe ser acompañado de prácticas educativas recibidas durante los primeros años de vida.

**Cuarta.** Se sugiere a los futuros investigadores tomar el presente estudio como herramienta para continuar complementando los resultados, realizando estudios comparativos con la finalidad de encontrar una disminución de las barreras presentadas.

**Quinta.** Se sugiere a los futuros gestores en salud implementar estrategias acordes a la problemática de la población, tomando como referencia estudios previos para localizar las brechas que limitan el oportuno acceso a los servicios de salud, promoviendo el bienestar de la población.

## REFERENCIAS

- Aarabi, G., Reissmann D., Seedorf U., Becher H., Heydecke G., Kofahl C. (2018) Oral health and access to dental care – a comparison of elderly migrants and non-migrants in Germany. *Ethnicity & Health*. 23(7). pp 703-717. DOI: 10.1080/13557858.2017.1294658
- Ahmed, W., Bukhari S., Aslam M., Irfan F., Fatima R., Ali M. (2019) Barriers in access and utilization of dental care: assessment and recommendations using delphi technique. *J Pak Dent Assoc*. 28 (1). pp 13-17. DOI:10.25301/JPDA.281.13
- Ali, D. (2016). Patient satisfaction in Dental Healthcare Centers. *European journal of dentistry*, 10(3), 309–314. DOI: 10.4103/1305-7456.184147
- Aljabri, M., Gadibalban I., Kalboush A., Sadek H., Abed H. (2018). Barriers to special care patients with mental illness receiving oral healthcare. A cross sectional study in the Holy City of Makkah, Saudi Arabia. *Saudi medical journal*. 39(4). pp 419–423. DOI: 10.15537/smj.2018.4.21560
- Almutlaqah, M., Baseer M., Ingle N., Assery M., Al Khadhari M. (2018). Factors Affecting Access to Oral Health Care among Adults in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 8(5). pp 431–438. DOI: 10.4103/jispcd.JISPCD\_205\_18
- Azañedo, D., Hernández A., Casas M., Gutiérrez, C., Agudelo A., & Cortés, S. (2017). Factors determining access to oral health services among children aged less than 12 years in Peru. *F1000Research*, 6(1680). pp 1 – 12. DOI: 10.12688/f1000research.12474.1
- Azañedo, D., Vargas R., Rojas C. (2019) Factores asociados al uso de servicios de salud oral en adultos mayores peruanos: análisis secundario de encuesta poblacional, 2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 36 (4). pp 553-61. DOI: 10.17843/rpmesp.2019.364.4724.

- Batista, D, Vázquez, V., Da Costa, C., López O. (2019). Accesibilidad en salud: revisión sobre niños y niñas con discapacidad en Brasil-Perú-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(2), pp. 127-147. DOI:10.11600/1692715x.17206
- Bersell, C. (2017) Access to Oral Health Care: A National Crisis and Call for Reform. *The Journal of Dental Hygiene*. 91 (1). pp 6-14. Recuperado de <https://jdh.adha.org/content/jdenthgy/91/1/6.full.pdf>
- Caballero, C. et al. (2017). Salud bucodental y utilización de servicios Odontológicos. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 15(3), 57-63. DOI: 10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(03)57-063
- Caicedo, A., Estrada J. (2016) Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 15 (31). pp 146-174. DOI: 10.11144/Javeriana.rgyps15-31.bgas
- Da Fonseca, E. (2018) Multivariate method to identify inequalities in oral healthcare access. *European Journal of Dentistry*. 12. pp 475-479. DOI: 10.4103/ejd.ejd\_317\_17
- Da Rosa, S. et al. (2020) Barriers in Access to Dental Services Hindering the Treatment of People with Disabilities: A Systematic Review. *Hindawi International Journal of Dentistry*. DOI: 10.1155/2020/9074618
- Dalla, M. (2016) *Ética en la investigación en gestión: relevancia, principios y lineamientos para su aplicación*. Perú: Purpura – Apoyo Editorial.
- Dho, M. (2018) Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2).pp 509-518. DOI: 10.1590/1413-81232018232.18672015
- Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2017) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390. Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2932154-2>

