



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el
Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017**

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

AUTORA:

Br. Rosario Natividad Muñoz Cabana

ASESORA:

Mg. Miluska Vega Guevara

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de la Salud

LIMA-PERÚ

2017

Mg. Dra. Estrella Esquiagola Aranda
Presidente

Dra. Luzmila Garro Aburto
Secretaria

Mg. Miluska Vega Guevara
Vocal

Dedicatoria

Ante todo a Dios padre, pues con el todo es posible y con cariño especial a la luz de mis ojos, angelito lindo caído del cielo, el tesoro más preciado que me ha regalado Dios.

Mariana.

Agradecimientos

Reconocimiento especial a la Universidad César Vallejo que a través de este programa de Maestría nos ha brindado todas las facilidades para que nos pueda ser accesible, y a través de sus notables docentes hemos enriquecido nuestro conocimientos, asimismo agradecimiento especial al Centro Materno Infantil Juan Pablo II, por permitirme realizar el presente trabajo de investigación.

Declaración de Autoría

Yo, **Rosario Natividad Muñoz Cabana**, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado "**Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017**" presentada, en 89 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.

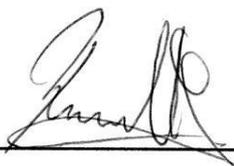
No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

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, 8 de Setiembre del 2017



Rosario Natividad Muñoz Cabana

DNI: 10183267

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la tesis “Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017”, que tuvo como objetivo describir el nivel de barreras de acceso percibidos por los usuarios del servicio de salud bucal en este centro de salud; ya que actualmente, la ausencia de acceso a la salud bucal sigue siendo uno de los grandes desafíos a lograr para hacer frente a la alta prevalencia de las enfermedades bucales.

El presente trabajo ha sido estructurado en siete capítulos, de acuerdo al formato proporcionado por la Escuela de Posgrado. En el capítulo I denominado introducción, se presentan los antecedentes y fundamentos teóricos, la justificación, el problema, y los objetivos de la investigación. En el capítulo II, se señalan los aspectos metodológicos utilizados en la investigación, en el capítulo III la descripción de los resultados, asimismo en el capítulo IV se presenta la discusión, en el capítulo V las conclusiones, en el capítulo VI las recomendaciones. El capítulo VII señala las referencias bibliográficas y finalmente el capítulo VIII contiene los anexos como el artículo científico, la matriz de consistencia, matriz de operacionalización de las variables, instrumento, certificados de validez del instrumento, matriz de datos, carta de aceptación de la institución y consentimiento informado.

El informe de este trabajo de investigación se elaboró siguiendo el protocolo de la Escuela de Posgrado de la Universidad y es puesto a vuestra disposición para su análisis y las observaciones que estimen pertinentes.

La autora

Índice

	Pág.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de Tablas	ix
Lista de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción	
1.1 Antecedentes	14
1.2 Fundamentación científica	18
1.3 Justificación	35
1.4 Problema	38
1.5 Objetivos	42
II. Marco metodológico	
2.1 Variable	45
2.2 Operacionalización de variable	45
2.3 Metodología	46
2.4 Tipo de estudio	47
2.5 Diseño	47
2.6 Población, muestra y muestreo	48
2.7 Técnica e instrumento de recolección de datos	48
2.8 Método de análisis de datos	52
III. Resultados	
3.1 Descripción de resultados	54

IV.	Discusión	69
V.	Conclusiones	80
VI.	Recomendaciones	82
VII.	Referencias Bibliográficas	84
VIII	Anexos	
	Anexo 1. Artículo científico	
	Anexo 2. Matriz de consistencia	
	Anexo 3. Matriz de operacionalización de la variable	
	Anexo 4. Instrumento	
	Anexo 5. Certificado de validez del instrumento	
	Anexo 6. Matriz de datos	
	Anexo 7. Constancia emitida por la institución que acreditó la realización del estudio in situ	

Lista de tablas

		Pág.
Tabla	1. Matriz de operacionalización de la variable barrera de acceso	46
Tabla	2. Validez del instrumento, según expertos	50
Tabla	3. Confiabilidad del instrumento – K. R.	51
Tabla	4. Nivel de barreras de acceso al servicio de salud bucal	54
Tabla	5. Nivel de disponibilidad del servicio de salud bucal	55
Tabla	6. Nivel de accesibilidad del servicio de salud bucal	56
Tabla	7. Nivel de aceptabilidad del servicio de salud bucal	57
Tabla	8. Nivel de contacto con el servicio de salud bucal	58

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Nivel de barrera de acceso al servicio de salud bucal	54
Figura 2. Nivel de disponibilidad del servicio de salud bucal	55
Figura 3. Nivel de accesibilidad del servicio de salud bucal	56
Figura 4. Nivel de aceptabilidad del servicio de salud bucal	57
Figura 5. Nivel de contacto con el servicio de salud bucal	58
Figura 6. Nivel de dimensiones de la barrera de acceso del servicio de salud bucal	59
Figura 7. Nivel de disponibilidad según sus indicadores del servicio de salud bucal	60
Figura 8. Nivel de accesibilidad según sus indicadores del servicio de salud bucal	61
Figura 9. Nivel de aceptabilidad según sus indicadores del servicio de salud bucal	62
Figura 10. Nivel de contacto con el servicio según sus indicadores	63
Figura 11. Disponibilidad del servicio de salud bucal según ítems	64
Figura 12. Accesibilidad del servicio de salud bucal según ítems	65
Figura 13. Aceptabilidad del servicio de salud bucal según ítems	66
Figura 14. Contacto con el servicio de salud bucal según ítems	67

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo fundamental describir el nivel de barreras de acceso al servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el año 2017.

La investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo y fue de tipo básica de nivel descriptivo, por lo que se aplicó un diseño no experimental de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por los usuarios que acudieron al servicio de salud bucal, el instrumento utilizado para el recojo de datos fue el cuestionario y la técnica empleada la encuesta. La muestra estuvo conformada por 185 personas que eran usuarios del servicio de salud bucal.

Los resultados evidenciaron que el 56.8% de los usuarios percibieron un nivel moderado de barreras, el 37.3% un nivel bajo de barreras y solo el 5.9% un nivel alto de barrera. Finalmente se concluyó que los usuarios del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II tienden a percibir barreras de acceso de nivel moderado en la atención recibida. Asimismo respecto el nivel de las 4 dimensiones estudiadas, es la disponibilidad la que mostró el nivel más bajo seguida por la aceptabilidad, la accesibilidad y el contacto con el servicio.

Palabras claves: barreras de acceso, utilización de servicios, acceso al servicio de salud.

Abstract

The main objective of this research was to describe the level of barriers to access to the oral health service perceived by users of the Juan Pablo II Maternal and Child Health Center in 2017.

The research was developed with a quantitative approach and was of basic type of descriptive level, for which a non-experimental cross-sectional design was applied. The study population consisted of users who came to the oral health service, the instrument used for data collection was the questionnaire and the technique used in the survey. The sample consisted of 185 people who were users of the oral health service.

The results showed that 56.8% of users perceived a moderate level of barriers, 37.3% had a low level of barriers and only 5.9% had a high barrier level. Finally, it was concluded that the users of the oral health service of the Juan Pablo II maternal and child center tend to perceive moderate access barriers in the care received. Also regarding the level of the 4 dimensions studied, it is the availability that showed the lowest level followed by acceptability, accessibility and contact with the service.

Keywords: access barriers, use of services, access to health service.

I. Introducción

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes internacionales.

Virguez (2016) realizó el estudio *Barreras y facilitadores a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquéen*. Fue un estudio de enfoque cualitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal, cuyo objetivo principal fue determinar las barreras y facilitadores principales del acceso al servicio de salud, cuya muestra estuvo conformada por 50 jóvenes de 14 a 28 años de edad, los datos fueron recogidos a través de un cuestionario utilizando la técnica de la encuesta, obteniendo como resultado que el servicio de odontología solo alcanzó un 10% de utilización, siendo el servicio que menos se utilizó, además encontraron más dificultades para conseguir cita con los especialistas, concluyendo que una de las principales barreras son las fechas y los horarios de las citas que son extensas además de los tramites que hay que realizar para conseguirlas.

Hernández y Tavera (2014) realizaron la investigación *Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en Copresalud IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014*. El enfoque de estudio fue cuantitativo, fue de diseño no experimental de tipo descriptivo y de corte transversal cuyo objetivo principal fue establecer las barreras que encuentra la población que acude a consulta odontológica en la IPS COPRESALUD. La muestra fue de 250 personas y el instrumento utilizado fue el cuestionario cuyos datos fueron recogidos a través de una encuesta estructurada a través de un formato que midió las barreras de acceso relacionadas con la oferta, de tipo geográfico, económico, cultural y social con escala de medición tipo Likert obteniendo como resultado que: el 77% eran de sexo femenino con una edad promedio de 38.7 años, entre las barreras más frecuentes están el tiempo de asignación de citas, la percepción de la calidad del servicio, horarios, infraestructura, dificultades para trasladarse hasta el sitio de atención, vivienda lejos, gastos para el traslado, creencias, miedo a las agujas, instrumento rotatorio, a procedimientos quirúrgicos y pena a mostrar la cavidad bucal, concluyendo que el acceso al servicio dental,

está siendo afectado por barreras culturales, geográficas, socio económicas, y de oferta.

Agudelo, Alzate, López, López, C., Espinoza, Posada, y Meneses (2014) realizaron la investigación *Barreras y Facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia*. El estudio fue de enfoque cualitativo y tipo descriptivo cuyo objetivo principal fue identificar los factores que limitan o favorecen el acceso al servicio de odontología de los adultos mayores que se atienden en el hospital de Medellín, desde el punto de vista del personal de salud. Los datos fueron recogidos a través de una entrevista semiestructurada, cuya muestra estuvo conformada por 34 personas trabajadoras del servicio, para lo cual se adjuntó información socio demográfico y el tiempo de experiencia laboral en la institución. Las barreras encontradas fueron dificultades en las políticas sociales, desigualdad en la atención en salud, recurso humano inadecuado, aspectos culturales y de género; crisis del sector salud. Concluyendo que hay una necesidad de integrar las políticas de salud y salud bucal con políticas sociales.

Hirmas, Poffald, Jasmen, Aguilera, Delgado, y Vega (2013) realizaron la investigación *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*. Fue un trabajo de enfoque cualitativo retrospectivo, de diseño no experimental y corte transversal, cuyo objetivo principal fue determinar la transversalidad de las barreras y facilitadores a través de varias poblaciones, países y enfermedades, además determinar la frecuencia con la que se presentan. La metodología del presente estudio consistió en una revisión literaria, la muestra estuvo conformada por 19 estudios realizados del 2000 al 2010, en la cual se identificaron 230 barreras que fueron agrupadas de acuerdo al Modelo de Cobertura de Tanahashi, obteniendo como resultado que 25 tipos de barrera correspondieron a la disponibilidad, 67 a la accesibilidad, 87 a la dimensión de aceptabilidad y por ultimo 51 al contacto con el servicio, concluyendo que la mayor cantidad de barreras se presentan en la aceptabilidad, asimismo las barreras más frecuentes fueron costos de medicinas, de consultas médicas y de exámenes,

vergüenza o temor al atenderse en un servicio de salud, falta de confianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito.

Ajavi y Arigbede (2012) realizaron la investigación *Las barreras a la utilización de la atención de la salud oral en Ibadán, suroeste de Nigeria*. Fue un estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo y de diseño no experimental de corte transversal, cuyo objetivo principal fue describir y clasificar las barreras a la utilización del servicio de salud bucal en el centro odontológico de College Hospital. La muestra estuvo conformada por 400 pacientes a los cuales se les encuestó a través de un cuestionario que recolectó información sobre edad, género, nivel educativo y comportamiento de utilización del servicio además se les pidió ordenar una lista de factores de barreras según la importancia que ellos percibían y obtuvieron como resultado que el 55,8% de los encuestados consultó a los dentistas pero sólo cuando sentía dolor, el 27,3% nunca habían utilizado el servicio de salud bucal por el miedo a la inyección dental, al costo del tratamiento, a la sensación de inseguridad y al ruido perturbador del taladro dental. Concluyendo que las principales barreras para la utilización de la atención de la salud oral estaban relacionadas con el miedo.

Preciado y Urbano (2012) realizaron la investigación *Barreras de acceso a los servicios preventivos u correctivos de odontología*. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal para lo cual utilizaron una muestra de 60 pacientes de 10 a 60 años de edad que acudían al servicio de odontología del centro de salud ESE Popayán. El objetivo del presente trabajo fue determinar las barreras y facilitadores externos e individuales en el servicio de odontología para lo cual se utilizó como instrumento el cuestionario y a través de la encuesta obtuvieron como resultados que las principales barreras están relacionadas con la falta de dinero, dificultad en sacar cita, acudir solo por casos de urgencias y no asistir por miedo al sonido de la turbina, a la aguja o a las heridas sangrantes.

1.1.2. Antecedentes nacionales

Azañedo, Díaz y Hernández (2016) realizaron el estudio *Salud oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana*. El enfoque que realizaron fue de tipo cuantitativo, de diseño no experimental retrospectivo y de corte transversal, Se realizó en base a un análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (2014), con el objetivo de conocer los patrones de acceso a la atención dental, la muestra estuvo conformada por 5516 adultos mayores, obteniendo como resultado que el acceso a un servicio dental ocurrió en el 74,8% de los 5516 adultos mayores encuestados de los cuales el 65,1% fue atendido por atención privada.

Carrasco, Landauro y Orejuela (2015) realizaron el estudio *Factores asociados a la utilización en una clínica odontológica universitaria peruana*. El estudio fue de enfoque cuantitativo retrospectivo, de diseño no experimental y de corte transversal y tuvo como objetivo analizar cómo algunos factores relacionados con los pacientes influyen en la utilización del servicio de salud bucal. La muestra estuvo representada por 91 fichas a base de datos de personas que asistieron el servicio odontológico en la Clínica Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; las variables independientes fueron edad, sexo, ocupación, grado de instrucción, estrato socioeconómico, motivo de consulta, entre otros, mientras que la variable dependiente fue la utilización del servicio. En los resultados la mayoría fue de sexo femenino (74,7%) y de ocupación estudiante y los pacientes con trabajo independiente tuvieron más probabilidad de acceder a los servicios, concluyendo que la edad, el sexo y el tipo de empleo son uno de los factores que influyen más en la atención a los servicios odontológicos.

García, Chenguayen y Mormontoy (2010) realizaron el estudio *Satisfacción del usuario con los servicios odontológicos de atención primaria recibidos y factores socio demográficos asociados*. Fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, se realizó en una muestra de 214 personas pobladores de un asentamiento humano a las cuales se les hizo una encuesta. El objetivo principal

fue determinar la percepción de satisfacción del usuario, teniendo como resultado que entre los usuarios satisfechos el porcentaje mayor 55% fue asignado a los que acudían a los centros de salud públicos del Ministerio de Salud (Minsa), además encontraron que las persona de mayor nivel de instrucción presentan más nivel de insatisfacción.

Carrasco (2009) realizó el estudio *Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas*. La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, de diseño no experimental y de corte transversal cuyo objetivo principal fue determinar los conocimientos, las costumbres en el cuidado de salud bucal y las características socioeconómicas que presentan los escolares de nivel primaria y secundaria. Utilizó una muestra de 107 alumnos a los cuales se realizó un examen bucal y los datos demográficos se recogieron a través de una encuesta. Las variables independientes fueron nivel de educación alcanzado por los padres, aseguramiento en salud, y atención dental recibida, conocimientos y prácticas en salud bucal de los escolares, entre otros. Entre los resultados encontrados el 50% no conocían las enfermedades bucales, el 21,49% nunca utilizó el servicio, el 70,14% refirió haber asistido a un servicio dental sólo por dolor y tratamientos recuperativos; por lo tanto concluyeron que la salud bucal está influenciada por las condiciones socioeconómica y una gran parte de los escolares carecen de acceso a la atención dental, prácticas y conocimientos en salud bucal.

1.2. Fundamentación científica

A continuación, se presentan los diferentes conceptos y teorías asociadas con la barrera de acceso al servicio de salud bucal, se definen además las dimensiones que permitieron su medición y la teoría que lo sustenta amparado bajo el principio de equidad en salud, base fundamental de la Cobertura Universal de Salud (Organización Mundial de la Salud, 2013), presentando además el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi (1978) como sustento para la variable barrera de acceso.

1.2.1 Barreras de acceso al servicio de salud bucal

Antes de iniciar el estudio de la variable barrera de acceso al servicio de salud bucal se requiere realizar el análisis de lo que significa el acceso al servicio de salud para poder contextualizar adecuadamente la variable de estudio.

El acceso a los servicios de salud ha sido una preocupación a nivel mundial, desde hace varias décadas, es por ello que se encuentra dentro de la séptima función esencial de la salud pública formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el año 2005, a su vez cabe resaltar la importancia que tiene el acceso cuando se habla de equidad o igualdad en salud para todos, pues para alcanzar la equidad en salud antes debe alcanzarse la equidad en el acceso a los servicios de salud, logrando de esta manera reducir las diferencias en el acceso (OMS, 1991). Sin embargo esto aún no ha sido subsanado y las desigualdades en el acceso han ido abriendo brechas cada vez más grandes en especial en países que se encuentran en vías de desarrollo, como el nuestro, esto debido a que aún no se han solucionado no solo la problemática de los factores determinantes que son las circunstancias en que los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, influenciadas a su vez por factores políticos, sociales, económicos y educación (OMS, 2005) que por lo tanto incluyen acciones conjuntas con otros sectores o ministerios en el ámbito político, sino que además no se ha prestado considerable atención a los factores que limitan el acceso o barreras de acceso al servicio de salud.

Por lo anterior y debido a que la salud bucal también es considerada esencial para la salud general y la calidad de vida tanto por la Federación Dental Internacional (FDI) y por la OMS, se le ha incluido también como parte integral del derecho a la salud por la cual todas las personas deben gozar de una igualdad en el acceso a una atención eficaz en el servicios de salud bucal, por ello es necesario comprender el concepto y las dimensiones del acceso al servicio de salud, ya que a pesar de ser un tema prioritario en salud; ha sido a través de los tiempos un concepto un tanto complejo, al cual no se le han establecidos sus límites con claridad.

Conceptualización de acceso al servicio de salud.

El acceso al servicio de salud es un proceso de interacción que se da entre el servicio de salud y los individuos para los cuales se ha destinado dicho servicio y que atraviesa por cuatro etapas hasta el logro de la atención en salud, la cual debería ser de calidad, este proceso además está influenciado por características propias del servicio de salud y características propias de la población, así como por factores socio demográficos, lo cual permite finalmente que un grupo de personas pueda recibir atención eficaz (Tanahashi, 1978).

Desde los años 1970 han existido innumerables estudios para poder definir el acceso; algunos autores la toman como sinónimo de accesibilidad, uso de servicio, utilización de servicio y de cobertura; es así que han surgido varios enfoques y/o modelos que tratan de definir el acceso, pero la mayoría se refiere al acceso como un ajuste entre las características de la oferta (servicios de salud) y la demanda (población que necesita los servicios de salud).

El primero en introducir el enfoque de accesibilidad fue Donabedian (1966), señalándola como una cualidad de los recursos disponibles para la atención de la salud que a su vez puede limitar o facilitar la capacidad de brindar servicio de atención a la población.

Por su parte Andersen, Mc Cutcheon, Aday, Chiu y Bell (1980) establecieron que el acceso es un proceso complejo y multidimensional el cual lo agrupa en dos a saber: acceso potencial; que vendría a ser la capacidad de acceso que se desea tener y que a su vez es afectada por características del sistema de salud (disponibilidad, provisión de recursos y organización) así como por características particulares de la población (factores socio demográficos, creencias, necesidades de salud, seguro de salud, etc.) que les llevan a ir a la búsqueda de la atención de salud; el otro tipo de acceso vendría a ser el acceso real que se refiere al uso real o efectivo de la atención el cual depende de la percepción del usuario hacia el servicio, satisfacción y percepción de calidad.

Posteriormente, Penchasnki y Thomas (1981) señalaron el acceso como un conjunto de dimensiones que implica una interacción entre el paciente y el sistema de salud y dieron importancia a la satisfacción, siguiendo el concepto de

Donabedian y Tanahashi considerando al acceso como el grado de ajuste entre las necesidades del paciente y la capacidad del sistema para satisfacer esas necesidades.

Asimismo, Frenk (1985) sostuvo como accesibilidad al proceso de buscar y recibir atención de servicios de salud influenciado por los recursos y capacidades propias de los servicios del sistema de salud y por características de la población.

Más adelante Andersen Davidson y Baumeister (2013) definieron el acceso como “la utilización efectiva de los servicios de salud personales y todo lo que facilita e impide su uso” (p.33) señalando que existe un vínculo o una relación entre los sistemas de salud y la población que utiliza sus servicios, su aporte es la importancia en enfatizar la mejora en los resultados.

Finalmente es de suma importancia mencionar el concepto de acceso propuesto por la OMS, OPS y Salud Universal (2014) en su documento Estrategias para el acceso universal, mencionan que “el acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan” y que “acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género (p.1) y por lo tanto se logra a través de la eliminación progresiva de las mismas ya que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, haciéndola inequitativa.

Es así que para sustentar teóricamente la definición del acceso se consideró la propuesta de estos autores y de la OMS de esta manera queda afianzada la propuesta dada por Tanahashi, porque también señala el acceso como un concepto relacional en la cual participan dos actores, el sistema de salud y la población que busca atención, e influenciado por múltiples factores y por barreras que limitan dicho acceso, las cuales se pretenden medir y describir en la presente investigación.

