



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

Factores de acceso a los servicios de salud bucal en pobladores del C.P.
Tablazos-Chongoyape-Lambayeque, 2020

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Rosa Paola López Callirgos (ORCID: 0000-0003-1004-7577)

ASESOR:

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

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas de los servicios de Salud

Lima – Perú

2020

Dedicatoria

A mi familia, a mi madre, mis hermanos y a mi padre que hoy ya no está a mi lado pero que confío que se siente muy contento de que haya “terminado la tarea”, no alcanzó el tiempo para que veas lo que logré, pero me dejaste muchas cosas como enseñanza, así que este trabajo te lo dedico con todo mi amor.

Agradecimiento:

Agradezco a mis padres que en todo momento confiaron en mí y me brindaron su apoyo para lograr mi objetivo y cuando me sentía flaquear me brindaron la confianza para no desistir, quienes con esfuerzo y dedicación me hicieron la profesional y persona que hoy soy.

Mi eterna gratitud, para con Claudia Muñoz e Ingrid Balboa que colaboraron en la elaboración de mi tesis, y que no permitieron que me rindiera en mis momentos difíciles, asimismo a mis amigos Aaron y Anthony, a mis compañeros de la maestría a los que ya considero mi familia y a mi asesor Jacinto Vértiz, por la ayuda, paciencia y dedicación.

PÁGINA DEL JURADO

Declaratoria de autenticidad

Yo, Rosa Paola López Callirgos, estudiante de la Escuela de Posgrado, del programa Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; presento mi trabajo académico titulado: “Factores de acceso a los servicios de salud bucal en pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape-Lambayeque,2020”, en 66 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, 08 de Agosto de 2020

López Callirgos, Rosa Paola.



Índice

| | Pág. |
|--|-------------|
| Carátula | i |
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Página del jurado | iv |
| Declaratoria de autenticidad | v |
| Índice | vi |
| Índice de tablas | viii |
| Índice de figuras | ix |
| Resumen | x |
| Abstract | xi |
| I. Introducción | 1 |
| II. Método | 15 |
| 2.1 Diseño de investigación | 15 |
| 2.1.1 Enfoque | 15 |
| 2.1.2 Método | 15 |
| 2.1.3 Tipo | 15 |
| 2.1.4 Diseño | 15 |
| 2.2 Variable y operacionalización | 15 |
| 2.2.1 Factores de acceso a servicios de salud | 15 |
| 2.3 Población y muestra | 17 |
| 2.3.1 Población | 17 |
| 2.3.2 Muestra y muestreo | 17 |
| 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad | 18 |
| 2.4.1 Técnica | 18 |
| 2.4.2 Instrumento | 18 |
| 2.4.3 Validez de expertos | 18 |
| 2.4.4 Confiabilidad | 18 |
| 2.5 Método de análisis de datos | 19 |

| | |
|-----------------------------|----|
| 2.6 Aspectos éticos | 20 |
| III. Resultados | 20 |
| 3.1 Resultados descriptivos | 20 |
| IV. Discusión | 25 |
| V. Conclusiones | 28 |
| VI. Recomendaciones | 29 |
| Referencias | 30 |

Anexos

| | Pág. |
|---|------|
| Anexo 1 Matriz de consistencia | 37 |
| Anexo 2 Ficha técnica de instrumento | 39 |
| Anexo 3 Instrumento de recolección de datos | 40 |
| Anexo 4 Certificados de validez de instrumento | 41 |
| Anexo 5 Prueba de confiabilidad del instrumento | 44 |
| Anexo 6 Carta de presentación solicitando permiso para aplicación del instrumento. | 45 |
| Anexo 7 Autorización de la teniente gobernadora del centro poblado Tablazos para aplicación del instrumento. | 46 |
| Anexo 8 Base de datos en Excel | 47 |
| Anexo 9 Vista de datos en programa SPSS | 48 |
| Anexo 10 Procesamiento de base de datos en SPSS | 49 |

Índice de tablas

| | Pág. |
|---|------|
| Tabla 1: Operacionalización de la variable Factores de acceso a los servicios de la salud en pobladores del C.P. Tablazos- Chongoyape-Lambayeque, 2020. | 16 |
| Tabla 2: Validez de contenido por juicio de expertos del instrumento Factores de acceso a los servicios de la salud bucal. | 18 |
| Tabla 3: Niveles de confiabilidad. | 19 |
| Tabla 4: Confiabilidad del instrumento factores de acceso a los servicios de salud bucal. | 19 |
| Tabla 5: Nivel de factores de acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020. | 20 |
| Tabla 6: Nivel de factores de acceso a los servicios de salud bucal por dimensiones en pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape-Lambayeque, 2020. | 21 |
| Tabla 7: Nivel de Factores de acceso a los servicios de salud bucal según sexo y edad en pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020. | 23 |

Índice de figuras

| | Pág. |
|---|------|
| Figura 1: Nivel de factores de acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020 | 21 |
| Figura 2: Nivel del factor Institucional en el acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos- Chongoyape- Lambayeque, 2020. | 22 |
| Figura 3: Nivel del factor Sociocultural en el acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos- Chongoyape- Lambayeque, 2020. | 22 |
| Figura 4: Nivel del factor Económico en el acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos- Chongoyape- Lambayeque, 2020. | 23 |
| Figura 5: Nivel de Factores de acceso a los servicios de salud bucal según sexo en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020. | 24 |
| Figura 6: Nivel de Factores de acceso a los servicios de salud bucal según edad en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020. | 24 |

Resumen

Este estudio planteó como objetivo determinar los factores de acceso a los servicios de salud bucal en pobladores del C.P. Tablazos, 2020. Las teorías sostienen que el acceso y uso de los servicios de salud se origina por interacción entre los factores individuales, organizacionales e institucionales, culturales y sociales; finalmente consideramos que debe haber un ajuste entre las características presentes en una población y sus recursos, dirigidas a buscar atención en salud y la obtención de la misma; reflejando la importancia de una buena relación entre los recursos del sistema de salud y los usuarios. La investigación fue de tipo básica de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo no experimental. La población fue de 272 alumnos, la muestra 160, el instrumento que se utilizó fue un cuestionario con 19 preguntas. El resultado mostró que de los encuestados sobre factores de acceso a los servicios de salud bucal, 71.9% manifestó que el factor de acceso a los servicios de salud bucal es moderado, el 26.9% bajo y el 1.3% alto en los pobladores de Tablazos; además el 75.6% manifestó que el factor institucional para el acceso a los servicios de salud bucal es bajo, el 60.0% para el factor sociocultural es moderado e igualmente moderado con 96.3% para el factor económico. En conclusión, se demostró que el género femenino manifestó un moderado nivel de Factores de acceso a los servicios de salud bucal predominando en las personas que se encontraban dentro del rango de 20 a 30 años con un 16.9%. Asimismo, el género masculino, indicó un moderado nivel de Factores de acceso a los servicios de salud bucal, predominando en las personas que se encuentran entre los 20 a 30 años con un 11.9%.

Palabras clave: Factores, acceso al servicio, salud bucal, económico.