- El-Yousfi, S., Jones, K., White, S., Marshman, Z. (2019). A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people. *British Dental Journal*, 227(2), pp 143–151. DOI:10.1038/s41415-019-0529-7
- Escalante, A., Escobar C. (2018) *Barreras de acceso a la atención en salud primaria en hombres de 18 a 60 años, en el Municipio de Aguilares, julio-agosto, 2018*. (Tesis de Doctorado) Universidad de El Salvador. San Salvador.
- Federación Dental Internacional. (2015). *El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global - Atlas de Salud Bucodental*. (2ª ed). Reino Unido. Recuperado de <https://cutt.ly/vyLxeow>
- Fiorillo, L. (2019) Oral Health: The First Step to Well-Being. *Medicina MDPI*. 55 (10). DOI: 10.3390/medicina55100676
- Forjanič, M., Dermol, V. Prevolnik, V. (2019) Dejavniki dostopnosti zobozdravstvenih storitev, *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), pp. 269-279. DOI: 10.14528/snr.2019.53.4.2984.
- Fuentes, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 43(2), pp 272-286. Recuperado de <https://cutt.ly/gyLxqBR>
- Gonzales, H. (2018) *Barreras de acceso a los servicios odontológicos en niños menores de 4 años en el Centro de Salud Santa Luzmila I, Comas-Lima 2017*. (Tesis de maestría) Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.
- Gopalakrishnan, A., Kahu E., Jones L., Brunton P. (2019) Access and barriers to oral health care for dependent elderly people living in rest homes. *Gerodontology*. 36 (2). pp 149– 155. DOI: 10.1111/ger.12392
- Hassan, N., Elashry N., Mohamed H., El-Gilany A. (2018). Barriers Affecting the Utilization of Dental Health Services among Community Dwelling Older Adults. *ResearchGate*. 20. pp 103-118. Recuperado de: <https://rb.gy/xhpmidi>

- Hemani, A., Rauf F., Noori M., Faisal A. (2017) Barriers to the Access of Oral Health Care in Individuals from Lower Socioeconomic Communities in Karachi. *Journal of the Liaquat University of Medical and Health Sciences*. 16(04). pp 218-21. DOI: 10.22442/jlumhs.171640537
- Hernández, A., Bendezu G., Azañedo, D., Santero, M. (2019). Use of oral health care services in Peru: trends of socio-economic inequalities before and after the implementation of Universal Health Assurance. *BMC oral health*, 19(1), pp. 1-10. DOI: 10.1186/s12903-019-0731-7
- Hernández, A., *et al* (2016). Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. *Salud Colectiva*. 12 (3), pp. 429-441. DOI: 10.18294/sc.2016.912
- Hernández, R., Mendoza C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Editorial Mc Graw Hill Education,
- Hirmas, Aduay M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. (2013) Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 33(3). pp 223–229. Recuperado de <https://scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). Programa de Enfermedades No Transmisibles. *Perú: enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2018*. (pp. 67-75) Recuperado de <https://bit.ly/3ezPIB4>
- Karam, I., Jaffa, M., Ghafari J. (2020) Barriers to the use of dental services by children in Lebanon and association with parental perception of oral health care. *East Mediterr Health J*. 26. DOI: 10.26719/emhj.20.079
- Kohlenbergera, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., Landesmann, M. (2019) Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, 12. pp 833–839. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.01.014

Kohli, R., Howk, S., Davis, M. (2020). Barriers and Facilitators of Dental Care in African-American Seniors: A Qualitative Study of Consumers' Perspective. *Journal of Advanced Oral Research*, 11(1), 23–33. DOI: 10.1177/2320206819893213

Ley N.º 29344 - *Ley marco de Aseguramiento Universal en Salud*

Mansilla, M. (2018) *Acceso A Servicios De Salud Odontológicos En Niños De 0 A 11 Años De Edad En El Perú, 2013- 2016*. (Tesis Pregrado) Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

Massoni, A. *et al.* (2020). Access to oral healthcare services of adolescents of a large-size municipality in northeastern Brazil. *Brazilian Oral Research*, 34. DOI: 10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0029

Mogollon, A. (2009) *Reflexiones en salud pública*. Colombia: Editorial Universidad del Rosario

Momeni, Z., Sargeran, K., Yazdani, R. Shahbazi S. (2019) Perceived barriers to the preservation and improvement of children's oral health among Iranian women: a qualitative study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 20. pp. 95–103. DOI: 10.1007/s40368-018-0395-z

Municipalidad distrital de Chongoyape (2016) *Estudio de pre inversión: Ampliación y mejoramiento del servicio de comercialización del mercado minorista del Distrito de Chongoyape – Chiclayo – Lambayeque*. CODISEC. Lambayeque.

Municipalidad distrital de Chongoyape (2017). *Plan local de seguridad ciudadana del distrito de Chongoyape*. Lambayeque.

Muñoz, R. N. (2017) *Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017*. (Tesis de maestría) Universidad Cesar Vallejo, Lima, Perú.