Conceptualización de barrera de acceso al servicio de salud.

Teniendo ya definido el concepto de acceso se puede pasar a definir lo que significa la barrera de acceso que según Tanahashi (1978) vendrían a ser los factores limitantes o aquellos obstáculos responsables de una falta o incluso de una mala

atención de salud o atención ineficaz y sin calidad pudiendo presentarse ya sea desde la entrada o búsqueda de atención o también en cualquiera de las etapas del proceso de cobertura que pasaremos a definir posteriormente (p 300).

Posteriormente, Frenk (1985) introdujo un nuevo concepto llamado resistencia que es el “conjunto de obstáculos en la búsqueda y obtención de la atención, los cuales se originan en los recursos para la salud” (p.442), es decir que hay fenómenos intermediarios que hacen que la disponibilidad de recursos no necesariamente implique que haya utilización de servicios, “la resistencia” al parecer guarda relación con la definición de barreras de acceso al servicio de salud.

Por su parte, Millman (1993) sostuvo que las barreras son los obstáculos que dificultan el proceso de atención personal para obtener los servicios de salud; refiere que son muchos los obstáculos que pueden presentarse de manera especial en las minorías o poblaciones pobres quienes son además menos saludables: atribuyendo como posible causa del mismo, la poca cantidad, calidad y continuidad de atención que reciben.

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

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

Al respecto la OMS, señala que las barreras son los impedimentos para que las personas utilicen los servicios integrales de salud, la cual impide el acceso universal y las agrupa en 5 tipos: geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género (OMS y OPS y Salud Universal, 2014, p.1).

De esta manera el concepto de la variable barrera de acceso definida por Tanahashi queda respaldada por los autores mencionados pues señalan a la barrera de acceso como el impedimento para lograr la atención eficaz, además como ya se mencionó al inicio, el estudio de la variable barrera de acceso se sustenta para el presente trabajo en el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi, es por ello que a continuación se describirá todo lo concerniente a cobertura de salud.

Conceptualización de cobertura de salud.

La cobertura de salud es el nivel de interacción que se da entre el servicio de salud y las personas para las cuales está dirigido dicho servicio, pero que recae solo a una parte de la población objetivo que vendrían a ser los que reciben la atención eficaz; es decir que pueden beneficiarse de la disponibilidad o de la capacidad del servicio de salud (Tanahashi, 1978).

Modelo teórico de cobertura efectiva de Tanahashi.

Tanahashi presenta la definición conceptual de cobertura similar a lo que señala en la definición conceptual del acceso; solo con la diferencia de que este modelo añade a la atención el término eficaz; y por consiguiente señala que la misma recae o beneficia solo a una parte de la población objetivo; que es la población a la cual se desearía beneficiar; asimismo señala que existen factores limitantes relacionados con la prestación de servicios como factores demográficos o socioeconómicos que originan la formación de subgrupos en la población objetivo, que reciben lo que él denomina cobertura específica.

Tanahashi (1978) señaló que la cobertura se puede expresar normalmente por la proporción de la población objetivo que puede recibir el servicio, o por la capacidad del servicio o cobertura potencial y el número de personas que han recibido el servicio, esto a su vez representa el rendimiento real del servicio o cobertura real y también señala que la cobertura comprende todo el proceso de la prestación de servicios hasta lograr los objetivos deseados, es por ello que para poder medir la cobertura, hay que medir cada una de las etapas de este proceso. Estas etapas son cinco disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto de servicio y cobertura, cada una es una condición importante para el logro de la prestación de servicios y cuyas medidas son de importancia para la administración del servicio de salud, permitiéndole la elaboración de medidas eficaces, ya que pueden, identificar en cada una de las etapas mencionadas las dificultades en la operación del servicio que son afectados por factores limitantes o barreras, esto es importante tomar en cuenta para la medición de las barreras del presente trabajo.

Asimismo Tanahashi (1978) brindó otros aportes como el saber cómo deben organizarse y asignarse los recursos para lograr servir a toda la población objetivo o al menos a la mayor cantidad posible, asimismo ver si el servicio brindado ha sido eficaz satisfaciendo las necesidades en salud de las personas, también aclaró la diferencia que existía entre el termino utilización de servicio, al cual se le prestaba a confusión con el término cobertura; recalcando que una alta utilización de servicio no necesariamente implicaba una cobertura satisfactoria, también mencionaba que la cobertura está relacionada con factores diferenciadores o características demográficas tales como la edad, procedencia urbana o rural, etc.

De lo anterior, la cobertura depende de la capacidad potencial del servicio y de los factores que intervienen para cumplir su objetivo es decir de las barreras es por ello que el análisis de las barreras es también importante para evaluar la cobertura, siendo fuentes de información para ellos el personal del servicio así como los usuarios potenciales.

Teoría barrera de acceso.

El modelo de cobertura efectiva de Tanahashi, a su vez se sustenta en la Cobertura Universal de Salud cuyo objetivo primordial en primera instancia es lograr una equidad en el acceso al servicio de salud, “la equidad en la atención de la salud se define como igual acceso a la atención disponible para igual necesidad, igual utilización para igual necesidad e igual calidad de la atención para todos” (OMS y OPS, 1991, p.8).

Debido a las cualidades que presenta la unidad de estudio y por la practicidad y simplicidad del análisis propuesto, se empleó esta teoría como sustento teórico para realizar la presente investigación.

Cobertura Universal de la Salud.

“La cobertura de salud es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnología de la salud y financiamiento. La cobertura universal de la salud implica que los mecanismos de organización y financiación son

suficientes para cubrir a toda la población” (OMS y OPS y Salud Universal 2014, p.1). Fue reconocida como cobertura universal de la salud el año 2005 y comprende 2 fases “la prestación y el acceso a servicios de salud de alta calidad, y la protección contra los riesgos económicos de las personas que necesitan utilizar esos servicios” (OMS, 2013, P.11); por ello se dice que la cobertura universal de la salud se construye a partir del acceso universal oportuno y efectivo a los servicios de salud es decir que con esto se garantizaría que toda la población tuviera acceso al servicio de salud sin atravesar dificultades financieras siendo su objetivo principal el lograr que los servicios integrales de la salud esté al alcance de todos de manera eficaz, además tal como lo señala la OMS, OPS y Salud Universal: “sin acceso universal oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable” (2014. p. 2).

Asimismo “la cobertura universal de la salud es una aspiración fundamental para el goce del grado máximo de la salud que se pueda lograr” (OMS, 2013, p.1) esto implica el cumplimiento del derecho a la salud que tienen todas las personas reconocido en la respectiva constitución política de cada país miembro de la OPS, es por ello que alcanzar ese grado máximo de salud debe ser un objetivo que guíe la política sanitaria a nivel nacional e internacional. Por ello la cobertura universal de salud se fundamenta en una visión amplia de los servicios de salud necesarios que van desde la atención individual de un paciente hasta los servicios públicos que protegen toda una población que a su vez involucra el análisis de tres dimensiones el número de servicios de salud necesario, el número de personas que lo necesitan y los costos que se deban pagar por quien lo necesite (OMS, 2013). Por lo anterior se dice que la equidad o igualdad en la salud es el principio que rige a la cobertura universal “el acceso universal y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo” (OMS, OPS y Salud Universal, 2014, p.2).

La OMS reconoce que aparte de lograr la cobertura universal también se deben eliminar las barreras que impiden el acceso al servicio de salud para asegurar de esta manera el bienestar y la equidad en salud sobre todo en las poblaciones más desfavorable. Aunque la cobertura universal sobre todo tiene como finalidad eliminar las barreras económicas, también reconoce la presencia

de otras barreras es por ello que recientes estudios se están llevando a cabo para analizar los motivos por los cuales las personas no acceden al servicio de salud

Dimensiones de barreras de acceso.

Para medir la variable barrera de acceso se ha considerado las dimensiones propuestas por Tanahashi (1978) en su Modelo de Cobertura Efectiva, en la cual como se describió anteriormente es un proceso que atraviesa por cuatro etapas las cuales son (a) disponibilidad, (b) accesibilidad, (c) aceptabilidad y (d) contacto con el servicio. Cada una de estas etapas o dimensiones permitirán conocer las principales barreras que se presentan en cada una de ellas, las mismas que se describen a continuación.

Primera dimensión: Disponibilidad.

Es la primera etapa que se atraviesa para el logro de la cobertura y es el conjunto de medios o recursos con los que se dispone para realizar la prestación de servicios de la salud, esto por lo tanto decide la cantidad de servicio que se puede poner a disposición de la población que debería tener un beneficio de él, es decir mide la capacidad de un sistema de salud con el tamaño de la población necesitada, además está conformado por tres elementos importantes tales como recursos físicos, recursos humanos y servicios o programas, las cuales a su vez serán los indicadores de la disponibilidad para el presente trabajo. Algunos ejemplos de barreras encontradas en esta etapa son falta o deterioro de la infraestructura, escasez de personal profesional especializado, falta de información de los servicios, escases de medicina, falta de capacitación de los equipos médicos, etc. (Tanahashi, 1978, pp. 296-297).

Otros autores como Penchanski y Thomas (1981) consideraron a la disponibilidad como un atributo del acceso que se ve representada por la oferta suficiente del recurso humano, recursos físicos y recursos tecnológicos para la atención en los servicios de salud de los clientes.

Por otro lado, Shenguelia, *et al.* (2003) hicieron referencia a que en la disponibilidad se presentan las principales brechas o situaciones diferenciales que

impide alcanzar la cobertura efectiva .y las agrupa en disponibilidad de recursos (medicamentos, equipos y recursos humanos) y en la disponibilidad física.

Finalmente la OMS, señaló que la disponibilidad “se refiere al número de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas que hagan posible satisfacer la demanda de salud” (Defensoría del Pueblo, 2007, p. 43).

Indicadores de la Disponibilidad.

Recursos Físicos.

Es el conjunto de medios físicos necesarios para la prestación de servicios como infraestructura; centros de salud, consultorios, equipos médicos, computadoras, insumos como medicinas, materiales (Tanahashi, 1978).

Para Shenguelia, *et al.* (2003) la disponibilidad física se refería solo a la proximidad geográfica de los servicios de salud a la población mientras que la disponibilidad de recursos engloba insumos, medicamentos y equipamiento.

Recursos humanos.

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

Jaramillo, Escalante, Pollarolo, Rubio, Parodi, Del Carpio, Cancho, y Málaga (2006) señalaron que el recurso humano en salud en el Perú comprende al individuo y su capacidad potencial máxima, asimismo es quien debe brindar los servicios bajo los principios de derecho humano en salud, interculturalidad, género y desarrollo humano.

Servicios.

Son las actividades realizadas por la institución prestadora del servicio de salud con el fin brindar asistencia sanitaria enfocado en el mantenimiento restauración y

la promoción de la salud de las personas para lo cual requiere de la ayuda de los recursos materiales, humanos y logísticos y está constituida por los programas de salud, sistema integrado de comunicación, entre otros (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2006).

Según la OMS se entiende como servicios de la salud, “los métodos de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa, que comprenden la atención sanitaria brindada en las comunidades, centros sanitarios y hospitales” (pp. 11-12).

Segunda dimensión: Accesibilidad.

Es la segunda etapa para alcanzar la cobertura en la cual la población que puede beneficiarse de la disponibilidad puede además llegar y utilizar los servicios de salud y como ejemplo de barreras que se pueden presentar tenemos largas colas para hacer los trámites, tiempo de espera largo fuera del consultorio, tramites complicados entre otros puede ser de tres tipos; accesibilidad física, organizacional y financiera (Tanahashi, 1978, pp. 296-297).

Acotando otros aportes de autores respecto a la accesibilidad tenemos a Penschanski y Thomas (1981) quienes mencionan la accesibilidad como la relación de la ubicación geográfica con la oferta de servicios respecto a los usuarios, incluye factores como tiempo de desplazamiento, distancia y costo.

Al respecto la OMS señaló que los establecimientos, y servicios deben ser accesibles para todos por igual dentro de una jurisdicción, asimismo divide la accesibilidad en subdimensiones: accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y accesibilidad a la información.

Indicadores de la Accesibilidad.

Accesibilidad Física.

Es la distancia que deberá recorrer el usuario hacia el centro de salud, comprende además la conectividad y la existencia de medios de transporte para dicho traslado (Tanahashi, 1978).

Por otro lado Frenk (1985) clasificó los obstáculos o resistencias que se puedan presentar en la accesibilidad física, como barreras ecológicas, que impiden que se pueda aprovechar la capacidad de los recursos.

Accesibilidad Organizacional.

Son los requisitos que deben reunir los usuarios para obtener el servicio de salud además comprende los trámites que se han de realizar para obtener la cita, el tiempo de espera para la siguiente cita (Tanahashi, 1978).

Al respecto Penschanski y Thomas (1981) consideraron la accesibilidad organizativa como una dimensión aparte a la que denomina acomodación, que tiene que ver con la organización propia de los servicios.

Accesibilidad Financiera.

Es la capacidad financiera que tiene el usuario para poder solventar el costo de transporte, gastos para el uso de servicio de salud y la pérdida de ganancia en el trabajo por el día que falta para ir por atención médica Tanahashi (1978).

Penschanski y Thomas (1981) denominaron la accesibilidad financiera de Tanahashi (1978) como capacidad financiera, para referirse a la cobertura en la prestación del servicio y al costo que el individuo debe pagar por el seguro de salud aunque respecto a esto la OMS señala que “ la oferta de servicios sanitarios gratuitos en los centros públicos recorre solo un tramo del camino hacia la reducción de las barreras económicas al acceso y en algunos países se trata de un tramo muy pequeño” (2013, p.57).

Tercera dimensión: Aceptabilidad.

Es la tercera etapa para el logro de la cobertura, en la cual la capacidad del servicios se ve limitada solo por el número de personas que tienen la predisposición, el deseo o la aceptación para utilizar los servicio que le son accesibles; esta etapa se encuentra influenciada por la percepción que tienen las personas acerca de las prestaciones de los servicios y a su vez depende de

factores socioculturales, religiosos, creencias, normas valores, trato y privacidad, algunos ejemplos de barreras que se puedan presentar en esta dimensión son falta de información sobre los servicios que existen, falta de confianza en el tratamiento prescrito, el no deseo de acceder al servicio de salud, entre otros (Tanahashi, 1978, p. 297).

Respecto a esta dimensión Penchanski y Thomas (1981) definieron la aceptabilidad como la relación dual entre las actitudes de los usuarios frente a las características del prestador del servicio o viceversa.

Indicadores de Aceptabilidad.

Factores Socioculturales.

Son los factores sociales y culturales, como costumbres del entorno familiar aprendido, grado de conocimiento recibido, creencias en base a experiencia vividas que influyen en un grupo de personas a nivel social y que a su vez hace posible la aceptación del servicio algunos ejemplo son percepción de la importancia de la salud bucal, percepción de las necesidades de la salud bucal de los usuarios, conocimiento sobre salud bucal, lo cual a su vez es importante para lograr concientizar sobre acciones preventivas (Tanahashi, 1978).

Otro aporte respecto a esta dimensión es la que señala la OMS recomendando que todos los servicios de salud tienen que ser culturalmente apropiados y respetando la ética médica, asimismo se deberá tomar en cuenta las características éticas y culturales de la sociedad en un momento dado (Defensoría del Pueblo, 2007, p. 43).

Trato.

Es la manera como se recibe la prestación de servicios, por parte del prestador de servicio y el usuario o viceversa, un buen trato medico con ética y respeto dará la confianza necesaria para aceptar la prestación del servicio de salud (Tanahashi, 1978).

Al respecto el Minsa señala que el trato digno es el buen trato de atención; para lo cual deberá de haber amabilidad, paciencia y actitud del prestador del servicio hacia el usuario, atención oportuna y pronta según la condición de salud de cada usuario, información y orientación a los usuarios a través de diversos mecanismos y calidad de las comodidades básicas (Minsa, 2014).

Cuarta dimensión: Contacto con el servicio.

Contacto con el servicio, se refiere al contacto real entre el servicio y el usuario; así como la continuidad de la atención; dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención. Comprende a las personas que utilizan el servicio, algunos ejemplos de barreras son percepción de una mala atención, pérdida de confianza por un tratamiento que no fue efectivo, etc. (Tanahashi, 1978, p.297).

Indicadores del Contacto con el servicio.

Continuidad de la atención.

Es cuando el paciente regresa al servicio de salud por segunda vez o más veces a recibir atención de salud o para continuar un tratamiento ya iniciado hasta culminarlo, esto depende de cómo el paciente recibió o experimentó la atención de salud, (Tanahashi,1978).

Asimismo Manito, Ondiviela, Servera y Tomás (2005), conceptualizaron la continuidad asistencial como una forma longitudinal y de compartimiento del trabajo asistencial en la cual desempeñaran múltiples labores distintos profesionales, en diferentes espacios y tiempo con un único fin que es lograr la salud del ser humano.

Calidad de la atención.

Se refiere a que el tratamiento recibido, será realizado de acorde a los avances de la ciencia y la tecnología integrándose en torno a la atención de promoción, prevención y de atención recuperativa asegurando de esta manera la eficacia y

eficiencia, lo cual dará como resultado la satisfacción del paciente (Tanahashi, 1978).

Al respecto la OMS señaló que los establecimientos, bienes y servicios deberán estar de acorde con el avance científico y deberán ser de buena calidad lo cual implica que los profesionales se encuentren muy bien capacitados, además se debe contar con un equipo indispensable para realizar los trabajos, garantizando así el derecho a la salud (Defensoría del Pueblo, 2007).

Importancia de la barrera de acceso.

El acceso al servicio de salud ha sido una preocupación constante a nivel mundial, para los sistemas de salud desde hace muchos años atrás, debido a que con la atención médica se busca reducir la morbilidad, logrando alcanzar el derecho que tienen las personas de gozar de buena salud, es por ello que se han venido realizando innumerables estudios que contribuyan a las políticas sanitarias a poder analizar y medir el acceso, encontrando los factores responsables de las mismas o mejor aun realizando el estudio de las barreras del acceso que son aquellas que limitan u obstaculizan el acceso de la población a la atención en los servicios de salud. De esta manera la falta de acceso al servicio de salud, constituye actualmente una problemática social a nivel de salud pública, la cual a su vez esta muy vinculada a la desigualdad o inequidad en el acceso, reconocida así por la Organización Mundial de la Salud. Esta problemática se hace más relevante en países como el nuestro, ya sea por diferencias en factores demográficos y socioeconómicos, los cuales son determinantes de la salud en la población, esto sumado al sistema fragmentado en salud que nos caracteriza (sector público, sector privado).

Por otro lado se sabe que el acceso puede variar incluso por características propias de un determinado servicio. En el caso del servicio de salud bucal la falta del acceso es muy preocupante pues si bien es cierto que no causan mortalidad directamente, guardan relación con las enfermedades crónicas más frecuentes hoy en día, como la diabetes y enfermedades cardiovasculares, además repercuten en la salud mental y físicas de las personas, cambio en los procesos digestivos y dada la cifra alta prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal encontrada en

diversos estudios, sumado al temor que sienten los pacientes a la anestesia dental, al ruido de la maquina e instrumentos dentales rotatorios, a los procedimientos quirúrgicos, a los altos costos de tratamientos recuperativos modernos que no son brindados por el Ministerio de salud, se hace necesario evaluar las barreras propias al servicio de salud bucal, teniendo en cuenta que la importancia del acceso no solo radica en alcanzar tratamientos recuperativos, sino también acciones preventivas, logrando de esta manera concientizar a la población sobre la importancia de la salud bucal.

Por otro lado también se pasara a desarrollar algunos puntos importantes respecto a la salud bucal que permitirá dar a conocer el porqué de la importancia de alcanzar el acceso al servicio de salud bucal diagnosticando las posibles barreras que la afectan.

Importancia de la salud bucal.

Es bien conocido la importancia de las funciones de la dentición sana tales como el habla, la sonrisa, la masticación así como la socialización; pero la salud bucal que es la ausencia de las enfermedades de la boca representa un mayor impacto en la salud general observado en los últimos tiempos y que además se relaciona con la calidad de vida por ejemplo el examen bucal puede evidenciar el mal habito del tabaco, así también algunas lesiones en boca pueden corresponder a signos iniciales de infección por VIH, asimismo enfermedades de nivel sistemático influyen de manera negativa en el buen estado bucal durante distintas fases del desarrollo humano, así también se tiene que las enfermedades bucales comparten factores de riesgos similares al de enfermedades crónicas muy frecuentes en la actualidad y “una mala salud bucodental puede tener consecuencias desfavorables en el bienestar físico y psicosocial” (Federación Dental Internacional, 2015, p.13).

Como lo señala El Peruano en su Decreto Supremo que aprueba el plan de intervención de salud bucal- 2016 “las enfermedades de la cavidad oral aportan de manera importante a la carga de la enfermedad global” y “comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades

cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente” (p.4)

Importancia de la prevención y promoción en salud bucal.