Abstract

This study aimed to determine the factors of access to oral health services in residents of the C.P. Tablazos, 2020. Theories hold that the access and use of health services originates from the interaction between individual, organizational and institutional, cultural and social factors; Finally, we consider that there must be an adjustment between the characteristics present in a population and its resources, aimed at seeking health care and obtaining it; reflecting the importance of a good relationship between the resources of the health system and users. The research was a basic type of quantitative approach, a non-experimental descriptive level. The population was 272 students, sample 160, the instrument used was a questionnaire with 19 questions. The result showed that of the respondents on factors of access to oral health services, 71.9% stated that the factor of access to oral health services is moderate, 26.9% low and 1.3% high in the residents of Tablazos; In addition, 75.6% stated that the institutional factor for access to oral health services is low, 60.0% for the sociocultural factor is moderate and equally moderate with 96.3% for the economic factor. In conclusion, it was shown that the female gender showed a moderate level of Factors of access to oral health services, predominantly in people who were within the range of 20 to 30 years with 16.9%. Likewise, the masculine gender indicated a moderate level of factors of access to oral health services, prevailing in people who are between 20 to 30 years old with 11.9%.

Keywords: *Factors, access to service, oral health, economic.*

I. INTRODUCCIÓN

La salud bucodental se inicia desde la infancia en el hogar y se relaciona con las prácticas de higiene oral que desarrollen los padres o tutores, así mismo con el nivel de instrucción, modelo familiar e ingreso familiar. La salud oral y su enfermedad no deberían ser estudiadas externamente del entorno en que habitan los individuos, familias y poblaciones, por el contrario, su origen muchas veces radica en ámbito social, en especial en el aspecto socioeconómico que presenta ese individuo, asociándose a las áreas rurales y de pocos ingresos la presencia de altos índices de enfermedad bucal. (Cerón,2018,p.38)

La OMS (2016), concluyó que las afecciones y/o enfermedades bucodentales afectan un número significativo 3580 millones de personas aproximadamente y la caries dental relacionada a los dientes permanentes es el trastorno con mayor prevalencia. Del mismo modo se refirió que los factores socioculturales y económicos tienen un impacto en la salud bucodental, considerándose a este último, un fuerte indicador para mostrar las desigualdades que se presentan durante todo el ciclo de vida en los diferentes grupos poblacionales a nivel mundial. (Fort, Fuks, Napoli, Palomba, Pazos, Salgado. et al.,2017, p.91). Las demandas por su atención, supera de la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos las capacidades de los sistemas de atención de salud. La presencia del factor social, cultural y económico de una población suelen ser necesarios para apoyar la planificación, implementación y evaluación de los servicios de salud; asimismo, para diseñar, elaborar y posteriormente poder aplicar programas de promoción y prevención, enfocados en este caso a la salud bucodental. La Salud oral en el Perú representa un problema grave de Salud Pública, por tanto requiere un abordaje integral, centrándose en medidas sostenibles de prevención y promoción de la salud bucal. La población de escasos recursos económicos y la no pobre, presentan muchas necesidades en cuanto a tratamientos de enfermedades bucales, solo que la población pobre necesita anteponer su gasto alimentario al gasto en salud.

Entre los años 2001-2002, el MINSA realizó un estudio epidemiológico a nivel nacional, en el cual el 90.4% representa la prevalencia de caries dental; asimismo con respecto a la caries cabe mencionar que el índice de dientes cariados, perdidos y obturados, a los 12 años fue un total de 6 aproximadamente, lo cual conllevó a que la Organización Panamericana de la Salud se pronuncie y declare al Perú, en estado de emergencia; además la presencia de enfermedad periodontal que se encontró fue de 85% y en estudios referenciales se visora que actualmente las maloclusiones dentales tienen una elevada

prevalencia del 80%. El Plan Nacional Concertado de Salud en el 2007 se encargó de la identificación de los problemas sanitarios en el Perú, y de dirigir recursos y esfuerzos para mitigar esos daños, por ello se insta a las enfermedades orales dentro de los 12 principales problemas sanitarios en el Perú. Obteniendo como respuesta por parte del Estado, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal.

La R.M.N° 649-2007/MINSA, estableció Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas y se reestructuró con R.M.N° 525-2012/MINSA, teniendo como funciones: gestionar las actividades de promoción, prevención, recuperación y de rehabilitación en todas las etapas de vida en un marco de atención integral de salud para un abordaje multidisciplinario de las enfermedades orales. Como precedente se implementó el Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removibles en el Adulto Mayor 2012-2016 “Vuelve a Sonreír”, el Módulo de Promoción de la Salud de la Higiene Bucal en el marco del Plan de Salud Escolar y la atención odontológica integral a la población asegurada al SIS.

Según la OMS (2013), en el Perú se encuentra el 90% de la población afectada por alguna enfermedad bucal y en un estudio realizado por el MINSA, en el año 2012-2014, se obtuvo una prevalencia global de caries dental de un 85.6%. Actualmente en nuestro país existen situaciones que dificultan el acceso a los servicios de salud entre las personas. Por un lado, existen aún inequidades de acceso a los servicios de salud bucal reflejados en los resultados observados en los indicadores nacionales. Estos factores determinantes, afectan las condiciones de vida de las niñas y los niños dentro de las cuales nacen, crecen y viven, teniendo en cuenta su comportamiento en la salud y las interacciones con el sistema de salud.

La segunda dificultad corresponde a las condiciones de distribución de los recursos, la posición y el poder de los individuos de las diferentes poblaciones, dentro de su ámbito familiar, en la comunidad, país y a nivel mundial, que a su vez poseen influencia en la elección de políticas.

De acuerdo a lo ya expresado, se hace necesario desarrollar el estudio en relación a los factores de acceso al servicio de salud bucal, desarrollando planes que conlleven al cambio sistemático y que puedan ayudar a que los pacientes del centro poblado tengan mayor acceso hacia los servicios de salud odontológicos; para ello se debe analizar los factores de acceso y enfocarlos a un cambio en gestión para abordar el problema planteado.

En el Caserío Tablazos que pertenece al distrito de Chongoyape, provincia Chiclayo ubicado en el departamento de Lambayeque, como **realidad problemática** se percibe que este Caserío cuenta con 280 pobladores; el 38% de las familias tiene un promedio de 4 hijos y el 10.7% de la población de Tablazos emigraron en su mayoría por estudio o trabajo. El caserío Tablazos cuenta con la Institución Educativa N°11506, que brinda el servicio de educación en los niveles de inicial y primaria. Son 110 viviendas construidas en el caserío Tablazos, el 84.5% de estas fueron construidas de adobe con diseños rústicos y el 83.3% utiliza calamina para sus techos. Por otra parte, el 89.3% de la población posee vivienda propia y el 10.7% decide vivir en una alquilada. El 19% de viviendas no cuenta con servicio de desagüe, mientras que el 100% de los pobladores tienen servicio de agua y energía eléctrica en sus viviendas, pero con restricciones de horario.

En cuanto a servicios de atención de salud no cuenta con un centro o posta, mucho menos algún consultorio de atención odontológica, originando que los pobladores de los diversos centros poblados pertenecientes a Chongoyape, entre ellos Tablazos tengan que trasladarse hacia el mismo distrito para acceder a la atención o conseguir los medios para llegar a la provincia, en este caso Chiclayo.

Sobre el presente tema se hizo las consultas y revisión bibliográfica pertinente, las cuales permitieron el hallazgo de estudios previos, entre los **antecedentes nacionales** se tiene el de Azañedo, Hernández, Casas, Gutiérrez, Agudelo y Cortés (2017) quienes realizaron un estudio en la población con datos (ENDES) para comprender y conocer los factores que determinan problemas en el acceso a los servicios de salud bucal en los niños menores de 12 años en Perú entre 2014 y 2015. Resultando que el índice económico, el nivel educativo de los cuidadores, el lugar natural de residencia, la edad y el factor institucional en relación al tipo de seguro de salud son factores que influyen en el acceso a los servicios de salud oral.