Neha, Reddy L., Verma A., Shankar R. (2019) Assessment of Oral Health Status and Access Barriers of Patients Reporting to a Dental College in Lucknow. *J Indian Assoc Public Health Dent*. 17 (3). pp 192-197. Recuperado de: <http://www.jiaphd.org/text.asp?2019/17/3/192/266756>



- Northridge, M., Kumar, A., Kaur R. (2020) Disparities in Access to Oral Health Care. *Annual Review of Public Health*. 41. pp 513–35. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094318
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Discapacidad y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Inequidades y barreras generadas en los sistemas de salud*. Estados Unidos: Salud en las Américas. Recuperado de [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=la-iniquidad-como-barrera-para-los-sistemas-de-salud&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-iniquidad-como-barrera-para-los-sistemas-de-salud&lang=es)
- Real Academia Española (2014). Barrera. En *Diccionario de la lengua española* 23.<sup>a</sup> ed. Recuperado de <https://dle.rae.es/barrera>
- Rocha, M., Coelho S., Rodrigues C., Bezerra C., Angeiras G., Leite C. (2017) Access to Oral Health Services in Areas Covered by the Family Health Strategy, Paraíba, Brazil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 17(1). pp 1-10. DOI: 10.4034/PBOCI.2017.171.06
- Subcommittee on Health and the Environment. (1976) *A Discursive Dictionary of Health Care*. United States: Committee on Interstate and Foreign Commerce. Recuperado de <https://cutt.ly/wyLxtEt>
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 56 (2). pp 295 - 303. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736>
- Treloar, T., Bishop, S., Dodd, V., Macchion, L. (2020) Evaluating True Barriers to Dental Care for Patients with Peri odontal Disease. *Research Square*. DOI: 10.21203/rs.3.rs-30801/v1
- Uguru, N., Onwujekwe, O., Ugochukwu, U., Uguru, C. (2020). Access to Oral health care: a focus on dental caries treatment provision in Enugu Nigeria. *BMC Oral Health*, 20 (145), pp 1-13. DOI: 10.1186/s12903-020-01135-1
- Watt, R. *et al.* (2019). Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *The Lancet*, 394(10194), pp 261–272. DOI:10.1016/s0140-6736(19)31133-x

## ANEXOS

### ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Oral del Centro Poblado Chongoyape – Lambayeque, 2020 Autor: Ingrid Araceli Balboa Chagua							
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores				
<b>Problema General:</b> ¿Qué nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020?	<b>Objetivo General:</b> Determinar el nivel de barreras de acceso a los servicios de salud oral que se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020.	No presenta, al ser trabajo de nivel descriptivo	<b>Variable 1:</b> Barreras de acceso a los servicios de salud oral				
<b>Problemas Específicos:</b>  1. ¿Qué nivel de disponibilidad de acceso a los servicios de salud oral se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020? 2. ¿Qué nivel de accesibilidad de acceso a los servicios de salud oral se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020? 3. ¿Qué nivel de aceptabilidad de acceso a los servicios de salud oral se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020? 4. ¿Qué nivel de contacto con el servicio se presenta en el acceso a los servicios de salud oral en el centro poblado Chongoyape, 2020?	<b>Objetivos Específicos:</b>  1. Determinar el nivel de disponibilidad de acceso a los servicios de salud oral que se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020. 2. Determinar nivel de accesibilidad de acceso a los servicios de salud oral que se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020. 3. Determinar el nivel de aceptabilidad de acceso a los servicios de salud oral que se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020. 4. Determinar el nivel de contacto con el servicio se presenta en el acceso a los servicios de salud oral en el centro poblado Chongoyape, 2020.		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición	Niveles o rangos
	Disponibilidad		Recursos físicos Recursos Humanos	1,2,3 4,5	Si (1) No (2)	Alto (9-10) Moderado (7-8) Bajo (5-6)	
	Accesibilidad		Financiera Localización Organizacional	6, 7 8, 9 10,11, 12	Si (1) No (2)	Alto (12-14) Moderado (10-11) Bajo (7-9)	
	Aceptabilidad		Sociocultural Trato recibido	13, 14, 15, 16 17, 18, 19	Si (1) No (2)	Alto (12-14) Moderado (10-11) Bajo (7-9)	
	Contacto con el servicio		Continuidad en el servicio Calidad de atención	20,21,22 23, 24	Si (1) No (2)	Alto (9-10) Moderado (7-8) Bajo (5-6)	