A lo largo de la historia la atención dental estuvo más enfocada en la parte restaurativa o recuperativa vista con una óptica individual dejando de lado la parte de la promoción y prevención y la óptica comunitaria pero en vista de los altos costos que demanda cubrir estos tratamientos en una determinada población para muchos países desde el punto de vista de recursos humanos y financieros, se hace necesario rescatar y enfatizar la importancia de la promoción y prevención de la salud bucal porque de esta manera se pudiera prevenir la aparición de la mayoría de las enfermedades bucales utilizando estrategias de bajo costo para de esta manera disminuir la prevalencia de dichas enfermedades mejorando la calidad de vida de la población (Federación Dental Internacional, 2015). Por ello Álvarez y Vargas (2011) señalaron que “el sentido biológico de la odontología, ha ocasionado que se pierda el valor de la educación, la prevención, la promoción y la promoción, incentivando el sentido tradicional de la curación para aliviar el dolor o malestar en el momento. No existe una verdadera conciencia en la población acerca de los cuidados que se deben tener para conservar la salud oral” (p.1). El Perú se encuentra en la misma situación es por ello que Hernández, Vilcarromero y Rubillar (2015) reportaron que “La prevención y promoción de la salud oral infantil han sido inefectivas en el Perú” (p. 2). Al respecto la FDI añade: “Existe una clara evidencia de que las enfermedades bucodentales no son inevitables sino que pueden ser reducidas o prevenidas a través de métodos sencillos y efectivos en todas las etapas de la vida y tanto a nivel individual y poblacional” (2015, p.13). Es por ello que en el Perú el Minsa ha iniciado un conjunto de acciones para la mejora de la asignación de recursos de acuerdo a las prioridades sanitarias en la cual se logre consolidar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (El Peruano, 2016).

Importancia de la atención básica en salud bucal.

La atención básica de salud bucal comprende la asociación de la salud básica y la prevención, es un modelo aprobado por la Organización mundial de la salud para poder luchar contra las enfermedades bucales más prevalentes, la cual comprende la atención básica de urgencia y el alivio del dolor como requisito mínimo, asimismo se señala la importancia de la integración de la salud bucal básica en la atención primaria de la salud, siendo el único modelo aprobado por la OMS para gestionar las enfermedades de la cavidad oral, dicho modelo cuenta con un enfoque preventivo pudiéndose añadir también otros tratamientos especializados según la carga de la enfermedad y la disponibilidad de los recursos (Federación Dental Internacional, 2015).

1.3. Justificación

Justificación teórica.

La investigación propuesta buscó mediante la aplicación del Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi, Cobertura Universal de la Salud y conceptos como el del acceso, salud bucal, atención básica de la salud bucal y prevención en salud bucal; incrementar el conocimiento acerca del nivel de barreras, nivel de disponibilidad, nivel de accesibilidad, nivel de aceptabilidad y nivel de contacto para encontrar una explicación a la problemática de la baja demanda en la atención dental, discontinuidad en el tratamiento dental y ante la alta morbilidad de enfermedades bucodentales como la caries y la enfermedad periodontal presentadas en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II que afectan al cumplimiento de la visión y misión de la dirección de la red de salud Villa el Salvador Lurín – Pachacamac (p.3), que es la de lograr que “toda la población asignada tenga acceso a los servicios de salud que administra con eficiencia y eficacia”.

Asimismo los resultados obtenidos refuerzan la teoría existente de las barreras además de ser requisito indispensable para el análisis de las desigualdades o inequidades en el acceso al sistema sanitario, que según la

Organización mundial de la salud constituye una de las principales metas a lograr; especialmente en los países de América Latina. En este sentido se ha descrito a partir de la teoría cobertura efectiva de Tanahashi el nivel de las principales barreras que se presentan y el nivel de cada una de sus dimensiones, para que puedan ser tomadas en cuenta y tratar de disminuirlas o eliminarlas, beneficiando de esta manera al usuario del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

Justificación práctica.

El aporte del presente trabajo es muy importante para la política de salud pública bucal pues permitirá a los directivos y administradores del Centro Materno Infantil Juan Pablo II conocer datos reales del nivel de las principales barreras de acceso al servicio de salud bucal, el nivel de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto, para poder realizar un buen diagnóstico detectando los problemas o limitaciones que pueden influir en el acceso a dicho servicio y que podrán ser utilizados para buscar un desempeño eficiente del servicio a través de reestructuración o rediseños, replanteamientos de estrategias o programas eficaces amparados en la Cobertura Universal de la Salud, bajo el principio de equidad establecida dentro del derecho a la salud en nuestra Constitución Política.

Como ejemplo de lo anterior tenemos: aprovechar al máximo los pocos recursos con los que se cuentan, ampliando horarios a domingos y feriados, ampliando las horas de atención, aumentar un verdadero asistente dental para cada odontólogo para que este pueda hacer el trabajo más rápido, realizar más charlas de salud bucal por parte de serumistas que a la vez inviten a los demás usuarios del centro que muchas veces desconocen del servicio y las bondades del SIS en el servicio de salud bucal y capacitando al personal para que cambie su terapéutica de una visión tradicional curativa a una visión preventiva de esta manera poder avizorar al acceso universal a la salud bucal para toda la comunidad constituyendo así parte de la gran reforma que se ha iniciado en nuestro país desde el año 2013, cuyo objetivo no es solo buscar una mayor cantidad de aseguramiento para toda la población sino también preocuparse en brindar

servicios de salud bucal efectivos y de buena calidad que satisfaga al usuario del servicio de salud bucal de este centro

Justificación metodológica.

La presente investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, utilizando el método hipotético deductivo y un diseño no experimental descriptivo, asimismo para lograr los objetivos se recurrió al empleo de la técnica de investigación: encuesta, y se usó como instrumento para el recojo de datos un cuestionario adaptado y estructurado que fue adecuadamente fundamentado y validado, presentando además simplicidad en su aplicación e interpretación. Los datos recolectados fueron procesados en software obteniendo resultados veraces y coherentes con el tipo de diseño de la presente investigación para medir el nivel de barreras y el de sus dimensiones, obteniendo de esta manera resultados que se apoyan en técnicas de investigación que son válidas en el medio.

Justificación social.

Ante los problemas de baja demanda en el acceso al servicio de salud bucal, la baja continuidad en los tratamientos dentales y teniendo en cuenta que las enfermedades dentales como la caries y la enfermedad periodontal ocuparon el segundo lugar en morbilidad en el análisis de autoevaluación de la jurisdicción a donde pertenece este centro de salud que, se hace importante el presente estudio para los usuarios, así como para la población no usuaria del servicio de salud bucal Centro Materno Infantil Juan Pablo II, que son quienes aún no han logrado un acceso real al servicios de salud bucal de este centro porque probablemente aparte de los factores determinantes han encontrado barreras que ocasionan un déficit en el acceso al servicio de salud bucal. Como es sabido; si las personas tienen acceso al servicio entonces también deberán tener un mayor conocimiento del proceso salud enfermedad y mayor capacidad de identificar una enfermedad y de asistir al centro de salud de manera continua para buscar el tratamiento que requiere no solo curativo sino también preventivo lo cual es de suma importancia para fomentar un apego a la atención preventiva y promocional de la salud que implicaría menos

daño y menos gastos financieros por parte de los usuarios y también del estado tal como lo señala la OMS pues conseguirían un acceso real a la atención de salud bucal.

De esta manera con un mayor acceso al servicio de salud bucal se lograrán reducir las enfermedades bucales que han sido una preocupación no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial.

1.4. Problema

1.4.1. Planteamiento del problema.

Según la Federación Dental Internacional (2015) la salud bucal es un componente esencial de la buena salud que contribuye a la calidad de vida constituyendo un derecho fundamental del ser humano, es por ello que en su documento Visión 2020 identificó como unos de los desafíos a lograr la ausencia de acceso a la salud bucal en muchos lugares especialmente en los países de Latinoamérica (p.71), de ahí la importancia de lograr el acceso al servicio de salud bucal para toda la población, siendo además uno de los objetivos a lograr para el 2020 señalado por la Organización Mundial de la Salud y la Federación Dental Internacional (2003) para hacer frente a la alta prevalencia de enfermedades bucales. Existen múltiples definiciones del acceso pero la mayoría la considera bajo una lógica de mercado como un ajuste entre la oferta (servicios de salud) y la demanda (población), bajo esta lógica de modelo tenemos a Tanahashi (1978) quien definió el acceso como un proceso en el cual confluyen características propias de la provisión de servicios (recursos disponibles) y de la población (capacidades para reconocer necesidades y buscar atención); pero además lo importante de este modelo es que destaca por ser muy útil para identificar las barreras del acceso (Hirnas, *et al.*, 2013, p. 222).

La investigación se llevó a cabo en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II que es una Microrred, ubicada en el distrito de Villa El Salvador, conformada por la mayor población asignada, 19% dentro de su jurisdicción; señalada así por la Dirección de Red de Salud Villa El Salvador-Lurín- Pachacamac- Pucusana (2015) quien a su vez pertenece a la Dirección de Salud II Lima Sur y presenta como datos importantes que la segunda causa de morbilidad son las afecciones dentales y periodontales en un 15.9%, dentro del total de sus trabajadores de salud el 40%,

son profesionales de salud, de los cuales solo el 9% son odontólogos, asimismo el año 2014 realizaron una autoevaluación en la cual se encontró que el Centro Materno Infantil Juan Pablo II requiere una prioritaria intervención especialmente en gestión de recursos humanos, control de gestión y prestación, gestión de calidad, admisión y alta y gestión de equipamiento e infraestructura (Dirección de Red de Salud Villa El Salvador- Lurín- Pachacamac- Pucusana, 2015, p. 47). El distrito de Villa el Salvador se caracteriza por ser una zona urbana o urbano marginal, en la cual se localizan en total cuatro microrredes, tiene la mayor cantidad de habitantes 463 014 según el Plan Operativo Anual (2016) y tiene un 25.9% de pobreza según el mapa de pobreza del 2009 del Instituto Nacional de Estadística e Informática, 0.60 de índice de desarrollo humano, 74.0% de acceso al agua potable y 10.5% de viviendas con características físicas inadecuadas según la Dirección de Red de Salud Villa El Salvador-Lurín- Pachacamac - Pucusana (2015, p. 29).

El Minsa (2012) al realizar un reporte llamado análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú, reconoce que se presentan barreras económicas, físicas, psicológicas y de carácter administrativo en la organización del sistema que impiden lograr la atención satisfactoria de una necesidad percibida o acceso al servicio de salud, motivo por la cual ha venido desarrollando acciones para lograr un mayor acceso como brindando una mayor cobertura del seguro integral de salud con el fin de que toda la población peruana pueda acceder a las prestaciones del servicio de salud a través del aseguramiento universal en salud, aplicándose de la misma manera para el campo de la salud oral, quien además el año 2005 ha implementado a través del Plan Nacional de Salud Bucal acciones de prevención y promoción de la salud oral, para lograr un mayor conocimiento del proceso de salud enfermedad por parte de la población, todo esto debido a la preocupación que suscito el hallazgo de la prevalencia de 90.4%, de caries dental en Lima, según la dirección general de epidemiología del Ministerio de salud, siendo la principal causa de morbilidad odontológica. Sin embargo al parecer los resultados no han sido muy fructíferos porque según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014); a nivel nacional solo el 26,8% de la población menor de 12 años recibió atención odontológica (Hernández, *et al.*, 2015), encontrándose que esta población sufre serios problemas de salud bucal que

pueden evitarse con una atención temprana. Todo esto debido justamente a diversas barreras relacionadas fundamentalmente con la disponibilidad de los recursos de la prestación de servicios, la accesibilidad, la cultura y el nivel de aceptación de la población.

El Centro Materno Infantil Juan Pablo II no es ajeno a esta situación y está propenso a presentar dichas barreras en su servicio de salud bucal, tal como lo demuestran datos estadísticos del reporte anual 2016 de dicho centro; que solo el 16,9% de los que acudieron al examen estomatológico regresaron para hacer una consulta de atención estomatológica recuperativa, asimismo hay poca demanda para el examen estomatológico y la consulta de tratamientos recuperativos especialmente en adolescentes (10.8%, 7.5%) y en el adulto mayor (3.8%,10.7%), asimismo pocos pacientes culminaron sus tratamientos preventivos como por ejemplo solo el 1.7% culminaron su tratamiento de aplicación tópica de gel, y solo 2.3% culminaron su tratamiento de profilaxis dental; por lo que se puede denotar que existe una baja demanda o acceso a los servicios de salud bucal, a pesar de que como se ha visto las enfermedades o afecciones dentales y periodontales ocupan el segundo lugar en la morbilidad dentro de su jurisdicción señalada así por la red de salud a la cual pertenece este centro.

Al respecto diversos estudios internacionales señalaron diversos factores que determinan el acceso o la utilización de servicios de salud bucal bajo distintos enfoques pero la mayoría coincide en señalar la influencia del factor socioeconómico, como en el caso de Pontigo, *et al.* (2012) y el de Delgado, Cornejo, Jadue y Huberman (2013); quienes encontraron que existe una mayor probabilidad de no recibir la atención en las personas de bajo nivel socioeconómico, que pertenece a alguna etnia indígena y que viven en zona rural. También se han realizado estudios, tomando en cuenta factores como: grupo etario; en niños, en adolescentes, en ancianos como el estudio en una población de adulto mayor: Agudelo, *et al.* (2014); encontrando que la utilización en estos servicios fue menor en la población adulta mayor ya sea por baja escolaridad, renta económica, ausencia de dientes y baja oferta de servicios para esta población. Otros estudios toman en cuenta la afiliación al seguro, la educación, y los conocimientos de la población en salud bucal como el estudio en gestantes de Corchuelo (2012); en donde llama la atención el dato de asistencia a odontología que fue del 83% y

quienes asistieron en mayor proporción estaban afiliadas al régimen contributivo, tenían secundaria completa o superior y mayor calificación de conocimientos en salud oral. Asimismo un estudio realizado por Ajavi y Arigbede (2012), encontraron que las principales barreras para la utilización de la atención en salud bucal están relacionada con el miedo. Finalmente se ha realizado un estudio más completo por Hernández y Tavera (2014); quienes encontraron que el déficit del acceso al servicio de salud bucal se debe a barreras culturales, geográficas, sociales, económicas y de oferta.

Cabe mencionar que a pesar de que este tema ha sido investigado en otros países, en nuestro medio aún no se le ha tomado en cuenta, se ha estudiado sobre utilización de servicios y acceso, pero solo desde el punto de vista de factores socio demográficos, pero aún no se han estudiado el nivel barreras y el de sus dimensiones en el proceso de cobertura eficaz. Con lo anterior se puede observar que en este centro de salud y otro semejante del sector público no se tiene una información real derivada de investigaciones que hayan considerado contextos similares. Es por ello que se propuso en el presente estudio describir el nivel de barreras al servicio de salud bucal para que a través de programas de mejoramiento, puedan reducirse o eliminarse logrando así un verdadero acceso al servicio de salud bucal.

1.4.2. Problema.

Problema general.

¿Cuál es el nivel de barreras de acceso percibido por los usuarios del servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?

Problemas específicos.

Problema específico 1.

¿Cuál es el nivel de disponibilidad del servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?

Problema específico 2.

¿Cuál es el nivel de accesibilidad al servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?

Problema específico 3.

¿Cuál es el nivel de aceptabilidad del servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?

Problema específico 4.

¿Cuál es el nivel del contacto con el servicio de salud bucal que presenta el Centro Materno Infantil Juan Pablo, Lima, 2017?

1.5. Objetivos**1.5.1. Objetivo general.**

Describir el nivel de barreras de acceso percibido por los usuarios del servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017.

1.5.2. Objetivos específicos.**Objetivo específico 1.**

Identificar el nivel de la disponibilidad del servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017.

Objetivo específico 2.

Identificar el nivel de accesibilidad al servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017.

Objetivo específico 3.

Identificar el nivel de aceptabilidad del servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017.

Objetivo específico 4.

Identificar el nivel del contacto con el servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro de salud Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017.

II. Marco metodológico

2.1. Variable

En la presente investigación se estableció como variable de estudio la barrera de acceso. Esta variable fue de naturaleza cualitativa y de escala ordinal, por lo tanto se pudo establecer niveles de orden entre las categorías. Asimismo el presente estudio para medir dicha variable fue realizado bajo un enfoque cuantitativo, de tipo básico y descriptivo con un diseño de estudio no experimental de tipo transversal, según Hernández, Fernández y Baptista (2014).

Definición conceptual.

Variable 1: Barrera de acceso.- Las barreras de acceso son los factores limitantes responsables de la mala cobertura, que causan dificultad en el servicio de salud; es decir una atención ineficaz (Tanahashi, 1978, p.300).

2.2. Operacionalización de la variable.

La variable barrera de acceso se midió a través de cuatro dimensiones: (a) disponibilidad, con seis ítems; (b) accesibilidad, con siete ítems; (c) aceptabilidad también con siete ítems; y (d) contacto con el servicio, con seis ítems. Esta variable fue medida con un instrumento constituido por 26 ítems con respuesta tipo dicotómica y los rangos establecidos fueron: barreras de nivel alto: de 0-8, moderado de 9-17 y bajo de 18-26.

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable barrera de acceso

<u>Dimensiones</u>	<u>Indicadores</u>	<u>ítems</u>	<u>Escala</u>	<u>Nivel y Rango</u>
Disponibilidad	Recursos Físicos	1 y 2	SI (1)	Bajo (18-26)
	Recursos Humanos	3 y 4		
	Servicios	5 y 6	NO (0)	
Accesibilidad	Física	7 y 8	SI (1)	Moderado (9-17)
	Organizacional	9 y 10		
	Financiera	11,12 y 13	NO (0)	
Aceptabilidad	Sociocultural	14, 15,16 y 17	SI (1)	
	Trato	18,19 y 20	NO (0)	
Contacto con el servicio	Continuidad de la atención	21,22 y 23	SI (1)	
	Calidad de la atención	24,25 y 26	NO (0)	

2.3. Metodología

El presente trabajo se realizó bajo un enfoque cuantitativo porque se ha seguido un patrón estructurado y objetivo usando la medición para hallar los rangos de las barreras viendo de esta manera con que magnitud ocurren aportando a la teoría señalada en el marco teórico. Además se basó en la recolección de datos analizados con métodos estadísticos, para describir el nivel de barreras, bajo el método científico deductivo (Hernández, *et al.* 2014).

2.4. Tipo de investigación

La investigación fue básica de nivel descriptivo según la clasificación de Hernández, *et al.* (2014).

Básica; porque con los datos obtenidos se aumentó el conocimiento sobre la variable barrera de acceso y los niveles de sus dimensiones tales como disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo en un contexto en donde aún no se le había estudiado.

Descriptiva; porque se describió, detalló y señaló tal y como se presentaron los niveles de barreras de acceso y sus dimensiones percibidos por los usuarios del servicio de salud bucal de dicho centro de salud a través de la observación.

2.5. Diseño de estudio

El presente trabajo se desarrolló con un diseño no experimental porque se observó la variable tal y como se presentó en su medio natural sin realizar ninguna intervención o manipulación por parte del investigador al momento de recoger la información y fue de tipo transversal porque dicha recolección de datos se realizó en un mismo y único momento (Hernández, *et al.* 2014) y obedeció al siguiente esquema de diseño:



Donde:

M: Muestra

O_1 : Barrera de acceso

2.6. Población, muestra y muestreo

Población. La población estuvo conformada por 185 usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II del Distrito de Villa el Salvador, que hayan acudido al servicio de odontología.

Criterios de inclusión. Se consideraron como criterios de inclusión: usuarios que accedan al servicio para realizarse tratamientos odontológicos, que acepten participar en el estudio a través de la obtención de su consentimiento, y que sean usuarios mayores de 14 años.

Criterios de Exclusión. Usuarios con problemas de aprendizaje y no haber acudido los días de la encuesta.

Muestreo. La muestra se eligió mediante la técnica de muestreo no probabilístico intencionado, debido a que no se conocía el valor de la población.

2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada en la presente investigación fue la encuesta, que es una técnica basada en preguntas orientadas a un número considerable de personas, la cual utiliza el instrumento cuestionario para recoger información sobre las características que se desea medir o conocer (Hernández, *et al.*, 2014).

Instrumento de recolección de datos:

Según la técnica de la investigación realizada, el instrumento utilizado para la recolección de información fue el cuestionario. Al respecto Hernández, *et al.* (2014) indicaron que “consiste en un conjunto de preguntas de una o más variables a medir” (p.217).

Se utilizó un cuestionario para medir el nivel de barreras de acceso, compuesto de 26 ítems.

Ficha técnica del instrumento para medir la barrera de acceso al servicio de salud bucal

Nombre: Cuestionario para medir las barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

Autores: Hernández y Tavera (2014).

Adaptación: Rosario Muñoz

Año: 2017

Objetivo: Describir de forma cuantitativa el nivel de barreras de acceso al servicio de salud bucal.

Lugar de aplicación: Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

Forma de aplicación: Directa

Duración de la aplicación: 20min.

Descripción del instrumento: Para la variable barrera de acceso, el cuestionario estuvo constituido por 26 preguntas, distribuidas en 7 preguntas para la dimensión disponibilidad, 6 preguntas para la dimensión accesibilidad, 6 preguntas para la dimensión aceptabilidad y 7 preguntas para la dimensión contacto con el servicio; las respuestas del cuestionario estuvieron estructuradas bajo el tipo dicotómica, considerando 2 categorías: Si = 1 punto y No = 0, de esta manera a mayor puntuación habrá nivel alto de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto, por el contrario a menor valor habrá nivel bajo de las mismas, con la cual se podrá percibir la presencia de barreras que son los factores limitantes de estas dimensiones del acceso.

Procedimiento de puntuación:

Niveles de barrera alto (0-8); moderado (9-17) y bajo (18-26).

Validación y confiabilidad del instrumento.

Validación del instrumento

En términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández, *et al.* 2014).