Así mismo, Córdova, Flores, Luna y Tapia (2017) desarrollaron un estudio no experimental y transversal con 109 niñas escolares de 6 a 11 años de un centro educativo en Chiclayo. El objetivo fue establecer la asociación de factores de riesgo con la prevalencia de caries dental en las escolares de 6 a 11 años. Se obtuvo como resultado que la pérdida de dientes presente en los padres y en los hermanos, así como el factor sociocultural correspondiente a los hábitos de mala dieta y deficiente higiene oral fueron significativamente asociados con la prevalencia de caries.

En cuanto a los **antecedentes internacionales** destaca Marushka *et.al.*(2020) quienes realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre aculturación, identidad étnica y la calidad de vida relacionada con la salud bucal entre 13,172 adultos en el Estudio de Salud de la Comunidad Hispana. Los principales resultados sociodemográficos, conductuales y de salud oral se probaron como posibles factores, el 57% de los individuos experimentaron la calidad de vida relacionada con la salud bucal deficiente en al menos uno de los dominios examinados, algunos elementos de mayor aculturación se asociaron con una mayor restricción alimentaria y dificultad para realizar trabajos habituales, asistir a la escuela, pero no se asociaron con dolor o dificultad para masticar, probar o tragar. Si bien el sentimiento de pertenencia al grupo étnico de uno no se asoció con una pobre calidad de vida relacionada con la salud bucal, el bajo sentido de orgullo se asoció con la restricción de alimentos. Las características socioconductuales fueron modificadores significativos.

Bastos, Hugo, Hilgert, Cardozo, Bulgarelli y Santos (2019) quienes realizaron un estudio transversal, con una muestra de 412 usuarios que vivían en áreas cubiertas por los servicios públicos de Atención Primaria en Salud en Porto Alegre, Brasil; usuarios que visitaron una unidad de salud para un examen o tratamiento oral en los últimos 24 meses los cuales respondieron a una entrevista en el hogar con preguntas que abordaron el estado socioeconómico, el comportamiento, la salud general, las prótesis dentales, el acceso a los servicios dentales en la APS. El objetivo fue evaluar la asociación entre el acceso de atención en salud bucal y la calidad de vida en relación con salud oral. Resultando mayor influencia en la calidad de vida cuando se presentó un déficit en el acceso a los servicios de salud oral a través de la Atención Primaria en Salud, el cual se afianzaba con la presencia del factor socioeconómico, institucional y sociodemográfico.

En el mismo año, Molete, Igumbor, Stewart y Yengopal (2019) realizaron un estudio de corte transversal cuyo objetivo fue describir el estado dental de escolares de Tshwane en Sudáfrica y evaluar la influencia de los factores contextuales en el estado de su salud bucal. Hubo 736 participantes, de 6 a 16 años se empleó una técnica de muestreo de etapas múltiples para seleccionar aleatoriamente 10 escuelas. Resultó que la presencia de caries dental fue relativamente baja en comparación con estudios similares en Sudáfrica, pero los niveles de enfermedad no tratados fueron altos. Los más afectados fueron mujeres, estudiantes de primaria, estudiantes urbanos y aquellos que no tenían acceso a la atención odontológica ni a un programa supervisado de cepillado de dientes.

También Quiroga (2019) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar cuáles eran los factores que permitían a los jóvenes utilizar los servicios de salud de la Universidad Jorge Tadeo Lozano en Colombia. Se evaluó a un grupo de estudiantes de pregrado entre 16 y 27 años, que utilizaron los servicios de salud en el año del 2017 a través de un cuestionario con 26 preguntas. Los resultados fueron los costos correspondientes al factor económico, el factor sociocultural (hábitos) además del factor institucional por la realización de campañas de promoción y prevención de salud, los que fueron factores determinantes para el uso de los servicios.

Así mismo, Sfredo, Moreira, Nicolau, Ortiz y Ardenghi (2019) realizaron un estudio en 1134 escolares con el objetivo de determinar el impacto de las desigualdades socioeconómicas en la calidad de vida en relación con la salud oral entre adolescentes de 12 años, durante un período de 2 años. Para el estudio se evaluó el índice de calidad de vida relacionada con la salud oral. Se obtuvo como resultados que los adolescentes asociados con bajos antecedentes socioeconómicos tuvieron una peor calidad de vida en relación con la salud oral dentro de los 2 años de seguimiento en comparación con aquellos de altos antecedentes socioeconómicos.

Almutlaqah, Baseer, Ingle, Assery y Al Khadhari (2018). Realizaron un estudio cuyo objetivo fue investigar los problemas de acceso a la atención dental entre adultos en la ciudad de Abha, KSA. Se realizó una encuesta descriptiva transversal entre adultos en la ciudad de Abha, Arabia Saudita. Resultados: Un total de 499 adultos participaron en el estudio. Más de la mitad con 57.9% de los participantes utilizaron servicios dentales y servicios de emergencia 56.7%. El factor económico (39.1%) y la falta de tiempo (28.7%) fueron las principales barreras para acceder a la atención dental.

Bulgareli, *et.al.* (2018), Llevaron a cabo un estudio transversal con datos secundarios de la Encuesta Estatal de Salud Oral realizado en 163 municipios de São Paulo (Brasil). En la encuesta participaron 17.560 personas de tres grupos de edad: adolescentes con edades de entre 15 a 19 años, adultos con edades entre 35 a 44 años y adultos mayores de 65 años. El objetivo fue analizar si las variables clínicas, el factor sociodemográfico y factor económico para el acceso a los servicios odontológicos influyen en el impacto de la salud oral en las actividades diarias de los adolescentes, adultos y ancianos. Como resultado se encontró presencia de impacto en la salud oral, siendo el factor sociodemográfico en relación a mujeres y grupo étnico negro con mayor probabilidad de afectar la salud oral y el factor económico relacionado al ingreso familiar de hasta 1500 reales.

En el mismo año Dho (2018) desarrolló un estudio transversal en la Ciudad de Corrientes en Argentina con pobladores entre 35 a 44 años. El objetivo fue determinar la influencia de variables sociodemográficas y culturales en los hábitos de higiene bucal en las personas adultas. Obteniendo como resultado que el nivel de conocimientos en salud bucodental resultó ser un factor significativo con relación al hábito de cepillado bucal y también el nivel socioeconómico influía en el poder de adquisición de cepillo dental cada 3 meses.

También Jin, Northridge y Metcalf (2018) en un estudio cuyo enfoque explicaba la heterogeneidad de comportamiento que surge para una población adulta mayor con gran diversidad en términos de factores sociales, incluidos los medios socioeconómicos y el apoyo social buscaron explorar los escenarios alternativos para el acceso a los servicios de salud oral y los eventos de detección preventiva ofrecidos en centros de adulto mayor en el norte de Manhattan. La investigación tuvo como conclusión que el factor social influía en la búsqueda de atención odontológica por parte de los adultos mayores y los programas basados en la comunidad además de aumentar la conciencia en salud podían proporcionar una mejoría en el entorno social.

Muñoz, Vives, Agudelo y Ronda (2017). Que desarrollaron en España un estudio transversal de un total de 8591 de población activa que respondió la Encuesta Nacional de Salud (SNHS), 2011-2012. Cuyo objetivo fue analizar la utilización de los servicios de salud bucal y los factores relacionados con el uso por parte de la población trabajadora inmigrante en comparación con los homólogos españoles. Para este estudio se estimó la asociación entre la utilización de los servicios de salud oral y el estado de la migración mediante regresión logística. Resultando que los hombres inmigrantes presentaron una mayor probabilidad de uso del servicio de salud oral, independientemente de las características de salud oral, sociodemográficas y socioeconómicas.