Tipo y diseño de Investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Método: Descriptivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Básica</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: No experimental</p>	<p>Población: 270 personas que residen en el Centro Poblado de Chongoyape – Lambayeque</p> <p>Tipo de muestreo: Probabilístico</p> <p>Tamaño de muestra: 159 personas, mayores de edad (18 años a más) tanto mujeres como varones.</p>	<p>Variable: Barreras de acceso a los servicios de salud oral</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario conformado por 24 preguntas objetivas y comprensibles para los sujetos encuestados, preguntas basadas en las cuatro dimensiones de la variable en cuestión. Se emplearon preguntas cerradas, con respuestas dicotómicas.</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <p>Se empleó el programa estadístico SPSS versión 25 y la hoja de cálculo para procesar los datos recolectados en el cuestionario como instrumento.</p>

ANEXO 02:  
FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE  
BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL.

---

Nombre del instrumento: Cuestionario para determinar el rango de barreras de acceso a los servicios de salud oral del Centro Poblado Chongoyape, 2020.

Autor(a): Natividad R. (2017)

Adaptado por: Ingrid Araceli Balboa Chagua

Lugar: Chongoyape – Lambayeque

Fecha de aplicación: Julio, 2020

Objetivo: Determinar las barreras de acceso a los servicios de salud oral que se presentan en el centro poblado Chongoyape, 2020.

Administrado a: Pobladores de Chongoyape, mayores de 18 años

Tiempo: 10 minutos

Margen de error: 5%

Observación:

---

## ANEXO 03: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### Cuestionario para determinar el Nivel de Barreras de Acceso a los Servicios de Salud Oral

Estimado usuario, a continuación se le presentan una serie de preguntas, cada una con dos alternativas, sírvase a leerlas cuidadosamente y brinde sus respuestas con total honestidad, la finalidad es determinar el rango de barreras de acceso a los servicios de salud oral en el centro poblado Chongoyape, 2020.

GENERO:

A) Femenino

B) Masculino

EDAD:

A) 18 – 25 años

B) 26 – 35 años

C) 36 – 45 años

D) 46 – 55 años

E) 56 años a más

N°	PREGUNTA	RESPUESTA	
		SI	NO
1	¿Consideras suficiente el número de consultorios dentales en el centro de salud de tu localidad?		
2	¿Consideras que el centro de salud tiene los equipos, insumos e infraestructura adecuada para la atención?		
3	¿Ha recibido información sobre salud oral en el centro de salud al cual acude?		
4	¿Consideras suficiente la cantidad del personal que labora en el centro de salud?		
5	¿Consideras suficiente el número de odontólogos para atender a todos los pacientes de tu centro de salud?		
6	¿Cuenta con SIS?		
7	¿Todos sus tratamientos dentales han sido coberturados por el SIS?		
8	¿Realizó algún pago extra para continuar con su tratamiento dental?		
9	¿Vive cerca al centro de salud?		
10	¿Le resulta complicado el tiempo que demora en ir al centro de salud?		
11	¿Espera demasiado para ser atendido en el consultorio dental?		
12	¿Consigue fácilmente una nueva cita para continuar con su atención dental?		

13	¿Acude al consultorio dental solo cuando presenta molestias o dolores dentales?		
14	¿Ha acudido de manera preventiva al consultorio dental?		
15	¿Acudes con frecuencia, una o dos veces al año, al consultorio dental?		
16	¿Tienes temor a realizarte tratamientos dentales?		
17	¿Es buena la atención en general que recibes en el centro de salud?		
18	¿Consideras confiable los tratamientos dentales recibidos en el centro de salud?		
19	¿Ha recibido algún maltrato del personal que labora en el centro de salud?		
20	¿Ha acudido al centro de salud hasta terminar con su tratamiento dental indicado?		
21	¿El consultorio dental se encontró en óptimas condiciones cada vez que fue atendido?		
22	¿Considera en buen estado la infraestructura del centro de salud?		
23	¿La atención dental que recibió cumplió con sus expectativas?		
24	¿Recomendaría a sus familiares la atención en el centro de salud?		