Para determinar la validez del instrumento, se sometió a consideración de juicio de expertos. Según Hernández, *et al.* (2014), el juicio de expertos para contrastar la validez de los ítems consiste en preguntar a personas expertas en el tema a tratar y el dominio de los ítems acerca del grado en el que se adecua respecto a un criterio determinado y que ya está previamente establecido.

Tabla 2

Validez del instrumento, según expertos

Experto	Barrera de acceso				Condición final
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Suficiencia	
Juez 1	si	Si	Si	Si	Aplicable
Juez 2	si	Si	Si	Si	Aplicable
Juez 3	si	Si	Si	Si	Aplicable

Validación del Contenido.

Para establecer la validez del instrumento se buscó evaluar la validez del contenido a través del juicio de expertos; para ello previamente se elaboró el cuestionario que fue el instrumento utilizado para la recolección de datos en el presente estudio el cual fue estructurado y adaptado por el investigador y contenía 26 preguntas sobre la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio con dos alternativas y un puntaje que fue de 0 a 26; el mismo que fue sometido a la revisión de 3 expertos especializados en metodología de la investigación, dos de los cuales fueron odontólogos con especialidad y experiencia en salud pública, quienes consideraron el instrumento adecuado y aceptable para ser aplicado, lo cual se puede corroborar en los anexos del presente trabajo.

Validez del constructo.

Se evaluaron los conocimientos sobre la barrera de acceso y sus dimensiones en los usuarios del Centro Materno infantil Juan Pablo II, con el cuestionario elaborado y corregido por el juicio de expertos finalmente se analizaron las respuestas.

Confiabilidad del instrumento

El instrumento de recolección de datos que se empleó en el estudio tiene ítems con opciones en tipo dicotómica, por lo que se empleó el coeficiente de Kude Richardson para determinar la consistencia interna, analizando cada ítem con todas las demás que integran dicho instrumento. Para determinar dicho coeficiente, se aplicó la prueba piloto y después se analizó mediante K. R. con la ayuda del software estadístico SPSS versión 21.

Según Hogan (2004), la escala de valores que determina la confiabilidad está dada por los siguientes valores:

Alrededor de 0.9, es un nivel elevado de confiabilidad.

La confiabilidad de 0.8 o superior puede ser considerada como confiable

Alrededor de 0.7, se considera baja

Inferior a 0.6, indica una confiabilidad inaceptablemente baja

Tabla 3

Confiabilidad del instrumento– Kude Richardson

Instrumento	Kude Richardson	Nº ítems
Barrera de acceso	0.86	26

En función del resultado obtenido del juicio de expertos, que consideraron los instrumentos aplicables y el índice de fiabilidad obtenido por el K. R. igual a 0.86; se consideró que el instrumento era altamente confiable y procedía su aplicación.

Método de recolección de datos

El procedimiento para la recolección de datos siguió los siguientes pasos: Inicialmente se aplicó el instrumento, según la indicación establecida en la ficha técnica. Luego, con los datos obtenidos se elaboró la matriz de datos, en la que se transformaron los valores según la escala establecida y se procedió con el análisis respectivo, con el fin de presentar las conclusiones y recomendaciones y poder preparar el informe final.

2.8. Método de análisis de datos

Una vez recolectados los datos de la investigación, se procedió a analizar cada una de las variables de la siguiente manera:

1er paso: Categorización analítica de los datos: se clasificaron y codificaron para lograr una interpretación de los hechos recogidos. Se elaboró la matriz de datos.

2do paso: Descripción de los datos: Mediante tablas de resumen de resultados, se presentaron las frecuencias y porcentajes de cada una de las categorías.

Todos los procedimientos estadísticos se realizaron con el programa SPSS 21.0 para Windows XP y el EXCEL.

III. Resultados

3.1 Resultados descriptivos

Respecto a la variable barrera de acceso

Tabla 4

Nivel de barrera de acceso al servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Alto	11	5.9
Moderado	105	56.8
Bajo	69	37.3
Total	185	100.0

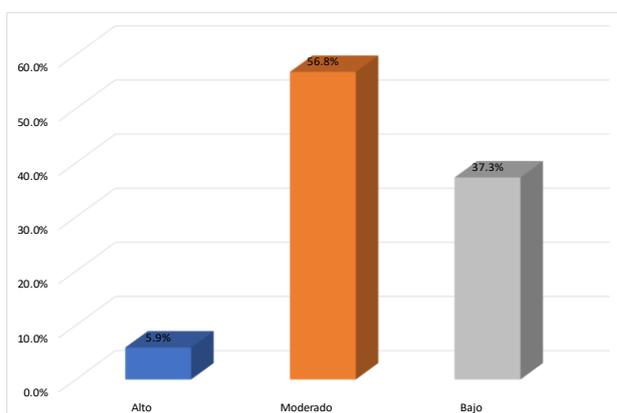


Figura 1. Nivel de barrera de acceso al servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, en el año 2017.

En la tabla 4 y figura 1 se observó que solo el 5.9% de los usuarios percibieron un nivel alto de barreras, un 56.8% de los usuarios un nivel moderado de barreras y un 37.7% un nivel bajo de barreras; por lo tanto en vista de que solo el 37.3% de los usuarios percibieron un nivel bajo de barreras se podría inferir que el otro 62.7% tiene tendencia a percibir barreras u obstáculos en el servicio de salud bucal, lo cual quiere decir que no se está dando una atención eficaz o cobertura real en el 62.7% de los usuarios en el servicio de salud bucal.

Respecto a las dimensiones de la barrera de acceso

Tabla 5

Nivel de disponibilidad del servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	100	54.1
Moderado	71	38.4
Alto	14	7.6
Total	185	100.0

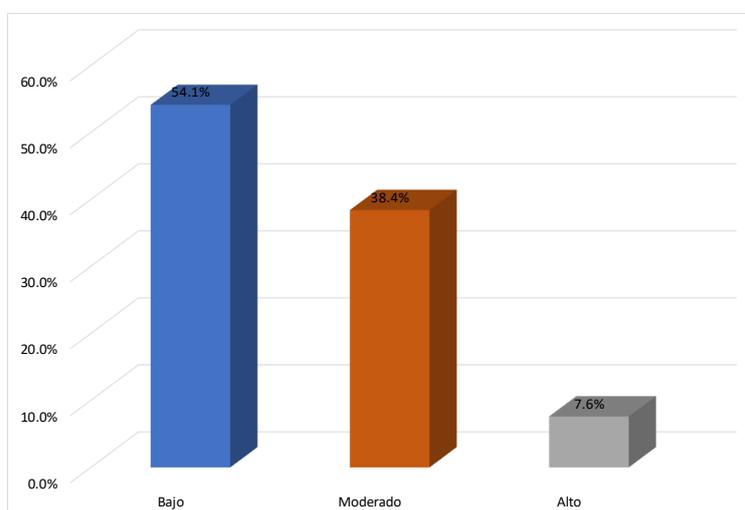


Figura 2. Nivel de disponibilidad del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

En la tabla 5 y figura 2 se observó que el 54.1% de los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II percibieron un nivel bajo de la disponibilidad, un 38.4% un nivel moderado de la disponibilidad y sólo un 7,6% percibieron la disponibilidad de nivel alto, en vista de esto se podría inferir que la disponibilidad podría ser considerada barrera en el servicio de salud bucal.

Tabla 6

Nivel de accesibilidad al servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Baja	17	9.2
Moderado	79	42.7
Alta	89	48.1
Total	185	100.0

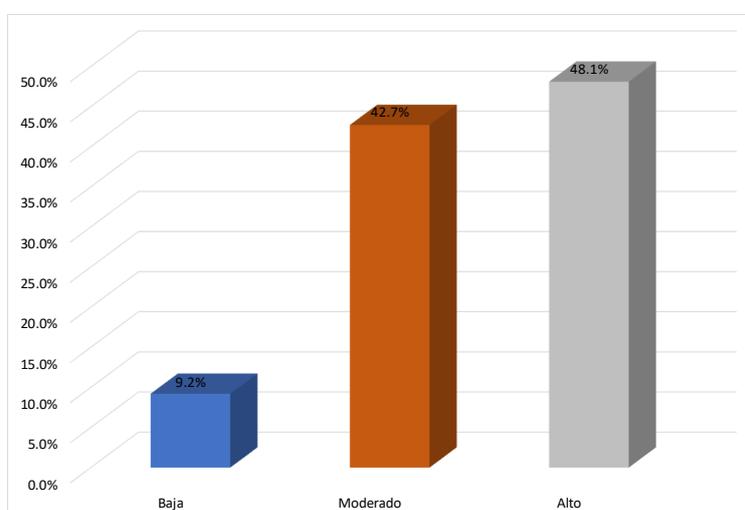


Figura 3. Nivel de accesibilidad del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

En la tabla 6 y figura 3 se observó que un 9.2% % de los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II percibieron un nivel bajo de la accesibilidad, el 42.7% percibieron un nivel moderado de la accesibilidad, mientras que el 48.1% percibieron la accesibilidad de nivel alto. Por lo tanto, en vista de que el 48.1% de los usuarios percibieron la accesibilidad de nivel alto y el otro poco más de la mitad de usuarios (51.9%) no, se podría inferir que la accesibilidad tiende a ser barrera en el servicio de salud bucal.

Tabla 7

Nivel de aceptabilidad del servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	31	16.8
Moderado	93	50.3
Alto	61	33.0
Total	185	100.0

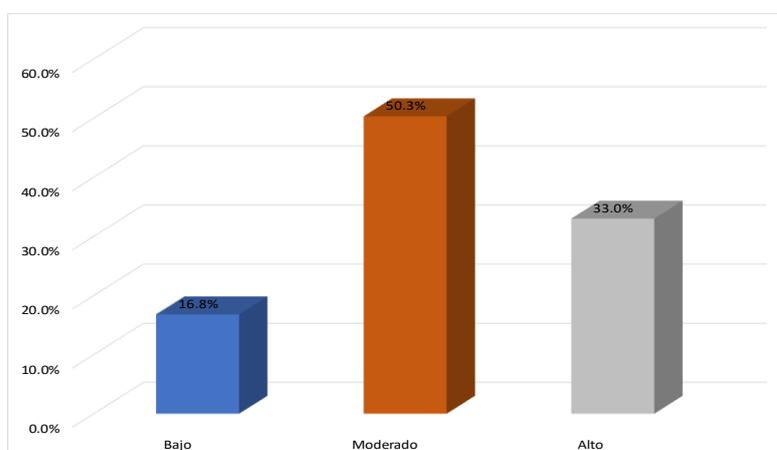


Figura 4. Nivel de aceptabilidad del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

En la tabla 7 y figura 4 se observó que el 16.8% de los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II percibieron un nivel bajo de la aceptabilidad, 50.3% un nivel moderado de la aceptabilidad y un 33.0% un nivel alto de la aceptabilidad. Por lo tanto en vista de que solo un 33.0% de los usuarios consideraron la aceptabilidad de nivel alto y el otro 77.0% no; se podría inferir que la aceptabilidad podría ser considerada barrera en el servicio de salud bucal.

Tabla 8

Nivel de Contacto con el servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	16	8.6
Moderado	71	38.4
Alto	98	53.0
Total	185	100.0

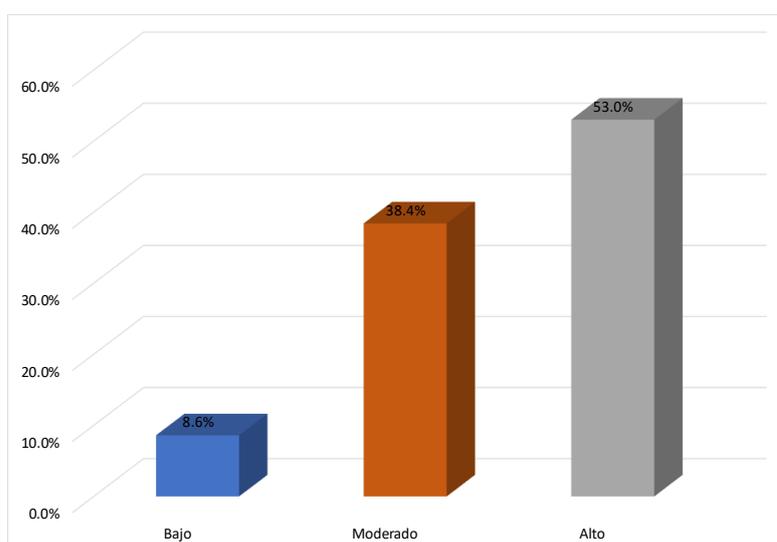


Figura 5. Nivel de Contacto con el servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

En la tabla 8 y figura 5 se observó que el 8.6% de los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II percibieron un nivel bajo en el contacto con el servicio, el 38.4% un nivel moderado de contacto y el 53.0% de los usuarios consideraron el contacto de nivel alto. De lo anterior en vista de que el 53% de los usuarios percibieron un nivel alto de contacto, se podría inferir que el contacto no tiende a ser barrera en el servicio de salud bucal.

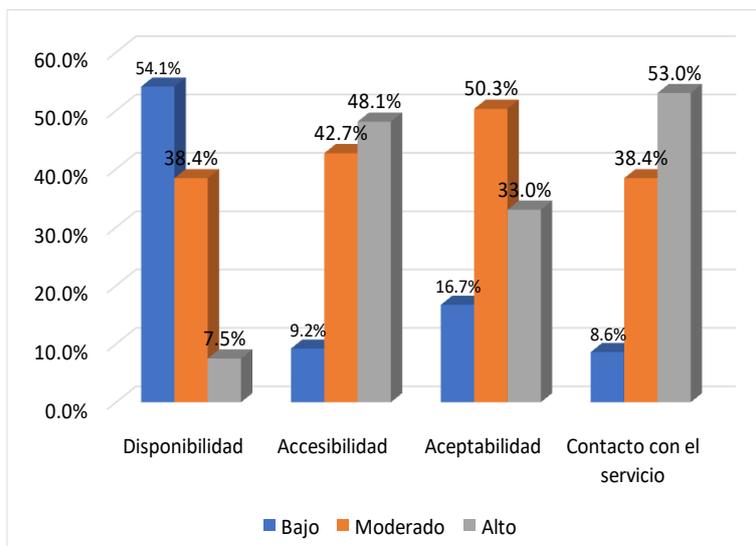


Figura 6. Nivel de dimensiones de la barrera de acceso del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

En la figura 6 se observó que el mayor porcentaje de los usuarios (54.1%) percibieron mayor nivel bajo en la disponibilidad, 16.7% un nivel bajo de la aceptabilidad, 9.2% un nivel bajo de la accesibilidad y un 8.6% un nivel bajo del contacto, por lo que la disponibilidad, podría ser considerada barrera. En cuanto el nivel moderado; un mayor porcentaje de usuarios (50.3%) percibieron de nivel moderado la aceptabilidad, 42.7% un nivel moderado de la accesibilidad y el 38.4% un nivel moderado de la disponibilidad e igualmente el contacto. Finalmente en cuanto el nivel alto se observó que el mayor porcentaje de usuarios (53.0%) han percibido el mayor nivel alto en el contacto, 48% un nivel alto de la accesibilidad, 33.0% un nivel alto de la aceptabilidad y el 7.5% de los usuarios que han percibido de nivel alto la disponibilidad. De todo lo anterior se podría inferir que la disponibilidad podría ser considerada barrera, la accesibilidad y la aceptabilidad tienden a ser barreras mientras que el contacto no tiende a ser barrera en el servicio de salud bucal. Asimismo los niveles mas bajos se presentan en la disponibilidad y en la aceptabilidad mientras que los niveles mas altos en el contacto y en la accesibilidad.

Respecto al nivel de las dimensiones según sus indicadores

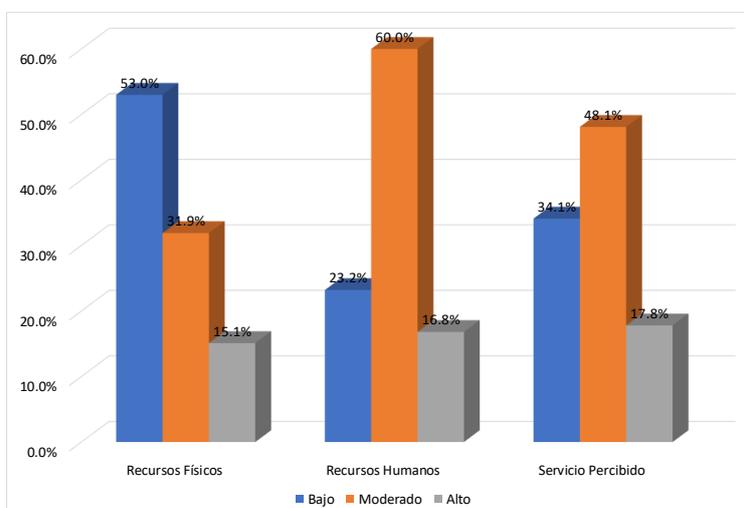


Figura 7. Nivel de disponibilidad según sus indicadores percibidos por los usuarios del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

En la figura 7 se observó que un mayor porcentaje de usuarios (53.0%) percibieron un mayor nivel bajo de la disponibilidad en los recursos físicos, 34.1% un nivel bajo en el servicio y 23.2% un nivel bajo en los recursos humanos; por lo cual se podría considerar que el recurso físico es barrera. En cuanto al nivel moderado se observó que el mayor porcentaje de usuarios (60.0%) percibieron un mayor nivel moderado en los recursos humanos, 48.1% un nivel moderado en el servicio y 31.9% un nivel moderado en los recursos físicos. Finalmente en cuanto el nivel alto, el 17.8% percibieron de nivel alto el servicio, el 16,8% percibieron de nivel alto los recursos humanos y el 15,1% percibieron de nivel alto los recursos físicos. De lo anterior se podría inferir que el nivel de los recursos físicos podría ser considerado barrera y el nivel de los recursos humanos y el de servicios tienen tendencia a ser barreras en el servicio de salud bucal. Asimismo el nivel más bajo de la disponibilidad estuvo en los recursos físicos.

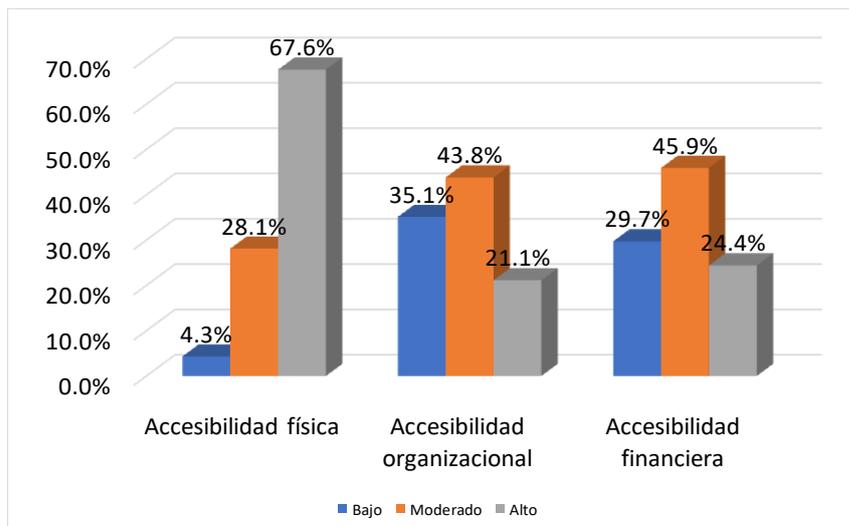


Figura 8. Nivel de accesibilidad según sus indicadores percibidos por los usuarios del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

En la figura 8 se observó que un mayor porcentaje de usuarios (35.1%) percibieron un mayor nivel bajo en la accesibilidad organizacional, 29.7% un nivel bajo en la accesibilidad financiera y 4,3% un nivel bajo en la accesibilidad física. Respecto al nivel moderado un mayor 45,9% de los usuarios percibieron un nivel moderado en la accesibilidad financiera, 43.8% un nivel moderado en la accesibilidad organizacional y 28.1% un nivel moderado en la accesibilidad física. Respecto al nivel alto, un mayor porcentaje de usuarios (67.6%) percibieron un mayor nivel alto en la accesibilidad física, 24.4% un nivel alto en la accesibilidad financiera y 21.1% un nivel alto en la accesibilidad organizacional. En vista de que un 67.6% de usuarios consideraron un nivel alto de accesibilidad física se podría inferir que la accesibilidad física no tiende a ser barrera mientras que la accesibilidad financiera y la organizacional si tienden a ser barreras en el servicio de salud bucal. Asimismo el nivel más bajo de accesibilidad estuvo en la organizacional y el nivel más alto de la accesibilidad estuvo en la accesibilidad física.