También Rivera, Artigas, Buitrago y Viguera (2017) realizaron un estudio de investigación de corte transversal en el Policlínico Manuel Fajardo Rivero en Cuba. Seleccionaron 352 pacientes entre 15 y 69 años. El objetivo fue identificar la prevalencia de caries dental y determinar los factores de riesgo. Obteniéndose como resultado una elevada prevalencia de la caries y suele incrementarse con la influencia del factor sociocultural relacionado a una mala higiene oral y una dieta elevada en azúcares, asimismo la presencia de maloclusión dental y el uso de prótesis removibles.

Del mismo modo, Martínez, Quiroga, Martínez y Aguiar (2017) llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal y analítico, empleando una encuesta para 110 gestantes del hospital civil en México. El objetivo fue identificar los determinantes sociales y estructurales relacionados a la salud bucal en la población gestante que acudía a control. Como resultado se obtuvo la existencia de relación entre salud bucal y el factor sociocultural y económico entre los cuales se hallaron a los hábitos alimenticios (antojo de alimentos ácidos), la ocupación de la gestante y el tipo de vivienda.

Mediante un estudio transversal, Piovesan, Ardenghi, Mendes, Agostini y Michel (2017) evaluaron a 639 niños en edad preescolar entre edades de 1 a 5 años de Santa María, una ciudad de Brasil. El objetivo fue investigar el efecto de los factores contextuales en la utilización del cuidado bucal después del ajuste de las características individuales de los niños preescolares. Se utilizó un cuestionario estructurado para obtener datos individuales de los padres como variables demográficas, factores socioeconómicos y datos sobre el uso de la atención de salud oral. Resultando que los factores socioeconómico y cultural estaban relacionado con el uso de la atención dental pues los costos financieros y el bajo nivel de educación e información sobre salud bucal resultaron ser un obstáculo para el cuidado dental y afectaron el acceso al uso de los servicios odontológicos tanto a nivel individual como contextual.

Vásquez, *et.al.* (2017) realizaron un estudio descriptivo en 53 mujeres que se dedicaban a la prostitución. Se ejecutó una encuesta, un examen clínico bucal y se analizaron el índice de dientes cariados, curados y perdidos, además de presencia de sintomatología en la articulación temporomandibular. Concluyendo según los indicadores analizados que el estado de salud bucal reflejaba las condiciones sociales precarias en que vivían dichas mujeres. Además, se hallaron diferencias en los indicadores de salud oral con relación a factores sociodemográficos.

En la población de Brasil en el 2016, Baptista llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue el analizar qué factores son la base del acceso no regular por parte de la población portuguesa a la atención de la salud oral y evaluar el estado de salud bucal de la población en estudio verificando las posibles diferencias entre dos poblaciones de regiones diferentes, y poder analizar la importancia de extender la especialidad de odontología en el Servicio Nacional de Salud. Se administró una encuesta en personas que acudieron a clínicas dentales y un examen de salud oral observacional obteniendo un total de 186 encuestados. Resultando que el factor económico es un impedimento para acceder a estos servicios, en cuanto al factor

cultural, se registró que más del 50% de la población informó tener conocimiento en cuidados de salud bucal.

Gómez, Silva, Páez, Gómez, Zea y Agudelo (2016) desarrollaron un estudio en Medellín Colombia, de tipo descriptivo en 111 pacientes adultos a los que se les realizó un examen clínico y una encuesta en la que brindaron sus datos sociodemográficos, condiciones de higiene oral, el estado de satisfacción con el uso de las prótesis dentales y una evaluación de su calidad de vida. El objetivo fue hallar los factores asociados al estado de salud oral en pacientes que portaban prótesis dentales y que acudían a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía. Como resultado se obtuvo un elevado indicador de mala salud oral en los pacientes de baja y media economía y que cursaron estudios básicos.

En estudio realizado por Monteiro, *et.al.* (2016) se buscó analizar las diferencias socioeconómicas para el uso del servicio de salud dental entre los años 2003 y 2008 y examinar los cambios en estas asociaciones desde la implementación de un programa de salud. Los datos se obtuvieron mediante dos encuestas de salud en los hogares que investigaron las condiciones de vida, el estilo de vida, el estado de salud y el uso de los servicios de atención médica. Resultando que la utilización de los servicios en salud oral aumentó en aquellos que poseían mayor ingreso económico, mejor educación, mejores condiciones de vivienda, planes privados de atención médica y eran de raza caucásica. Entre las razones para no buscar atención se encontraba, el no tener dientes y las dificultades financieras que se presentaban en los grupos socioeconómicos más bajos, mientras que pensar que era innecesario era más común en los grupos socioeconómicos más altos.

En Nigeria, Onyejaka, Folayan, y Folaranmi (2016) buscaron identificar los factores o barreras para el uso de los servicios odontológicos en los niños de la ciudad Enugu, para ello reclutaron a 1406 alumnos entre 8 a 11 años, los cuales recibieron educación en salud bucal apropiado para su edad y se entregaron cartas de referencia a los padre de los niños participantes, después de 1 año fueron revisados en sus escuelas para obtener información sobre sus razones para haber usado un servicio odontológico. Evaluaron la asociación entre el factor socioeconómico y la carga familiar. Resultando el factor económico y familiar como barrera de acceso a los servicios odontológicos, en los estratos socioeconómicos medios y bajos.

Peres, LasSchaab, Silva y Favoretto (2016) se basaron en los datos obtenidos en la Encuesta Nacional y aplicaron el modelo econométrico probit para estimar los factores que influyen en el uso de los servicios orales del SUS. El objetivo fue estimar la demanda de los

servicios dentales del Sistema Único de Salud (SUS). Entre las variables independientes que se utilizaron estuvo la edad, sexo, estado del censo, nivel educativo, además se construyó un proxy para la variable de factor económico. Como resultado se obtuvo que las variables en relación al factor económico (ingresos) y cultural (educación) eran muy significativas para determinar la demanda hacia los servicios dentales.

Trohel, Bertaud, Soler, Chauvin y Grimaud. (2016) Realizaron un estudio con una población de adultos de la región de París en Francia; utilizaron datos del año 2005 a los cuales se volvió a contactar en el 2010 para realizarles una encuesta y determinar la prevalencia de las necesidades de atención dental autoinformadas teniendo en cuenta las variables demográficas, socioeconómicas y de comportamiento. Se ajustó la muestra según el censo del 2006 por sexo y edad, para identificar las variables que se asociaron con el nivel de necesidad en atención odontológica. Como resultado se obtuvo que la prevalencia de las necesidades de atención bucal es mayor entre los adultos con bajo nivel socioeconómico; El nivel educativo, los ingresos económicos y también el lugar de origen se asociaron fuertemente con la necesidad de atención.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), la Salud Pública comprende actividades que tienen como finalidad proteger, fomentar y reparar la salud, en primer término, los de responsabilidad colectiva. Asimismo, la prevención dentro de los conocimientos en salud de la sociedad, para ello se identifica los factores determinantes y que influyen en el estado de salud de los individuos o de la población.

La variable considerada en el presente trabajo fue **factores de acceso a los servicios de la salud** los cuales son descritos según premisas de diversos autores. En cuanto a **teorías relacionadas** a factores de acceso a los servicios de la salud. Según La Real Academia Española (RAE, 2014) el termino Factor se define como “Elemento o causa que actúa junto con otros”. Es decir; es aquel elemento que condiciona una situación, que se puede volver causa de la evolución, variación o transformación de los hechos y contribuir a que se obtengan determinados resultados. Existen muchos factores que influyen en nuestra salud bucodental, entre ellos el factor biológico, ambiental, económico, sociocultural, etc.