**ANEXO 04: CERTIFICADOS DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LAS BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: DISPONIBILIDAD</b>								
1	¿Consideras suficiente el número de consultorios dentales en el centro de salud de tu localidad?	X		X		X		
2	¿Consideras que el centro de salud tiene los equipos, insumos e infraestructura adecuada para la atención?	X		X		X		
3	¿Ha recibido información sobre salud oral en el centro de salud al cual acude?	X		X		X		
4	¿Consideras suficiente la cantidad del personal que labora en el centro de salud?	X		X		X		
5	¿Consideras suficiente el número de odontólogos para atender a todos los pacientes de tu centro de salud?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: ACCESIBILIDAD</b>								
6	¿Cuenta con SIS?	X		X		X		
7	¿Todos sus tratamientos dentales han sido coberturados por el SIS?	X		X		X		
8	¿Realizó algún pago extra para continuar con su tratamiento dental?	X		X		X		
9	¿Vive cerca al centro de salud?	X		X		X		
10	¿Le resulta complicado el tiempo que demora en ir al centro de salud?	X		X		X		
11	¿Espera demasiado para ser atendido en el consultorio dental?	X		X		X		
12	¿Consigue fácilmente una nueva cita para continuar con su atención dental?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 3: ACEPTABILIDAD</b>								
13	¿Acude al consultorio dental solo cuando presenta molestias o dolores dentales?	X		X		X		
14	¿Ha acudido de manera preventiva al consultorio dental?	X		X		X		
15	¿Acudes con frecuencia, una o dos veces al año, al consultorio dental?	X		X		X		
16	¿Tienes temor a realizarte tratamientos dentales?	X		X		X		
17	¿Es buena la atención en general que recibes en el centro de salud?	X		X		X		
18	¿Consideras confiable los tratamientos dentales recibidos en el centro de salud?	X		X		X		
19	¿Ha recibido algún maltrato del personal que labora en el centro de salud?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 4: CONTACTO CON EL SERVICIO</b>								
20	¿Ha acudido al centro de salud hasta terminar con su tratamiento dental indicado?	X		X		X		
21	¿El consultorio dental se encontró en óptimas condiciones cada vez que fue atendido?	X		X		X		
22	¿Considera en buen estado la infraestructura del centro de salud?	X		X		X		
23	¿La atención dental que recibió cumplió con sus expectativas?	X		X		X		
24	¿Recomendaría a sus familiares la atención en el centro de salud?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si es suficiente

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Dra. Juana Yris Díaz Mujica

DNI 09395072

Especialidad del validador: Lic. en Obstetricia/ Metodóloga.

22 de junio del 2020



Firma del Experto Informante.

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>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





ESCUELA DE POSTGRADO

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LAS BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: DISPONIBILIDAD</b>								
1	¿Consideras suficiente el número de consultorios dentales en el centro de salud de tu localidad?	✓		✓		✓		
2	¿Consideras que el centro de salud tiene los equipos, insumos e infraestructura adecuada para la atención?	✓		✓		✓		
3	¿Ha recibido información sobre salud oral en el centro de salud al cual acude?	✓		✓		✓		
4	¿Consideras suficiente la cantidad del personal que labora en el centro de salud?	✓		✓		✓		
5	¿Consideras suficiente el número de odontólogos para atender a todos los pacientes de tu centro de salud?	✓		✓		✓		
<b>DIMENSIÓN 2: ACCESIBILIDAD</b>								
6	¿Cuenta con SIS?	✓	No	✓	No	✓	No	
7	¿Todos sus tratamientos dentales han sido coberturados por el SIS?	✓		✓		✓		
8	¿Realizó algún pago extra para continuar con su tratamiento dental?	✓		✓		✓		
9	¿Vive cerca al centro de salud?	✓		✓		✓		
10	¿Le resulta complicado el tiempo que demora en ir al centro de salud?	✓		✓		✓		
11	¿Espera demasiado para ser atendido en el consultorio dental?	✓		✓		✓		
12	¿Consigue fácilmente una nueva cita para continuar con su atención dental?	✓		✓		✓		
<b>DIMENSIÓN 3: ACEPTABILIDAD</b>								
13	¿Acude al consultorio dental solo cuando presenta molestias o dolores dentales?	✓	No	✓	No	✓	No	
14	¿Ha acudido de manera preventiva al consultorio dental?	✓		✓		✓		
15	¿Acudes con frecuencia, una o dos veces al año, al consultorio dental?	✓		✓		✓		
16	¿Tienes temor a realizarte tratamientos dentales?	✓		✓		✓		
17	¿Es buena la atención en general que recibes en el centro de salud?	✓		✓		✓		
18	¿Consideras confiable los tratamientos dentales recibidos en el centro de salud?	✓		✓		✓		
19	¿Ha recibido algún maltrato del personal que labora en el centro de salud?	✓		✓		✓		
<b>DIMENSIÓN 4: CONTACTO CON EL SERVICIO</b>								
20	¿Ha acudido al centro de salud hasta terminar con su tratamiento dental indicado?	✓	No	✓	No	✓	No	
21	¿El consultorio dental se encontró en óptimas condiciones cada vez que fue atendido?	✓		✓		✓		
22	¿Considera en buen estado la infraestructura del centro de salud?	✓		✓		✓		
23	¿La atención dental que recibió cumplió con sus expectativas?	✓		✓		✓		
24	¿Recomendaría a sus familiares la atención en el centro de salud?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Existe Suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. Castañeda Montes, Elizabeth Luz    DNI: 41706327

Especialidad del validador: Licenciada en enfermería / Esp. en cuidados intensivos / Maestra en gestión de los servicios de la salud.