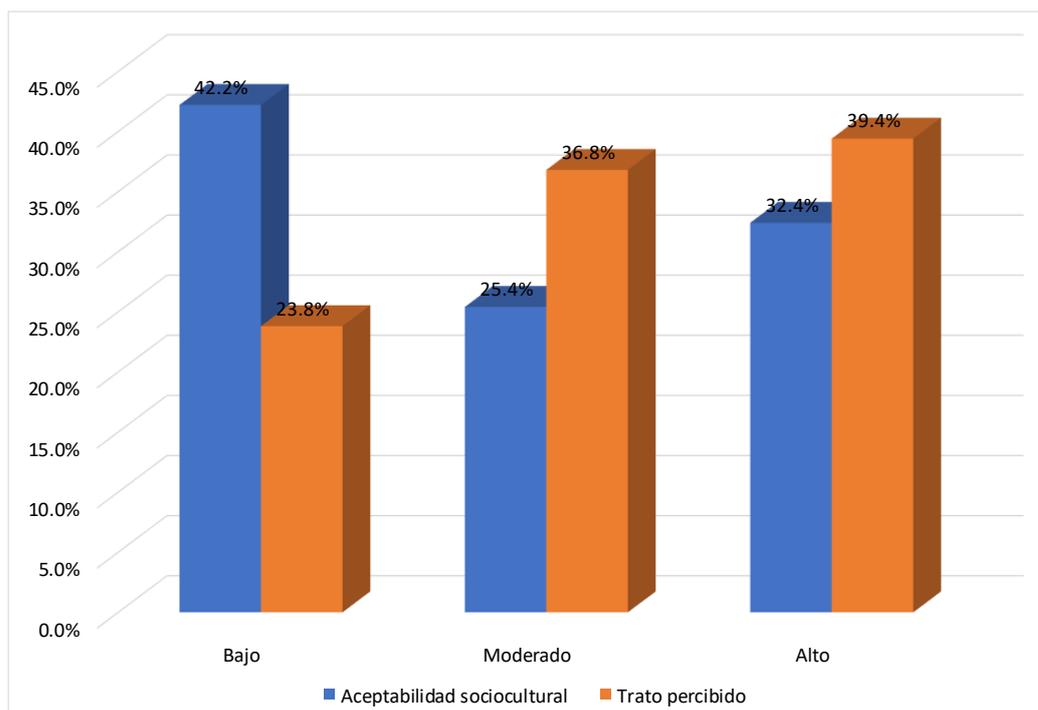


Figura 9. Nivel de aceptabilidad según sus indicadores percibido por los usuarios del servicio de salud bucal del Centro materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017.

En la figura 9 se observó que un mayor porcentaje de usuarios (42.2%) percibieron un nivel bajo en lo sociocultural seguido por un 25.8% de usuarios que percibieron un nivel bajo en el trato. En cuanto el nivel moderado un 36.8% de los usuarios percibieron un nivel moderado en el trato y un 25.4% percibieron un nivel moderado en lo sociocultural. Por último respecto al nivel alto tenemos que el 39.4% percibieron un nivel alto en el trato y un 32.4% percibieron un nivel alto en lo sociocultural; en vista de lo anterior se podría inferir que la aceptabilidad sociocultural tiene mayor tendencia a ser barrera respecto al trato en el servicio de salud bucal, puesto que el nivel más bajo de la aceptabilidad estuvo en lo sociocultural.

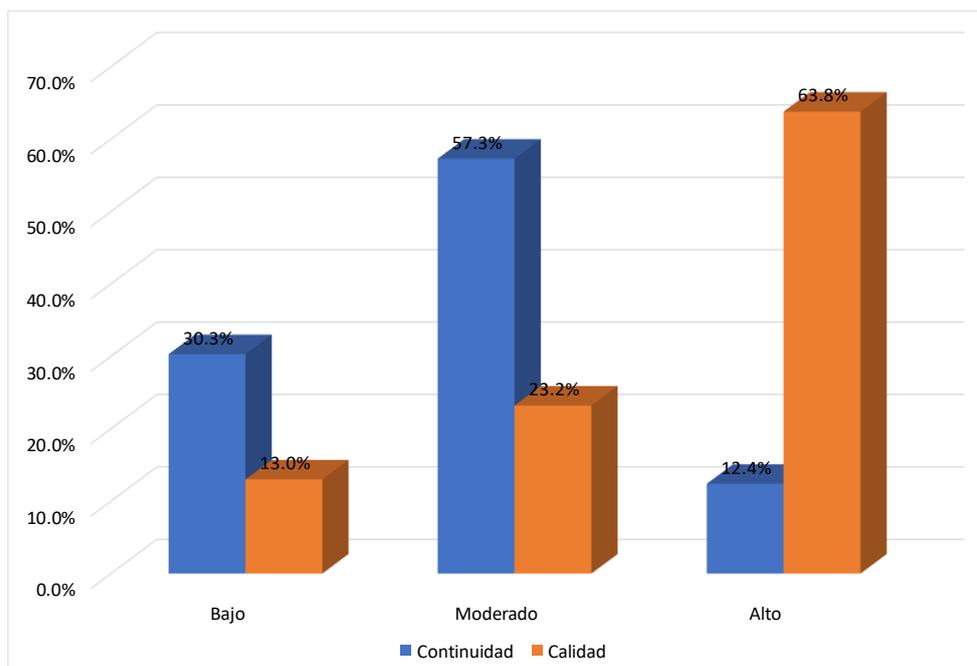


Figura 10. Nivel de contacto con el servicio según sus indicadores percibido por los usuarios del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II en el año 2017

En la figura 10 se observó que respecto al nivel bajo del contacto un mayor porcentaje de usuarios (30.3%) percibieron un nivel bajo en la continuidad mientras que un 13.0% percibieron un nivel bajo en la calidad. Respecto al nivel moderado el 57.3% percibieron un nivel moderado en la continuidad mientras que un 23.2% percibieron un nivel moderado en la calidad y por último respecto al nivel alto un 63.8% percibieron un nivel alto en la calidad mientras que solo un 12.4% de los usuarios percibieron un nivel alto en la continuidad. De lo anterior se podría inferir que el nivel de calidad no tiende a ser barrera mientras que la continuidad sí podría ser considerada barrera en el servicio de salud bucal.

Respecto a las dimensiones según los Ítems

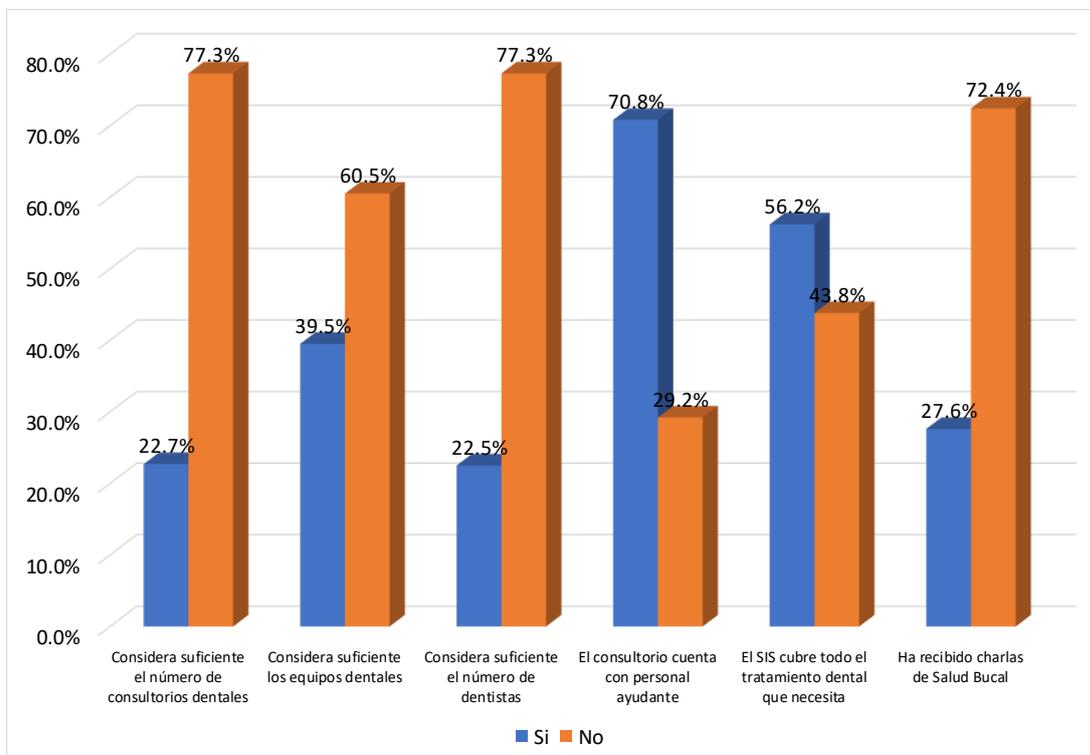


Figura 11. Disponibilidad del servicio de salud bucal según ítems.

En la figura 11 se observó que el mayor porcentaje de usuarios manifestaron que no es suficiente el número de consultorios (77.3%) ni el número de odontólogos (77.3%), seguido por un 72.4% que manifestaron que no recibieron charla de salud bucal, un 60.5% que manifestaron que no es suficiente los equipos dentales para atender bien, un 43.8% que manifestaron que el SIS no les cubre todos los tratamientos dentales que necesitan en este centro de salud y por ultimo un 29.2% que manifestaron que el odontólogo no cuenta con personal ayudante o asistente dental. Por consiguiente la falta de más consultorios dentales, odontólogos, equipos dentales y programas de charlas de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II estarían explicando el bajo nivel alcanzado en la disponibilidad y podrían ser considerados como los principales obstáculos en la disponibilidad del servicio de salud bucal.

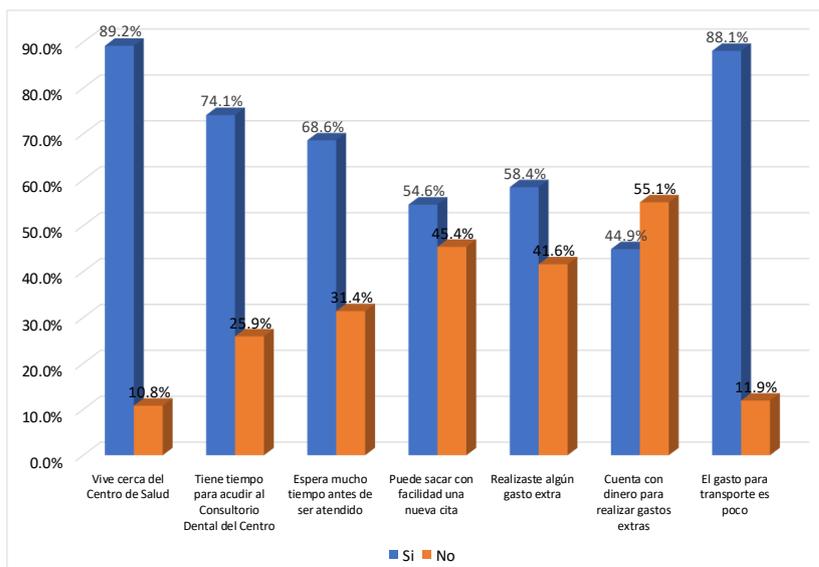


Figura 12. Accesibilidad del servicio de salud bucal según ítems.

En la figura 12 se observó que el mayor porcentaje de usuarios (89.2%) manifestaron vivir cerca al centro de salud, un 88.1% manifestaron gastar poco dinero para transportarse al centro de salud, un 74.1% manifestaron tener tiempo para acudir al consultorio dental de este centro de salud y por último un 54,6% manifestaron sacar con facilidad una nueva cita para la atención dental, por el contrario 68.6% de los usuarios manifestaron que esperaron mucho tiempo fuera del consultorio dental antes de ser atendido y un 58.4% de usuarios manifestaron haber realizado algún gasto extra para algunos materiales como guantes y anestesia, finalmente un 55.1% manifestaron que no cuentan con dinero para los gastos extras, con las cuales se estarían explicando el nivel moderado de la accesibilidad.

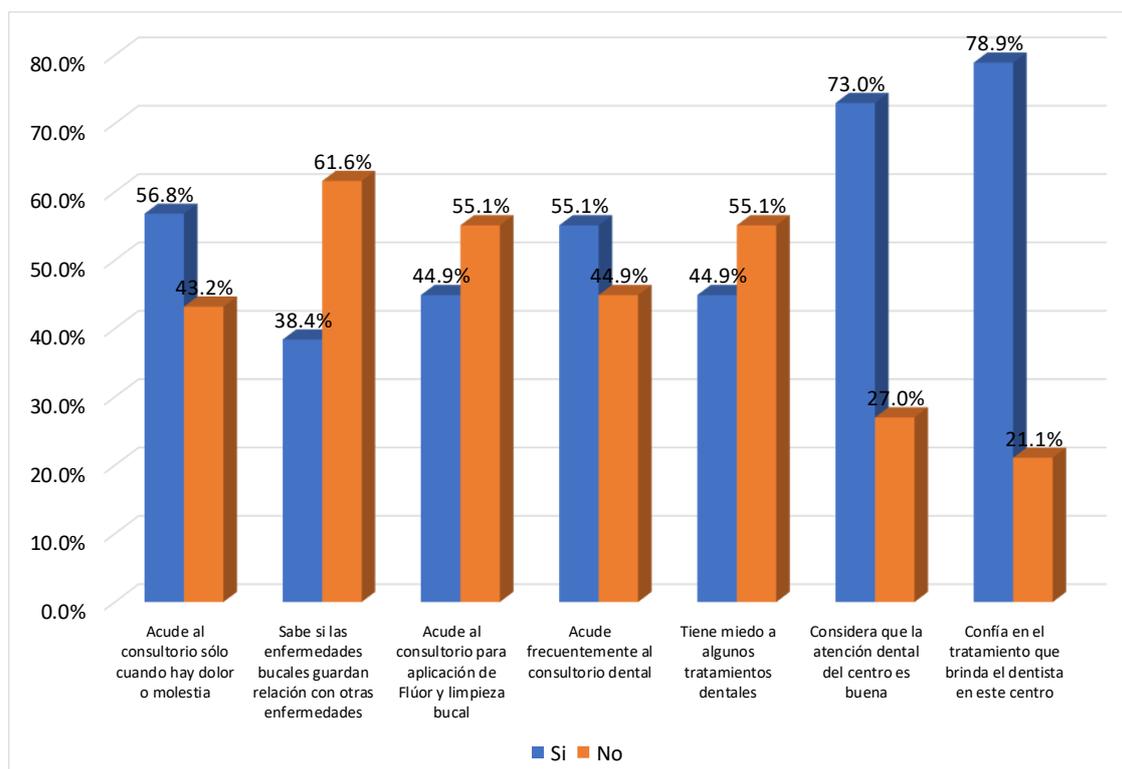


Figura 13. Aceptabilidad del servicio de salud bucal según ítems

En la figura 13 se observó que un mayor porcentaje de usuarios (78.9%) tuvieron confianza en el tratamiento que les brindó el dentista de este centro asimismo el 73.0% de usuarios consideraron que la atención dental en este centro es buena, un 55.1% de los usuarios consideraron que acudían frecuentemente al dentista y que no tenían miedo a los tratamientos dentales, por el contrario el 61.6% de los usuarios manifestaron no saber si las enfermedades bucales guardan relación con otras enfermedades de la boca, el 56.8% de los usuarios manifestaron acudir al consultorio solo cuando hay molestia o dolor y un 55.1% no acude al consultorio dental para realizarse tratamientos preventivos como limpieza dental y aplicación de flúor. Con estos resultados expuestos se estaría explicando el nivel moderado de la aceptabilidad.

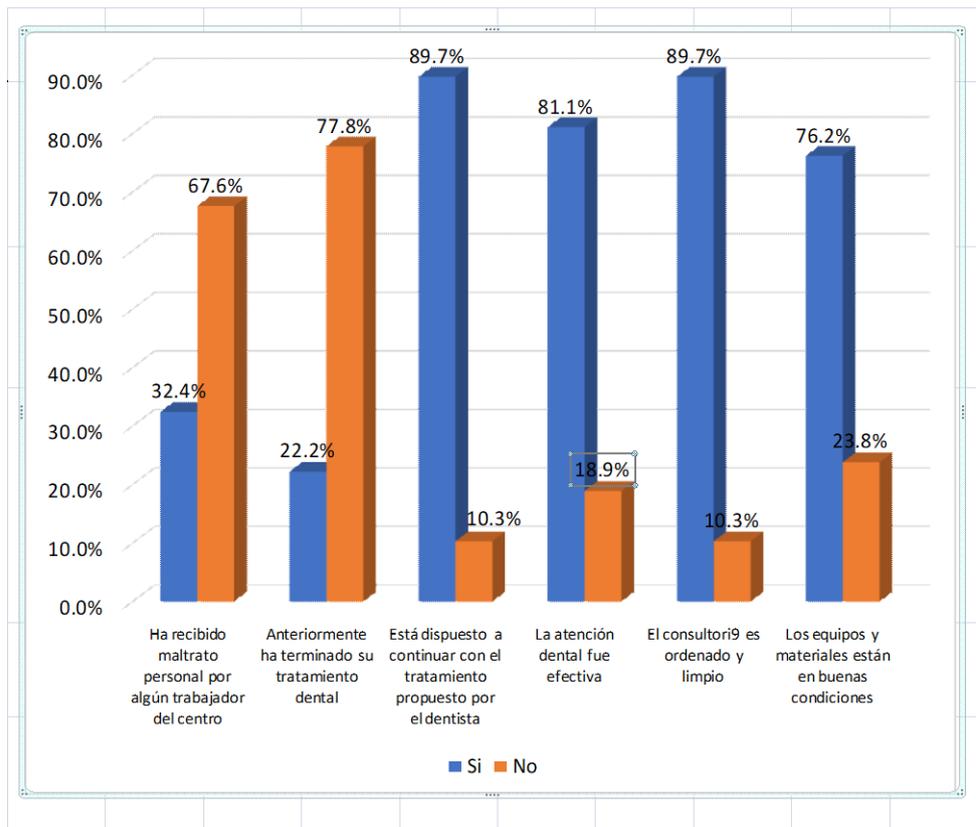


Figura 14. Contacto con el servicio de salud bucal según ítems.

En la figura 14 el mayor porcentaje de usuarios (89.7%) consideraron que están dispuestos a continuar con su tratamiento dental y que el consultorio dental de este centro es limpio y ordenado, un 81.1% consideraron que la atención dental que recibieron fue efectiva, y un 76.2% consideraron que los equipos y materiales dentales están en buenas condiciones, por el contrario un 77.8% de los usuarios manifestaron no haber culminado su tratamiento dental anteriormente y un 34.4% de los usuarios manifestaron haber recibido maltrato por parte del asistente dental, con lo cual se explica el nivel alto del contacto con el servicio.

IV. Discusión

En la presente investigación los datos encontrados, procesados y analizados evidenciaron que del conjunto de los usuarios encuestados el 56.8% consideraron las barreras de acceso aquí estudiadas de un nivel moderado, siendo la disponibilidad la que presentó el nivel más bajo por la cual la disponibilidad del servicio de salud bucal sería considerada barrera, estos resultados obtenidos van de acuerdo a lo mencionado por la Federación Dental Internacional (2015) “la accesibilidad y la disponibilidad son las principales barreras para acceder a la atención” (p.60), asimismo nuestros datos también concuerdan con lo encontrado en el análisis de la situación de salud 2015 de la dirección de Red de Salud Villa el Salvador, Lurín, Pachacamac- Pucusana en donde a través de un proceso de autoevaluación en sus 44 establecimientos obtuvieron que el menor porcentaje obtenido fue en la gestión de equipos e infraestructura, lo cual estaría dentro de los recursos físicos de la disponibilidad que justamente fue considerada por la mayoría de los usuarios (60.5%) del presente estudio como de nivel bajo, de los cuales el 77,3% consideraron insuficientes números de consultorios dentales y el 60.5% insuficientes números de equipos. Además también encontramos concordancia con los datos obtenidos por Hernández y Tavera (2014) quienes en su estudio Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en Copresalud (IPS) encontraron que el 76.1% de sus encuestados considera que la infraestructura del servicio dental es incompleta.

Por otro lado cabe mencionar que nuestro resultado anteriormente mencionado no es concordante a lo encontrado por Hirmas, *et al.* (2013), quienes en su estudio Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud que tenía por objetivo identificar barreras y facilitadores al servicio de salud, para lo cual hicieron una recopilación de 19 estudios en países desarrollados como Canadá, Estados Unidos, México, Guatemala, Nicaragua, Zambia y Chile obtuvieron como resultado que la mayor proporción de barreras correspondieron a la dimensión aceptabilidad, esto podría explicarse porque esta investigación fue desarrollada en países con un contexto distinto al nuestros en donde probablemente ya haya una mejor disponibilidad de los recursos físicos aunque ellos mencionan que la disponibilidad no presentó mayor barrera porque estos estudios habían sido realizado mayormente en usuarios y añade además que si los estudios hubieran

sido analizadas en los equipos de salud es decir en el personal de salud si hubieran identificado con mayor frecuencia barreras relacionadas a la disponibilidad.

Otro dato importante que se puede rescatar del análisis de la situación de salud 2015 de la dirección de Red de Salud Villa el Salvador, Pachacamac-Pucusana es en cuanto a los recursos humanos donde obtuvieron un bajo puntaje en dicha autoevaluación y se encontró que del total de trabajadores profesionales sólo el 9% eran odontólogos la cual según refieren es una disponibilidad similar a lo encontrado en Lima Metropolitana y a nivel Nacional, siendo reconocida por ellos mismos como un problema de oferta la poca disponibilidad de profesionales y personal de salud, tal como lo podemos observar en los datos obtenidos por el presente estudio, en que el 73.3% de los usuarios consideraron insuficiente el número de odontólogos por turno e incluso el 29.2% consideraron que el odontólogo no cuenta con un personal asistente, pues según manifestaron atienden 2 odontólogos por turno pero solo hay un personal para asistencia que no se abastece. Agudelo, *et al.* (2014) en su estudio Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor en Colombia también encontró entre las barreras de la disponibilidad, que los recursos humanos a nivel del sector salud son inadecuados.