Lama (2000), menciona que el acceso o uso de los servicio de salud, requiere del análisis de características de la población refiriéndose a la disponibilidad de recursos y a sus factores determinantes relacionados a la oferta de servicios.

Diversos autores como Donabedian, Aday, Andersen y Frenk han abordado teóricamente el problema del acceso a los servicios de salud. Y han expuesto que el acceso y uso de los servicios se origina por interacción entre los factores individuales, organizacionales e institucionales, culturales y sociales. (OPS,2010,pp 1-10). El acceso a los servicios de salud es definido por Donabedian, como un ajuste entre las características presentes en una población y sus recursos, dirigidas a buscar atención en salud y la obtención de la misma; reflejando la importancia de una buena relación entre los recursos del sistema de salud y los usuarios (Donabedian,1984,pp 248-249)

Para Aday y Andersen, el acceso a los servicios de salud se ha mostrado más como una idea política que operacional; y medir cambios en el acceso significa medir cambios en la equidad del acceso, aunque estos términos frecuentemente son utilizados indistintamente. Este modelo dimensiona la variable Acceso a los servicios de la salud en: Acceso potencial, sus características se pueden agrupar en la disponibilidad de recursos y la organización. Los recursos disponibles se refieren al capital y al trabajo dedicado a los servicios de salud. Es así, que un individuo enfermo reciba atención depende en parte de adonde recurre en demanda de la atención, del tipo de proveedor y de las estructuras en las que se lleva a cabo el servicio, el volumen se concentra en el personal médico/población (médicos, enfermeras y odontólogos, entre otros).En cuanto a la institución, ésta se refiere a la forma en que el sistema utiliza sus recursos para brindar atención (tiempo de espera, horario de atención, trámites para la atención), disponibilidad de los servicios en relación una distancia razonable, el poder ser aceptados y contar con los medios para adquirir el servicio. La dimensión de Acceso real se presenta en términos de la utilización efectiva del servicio de atención que reciba el individuo y la satisfacción del mismo. (Aday y Andersen,1974)

El modelo de Factores de Aday *et.al.*(1974), sobre acceso a servicios de salud en la lógica de la multicausalidad, manifiesta las **dimensiones de factores socioculturales** que se relacionan con los valores y la tecnología, con respecto a este factor se tiene un control muy bajo en lo que refiere a la población y los proveedores, pero si se encuentra influencia en el acceso a los servicios de salud. En cuanto al factor económico, se le considera una externalidad que afecta a los que ofertan y demandan servicios en salud. Los valores sociales también se ven afectados por el aspecto étnico y cultural en cuanto al acceso o no acceso a la atención en salud. Se describe al **factor económico** como las condiciones materiales que posee una población, con las cuales sus necesidades se ven cubiertas. La presencia de estas condiciones en la población les puede permitir el acceso a servicios odontológicos. Entre los

aspectos que se evalúan se encuentran el medio de transporte, el ingreso económico salarial y el poseer vivienda. (Arrivillaga,2016,p.5)

En relación al factor social, se determina que la familia y la comunidad influyen en la formación de los individuos de manera positiva o negativa y se le relaciona con la edad, la ocupación, grado de instrucción académico, la procedencia, la condición socioeconómica y la facilidad de acceso a la atención en salud. Con respecto al factor cultural, se le define con las manifestaciones, tradiciones, creencias, costumbres, ciencia y conocimientos que posee un pueblo y las cuales se ven reflejadas en la formación de los individuos. Aquí resalta como la comunidad percibe el proceso de salud y enfermedad. En el factor demográfico, se encuentra todo lo relacionado a estudios de la población considerando los datos estadísticos, la cantidad de población, la tasa de crecimiento, la composición de edades, la localización, entre otros.

Los **factores de organización e institución** son aquellas estructuras y los procesos de organización y respuesta que ha brindado la sociedad ante la necesidad de atención en salud, aquí se encuentran la disponibilidad de recursos (tipo y volumen de recursos presentes), el acceso geográfico, económico y social, así como la prestación de servicios y las características de estructura que presenta el sistema de salud. En cuanto a la oferta en servicios de salud, se encuentran las características y las condiciones que tiene la institución para poder dar el servicio de atención, el tipo y la calidad de atención al usuario. Así mismo, debemos tener presente que en el Perú se encuentran muchos sectores de población pobre y pobres extremos, los cuales se encuentran limitados por la presencia de estos factores al acceso de servicios en salud.

Julio Frenk propuso al acceso como la capacidad que posee un cliente o un grupo de clientes para buscar y conseguir atención, igualmente manifestó que el acceso a los servicios es una característica de la población de usuarios potenciales o reales (Frenk,1985,p.440) El modelo de Andersen es uno de los más empleados para explicar la utilización de los servicios de salud, en ese modelo se incluyen algunas variables como el sexo, la edad, número de dientes en boca, la accesibilidad de atención en los servicios, el costo, etc. Según Andersen, cuando los factores predisponentes condicionan el acceso, el sistema de salud es equitativo, pero cuando los factores mediadores son los que predominan, se considera que el sistema de salud es inequitativo (Andersen,1978,p.458)

El origen étnico y la cultura también influyen en la salud bucal de un niño, según una revisión de las tendencias en las disparidades raciales / étnicas en la salud bucal pediátrica, se demostró las pésimas condiciones dentales que estaban presentes en la mitad de los niños latinos, en más de un tercio de los afroamericanos y casi un tercio de los indios americanos y nativos de Alaska en comparación con solo el 20% de los niños blancos. Los niños hispanos tenían las peores condiciones de salud bucal y la menor utilización de cuidado dental preventivo, seguido por niños negros. Este hallazgo se explica principalmente por la baja educación materna y alta pobreza familiar en estos grupos. (Da Fonseca, 2017)

Según Kozma, 2018 la familia está relacionado con la educación de los padres y los hábitos culturales que influyen en la actitud de los niños y futuros adultos en relación con los conceptos de salud bucal, las prácticas de higiene oral y el cumplimiento de tratamiento dentales. Los malos hábitos de cepillado parental de los padres están asociados con la elevada prevalencia de caries en los niños. A medida que los miembros de la familia comparten sus genes, entorno, estilos de vida y hábitos, se puede concluir que la familia modela las creencias y las prácticas asociadas a la salud bucal, así como al acceso y cumplimiento de las terapias y atención bucal.

Igualmente mencionó la influencia del factor socioeconómico tanto en la salud sistémica como en el estado de salud oral y el bienestar, debido a que la presencia de una posición económica más favorable garantiza una mejor salud en comparación con las personas de posición socioeconómica más baja, debido a las desigualdades en acceso a los centros de salud. Los conocimientos que se tienen sobre cuidados y factores de riesgo influyentes en la salud oral, resultan ser la base que permite dar a entender el proceso salud-enfermedad y poder tomar decisiones sobre las prácticas que se realizarán para recuperar y mantener dicha salud, así mismo, aportar mejores hábitos de alimentación e higiene. Estos conocimientos resultan de gran importancia para la incrementar una buena salud bucal en la comunidad (Ávalos, 2015)

En la mayor parte de los países con bajos ingresos, se encuentra un gran aumento de las enfermedades orales y se siguen incrementando notablemente por diversos motivos, como la deficiente exposición al flúor, un escaso acceso a la atención primaria de salud bucal, estilos de vida relacionados al consumo generalizado de tabaco, azúcar y alcohol. La Salud bucal, resulta ser un indicador del bienestar y calidad de vida. La OMS, (2018), define a la salud bucodental como un estado libre de dolor bucodental, facial, infección oral, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades o trastornos que

limitan a la persona en su capacidad de masticar, sonreír y hablar, así como en su bienestar psicosocial. Tal concepto se complementa con el reconocimiento de la salud oral como un derecho básico incluido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de Naciones Unidas (Rueda, 2017,p.230)

Una salud bucal deficiente puede traer consigo consecuencias nada favorables para el bienestar físico y psicosocial del individuo. La gran variedad de enfermedades orales han sido un gran reto de salud pública, a los cuales no se les han dado la importancia debida por la mayoría de los países a nivel mundial. La presencia de enfermedades orales en muchos casos se ha considerado como parte de la vida; Sin embargo, hay evidencia de que dichas enfermedades no son inevitables sino que pueden ser prevenidas o reducidas mediante métodos simples y efectivos, en cada una de las etapas de vida, tanto a nivel individual como a nivel de población.