...22...de...06...del 20.20

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>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

*Elizabeth Luz*  
 Elizabeth Luz Castañeda Montes  
 Lic. en Enfermería  
 C.E.P. 074508

Firma del Experto Informante.

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LAS BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Eugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: DISPONIBILIDAD</b>								
1	¿Contas con suficiente el número de consultorios dentales en el centro de salud de tu localidad?	✓		✓		✓		
2	¿Contas con suficiente la cantidad de personal que labora en el centro de salud?	✓		✓		✓		
3	¿Has recibido información sobre salud oral en el centro de salud a cual acude?	✓		✓		✓		
4	¿Contas con suficiente la cantidad de personal que labora en el centro de salud?	✓		✓		✓		
5	¿Contas con suficiente el número de odontólogos para atender a todos los pacientes de tu centro de salud?	✓		✓		✓		
<b>DIMENSIÓN 2: ACCESIBILIDAD</b>								
6	¿Cuentas con SS?	✓		✓		✓		
7	¿Todos sus tratamientos dentales han sido cubiertos por el SS?	✓		✓		✓		
8	¿Realizó algún pago extra para continuar con su tratamiento dental?	✓		✓		✓		
9	¿Vive cerca al centro de salud?	✓		✓		✓		
10	¿Le resulta complicado el tiempo que demora en ir al centro de salud?	✓		✓		✓		
11	¿Espera demasiado para ser atendido en el consultorio dental?	✓		✓		✓		
12	¿Cons que fácilmente una nueva cita para continuar con su atención dental?	✓		✓		✓		
<b>DIMENSIÓN 3: ACEPTABILIDAD</b>								
13	¿Acude al consultorio dental solo cuando presenta molestias o dolores dentales?	✓		✓		✓		
14	¿Ha acudido de manera preventiva al consultorio dental?	✓		✓		✓		
15	¿Acude con frecuencia, una o dos veces al año, al consultorio dental?	✓		✓		✓		
16	¿Tienes temor a realizarte tratamientos dentales?	✓		✓		✓		
17	¿Es buena la atención en general que recibes en el centro de salud?	✓		✓		✓		
18	¿Contas con confianza los tratamientos dentales recibidos en el centro de salud?	✓		✓		✓		
19	¿Ha recibido algún mal trato del personal que labora en el centro de salud?	✓		✓		✓		
<b>DIMENSIÓN 4: CONTACTO CON EL SERVICIO</b>								
20	¿Ha acudido al centro de salud hasta terminar con su tratamiento dental indicado?	✓		✓		✓		
21	¿El consultorio dental se encuentra en óptimas condiciones cada vez que fue atendido?	✓		✓		✓		
22	¿Contas con buena infraestructura del centro de salud?	✓		✓		✓		
23	¿La atención dental que recibió cumplió con sus expectativas?	✓		✓		✓		
24	¿Recomendaría a sus familiares la atención en el centro de salud?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Existe Suficiencia

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


Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: Mg. Lombardo Ninahuanca Edwin DNI: 41585524

Especialidad del validador: Licenciado en Enfermería / Esp. Neofrología / Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

23 de 06 del 2020

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.  
<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.  
<sup>3</sup>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.

  
 Edwin Lombardo Ninahuanca  
 C.E.P. 60327

Firma del Experto Informante.

ANEXO 05: PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

**Estadísticas de  
fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,825	24

ANEXO 06: CARTA SOLICITANDO PERMISO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año de la Universalización de la Salud”

Lima, 27 de junio de 2020  
Carta P. 280-2020-EPG-UCV-LN-F05L01/J-INT

Emp.  
ROGER WILLIAN SANTA CRUZ FLORES  
ALCALDE  
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CHONGOYAPE

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CHONGOYAPE	
TRAMITE DOCUMENTARIO	
FECHA: 07/07/2020	HORA: 11:46
REG. N°: 1,383	FOJAS: 01
Recepción del presente Documento aplica Conformidad.	