Continuando con el análisis de la disponibilidad en el presente estudio se obtuvo como dato importante que la disponibilidad del servicio o programa fue considerada de nivel moderada por el 34.1% de los usuarios de los cuales a su vez el 41.8% manifestaron que el SIS no les cubre todos los tratamientos dentales que requerían, como lo manifestó Rocha (2013) en su informe de Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad realizado en Colombia “los costos de los servicios de salud como los individuales son considerables, particularmente porque los servicios de salud oral están limitados o no existen dentro de los servicios ofrecidos por los sistemas de salud” (p.103) por ello la dirección de Red de Salud Villa el Salvador, Pachacamac- Pucusana también encontró en su autoevaluación un bajo porcentaje en el control de la Gestión y Prestación de servicios.

Respecto a la disponibilidad de servicios también se encontró que el 72.4% de los usuarios manifestaron que no habían recibido charla sobre salud bucal en este centro de salud, lo cual es preocupante puesto estaríamos lejos de alcanzar

lo señalado en el artículo 3 de la ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud del Perú, quien señala que el mismo tiene como objetivo primordial que todos los peruanos dispongan de un seguro de salud para poder tener acceso a servicios de salud de carácter preventivo, promocional y recuperativo, esto además concuerda con lo reportado por Álvarez y Vargas (2011) en su estudio Causas y efectos de la ausencia de un modelo de promoción de la salud oral en el área de salud La Unión en Costa Rica quienes tenían entre sus objetivos específicos enumerar los diferentes tipos de tratamientos brindados al usuario y encontraron que el 68 % eran tratamientos curativos y solo un 32% fueron tratamientos preventivos como educación en salud oral, aplicación de flúor. etc.

En cuanto a la dimensión accesibilidad se obtuvo como resultado que el 48.1% de los encuestados consideró la accesibilidad física de nivel alto de los cuales el 89.2% refirió vivir cerca al centro de salud y por ello pertenecían a esta jurisdicción, incluso el 88.1% manifestó que tenía tiempo para acudir al centro de salud muchas veces, los usuarios del presente estudio refirieron que muchas veces ni necesitaban medio de transporte ni gasto para transportarse eliminando así de esta manera las barreras en la accesibilidad física. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Agudelo, *et al.* quienes reportaron que la ubicación geográfica de los centros de salud al tener buenas vías de acceso y de transporte facilitan el acceso al servicio de salud y por el contrario se contradicen con lo encontrado por Hernández y Tavera (2014) quienes reportaron que el 35,3% de los usuarios refirieron alguna dificultad para trasladarse al centro de salud, que el 49.2% sostiene que su vivienda queda lejos de su centro de salud y que el 41.6% no asiste a la consulta odontológica porque no tiene tiempo suficiente para acudir al centro, analizando este último punto se tiene que esta diferencia probablemente se deba a que las personas encuestadas en el presente estudio eran usuarios que vivían cerca y en su mayor parte amas de casa que no contaban con empleo y manifestaron que si tenían tiempo para acudir al centro porque debían aprovechar que el servicio es gratuito, otro punto importante a diferenciar es que el presente estudio se realizó en usuarios del servicio de salud bucal y probablemente acudieron al centro porque les era fácil llegar a diferencia de que si el estudio se hubiera realizado en aquellas personas que nunca asistieron al centro tal vez por vivir lejos o encontrar dificultades para transportarse hasta el mismo.

En cuanto a la accesibilidad organizacional se obtuvo que el 45.9% de los usuarios encuestados la consideraron de nivel moderada, de las cuales un 45.4% de los pacientes encontraron dificultad para sacar una nueva cita sobre todo en los días que transcurrían para conseguirla, más que en el trámite en si además un 68.6% señalaron que se espera mucho tiempo fuera del consultorio más de 1 hora en promedio; antes de ser atendido. Al respecto diversos autores concuerdan con lo encontrado como Virguez (2016) en su estudio Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes, la cual tenía como objetivo identificar las barreras y facilitadores del acceso para los jóvenes de Usaquén Colombia sostuvo que las principales barreras tenían que ver con las citas extensas y tramites complicados es decir con la accesibilidad organizacional, así también Agudelo *et al.* (2014) reportaron que se retrasa la asignación de citas de servicio dental para los adultos mayores pero según ellos, sobre todo porque la red prestadora de servicios ha dado prioridad de atención a gestantes y escolares (p.186), López.(2012) en su Estudio de la satisfacción de paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario Dental Satisfaction Questionnaire cuyo objetivo era describir el nivel de satisfacción con la asistencia sanitaria odontológica reportaron mayores niveles de insatisfacción en el tiempo de espera así como en la dificultad de conseguir una consulta con el dentista de forma inmediata y por ultimo Preciado y Urbano (2012), en su estudio Barreras de acceso a los servicios preventivos u correctivos de odontología reportaron que entre las barreras externas que impiden el acceso al servicio de odontología se encuentran la dificultad en la accesibilidad geográfica y la dificultad en solicitar citas (60%).

Otro punto importante es que el Centro atiende en dos turnos mañana y tarde con lo cual los paciente tendrían dos opciones de turno para atenderse aunque muchos señalaron que muchas veces por no tener una cita muy espaciada optaron por elegir turnos que no les era muy favorable ya sea por el trabajo o el estudio, asimismo muchos manifestaron estar de acuerdo con la nueva forma de atención que es sacando cita con anticipación (54.6%), lo cual fue implementado en el centro hace unos 6 meses aproximadamente, aunque decían que ya no hacían cola desde las 3 de la madrugada para alcanzar un cupo, igual no es tan favorable porque les dan citas con tiempos muy espaciados y cuando es de

emergencia no les atienden de forma inmediata porque primero tienen que sacar cita.

Respecto a la accesibilidad financiera los autores Preciado y Urbano (2012) además señalaron que las principales barreras tenían que ver con el gasto de bolsillo para realizar los tratamientos dentales y encontraron que el 58% de sus encuestados no asistieron a la consulta dental por falta de dinero, asimismo Paredes, Juárez y Mosqueda, (2015) en su estudio Factores que influyen en la asistencia de los preescolares al servicio dental público en Acapulco, México reportaron que la falta de dinero fue la principal razón para no acudir a la atención dental, al respecto Hirmas, *et al.* (2013) también encontraron que las barreras más frecuentes están relacionadas con los costos por consultas, medicinas, etc. al igual que Ajavi y Arigbede (2012) en su estudio Las barreras a la utilización de la atención de la salud oral en Ibadán, suroeste de Nigeria quienes tenían por objetivo identificar el grado de barreras a la atención del cuidado de la salud bucal, encontraron que entre las principales barreras para la atención dental en segundo lugar luego del miedo o ansiedad estaban los costos financieros del tratamiento dental.

Los resultados mencionados guardan relación con lo obtenido en el presente estudio en donde el 45.9% de los usuarios consideró la accesibilidad financiera de nivel moderado, mas no fue de nivel bajo porque al vivir cerca del centro, el 88.4% de los usuarios consideraron que el gasto para transportarse al centro de salud era poco además la mayoría de los usuarios manifestaron estar afiliados al SIS lo cual según las recomendaciones de la OMS, en cuanto a Cobertura Universal de la Salud significaría que se ha logrado reducir las barreras financieras o económicas, aunque esto sería solo relativo porque como lo manifestaron el 43,8% de los usuarios del presente estudio el centro no cubre todos los tratamientos dentales que necesitan como endodoncia, prótesis dental, entre otros por lo que los usuarios tendrían que acudir a centros privados en busca de estos tratamientos, pero la mayoría de los usuarios encuestados no cuentan con dinero para ello tal como lo señala el análisis de la situación de salud 2015 de la Dirección de Salud Villa El Salvador- Lurin - Pachacamac- Pucusana que el 26.9% de la población de esta jurisdicción se encuentra en nivel de pobreza justamente es por ello que están afiliados al SIS, porque tal como lo señala el Informe

defensorial N° 120 (2007) del Perú; el SIS ha sido creado por el estado para eliminar las barreras de acceso a la salud buscando el aseguramiento de la población más pobre.

Por lo anterior Hernández, Vilcarromero y Rubilar en su estudio Desatención a la salud oral infantil como un problema de salud pública en el Perú cuyo objetivo principal fue describir el acceso a los servicios de salud dental en niños peruanos según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 (ENDES), señalaron lo siguiente: “En Perú la mayor parte de las barreras que originan un problema de acceso a servicios de salud se concentran en los habitantes de menores recursos económicos y en aquellas zonas alejadas” (p.2).

Además hay que añadir que el 68.4% de los usuarios del presente estudio realizaron gastos extras sobre todo para comprar guantes y anestesia asimismo el 44.9% consideraron que no contaban con dinero para realizar dichos gastos, a diferencia de lo encontrado por Hernández y Tavera (2014) en el que solo el 33.7% considero que sus ingresos son suficientes para acceder a los servicios de salud.

Pasando al análisis de la aceptabilidad tenemos que la aceptabilidad sociocultural depende casi exclusivamente de las percepciones, creencias, valores, conocimiento, etc. del usuario tal como lo señala Landini, Gonzales y D' Amore (2014) en su estudio Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural cuyo objetivo era discutir y analizar la noción de accesibilidad y centrarse en el significado de la accesibilidad cultural. En lo que respecta tenemos que para el presente estudio se obtuvo que el 60.3% de los usuarios consideraron la aceptabilidad de nivel moderado pero con una tendencia a ser barrera, asimismo Hirmas, *et al.* (2013) obtuvieron como principal barrera la aceptabilidad la cual estaba relacionada principalmente a presentar temor o vergüenza a atenderse, aunque este aspecto no fue analizado en el presente trabajo pero si se analizó otros aspectos también importantes en los cuales se encontraron datos preocupantes, como los siguientes: el 55.2% de los pacientes no asiste al servicio de salud bucal para realizarse tratamientos de limpieza bucal ni aplicación de flúor, el 61.6% no tenían conocimiento de enfermedades relacionadas con la salud bucal, esto sumado a lo mencionado anteriormente respecto a que el 72.4% de los usuarios refirieron no haber recibido charlas de salud bucal en el centro médico contradiciendo a lo mencionado por el Minsa (2012) en su Análisis de la demanda

y el acceso a los servicios de salud en el Perú, en la cual se señala que “a mayor acceso a atención dental de salud en establecimientos del Minsa, mayor conocimientos de los procesos salud enfermedad y mayor sensibilidad para identificar un problema de salud cualquiera sea su naturaleza” (p. 63) de lo cual se podría pensar que se está descuidando el programa de prevención y promoción en salud bucal, cuando esto debería ser lo primero que deberían de recibir los pacientes como parte del paquete de beneficios del SIS, puesto que así lo señala la Defensoría del pueblo (2007); que el modelo de atención básica de salud bucal debe estar incluido dentro del paquete de beneficios que reciben por pertenecer al SIS.

Los resultados mencionados anteriormente concuerdan con lo encontrado por Delgado, *et al* (2013) quienes en su trabajo Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile en la cual tenían por objetivo describir las desigualdades en la necesidad de atención dental autopercibida en el uso del servicio odontológico determinaron que hay una baja percepción de necesidad de atención dental en los chilenos y carecen de conocimientos de las recomendaciones de servicios preventivos a pesar de que el Minsal de Chile cuenta con programas de salud bucal para dar solución a este aspecto.. Además los resultados del presente estudio también guardan relación con lo mencionado por Hernández, Vilcarromero y Rubilar (2015) quienes en su estudio Desatención a la salud oral infantil como un problema de salud pública en el Perú determinaron que la prevención y la promoción de la salud bucal en niños han sido inefectivas en el Perú.

Otro punto importante para analizar dentro de la aceptabilidad sociocultural es que el 56.8% de los usuarios consideraron acudir al dentista solo en caso de molestia y dolor, concordando con lo sostenido por Ajavi y Arigbede (2012), que el 55.8% de sus encuestados consultaron al dentista solo cuando había dolor y corroborando lo reportado por Carrazco, M. (2009) quien en su estudio Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas realizado en el Perú, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de caries dental y el grado de conocimiento y hábitos, obtuvo que el 52% desconocía de métodos preventivos de caries en salud bucal y que en el 70.14% de escolares el dolor era el principal motivo para visitar al dentista.

Por lo anterior la Federación Dental Internacional menciona que “la ampliación de las coberturas de seguros y la mejora de la disponibilidad del servicio bucal no harían por si mismos reducir las desigualdades a menos de que los usuarios sean conscientes de los beneficios de una buena salud bucal “(p.57),

En cuanto al trato el presente estudio encontró que el 39.4% de los usuarios lo consideraron de nivel alto y de este a su vez el 78.9% de los usuarios manifestaron que confían en el tratamiento dental dado por el dentista, el 73.0% consideraron que la atención dental que brinda el centro es buena esto a diferencia de Hirmas *et al.* quienes encontraron que entre las barreras que aparecieron con mayor frecuencia hallaron la desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito. Dentro del trato también se encontró que el 44.9% consideraron que tienen miedo a algunos tratamientos dentales similar a lo encontrado por otros autores como Hernández y Tavera quienes en cuanto al miedo al tratamiento dental; reportaron que el 50% de los usuarios no asisten a la consulta dental porque les da miedo el sonido del instrumental así como el 44.8% de los usuarios no acuden a la consulta porque le dan miedo las agujas y Ajavi y Arigbede (2012) quienes encontraron incluso que las principales barreras para no acudir al dentista estaban relacionadas con el miedo aunque acá hay una diferencia porque en el presente estudio la barrera mayormente estaba percibida en la disponibilidad de recursos y no en el miedo.

Asimismo es importante rescatar lo que estos autores señalan; que las fuentes de las barreras guardan relación con la experiencia de vida y factores psicosociales, por ello Rocha (2013) señala que “las experiencias odontológicas, que crean un círculo vicioso que agravan los problemas de salud negativas pueden generar miedo y ansiedad, lo cual puede influir en las actitudes de la salud oral y los comportamientos de la visita al odontólogo” (p.103).

Respecto al contacto con el servicio, se obtuvo que el 63.8% de los usuarios consideraron la calidad de nivel alto a diferencia de Hernández y Tavera en donde el 79% de los encuestados consideraron el servicio odontológico prestado de mala calidad y de García, Chenguayen y Mormontoy (2010) quienes en su estudio Satisfacción del usuario con los servicios odontológicos de atención primaria recibidos y factores socio-demográficos asociados en donde tenían por objetivo principal determinar la percepción de la satisfacción de los pobladores de un

asentamiento humano en Lima Perú, reportaron niveles altos de insatisfacción en los servicios odontológicos públicos, aunque asociado sobre todo al trato por parte del personal que presta el servicio.

A su vez dentro de los resultados de la calidad obtenido por el presente estudio se encontró que dentro de ella el 89.7% consideraron que el consultorio es limpio y ordenado, y 76.2% consideraron que los equipos y materiales están en buenas condiciones a diferencia de un menor porcentaje encontrado por Hernández y Tavera quienes reportaron que el 46.4% de usuarios refirieron que encontraron limpio y en buenas condiciones el consultorio.

Así también en el presente estudio los usuarios manifestaron que los equipos dentales utilizados para su atención eran nuevos desde hace casi 1 año, es decir que hubo mejoras por parte del centro de salud previamente a este estudio y es por ello que los datos encontrados son los que hacen que la percepción de la calidad no sea tan mala, motivo por el cual se puede considerar que la calidad del servicio de salud bucal no es barrera.

Continuando con el análisis del contacto con el servicio tenemos que el 57.3% de los usuarios consideraron la continuidad de nivel moderada dentro de la cual el 89.7% consideraron que estaban dispuestos a continuar con el tratamiento, el 81.1% señalaron que la atención fue efectiva sin embargo a pesar de estos datos solo un 22.2% señalaron haber terminado su tratamiento dental con anterioridad. Al respecto Virguez (2016) añade que “los jóvenes tienden a sentir bienestar y a dejar los tratamientos y no volver a consultar. El hecho de desconocer su enfermedad o situación de salud limita el acceso a los servicios de salud tanto resolutivos como de prevención y promoción” (p.98); esto al parecer es lo que se viene dando para los usuarios del presente estudio pues vemos la falta de continuidad a pesar de que si confían en la atención recibida por el odontólogo del centro. Estos resultados además difieren con lo reportado por Hernández y Tavera quienes encontraron que el 66.7% de sus encuestados si terminaron su tratamiento a diferencia de como ya se mencionó el 22.2% para el presente estudio, lo cual llama la atención porque supuestamente al ya tener contacto con el dentista deberían de tener mayor conocimiento de la importancia de la salud bucal para poder continuar su tratamiento pero vemos que no es así, lo cual probablemente se deba a las barreras encontradas en los puntos anteriormente analizados.

Por otro lado continuando con el análisis de la continuidad el 32.4% manifestaron que recibieron maltrato personal por parte de algún trabajador en especial del asistente dental, y del personal que atiende para sacar la cita, lo cual concuerda con lo encontrado por García, Chenguayen y Mormontoy (2010) quienes como se señaló reportaron que la mayor insatisfacción se debe al maltrato por parte de los prestadores de salud, incluso re Hernández y Tavera reportaron que el 8.3% de los encuestados no asistía a la consulta dental por malos trato. Al respecto el Minsa (2012), en su análisis de la demanda reporto que “los problemas relacionados con el maltrato de personal, falta de confianza y demora en la atención fueron manifestados con más frecuencia en personas aseguradas al SIS (16.1%) y a ESSALUD (14.9%) que los afiliados a otros seguros” (p. 49).

Finalmente como lo señala el Minsa (2012), para lograr el acceso a los servicios de salud debe haber una plena satisfacción al acudir en búsqueda de atención por una necesidad percibida y se debe de tomar en cuenta las múltiples barreras que se presenta en dicha interacción. Asimismo como lo plantea la Organización Mundial de la salud (2014) los Centros de salud pública deben tener como principal objetivo y aspiración el logro del acceso universal que garantice el cumplimiento de la Cobertura Universal de la Salud, eliminando o reduciendo las barreras no solo las económicas, geográficas y las de carácter administrativas sino también las barreras socioculturales.

V. Conclusiones

Primera. El nivel de barreras de acceso percibidos por los usuarios del servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II es moderado (56.8%), asimismo la disponibilidad podría ser considerada como la principal barrera de acceso por tener el nivel más bajo dentro de las 4 dimensiones.

Segunda. El nivel de disponibilidad es bajo (54.1%), la cual podría ser barrera, asimismo se encontró que el 53% de los usuarios percibieron que los recursos físicos eran de nivel bajo de disponibilidad, el 60% que los recursos humanos eran de nivel moderado de disponibilidad y el 48.1% que el servicio también era de nivel moderado de disponibilidad.

Tercera. El nivel de accesibilidad es alto (48.1%), sin embargo tiene tendencia a ser barrera; asimismo se encontró que el 67.6% de los usuarios percibieron que la accesibilidad física era de nivel alto, el 43.8% que la accesibilidad organizacional era de nivel moderada con tendencia a ser barrera; igualmente en la accesibilidad financiera en donde el 45.9% la consideraron de nivel moderada, pero con tendencia a ser barrera.

Cuarta. El nivel de aceptabilidad es moderada (50.3%), por lo cual podría ser barrera; asimismo se encontró que el 42.2% de los usuarios percibieron que la aceptabilidad sociocultural era de nivel bajo y podría ser barrera, mientras que el 39.5% consideraron que el trato era de nivel alto pero con tendencia a ser barrera.

Quinta. El nivel de contacto es alto (53.0%), sin embargo tiene tendencia a ser barrera; asimismo se encontró que el 57.3% de los usuarios consideraron que la continuidad es de nivel moderado con tendencia a ser barrera y el 63.8% de los usuarios consideraron que la calidad era de nivel alto.

VI. Recomendaciones

Primera. Se recomienda realizar un trabajo de investigación cuantitativo a través de una encuesta para determinar las barreras de acceso percibidas por personas que acuden al centro pero que no sean usuarios del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II puesto que durante la encuesta realizada durante el presente estudio se observó que un buen número de personas refirieron que nunca hicieron uso de este servicio.

Segunda. En vista de que el nivel de la disponibilidad del servicio es el más bajo se recomienda aprovechar mejor los pocos recursos con los que se cuenta, para ampliar la atención a un mayor número de persona por ejemplo extender el horario de atención, contar con un verdadero asistente dental para realizar el trabajo a 4 manos; asimismo para mejorar el bajo nivel de aceptabilidad se recomienda reestructurar los programas de promoción y prevención en salud bucal para que sean más efectivos, contando con apoyo de serumistas adhonorem y haciendo más publicidad del servicio dentro y fuera del centro de salud.

Tercera. Se recomienda realizar un estudio cuantitativo, comparando los niveles de accesibilidad organizacional específicamente en la asignación de citas en usuarios antiguos y en los que recién se atienden desde hace 6 meses, puesto que muchos se mostraron conformes o inconformes con el cambio que impuso el Centro que consistió en la atención con citas anticipadas.

Cuarta. Se recomienda realizar un estudio cuantitativo comparando el nivel de barreras de la aceptabilidad específicamente en lo sociocultural para evaluar sobre todo el grado de conocimiento sobre salud bucal que poseen los que recibieron atención respecto a los que aún no han recibido atención en el Centro.

Quinta. Se recomienda realizar un estudio para analizar los motivos de la no continuidad en el tratamiento puesto que se observó que un gran número de usuarios del servicio de salud bucal no continuaban sus tratamientos a pesar de saber que lo requerían.