La caries es la enfermedad bucodental crónica más común y se le considera multifactorial por la presencia de diversos factores de riesgo, entre ellos la interacción del biofilm bacteriano (placa dental), la superficie del diente y la presencia de azúcar en la dieta, así mismo, la falta de prevención efectiva y el acceso limitado de los cuidados en la higiene oral. (FDI 2015, pp.13-14). Del mismo modo a la higiene bucal, se le considera importante para el buen estado general de la boca. Por ello, es imprescindible un cepillo dental en buen estado, pasta dental, enjuague e hilo dental. Así como, la visita periódica al odontólogo.

En la realización de esta investigación, el **problema general** es ¿Cuál es el nivel de los factores de acceso a los servicios de salud bucal que predominan en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020? Y los **problemas específicos** que se plantearon fueron: **primero** ¿Cuál es el nivel del factor institucional en el acceso a los servicios de salud bucal?, **segundo** ¿Cuál es el nivel del factor sociocultural en el acceso a los servicios de salud bucal? y **tercero** ¿Cuál es el nivel del factor económico en el acceso a los servicios de salud bucal?

La relevancia de esta investigación presenta una **justificación teórica** pues busca determinar el nivel que presenta los factores institucionales, socioculturales y económicos en los pobladores del C.P. Tablazos para tener acceso a los servicios de salud bucal, considerando su importancia en el campo de la salud, pues genera conocimiento para comprender los problemas que afectan a la población, en cuanto a la **justificación práctica** se consideró que la información recolectada tuvo como propósito proponer planes estratégicos y conseguir soluciones, pues este estudio bien dirigido y de adecuada calidad

resulta esencial para lograr reducir desigualdades, mejorar el acceso a la salud de la población de Tablazos y agilizar el desarrollo socioeconómico del país , pues los resultados obtenidos aportaran en la eficiencia de los Programas de Promoción y Prevención en salud bucal, lo que resulta conveniente para las autoridades municipales y regionales de la Dirección de salud, también se podrían reducir los factores de riesgo en el padecimiento de enfermedades de cavidad bucal, al incentivar la identificación por parte de los pobladores de los factores determinantes que les afectan, permitiendo que se motiven a realizar cambios conductuales, mejorando la acción de los factores sociales, contribuyendo con información importante para el manejo y el control de los problemas en salud dentro de la comunidad, y en la **justificación metodológica** se realizó la elaboración de un instrumento , el cual ayudará a futuros estudios y trabajos de investigación que tengan como base estas variables empleadas.

El **objetivo general** en esta investigación es determinar el nivel de los factores de acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos- Chongoyape-Lambayeque, 2020 y como **objetivos específicos** se plantean **primero** determinar el nivel del factor institucional en el acceso a los servicios de la salud bucal; **segundo** determinar el nivel del factor sociocultural en el acceso a los servicios de la salud bucal y **tercero** determinar el nivel del factor económico en el acceso a los servicios de la salud bucal.

II. MÉTODO

2.1 Diseño de Investigación

2.1.1 Enfoque

Esta investigación tiene un enfoque Cuantitativo, pues permitió el control de la variable de estudio (medir con precisión las variables del estudio) con el objetivo de medir y comparar con estudios similares, pues la meta principal fue la construcción y la demostración de teorías para lo cual se utilizó la lógica o razonamiento deductivo. Hernández y Mendoza (2018).

2.1.2 Método

El método utilizado en esta investigación fue Descriptivo, pues los planteamientos presentados en este documento fueron la base para la realización de esta investigación y se detallaron los datos recolectados de la población. Hernández y Mendoza (2018).

2.1.3 Tipo

El tipo de la investigación es Básica porque buscó generar conocimiento sobre el problema presente en la población estudiada, Descriptivo puesto que describirá tendencias de la población estudiada. (Hernández, 2018).

2.1.4 Diseño

Esta investigación presentó un diseño No experimental, porque no hay manipulación intencional de las variables y el corte fue transversal puesto que los datos se recabaron en un solo momento en la población de estudio. Hernández y Mendoza (2018).

2.2. Variables y Operacionalización

2.2.1 Factores de acceso a los servicios de la salud.

Definición conceptual: Factor se define como “Elemento o causa que actúa junto con otros”(RAE,2019,definición 3a) Del mismo modo se define que Factor es aquel elemento determinante que influye en el uso de un servicio de salud igualmente a la disposición de los recursos con relación a la oferta de dichos servicios (Lama, 2000). Entre los factores determinantes se presentan como factores socioculturales que se relacionan con los valores y la tecnología, pero presenta influencia en la utilización de los servicios. Los factores de organización son aquellos procesos y estructuras de cómo se encuentra organizada la sociedad, así como el proceso de prestación de servicios y las características del sistema. Un

conjunto de 3 dimensiones son las que componen esta variable: Institucionales, Socioculturales y Económicos.

Definición operacional: La evaluación permitirá conocer los factores que determinan el acceso a los servicios de salud bucal, para su medición se empleará la escala ordinal.

Tabla 01

Operacionalización de la variable Factores de acceso a los servicios de la salud en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape-Lambayeque, 2020

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala | Niveles/ rangos |
|---|----------------------------|------------|-----------------|--|
| D1. Institucionales | Atención | 1 | Ordinal | Bajo: 9- 21 Moderado: 22 - 33 Alto : 34 - 45 |
| | Información Profesional | 2,3 4,5 | | |
| | Calidad | 6,7 | | |
| | Estructura | 8 | | |
| | Tiempo empleado | 9 | | |
| D2. Socioculturales | Conocimiento en salud oral | 10,11 | 3. A veces | Bajo: 6 - 14 Moderado: 15 - 22 Alto : 23 – 30 |
| | Actitud en salud | 12, 13 | 4. Casi siempre | |
| | Práctica en salud | 14, 15 | 5. Siempre | |
| | | | | |
| D3. Económicos | Uso de seguro de salud | 16, 17 | | Bajo : 4 - 9 Moderado: 10 - 15 Alto : 16 – 20 |
| | Gasto en salud | 18,19 | | |
| Variable | | | | Bajo : 19 - 44 |
| Factores de acceso a servicios de salud | | | | Moderado: 45 - 70 Alto : 71 - 95 |

2.3. Población y muestra

2.3.1 Población

La población se define como el conjunto general de todas las unidades de análisis las cuales coincidirán en características de interés para el estudio a efectuar. Hernández y Mendoza (2018). La población estudiada fue de 272 pobladores

2.3.2 Muestra y muestreo

El cálculo para el tamaño muestral se obtuvo con la calculadora online AEM. Obteniendo como resultado 160 unidades de un total de 272 elementos de la población. La determinación del muestreo fue probabilístico.

Criterios de inclusión: Pobladores de ambos géneros mayores de 20 años, que habiten en el Centro Poblado Tablazos

Criterios de exclusión: Pobladores de ambos géneros menores de 20 años y que no sean habitantes del Centro Poblado Tablazos.