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a BALBOA CHAGUA, INGRID ARACELI; identificada con DNI N° 70012730 y con código de matrícula N° 6700086460; estudiante del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD quien, en el marco de su tesis conducente a la obtención de su grado de MAESTRA, se encuentra desarrollando el trabajo de investigación titulado:

**BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL DEL CENTRO POBLADO CHONGOYAPE - LAMBAYEQUE, 2020**

Con fines de investigación académica, solicito a su digna persona otorgar el permiso a nuestra estudiante, a fin de que pueda obtener información, en la institución que usted representa, que le permita desarrollar su trabajo de investigación. Nuestro estudiante investigador BALBOA CHAGUA, INGRID ARACELI asume el compromiso de alcanzar a su despacho los resultados de este estudio, luego de haber finalizado el mismo con la asesoría de nuestros docentes.

Agradeciendo la gentileza de su atención al presente, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,



Dr. Carlos Ventura Orbegoso  
Jefe  
ESCUELA DE POSGRADO  
UCV FILIAL LIMA  
CAMPUS LIMA NORTE

Somos la universidad de los que quieren salir adelante.



ucv.edu.pe

ANEXO 07: CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

	<b>MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CHONGOYAPE</b>	
Jr. Lima N° 1225 Telf: (074) 433215 - 433232 Chongoyape - Chiclayo - Lambayeque - Perú		
E-mail: munichongoyape@munichongoyape.gob.pe / www.munichongoyape.gob.pe / alcaldia@munichongoyape.gob.pe		

“Decenio De La Igualdad De Oportunidades Para Mujeres Y Hombres”  
“Año De La Universalización De La Salud”

**Constancia de aceptación**


**El que suscribe, jefe de la unidad de Recursos Humanos de la Municipalidad Distrital De Chongoyape.**

**Hacer constar:**

Para hacer constar la aceptación del permiso para el desarrollo del trabajo de investigación, “BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ORAL EN EL CENTRO DE SALUD CHONGOYAPE – “CHONGOYAPE”; A la Srta. **Ingrid Araceli Balboa Chagua**, identificado con DNI N° 70012730.

Si otro particular, me despido de usted.

**Atentamente,**

  
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CHONGOYAPE  
Percy Yoel Cadenillas Rojas  
RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS

“Con la bendición de Dios y la fuerza del pueblo, Chongoyape Avanza”

# ANEXO 08: BASE DE DATOS EN EXCEL

This screenshot shows the Microsoft Excel interface for a spreadsheet titled 'TESIS DATOS'. The spreadsheet is displayed on 'Hoja1' (Sheet1). The data is organized in a table with columns labeled A1 through AB and rows numbered 1 through 54. The columns are grouped into sections: 'SUBE', 'GEMERO', 'EDAD', 'BA\_1' through 'BA\_23', and 'DI\_BA'. The cells contain numerical values, likely representing scores or ratings, ranging from 1 to 5. The spreadsheet is color-coded by column groups: 'SUBE' (yellow), 'GEMERO' (light blue), 'EDAD' (light green), 'BA' columns (various colors including light blue, light green, light yellow, and light orange), and 'DI\_BA' (orange). The interface includes the standard Excel ribbon (Archivo, Inicio, Insertar, etc.) and a taskbar at the bottom showing the system date and time as 07:45 p.m. on 08/08/2020.

This screenshot shows the Microsoft Excel interface for the same spreadsheet 'TESIS DATOS', but focusing on a different range of data. The spreadsheet is displayed on 'Hoja1' (Sheet1). The visible data is organized in a table with columns labeled A54 through AB and rows numbered 97 through 99. The columns are grouped into sections: 'SUBE', 'GEMERO', 'EDAD', 'BA\_1' through 'BA\_23', and 'DI\_BA'. The cells contain numerical values, likely representing scores or ratings, ranging from 1 to 5. The spreadsheet is color-coded by column groups: 'SUBE' (yellow), 'GEMERO' (light blue), 'EDAD' (light green), 'BA' columns (various colors including light blue, light green, light yellow, and light orange), and 'DI\_BA' (orange). The interface includes the standard Excel ribbon (Archivo, Inicio, Insertar, etc.) and a taskbar at the bottom showing the system date and time as 07:46 p.m. on 08/08/2020.