VII. Referencias

- Arrivillaga, M. y Borrero, Y. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Saúde Pública*. 32(5), 1-15. Recuperado el 10 de marzo del 2017 de <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111415>
- Aday, L. y Andersen, R. (1974). Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. En K. White, J. Frenk, C. Ordoñez, J. Paganini y B. Starfield (Eds.), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. 604-613. Washington: PALTEX. Recuperado el 22 de marzo del 2017 de <http://irs.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3315/investigaciones%20s>
- Agudelo, A., Alzate, S., López, F., López, C., Espinoza, E., Posada, A. y Meneses, E. (2014). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*.13 (27), 181-199. Recuperado el 31 de marzo del 2017 de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.bfas>
- Azañedo, D., Díaz, D. y Hernández, A. (2016). Salud Oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 33 (2), 373-375. Recuperado el 28 de Marzo del 2017 de <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v33n2/1726-4642-rpmesp-33-02-00373>
- Ajavi, D. y Arigbede, A. (2012). Las barreras a la utilización de la atención de la salud oral en Ibadán, suroeste de Nigeria. *Afr. Sci. Salud*. 12 (4), 1-7. Recuperado el 30 de Marzo del 2017
- Andersen, R., Mc Cutcheon, A., Aday, L., Chiu, G. y Bell, R. (1980). Exploring Dimensions of Access to Medical Care. *Health Services Research*.18 (19), 49-74. Recuperado el 15 de marzo del 2017 de <http://www.nursingworld.org/DocumentVault/Care-Coordination-Panel->

Docs/background-docs/Jun-4-Mtg-docs/Exploring-Dimensions-of-
AccesstoMedCare-Andersonetal2003

Álvarez, O. y Vargas, A. (2011). *Causas y efectos de la ausencia de un modelo de promoción de la salud oral en el área de salud La Unión*. (Tesis de Maestría Nacional en Gerencia de la salud, Instituto Centroamericano de Administración Pública). Costa Rica. Recuperado el 20 de Agosto del 2017.

Corchuelo, J. (2012). Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 31 (1), 171-180. Recuperado el 28 de febrero del 2017 de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a19>

Carrasco, M. (2009). Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas. *Revista Kirú*. 6 (2), 78-83.

Carrasco, M., Landauro, A. y Orejuela, F. (2015). Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana. *Rev Estomatol Herediana*. 25(1), 27-35.

Comité Internacional de la Cruz Roja (2006). *Los Servicios de Salud en el Nivel Primario*. Ginebra. Recuperado el 20 de Agosto del 2017 de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/los_servicios_de_salud_y_el_nivel_primario.pdf

Delgado, B., Cornejo, M., Jadue, H. y Huberman, J. (2013). Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. *Clend. Dent*. 10 (2), 15-23. Recuperado el 28 de Marzo del 2017 de <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/en/ibc-114726>

Donabedian, A. (1966). Evaluación de la Calidad de la atención médica. En K. White, J. Frenk, C. Ordoñez, J. Paganini y B. Starfield (Eds.), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. 382-405. Washington: PALTEX.

Recuperado el 22 de marzo del 2017 de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3315/Investigaciones%20sobre%20servicios%20de%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1>

Defensoría del Pueblo. (2007). Informe Defensorial N° 120. *Atención de salud los para más pobres: El seguro Integral de Salud*. Perú: El Autor.

El Peruano. (2016). Decreto Supremo que aprueba el Plan de Intervención de Salud Bucal- 2016: El autor.

Federación Dental Internacional (2015). *El desafío de las enfermedades bucodentales*. Ginebra: Myriad Editions. Recuperado el 3 de Abril del 2017 de https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_o

Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*. En K. White, J. Frenk, C. Ordoñez, J. Paganini y B. Starfield (Eds.), *Investigaciones sobre servicios de salud, una antología*. 929-943. Washington: PALTEX. Recuperado el 13 de Marzo del 2017 de <file:///C:/Users/rosario/Downloads/422-474-1-PB>

García, C., Chenguayen, M. y Mormontoy, W. (2010). Satisfacción del usuario con los servicios odontológicos de atención primaria recibidos y factores socio demográficos asociados. *MPA e-Journal de Med. Fam. & At. Prim.* 4(1), 7-13.

Hernández, A., Vilcarromero, S. y Rubilar, J. (2015). Desatención a la salud oral infantil como un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.* 32(3) ,1-3.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A. De Cv.

Hernández, L. y Tavera, P. (2014). *Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en Copresalud IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014*. (Tesis de Maestría, Universidad de Cartagena). Colombia. Recuperado el 20 de febrero del 2017 de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2793/1/TESIS%20FINAL>

Hirmas, M., Poffald L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistémica cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 33 (3), 223-229. Recuperado el 7 de Abril del 2017 de http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/49/Hirmas%20et%20al_Barrieras%20y%20facilitadores_2013.pdf?sequence=1

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). *Perú Enfermedades no Transmisibles y Transmisibles*. Perú: El Autor.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Una Mirada a Lima Metropolitana*. Perú: El Autor.

Jaramillo, M., Escalante, G., Pollarolo, P., Rubio, A., Parodi, S., Del Carpio, L., Cancho, C., y Málaga, R. (2006). *Estudio sobre los Recursos Humanos en Salud en Perú: Gestión, Distribución, Normatividad, Regulación Condiciones Laborales, Salariales y Formación. Informe Final*. Perú: Grupo de Análisis para el Desarrollo.

Landini, F., Gonzales, C. y D' Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*. 30 (2), 231-244. Recuperado el 3 de febrero del 2017 de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0231>

- López, A. (2012). *Estudio de la satisfacción de paciente en odontología mediante cuestionarios de salud: adaptación al español del cuestionario "Dental Satisfaction Questionnaire"*. (Tesis Doctoral, Universidad de Valencia). Recuperado el 30 de Agosto del 2017 de <http://roderic.uv.es/handle/10550/24925>
- Millman, M. (1993). *Access to Healthcare in America: Committee on monitoring access to personal health care services*. Washington: Instituto de Medicina. Recuperado el 22 de Abril del 2017 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>
- Hernández, L. y Tavera, P. (2014). *Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en Copresalud IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014*. (Tesis de Maestría, Universidad de Cartagena). Colombia. Recuperado el 20 de febrero del 2017 de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2793/1/TESIS%20FINAL>
- Hirmas, M., Poffald L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistémica cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 33 (3), 223-229. Recuperado el 7 de Abril del 2017 de http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/49/Hirmas%20et%20al_Barreas%20y%20facilitadores_2013.pdf?sequence=1
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). *Perú Enfermedades no Transmisibles y Transmisibles*. Perú: El Autor.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Una Mirada a Lima Metropolitana*. Perú: El Autor.
- Penchansky, R. y Thomas, W. (1981). The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 19 (2), 127-140. Recuperado el 28 de Abril del 2017 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6738145>

- Preciado, I. y Urbano, C. (2012). *Barreras de acceso a los servicios preventivos u correctivos de odontología*. Informe de Investigación para optar el título de administrador hospitalario. Escuela Nacional de Negocios facultad de Posgrado Universidad del Cauca. Recuperado el 28 de Agosto de http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/barreras-acceso-servicios-preventivos-correctivos-odontologia/id/55596824.html
- Rocha, A. (2013). Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*. 12(25), 97-112. Recuperado el 20 de Marzo del 2017 de www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a08.pdf
- Soto, A. (2011). Recursos Humanos en salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 28 (2), 173-174. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a01v28n2.pdf>
- Shengelia, B., Murray C. y Adams, O. (2003). Beyond access and utilization: defining and measuring health systems performance assessment. En Murray, C., Evans, D. (Eds), *Health Systems performance assessment. Debate: Debates, methods and empiricism*. 221-234. Geneva: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de Marzo del 2017 de [file:///C:/Users/rosario/Downloads/9241562455%20\(1\)](file:///C:/Users/rosario/Downloads/9241562455%20(1))
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 56 (2), 295-303. Recuperado el 23 de Marzo del 2017 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>
- Virguez, L. (2016). *Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana). Colombia. Recuperado el 20 de Mayo del 2017 de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/18884>

Anexo 1
Artículo de investigación

1. Título

Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017

2. Autora

Rosario Natividad Muñoz Cabana, rosario_mc76@hotmail.com.

3. Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo fundamental describir el nivel de barreras de acceso al servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el año 2017 brindando datos reales del nivel de las principales barreras de acceso al servicio de salud bucal, pudiendo realizar un mejor diagnóstico de los problemas en el acceso para buscar un desempeño eficiente del servicio a través de una reestructuración de estrategias o mejora de programas orientados hacia el logro de la Cobertura Universal de la Salud. La investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo y fue de tipo básica de nivel descriptivo, por lo que se aplicó un diseño no experimental de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por los usuarios que acudieron al servicio de salud bucal, el instrumento utilizado para el recojo de datos fue el cuestionario y la técnica empleada la encuesta. La muestra estuvo conformada por 185 personas usuarios del servicio de salud bucal. Los resultados evidenciaron que el 56.8% de los usuarios percibieron un nivel moderado de barreras, asimismo el 54.1% percibieron un nivel bajo de disponibilidad, el 16.8%, un nivel bajo en la aceptabilidad, el 9.2% nivel bajo en la accesibilidad y el 8.6% nivel bajo en el contacto. Finalmente se concluyó que los usuarios del servicio de salud bucal perciben barreras de acceso de nivel moderado pudiendo ser la disponibilidad la principal barrera de acceso, seguida por la aceptabilidad.

4. Palabras Claves

Barreras de acceso, utilización de servicios, acceso al servicio de salud, accesibilidad a servicio de salud, inequidad en salud, cobertura de salud.

5. Abstract

The main objective of this research was to describe the level of barriers to access to the oral health service perceived by users of the Juan Pablo II Maternal and Child Health Center during the year 2017, providing real data on the level of the main barriers to access to oral health services, being able to make a better diagnosis of the problems in the access to look for an efficient performance of the service through a restructuring of strategies or improvement of programs oriented towards the achievement of Universal Health Coverage. The research was developed with a quantitative approach and was of basic type of descriptive level, for which a non-experimental cross-sectional design was applied. The study population consisted of users who came to the oral health service, the instrument used for data collection was the questionnaire and the technique used in the survey. The sample was made up of 185 people who use the oral health service. The results showed that 56.8% of the users perceived a moderate level of barriers, 54.1% perceived a low level of availability, 16.8%, a low level of acceptability, 9.2% low level of accessibility and 8.6% low level in the contact. Finally, it was concluded that the users of the oral health service perceive moderate access barriers, with availability being the main access barrier, followed by acceptability.

6. Keywords

Access barriers, use of services, access to health service, accessibility to health service, inequity in health, health coverage.

7. Introducción

Tema del estudio: Barreras de acceso al servicio de salud bucal como problemática de salud pública, su importancia académica radica en el aporte al conocimiento teórico sobre el nivel de barreras de acceso al servicio de salud bucal en un centro de salud pública del MINSA, contribuyendo a un mejor diagnóstico de dicha problemática para poder realizar nuevos replanteamientos de estrategias haciendo que los recursos odontológicos sean más óptimos y brindar un mejor servicio a la población.

Han existido varios modelos para conceptualizar el acceso y todos coinciden en que es un grado de ajuste entre la oferta (servicios de salud) y la demanda (usuario que necesita el servicio), la OMS menciona que “el acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan (p.1). Igualmente Tanahashi en 1978 en su modelo de cobertura efectiva, definió el acceso como un proceso de interacción hasta alcanzar la atención de salud de manera eficaz al cual denomino cobertura, lo cual es importante porque a diferencia de los demás distinguió cuatro etapas en dicho proceso la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto en las cuales a su vez se pueden identificar las barreras que obstaculizan que se lleve a cabo dicho proceso; por ello la OMS también menciona que “acceso universal se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género” (OMS,OPS y Salud Universal, 2014, p.21).

Por otro lado se sabe que el acceso puede variar por características propias de un determinado servicio. En el caso del servicio de salud bucal la falta del acceso es muy preocupante pues guardan relación con las enfermedades crónicas más frecuentes hoy en día, como la diabetes y enfermedades cardiovasculares, además repercuten en la salud mental y físicas de las personas, cambio en los procesos digestivos (FDI, 2015) y dada la cifra alta de prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal, se hace necesario evaluar las barreras propias al servicio de salud bucal.

Diversos estudios analizaron la influencia de factores socio-demográficos y socio económicos en el acceso a los servicios de salud bucal tales como el de Pontigo, *et al.* (2012) y el de Delgado, Cornejo, Jadue y Huberman (2013); que encontraron que existe mayor probabilidad de no recibir la atención en las personas de bajo nivel socioeconómico, según el grupo etario; Agudelo, *et al.* (2014); encontraron que el acceso fue menor en la población adulta mayor, otros toman en cuenta la afiliación al seguro y la educación, pero pocos estudios se han dedicado al estudio de las barreras del acceso en el servicio de salud bucal tales como Ajavi y Arigbede (2012) y Hernández y Tavera (2014) quienes encontraron que el déficit del acceso al servicio de salud bucal se debe a barreras culturales, geográficas, sociales, económicas y de oferta.

El Minsa (2012) ha desarrollado acciones para un mayor acceso como brindando una mayor cobertura del seguro integral de salud y el año 2005 ha implementado a través del Plan Nacional de Salud Bucal acciones de prevención y promoción, sin embargo el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2014); a nivel nacional encontró que solo el 26,8% de la población menor de 12 años recibió atención odontológica (Hernández, *et al.*, 2015).

De ahí el propósito del presente estudio, de describir el nivel de barreras de acceso utilizando el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi (1978) por ofrecer practicidad para identificarlas y poder cuantificarlas a través de sus cuatro importantes etapas, identificando sus respectivos niveles tal como lo demuestran los datos estadísticos del reporte anual 2016; que solo el 16,9% de los que acudieron al examen estomatológico regresaron para hacer una consulta de atención estomatológica recuperativa, asimismo hay poca demanda para el examen estomatológico y la consulta de tratamientos recuperativos especialmente en adolescentes y en el adulto mayor, pocos pacientes culminaron sus tratamientos preventivos como por ejemplo solo el 1.7% culminaron su tratamiento de aplicación tópica de gel, y solo 2.3% culminaron su tratamiento de profilaxis dental; por lo que se puede observar que existe una baja demanda o acceso a los servicios de salud bucal (MICRORED: Juan Pablo II, 2016).

La unidad de análisis estuvo dada por el usuario que asiste al servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II y los resultados obtenidos permitieron identificar el nivel de barreras y el nivel de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto del servicio para poder saber en que etapa de la cobertura se dan mayores barreras y realizar a través de este diagnóstico un replanteamiento de estrategias para un mejor aprovechamiento de los recursos odontológicos, asimismo el presente estudio será para el beneficio de los usuarios, así como para la población no usuaria del servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, que son quienes aún no han logrado un acceso real al servicios de salud bucal de este centro porque probablemente aparte de los factores determinantes han encontrado barreras que ocasionan un déficit en el acceso al servicio de salud bucal. Como es sabido; si las personas tienen acceso al servicio entonces también tendrán un mayor conocimiento del proceso salud enfermedad y mayor capacidad de identificar una enfermedad y de asistir al centro

de salud de manera continua para buscar el tratamiento que requiere no solo curativo sino también preventivo.

8. Metodología

El presente trabajo se desarrolló con un diseño no experimental porque se observó la variable en su medio natural y fue de tipo transversal porque el recojo de datos se realizó en un único momento (Hernández, *et al.* 2014). La población estuvo conformada por usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II del Distrito de Villa el Salvador, que hayan acudido al servicio de odontología para recibir tratamientos odontológicos con una antigüedad máxima de 2 años. La muestra fue de 185 personas y se eligió mediante la técnica del muestreo no probabilístico intencionado, debido a que no se conocía el valor de la población censal. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento que se utilizó fue el cuestionario. La ficha técnica del instrumento tuvo como lugar de aplicación el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, la forma de aplicación fue directa con un tiempo de aplicación de 20min, estuvo constituido por 26 preguntas, distribuidas en 7 preguntas para la dimensión disponibilidad, 6 para la dimensión accesibilidad, 6 para la dimensión aceptabilidad y 7 para la dimensión contacto con el servicio; las respuestas se estructuraron de tipo dicotómica, considerando 2 categorías: Si = 1 y No = 0. Para determinar la validez del instrumento, se sometió a consideración de juicio de expertos. Según Hernández, *et al.* (2014), el juicio de expertos para contrastar la validez de los ítems consiste en preguntar a personas expertas en el tema a tratar y el dominio de los ítems acerca del grado en el que se adecua respecto a un criterio determinado y que ya está previamente establecido.

9. Resultados

El 56.8% de los usuarios percibieron un nivel moderado de barreras, solo el 37.3% de los usuarios consideró un nivel bajo de barreras por lo cual hay tendencia a percibir barreras en el 62.7% de los usuarios asimismo el 54.1% percibieron un nivel bajo de disponibilidad por la cual podría ser considerada barrera, el 48.1% percibieron la accesibilidad de nivel alto por lo cual se podría inferir que el 51.9% tienden a percibir que la accesibilidad es barrera en el servicio de salud bucal, 33,0% de los usuarios percibieron un nivel alto de la aceptabilidad por la cual se podría inferir que la aceptabilidad podría ser considerada barrera para el 77% de

los usuarios y por último el 53.0% de los usuarios consideró el contacto de nivel alto de lo cual se puede inferir que el contacto no tiende a ser barrera en el servicio de salud bucal.

10. Discusión

La disponibilidad específicamente en los recursos físicos presentó el nivel más bajo lo cual concuerda con la FDI (2015) “la accesibilidad y la disponibilidad son las principales barreras para acceder a la atención” (p.6), con en el ASIS 2015 de la dirección de Red de Salud Villa el Salvador, Lurín, Pachacamac- Pucusana; el menor porcentaje obtenido fue en la gestión de equipos e infraestructura, con Hernández y Tavera (2014); el 76.1% de sus encuestados considera que la infraestructura del servicio dental es incompleta. Sin embargo difiere con Hirmas, *et al.* (2013) pues su estudio se había realizado en países desarrollados. En disponibilidad de servicios el 72.4 % de los usuarios no habían recibido charla sobre salud bucal, Álvarez y Vargas (2011) también reportaron que solo un 32% recibieron educación en salud oral, y tratamientos preventivos. En la accesibilidad organizacional el 45.9% la consideraron de nivel moderada, el 45.4% encontraron dificultad para sacar una nueva cita, 68.6% esperaron mucho tiempo fuera del consultorio antes de ser atendido concordando con Virguez, Agudelo *et al.* (2014), López (2012) y Preciado y Urbano. En la accesibilidad financiera se obtuvo un nivel moderado lo cual guarda relación con lo reportado con Preciado y Urbano (2012) reportaron que el 58% no asistieron a la consulta dental por falta de dinero al igual que Paredes, Juárez y Mosqueda, (2015), Hirmas, *et al.* (2013) y Ajavi y Arigbede (2012). En la aceptabilidad que fue de nivel moderado y con tendencia a ser barrera hay concordancia con Hirmas, *et al.* (2013) y pocos acuden a buscar tratamientos preventivos, el Minsa (2012) en su Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú, señala que “a mayor acceso a atención dental de salud en establecimientos del Minsa, mayor conocimientos de los procesos salud enfermedad y mayor sensibilidad para identificar un problema de salud cualquiera sea su naturaleza” (p.63), sin embargo al parecer esto no es así. En la aceptabilidad sociocultural también se observó que el 56.8% de los usuarios consideraron acudir al dentista solo en caso de molestia y dolor, concordando con lo sostenido por Ajavi y Arigbede (2012); la Federación Dental Internacional menciona que “la ampliación de las coberturas de seguros y la mejora de la disponibilidad del servicio bucal no

harían por si mismos reducir las desigualdades a menos de que los usuarios sean conscientes de los beneficios de una buena salud bucal “(p.57).

En cuanto al trato se encontró que el 39.4% de los usuarios lo percibieron de nivel alto, el 78.9% confían en el tratamiento, el 73.0% percibieron la atención buena, 44.9% consideraron que tienen miedo a algunos tratamientos dentales concordando con Hernández y Tavera (2014) y Ajavi y Arigbede (2012). Respecto al contacto el 63.8% consideraron la calidad de nivel alto a diferencia de Hernández y Tavera que el 79% consideraron el servicio odontológico prestado de mala calidad y de García, Chenguayen y Mormontoy (2010) quienes en su estudio Lima Perú, reportaron niveles altos de insatisfacción en los servicios odontológicos públicos, asociado sobre todo al trato. En la calidad se encontró que el 89.7% percibieron que el consultorio es limpio y ordenado, y 76.2% que los equipos y materiales están en buenas condiciones a diferencia de un menor porcentaje encontrado por Hernández y Tavera.

Respecto al contacto el 57.3% consideraron la continuidad de nivel moderada el 89.7% estaban dispuestos a continuar con el tratamiento, el 81.1% señalaron que la atención fue efectiva sin embargo a pesar de estos datos solo un 22.2% señalaron haber terminado su tratamiento dental con anterioridad. Al respecto Virguez (2016) añade que “los jóvenes tienden a sentir bienestar y a dejar los tratamientos y no volver a consultar. El hecho de desconocer su enfermedad o situación de salud limita el acceso a los servicios de salud tanto resolutivos como de prevención y promoción” (p.98); esto al parecer es lo que se viene dando para los usuarios del presente estudio pues vemos la falta de continuidad a pesar de que si confían en la atención recibida por el odontólogo del centro, la cual probablemente se deba a la presencia de barreras.