Calculadora de Muestras

Margen de error:
Nivel de confianza:
Tamaño de Poblacion:

Margen: 5%
Nivel de confianza: 95%
Poblacion: 272

Tamaño de muestra: 160

Ecuacion Estadística para Proporciones poblacionales

n= Tamaño de la muestra
Z= Nivel de confianza deseado
p= Proporcion de la poblacion con la caracteristica deseada (exito)
q=Proporcion de la poblacion sin la caracteristica deseada (fracaso)
e= Nivel de error dispuesto a cometer
N= Tamaño de la poblacion

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

Fuente: https://www.corporacionaem.com/tools/calc_muestras.php

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

2.4.1 Técnica

Para la realización de esta investigación se utilizó como técnica la encuesta para realizar una búsqueda sistemática de información, y reunir datos individuales durante la evaluación y obtener datos agregados. A diferencia de otras técnicas, la encuesta tiene la particularidad de poder realizar las mismas preguntas a todos los entrevistados, en una situación similar y en el mismo orden.

2.4.2 Instrumento

Se empleó un cuestionario con 19 preguntas como instrumento para recolectar los datos.

2.4.3 Validez de expertos

Se empleó la validez de contenido a través de la técnica de juicio de expertos, quienes se encargaron de evaluar el instrumento y analizar que cada una de las preguntas tenga relación con el ítem que lo genera; de igual modo el ítem con su dimensión; y asimismo, la dimensión con la variable, es aquí en donde se establece si las preguntas que se han realizado contienen la información que se requiere y poseen concordancia con las teorías de la variable.

Tabla 02

Validez de contenido por juicio de expertos del instrumento Factores de acceso a los servicios de la salud bucal.

| N° | Grado académico | Nombres y apellidos del experto | Dictamen |
|----|-----------------|---------------------------------|-----------|
| 1 | Doctora | Juana Yris Díaz Mujica | Aplicable |
| 2 | Magister | Elizabeth Luz Castañeda Montes | Aplicable |
| 3 | Magister | Edwin Zambrano Ninahuanca | Aplicable |

2.4.4 Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado de precisión o exactitud de la medida, en el sentido de que si aplicamos repetidamente el instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados. Hernández y Mendoza (2018).

Tabla 03

Niveles de confiabilidad

| Escala | Nivel |
|-------------------|--------------------------|
| Por debajo de .60 | es inaceptable |
| De .60 a .65 | es indeseable |
| De .65 a .70 | es mínimamente aceptable |
| De .70 a .80 | es respetable |
| De .80 a .90 | es buena |
| De .90 a 1.00 | es muy buena |

Fuente: Vellis (2006).

El instrumento para la variable factores de acceso a los servicios de salud bucal, se procesó utilizando la prueba estadística de Alpha de Cronbach, encontrándose con un nivel de confiabilidad de 0.756, por lo tanto, el instrumento a utilizar es considerado respetable. (Ruiz,2002).

Tabla 04

Confiabilidad del instrumento factores de acceso a los servicios de salud bucal.

| Estadísticas de fiabilidad | |
|-----------------------------------|----------------|
| Alfa de Cronbach | N de elementos |
| ,756 | 19 |

2.5. Método de análisis de datos

Para analizar los datos se ha empleado el programa estadístico SPSS versión 25 y la hoja de cálculo para el instrumento cuestionario sobre Factores de acceso a los servicios de la salud bucal en pobladores mayores de 20 años del Centro Poblado Tablazos, Chongoyape-Lambayeque, se realizó el análisis estadístico descriptivo de las variables y dimensiones a través de la distribución de frecuencias, finalmente se concluyó con la preparación de los resultados a través de tablas y gráficos cada uno con sus respectivos comentarios.

2.6. Aspectos éticos

Toda investigación debe poseer aspectos éticos: Debe poseer una metodología contrastada que encamine a resultados válidos. La elección de los individuos que formarán parte de la investigación, deben ser seleccionados por los objetivos desarrollados en el estudio y no por razones personales ni por la facilidad del trabajo. La investigación debe ampliar los beneficios y disminuir los posibles riesgos en la población estudiada. Debe desarrollarse una evaluación por un comité científico carente de nexos al estudio para evitar un conflicto de intereses. Todo aquel individuo que va ser parte de la investigación debe estar de acuerdo en hacerlo, por eso se establece un Consentimiento Informado, donde se debe aprobar la participación voluntaria. Se le debe informar a los participantes sobre el objetivo de la investigación, tiempo que se tomará en contestar las preguntas, los beneficios, confidencialidad y responder dudas que se presenten. El investigador debe velar por el bienestar del participante. Emanuel, David y Grady (2000)

III. RESULTADOS

3.1 Resultados Descriptivos

Tabla 05

Nivel de factores de acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020.

| | N | % | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------|-----|-------|-------------------|----------------------|
| Bajo | 43 | 26,9 | 26,9 | 26,9 |
| Moderado | 115 | 71,9 | 71,9 | 98,8 |
| Alto | 2 | 1,3 | 1,3 | 100,0 |
| Total | 160 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla.5, Se muestra que de las 160 personas encuestadas el 71.9% manifiesta que el factor de acceso a los servicios de salud bucal es moderado en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020.

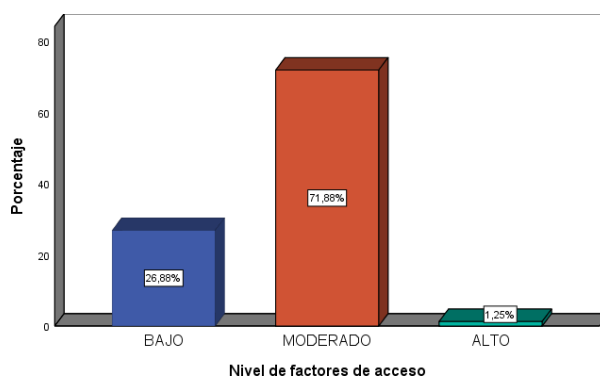


Fig.01. Nivel de factores de acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020.

Tabla 06

Nivel de factores de acceso a los servicios de salud bucal por dimensiones en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020.

| Factores de Acceso a los Servicios | | n | % |
|---|----------|-----|-------|
| D1: Factor Institucional | Bajo | 121 | 75,6% |
| | Moderado | 34 | 21,3% |
| | Alto | 5 | 3,1% |
| D2: Factor Sociocultural | Bajo | 63 | 39,4% |
| | Moderado | 96 | 60,0% |
| | Alto | 1 | 0,6% |
| D3: Factor Económico | Bajo | 6 | 3,8% |
| | Moderado | 154 | 96,3% |
| | Alto | 0 | 0,0% |

En la Tabla 06, se muestra que de las 160 personas encuestadas el 75.6% manifiesta que el factor institucional para el acceso a los servicios de salud bucal es bajo, el 60.0% para el factor sociocultural es moderado y mientras que un 96.3% manifiesta que el factor económico para el acceso a los servicios de salud bucal es moderado en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020.