## ANEXO 09: VISTA DE VARIABLES SPSS 25

TESIS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
14	BA_11	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
15	BA_12	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
16	BA_13	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
17	BA_14	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
18	BA_15	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
19	BA_16	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
20	BA_17	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
21	BA_18	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
22	BA_19	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
23	BA_20	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
24	BA_21	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
25	BA_22	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
26	BA_23	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	6	Derecha	Ordinal	Entrada
27	BA_24	Numérico	2	0		{1, S}...	Ninguno	7	Derecha	Ordinal	Entrada
28	D1_BA	Numérico	2	0		Ninguno	Ninguno	7	Derecha	Escala	Entrada
29	D2_BA	Numérico	2	0		Ninguno	Ninguno	7	Derecha	Escala	Entrada
30	D3_BA	Numérico	2	0		Ninguno	Ninguno	7	Derecha	Escala	Entrada
31	D4_BA	Numérico	2	0		Ninguno	Ninguno	7	Derecha	Escala	Entrada
32	BARRERA	Numérico	2	0		Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Escala	Entrada
33	Dimension_1	Numérico	5	0	D1_Disponibilidad	{1, BAJO}...	Ninguno	13	Derecha	Ordinal	Entrada
34	Dimension_2	Numérico	5	0	D2_Accesibilidad	{1, BAJO}...	Ninguno	13	Derecha	Ordinal	Entrada
35	Dimension_3	Numérico	5	0	D3_Aceptabilidad	{1, BAJO}...	Ninguno	13	Derecha	Ordinal	Entrada
36	Dimension_4	Numérico	5	0	D4_Contacto_c...	{1, BAJO}...	Ninguno	13	Derecha	Ordinal	Entrada
37	BARRERA DE...	Numérico	5	0	BARRERA DE...	{1, BAJO}...	Ninguno	19	Derecha	Ordinal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

## ANEXO 10: PROCESAMIENTO DE DATOS EN PROGRAMA SPSS 25

The screenshot shows the SPSS interface with the 'Fiabilidad' dialog box open. The 'Escala' is set to 'ALL VARIABLES'. Below the dialog, the 'Resumen de procesamiento de casos' table is displayed, showing that all 159 cases are valid and none are excluded. The Cronbach's Alpha coefficient is .825 for 24 items.

**Resumen de procesamiento de casos**

Casos	Válido	N	%
Válido	159	100,0	
Excluido <sup>a</sup>	0	,0	
Total	159	100,0	

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.825	24

The screenshot shows the 'Frecuencias' dialog box with 'BARRERA DE ACCESO' selected. The resulting frequency table is displayed, showing the distribution of responses across gender and age groups.

**Frecuencias**

**BARRERA DE ACCESO**

GENERO	EDAD		N observado	N esperada	Residuo
Femenino	18 - 25 años	BAJO	2	9,3	-7,3
		MODERADO	13	9,3	3,7
		ALTO	13	9,3	3,7
		Total	28		
	26 - 35 años	BAJO	1	8,7	-7,7
		MODERADO	7	8,7	-1,7
		ALTO	18	8,7	9,3
		Total	26		
	36 - 45 años	BAJO	3	6,0	-3,0
		MODERADO	3	6,0	-3,0
		ALTO	12	6,0	6,0
		Total	18		
46 - 55 años	MODERADO	4	6,0	-2,0	
	ALTO	8	6,0	2,0	
	Total	12			
56 años a más	BAJO	1	3,7	-2,7	
	MODERADO	3	3,7	-,7	
	ALTO	7	3,7	3,3	
	Total	11			
Masculino	18 - 25 años	MODERADO	4	6,0	-2,0
		ALTO	8	6,0	2,0
	Total	12			



leer resultados.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

\* Tablas personalizadas.  
 CTABLES  
 /VLABELS VARIABLES=BARRERA\_DE\_ACCESO GENERO DISPLAY=LABEL  
 /TABLE BARRERA\_DE\_ACCESO [COUNT F40.0] BY GENERO  
 /CATEGORIES VARIABLES=BARRERA\_DE\_ACCESO GENERO ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCL  
 UDE  
 /CRITERIA CILEVEL=95.

**Tablas personalizadas**

BARRERA DE ACCESO		GENERO	
		Femenino	Masculino
		Recuento	Recuento
BAJO		7	2
MODERADO		30	14
ALTO		58	48

\* Tablas personalizadas.  
 CTABLES  
 /VLABELS VARIABLES=BARRERA\_DE\_ACCESO GENERO EDAD DISPLAY=LABEL  
 /TABLE BARRERA\_DE\_ACCESO BY GENERO > EDAD [MEAN]  
 /CATEGORIES VARIABLES=BARRERA\_DE\_ACCESO GENERO ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCL  
 UDE  
 /CRITERIA CILEVEL=95.

**Tablas personalizadas**

IBM SPSS Statistics Dimensiones está lista | Inicio de OM | 22:11 | 2/08/2020