En cuanto al maltrato personal los resultados concuerdan con García, Chenguayen y Mormontoy (2010), Hernández y Tavera (2014) quienes reportaron que el 8.3% de los encuestados no asistía a la consulta dental por malos tratos. El Minsa (2012), en su análisis de la demanda reporto que “los problemas relacionados con el maltrato de personal, falta de confianza y demora en la atención fueron manifestados con más frecuencia en personas aseguradas al SIS (16.1%) y a ESSALUD (14.9%) que los afiliados a otros seguros” (p. 49).

Finalmente como lo señala el Minsa (2012), para lograr el acceso a los servicios de salud debe haber una plena satisfacción al acudir en búsqueda de atención por una necesidad percibida y se debe de tomar en cuenta las múltiples barreras que se presenta en dicha interacción.

11. Conclusiones

El nivel de barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II es moderado (56.8%), el nivel de disponibilidad es bajo (54.1%) y podría ser considerada barrera, el nivel de accesibilidad es relativamente alto (48.1%), con tendencia a ser barrera, el nivel de aceptabilidad es moderada (50.3%), con tendencia a ser barrera, y por último el nivel de contacto es alto (53.0%) el cual no tiende a ser barrera.

12. Referencias

Agudelo, A., Alzate, S., López, F., López, C., Espinoza, E., Posada, A. y Meneses, E. (2014). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.*13 (27), 181-199. Recuperado el 31 de marzo del 2017 de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.bfas>

Azañedo, D., Díaz, D. y Hernández, A. (2016). Salud Oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 33 (2), 373-375. Recuperado el 28 de Marzo del 2017 de <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v33n2/1726-4642-rpmesp-33-02-00373>

Ajavi, D. y Arigbede, A. (2012). Las barreras a la utilización de la atención de la salud oral en Ibadán, suroeste de Nigeria. *Afr. Sci. Salud.* 12 (4), 1-7. Recuperado el 30 de Marzo del 2017

Álvarez, O. y Vargas, A. (2011). *Causas y efectos de la ausencia de un modelo de promoción de la salud oral en el área de salud La Unión.* (Tesis de Maestría Nacional en Gerencia de la salud, Instituto Centroamericano de Administración Pública). Costa Rica. Recuperado el 20 de Agosto del 2017.

Comité Internacional de la Cruz Roja (2006). *Los Servicios de Salud en el Nivel Primario*. Ginebra. Recuperado el 20 de Agosto del 2017 de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/los_servicios_de_salud_y_el_nivel_primario.pdf

Delgado, B., Cornejo, M., Jadue, H. y Huberman, J. (2013). Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. *Clend. Dent.* 10 (2), 15-23. Recuperado el 28 de Marzo del 2017 de <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/en/ibc-114726>

Defensoría del Pueblo. (2007). Informe Defensorial N° 120. *Atención de salud los para más pobres: El seguro Integral de Salud*. Perú: El Autor.

El Peruano. (2016). Decreto Supremo que aprueba el Plan de Intervención de Salud Bucal- 2016: El autor.

Federación Dental Internacional (2015). *El desafío de las enfermedades bucodentales*. Ginebra: Myriad Editions. Recuperado el 3 de Abril del 2017 de https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_o

García, C., Chenguayen, M. y Mormontoy, W. (2010). Satisfacción del usuario con los servicios odontológicos de atención primaria recibidos y factores socio demográficos asociados. *MPA e-Journal de Med. Fam. & At. Prim.* 4(1), 7-13.

Hernández, A., Vilcarromero, S. y Rubilar, J. (2015). Desatención a la salud oral infantil como un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.* 32(3),1-3.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A. De CV.

Hernández, L. y Tavera, P. (2014). *Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en Copresalud IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014*. (Tesis de Maestría, Universidad de Cartagena). Colombia. Recuperado el 20 de febrero del 2017 de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2793/1/TESIS%20FINAL>

Hirmas, M., Poffald L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistémica cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 33 (3), 223-229. Recuperado el 7 de Abril del 2017 de http://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/49/Hirmas%20et%20al_Bar_reras%20y%20facilitadores_2013.pdf?sequence=1

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). *Perú Enfermedades no Transmisibles y Transmisibles*. Perú: El Autor.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2014). *Una Mirada a Lima Metropolitana*. Perú: El Autor.

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 56 (2), 295-303. Recuperado el 23 de Mar: 2017 de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>

Virguez, L. (2016). *Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Sal*

Anexo 2
Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Barreras de acceso al servicio de salud bucal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017

AUTOR: Rosario Natividad Muñoz Cabana

Problema general	Objetivo general	Variables				
¿Cuál es el nivel de barreras de acceso del servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?	Describir el nivel de barreras de acceso del servicio de salud bucal percibido por los usuarios de Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017.	Variable : Barrera de acceso				
Problemas específicos	Objetivos específicos	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y rango
¿Cuál es nivel de disponibilidad del servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?	Identificar el nivel de la disponibilidad del servicio de salud bucal que presenta el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?	Disponibilidad	Recursos físicos	1y2	Si (1) No (0)	Bajo (18-26) Moderado (9-17) Alto (0-8)
			Recursos humanos	3y4		
		Accesibilidad	Servicios	5y6		
			Física	7y8		
			Organizacional	9 y10		
		Aceptabilidad	financiera	11,12 y 13		
			Sociocultural	14,15,16,y,17		
		Contacto con el servicio	Trato	18,19 y 20		
			Continuidad de la atención	21,22 y 23		
			Calidad de la atención	24,25 y 26		
¿Cuál es el nivel de aceptabilidad del servicio de salud bucal percibido por los usuarios el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?	Identificar el nivel de la aceptabilidad del servicio de salud bucal que presenta el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?					
¿Cuál es el nivel de contacto con el servicio de salud bucal percibido por los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?	Identificar el nivel del contacto con el servicio de salud bucal que se presenta a los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017?					

Anexo 3

Matriz de operacionalización de la variable

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: Barreras de acceso al servicio de salud bucal

Dimensiones	Indicadores	ítems	Escalas y valores	Niveles o rangos
Disponibilidad	Recursos físicos	1 y 2	Si (1) No (0)	Alto=0-8 Moderado=9-17 Bajo=18-26
	Recursos humanos	3 y 4		
	Servicios	5 y 6		
Accesibilidad	Física	7 y 8	Si (1)	
	Organizacional	9 y 10	No (0)	
	Financiera	11, 12 y 13		
Aceptabilidad	Socio cultural	14, 15, 16	Si (1)	
	Trato	y 17 18, 19, 20	No (0)	
Contacto con el servicio	Continuidad de la atención	21, 22 y 23	Si (1)	
	Calidad de la atención	24, 25 y 26	No (0)	

Anexo 4
Instrumento

Estimado usuario, sírvase contestar las siguientes preguntas dirigidas a identificar las barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

Nombre:..... Edad:
 Sexo.....
 Procedencia:..... Grado de instrucción:..... Ocupación actual:.....
 Hace cuanto tiempo aproximadamente se atendió en dental de este centro:.....

Marque siguiendo el modelo:

Si considera que es cierto o no es cierto, marque con una X en el casillero que corresponde:

Ejemplo:

¿Viene con frecuencia al consultorio dental?

SI	NO
	x

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	¿Consideras que el número de consultorios dentales de este centro médico es suficiente?		
2	¿Consideras que el centro cuenta con los equipos dentales suficientes para atender bien?		
3	¿Consideras que el número de dentistas es suficiente para atender a todos los pacientes?		
4	¿El consultorio dental de este centro cuenta con personal ayudante para el dentista?		
5	¿El SIS le cubre todos los tratamientos dentales que usted necesita?		
6	¿En este centro médico has recibido charlas sobre salud bucal?		
7	¿Vives cerca al centro de salud?		
8	¿Tienes tiempo para acudir al consultorio dental de este centro de salud?		
9	¿Esperas mucho tiempo antes de ser atendido (luego de sacar la cita)?		
N°	PREGUNTA	SI	NO
10	¿Puedes sacar con facilidad una nueva cita para la atención dental?		
11	¿En la atención dental de este centro realizaste algún gasto extra?		

12	¿Cuenta con el dinero suficiente para pagar los gastos extras de atención dental?		
13	¿El gasto para transportarse de su vivienda al centro de salud es poco?		
14	¿Acude al consultorio dental solo cuando tiene alguna molestia o dolor?		
15	¿Sabes si las enfermedades bucales se relacionan con otras enfermedades del cuerpo?		
16	¿Acudes al consultorio dental para realizarte aplicación de flúor y limpieza bucal?		
17	¿Acudes frecuentemente (1 vez al año o cada 6 meses) al consultorio dental?		
18	¿Tienes miedo a algunos tratamientos dentales?		
19	¿Consideras que la atención dental que brinda el centro de salud es buena?		
20	¿Confía en el tratamiento que brinda el dentista en este centro de salud?		
21	¿Ha recibido maltrato personal por algún trabajador de este centro (dentista, técnico, enfermera, etc.)?		
22	¿Usted anteriormente ha terminado su tratamiento dental dado por el dentista de este centro de salud?		
23	¿Usted está dispuesto a continuar con el tratamiento propuesto por el dentista del centro?		
24	¿La atención dental que recibió en este centro fue efectiva?		
25	¿El consultorio dental en este centro es ordenado y limpio cada vez que te atienden?		
26	¿Los equipos y materiales usados en el tratamiento odontológico están en buenas condiciones?		

Anexo 5

Certificado de validez del instrumento

CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LAS BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO DE SALUD BUCAL

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
	DIMENSION 1. Disponibilidad							
1	¿Consideras que el número de consultorios dentales de este centro médico es suficiente?	✓		✓		✓		
2	¿Consideras que el centro cuenta con los equipos dentales suficientes para atender bien?	✓		✓		✓		
3	¿Consideras que el número de dentistas es suficiente para atender a todos los pacientes?	✓		✓		✓		
4	¿El consultorio dental de este centro cuenta con personal ayudante para el dentista?	✓		✓		✓		
5	¿El SIS le cubre todos los tratamientos dentales que usted necesita?	✓		✓		✓		
6	¿En este centro médico ha recibido charlas sobre salud bucal?	✓		✓		✓		
	DIMENSION 2. Accesibilidad	SI	No	SI	No	SI	No	
7	¿Vive cerca al centro de salud?	✓		✓		✓		
8	¿Tiene tiempo para acudir al consultorio dental de este centro de salud?	✓		✓		✓		
9	¿Espere mucho tiempo antes de ser atendido (luego de sacar la cita)?	✓		✓		✓		
10	¿Puedes sacar con facilidad una nueva cita para la atención dental?	✓		✓		✓		
11	¿En la atención dental de este centro realizaste algún gasto extra?	✓		✓		✓		
12	¿Cuenta con el dinero suficiente para pagar los gastos extras de atención dental?	✓		✓		✓		
13	¿El gasto para transportarse de su vivienda al centro de salud es poco?	✓		✓		✓		
	DIMENSION 3. Aceptabilidad	SI	No	SI	No	SI	No	
14	¿Acude solo cuando tiene alguna molestia o dolor?	✓		✓		✓		
15	¿Sabes si las enfermedades bucales se relacionan con otras enfermedades del cuerpo?	✓		✓		✓		
16	¿Acudes al consultorio dental para realizar aplicación de flúor y limpieza bucal?	✓		✓		✓		
17	¿Acudes frecuentemente (1 vez al año o cada 6 meses) al consultorio dental?	✓		✓		✓		
18	¿Tienes miedo a algunos tratamientos dentales?	✓		✓		✓		
19	¿Consideras que la atención dental que brinda el centro de salud es buena?	✓		✓		✓		
20	¿Confía en el tratamiento que brinda el dentista en este centro de salud?	✓		✓		✓		
	DIMENSION 4. Contacto con el servicio	✓		✓		✓		
21	¿Ha recibido maltrato personal por algún trabajador de este centro (dentista, técnico, enfermero)?	✓		✓		✓		
22	¿Usted anteriormente ha terminado su tratamiento dental dado por el dentista?	✓		✓		✓		
23	¿Usted está dispuesto a continuar con el tratamiento propuesto por el dentista del centro?	✓		✓		✓		
24	¿La atención dental que recibió en este centro fue efectiva?	✓		✓		✓		
25	¿El consultorio dental en este centro es ordenado y limpio cada vez que le atienden?	✓		✓		✓		
26	¿Los equipos y materiales usados en el tratamiento odontológico están en buena condiciones?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: MANRIQUE GUEMAN TORRE A DNI: 07795543

Especialidad del validador: SAIUD PUBLICO ESTOMATOLÓGICA

20 de 04 del 2017



Firma del Experto Informante.

¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LAS BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO DE SALUD BUCAL

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSION 1. Disponibilidad ¿Consideras que el número de consultorios dentales de este centro médico es suficiente?	✓		✓		✓		
2	¿Consideras que el centro cuenta con los equipos dentales suficientes para atender bien?	✓		✓		✓		
3	¿Consideras que el número de dentistas es suficiente para atender a todos los pacientes?	✓		✓		✓		
4	¿El consultorio dental de este centro cuenta con personal ayudante para el dentista?	✓		✓		✓		
5	¿El SIS le cubre todos los tratamientos dentales que usted necesita?	✓		✓		✓		
6	¿En este centro médico ha recibido charlas sobre salud bucal?	✓		✓		✓		
	DIMENSION 2. Accesibilidad	Si	No	Si	No	Si	No	
7	¿Vive cerca al centro de salud?	✓		✓		✓		
8	¿Tiene tiempo para acudir al consultorio dental de este centro de salud?	✓		✓		✓		
9	¿Espera mucho tiempo antes de ser atendido (luego de sacar la cita)?	✓		✓		✓		
10	¿Puedes sacar con facilidad una nueva cita para la atención dental?	✓		✓		✓		
11	¿En la atención dental de este centro realizaste algún gasto extra?	✓		✓		✓		
12	¿Cuenta con el dinero suficiente para pagar los gastos extras de atención dental?	✓		✓		✓		
13	¿El gasto para transportarse de su vivienda al centro de salud es poco?	✓		✓		✓		
	DIMENSION 3. Aceptabilidad	Si	No	Si	No	Si	No	
14	¿Acude solo cuando tiene alguna molestia o dolor?	✓		✓		✓		
15	¿Sabes si las enfermedades bucales se relacionan con otras enfermedades del cuerpo?	✓		✓		✓		
16	¿Acudes al consultorio dental para realizarte aplicación de flúor y limpieza bucal?	✓		✓		✓		
17	¿Acudes frecuentemente (1 vez al año o cada 6 meses) al consultorio dental?	✓		✓		✓		
18	¿Tienes miedo a algunos tratamientos dentales?	✓		✓		✓		
19	¿Consideras que la atención dental que brinda el centro de salud es buena?	✓		✓		✓		
20	¿Confía en el tratamiento que brinda el dentista en este centro de salud?	✓		✓		✓		
	DIMENSION 4. Contacto con el servicio							
21	¿Ha recibido maltrato personal por algún trabajador de este centro (dentista, técnico, enfermero)?	✓		✓		✓		
22	¿Usted anteriormente ha terminado su tratamiento dental dado por el dentista?	✓		✓		✓		
23	¿Usted está dispuesto a continuar con el tratamiento propuesto por el dentista del centro?	✓		✓		✓		
24	¿La atención dental que recibió en este centro fue efectiva?	✓		✓		✓		
25	¿El consultorio dental en este centro es ordenado y limpio cada vez que le atienden?	✓		✓		✓		
26	¿Los equipos y materiales usados en el tratamiento odontológico están en buena condiciones?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Es suficiente

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

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: Helwika Vega Guevara DNI: 28284526

Especialidad del validador: Investigación Científica

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

22 de 04 del 2017



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LAS BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO DE SALUD BUCAL

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1. Disponibilidad							
1	¿El centro médico cuenta con el número suficiente de consultorios dentales?	✓		✓		✓		
2	¿El consultorio dental cuenta con los equipos necesarios para la atención dental que se requiere?	✓		✓		✓		
3	¿El centro médico cuenta con el número suficiente de odontólogos para cubrir la demanda de atención?	✓		✓		✓		
4	¿El consultorio dental cuenta con personal de asistencia dental?	✓		✓		✓		
5	¿En el centro médico la atención dental está cubierta por el SIS?	✓		✓		✓		
6	¿En el centro médico se brindan programas de prevención en odontología?	✓		✓		✓		
	DIMENSION 2. Accesibilidad	Si	No	Si	No	Si	No	
7	¿El tiempo que necesita para trasladarse desde su vivienda al centro de salud es corto?	✓		✓		✓		
8	¿El horario de atención en el consultorio dental que el centro de salud ofrece es accesible?	✓		✓		✓		
9	¿El tiempo de espera para la atención dental en el centro de salud es muy largo?	✓		✓		✓		
10	¿Puedes obtener con facilidad una nueva cita para la atención dental?	✓		✓		✓		
11	¿El costo para transportarse de su vivienda al centro de salud es poco?	✓		✓		✓		
12	¿Los gastos que hay que hacer para la atención dental en el centro de salud son muy altos?	✓		✓		✓		
13	¿Sus ingresos económicos le alcanzan para acceder a la atención dental en el centro de salud?	✓		✓		✓		<i>Cambiar la palabra "Accesible".</i>
	DIMENSION 3. Aceptabilidad	Si	No	Si	No	Si	No	
14	¿Consideras que la atención dental que se brinda en el centro de salud es buena?	✓		✓		✓		
15	¿Consideras que es importante acudir al consultorio dental regularmente?	✓		✓		✓		
16	¿Es importante recibir tratamientos preventivos, como limpieza bucal y fluorización en el consultorio dental del centro de salud?	✓		✓		✓		
17	¿Considera que la salud bucal es importante al igual que otras partes de su cuerpo?	✓		✓		✓		
18	¿Tienes miedo al tratamiento odontológico porque consideras que son incómodos y dolorosos?	✓		✓		✓		
19	¿Confía en el tratamiento que le brinda el odontólogo en el centro de salud?	✓		✓		✓		
20	¿Ha recibido malos tratos por parte del personal del centro de salud?	✓		✓		✓		
	DIMENSION 4. Contacto con el servicio							
21	¿La atención que recibió le da confianza como para continuar con el tratamiento dental propuesto?	✓		✓		✓		
22	¿Ha culminado el tratamiento dado por el odontólogo?	✓		✓		✓		
23	¿Acude al consultorio dental solo cuando presenta alguna molestia o dolor?	✓		✓		✓		
24	¿La atención que se le brinda en el consultorio dental es de buena calidad?	✓		✓		✓		
25	¿El consultorio dental evidencia orden y limpieza a la hora de realizarse el tratamiento odontológico?	✓		✓		✓		
26	¿Los equipos y materiales usados en el tratamiento odontológico eran de buena calidad?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []
Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: **Dir. Rubén B. Champi F. Z. Diprané** DNI: **0.8.3.71.75.5**
Especialidad del validador: **Salud Pública / Estomatología**

..... de del 2017


Firma del Experto Informante.

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

Anexo 6
Matriz de datos

N°	Disponibilidad						Accesibilidad							Aceptabilidad						Contacto con el servicio					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0
2	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
4	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0
5	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1
6	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0
7	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
9	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
10	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
11	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1
13	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1
14	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1
15	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1
16	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1
17	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
18	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
19	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1
20	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1
21	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1
22	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0
23	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
24	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
25	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
26	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0
27	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
28	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1
29	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
30	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1
31	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1
32	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1
33	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1
34	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1
35	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1
36	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1
37	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1
38	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1
39	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
40	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
41	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0
42	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1

88	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1
89	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
90	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1
91	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
92	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
93	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
94	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
95	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0
96	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
97	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
98	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
99	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
100	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1
101	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0
102	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
103	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
104	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0
105	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
106	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1
107	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0
108	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0
109	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
110	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1
111	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1
112	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0
113	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1
114	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1
115	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
116	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1
117	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
118	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
119	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1
120	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
121	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
122	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
123	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1
124	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
125	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1
126	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
127	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
128	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1
129	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0
130	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
131	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1
132	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0

133	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
134	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0			
135	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
136	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	
137	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	
138	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
139	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
140	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
141	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
142	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
143	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
144	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	
145	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	
146	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	
147	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	
148	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	
149	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
150	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
151	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	
152	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
153	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	
154	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
155	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
156	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	
157	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
158	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
159	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	
160	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	
161	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	
162	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
163	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	
164	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
165	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
166	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	
167	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	
168	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	
169	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
170	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
171	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	
172	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	
173	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
174	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
175	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
176	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	
177	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	

178	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
179	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
180	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1
181	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
182	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
183	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1
184	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1
185	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0

Anexo 7

**Constancia emitida por la institución que acredita
la realización del estudio in situ**



"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año del buen servicio al ciudadano"

Villa El Salvador, 27 de junio del 2017.

OFICIO N° -2017-MJ-MRS-JPII-DRS-VES-LPP

Br. Rosario Natividad Muñoz Cabana

Alumna de la Maestría Gestión de los Servicios de la Salud de la UCV

Presente.-

Mediante el presente me dirijo a Ud., para expresarle mi cordial saludo y la vez informarle que esta jefatura, da opinión favorable a la solicitud presentada por su persona, para la realización de la investigación "Barreras de acceso al servicio de salud bucal en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017" en nuestra institución. Otorgándole todas las facilidades para las actividades relacionadas con encuestas dirigidas a los usuarios del servicio de odontología en el horario de 8am a 5pm, a partir del 28 de Junio del 2017, durante el periodo de 1 mes.

Atentamente.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION DE RED DE SALUD VILLA EL SALVADOR
LURIN-PACHACAMAC-PUCUSANA
CMI. JUAN PABLO II


M.C. Genaro A. Muñoz Cabana
MEDICO JEFE
C.M.P. 42961

GAMC/gamc
Cc/archivo