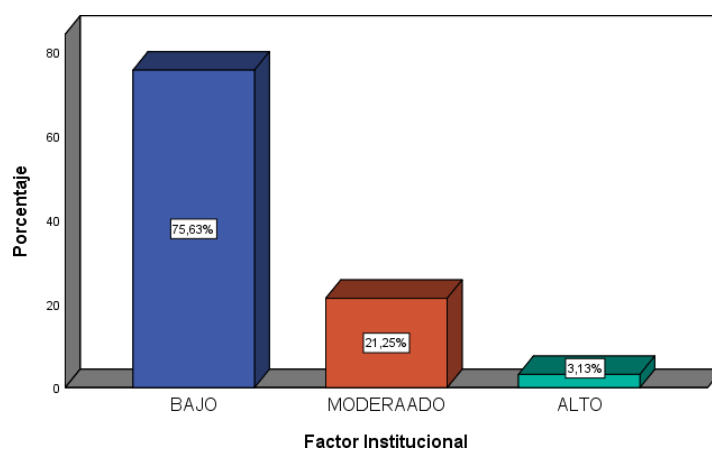


Fig.02. Nivel del factor Institucional en el acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos- Chongoyape- Lambayeque, 2020.

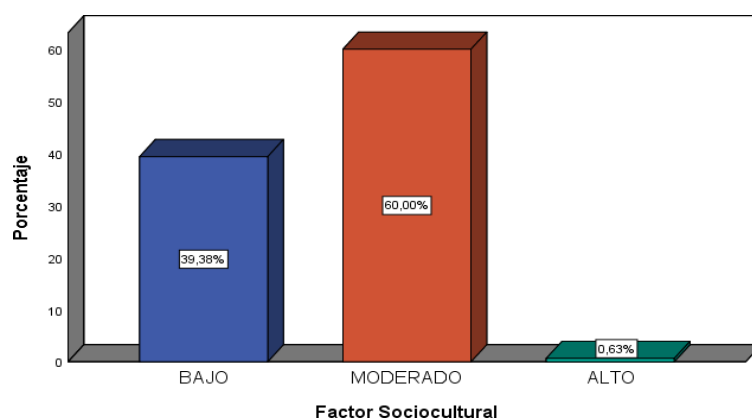


Fig.03. Nivel del factor Sociocultural en el acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos- Chongoyape- Lambayeque, 2020.

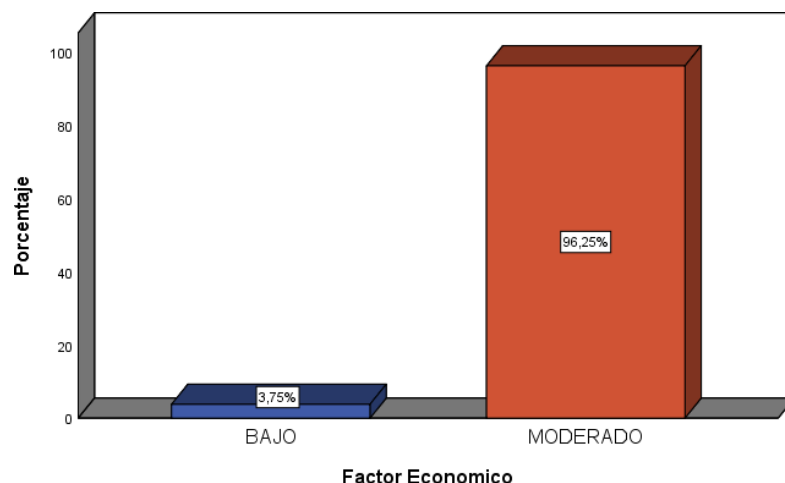


Fig.04. Nivel del factor Económico en el acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P. Tablazos- Chongoyape- Lambayeque, 2020.

Tabla 07

Nivel de Factores de acceso a los servicios de salud bucal según sexo y edad en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020.

| | | Bajo | | Moderado | | Alto | |
|------------------|----------|------|------|----------|-------|------|------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| Femenino | 20-30 | 6 | 3,8% | 27 | 16,9% | 1 | 0,6% |
| | 31-40 | 8 | 5,0% | 19 | 11,9% | 0 | 0,0% |
| | 41-50 | 3 | 1,9% | 12 | 7,5% | 0 | 0,0% |
| | 51-60 | 2 | 1,3% | 9 | 5,6% | 0 | 0,0% |
| | 61 a más | 3 | 1,9% | 3 | 1,9% | 1 | 0,6% |
| Masculino | 20-30 | 3 | 1,9% | 19 | 11,9% | 0 | 0,0% |
| | 31-40 | 4 | 2,5% | 8 | 5,0% | 0 | 0,0% |
| | 41-50 | 11 | 6,9% | 8 | 5,0% | 0 | 0,0% |
| | 51-60 | 1 | 0,6% | 9 | 5,6% | 0 | 0,0% |
| | 61 a más | 2 | 1,3% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% |

En la Tabla 07, se observa, que de la población estudiada, el género femenino manifestó moderado nivel de Factores de acceso a los servicios de salud bucal predominando en las personas que se encontraban dentro del rango de 20 a 30 años con un 16.9%. Asimismo, el

género masculino, indicó un moderado nivel de Factores de acceso a los servicios de salud bucal, predominando en las personas que se encuentran entre los 20 a 30 años con un 11.9%.

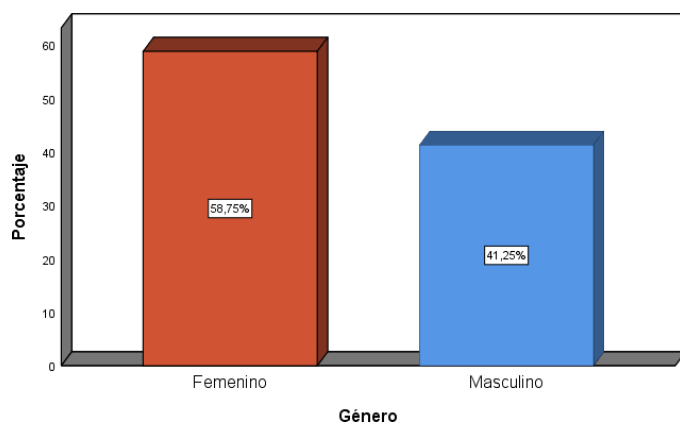


Fig.05. Nivel de Factores de acceso a los servicios de salud bucal según sexo en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020.

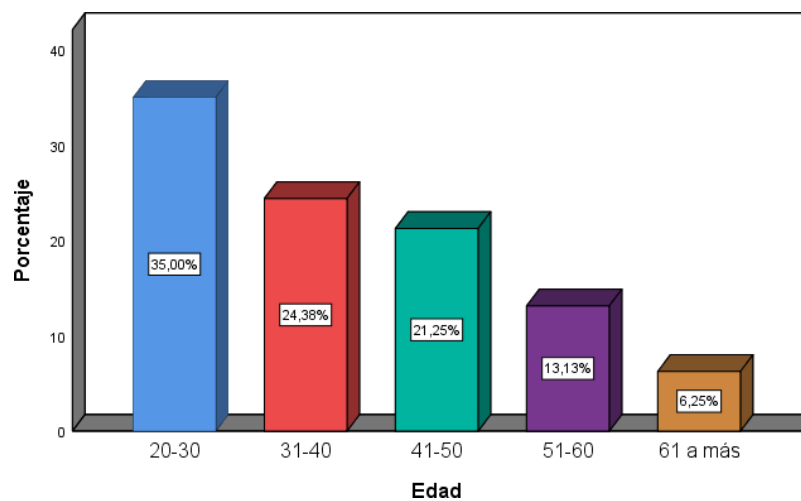


Fig.06. Nivel de Factores de acceso a los servicios de salud bucal según edad en los pobladores del C.P. Tablazos-Chongoyape- Lambayeque, 2020.

IV. DISCUSIÓN

De los hallazgos encontrados en el presente estudio realizados en el Centro Poblado Tablazos situado en el distrito de Chongoyape, provincia de Chiclayo en el departamento de Lambayeque sobre los factores de acceso a los servicios de salud bucal, los resultados muestran un nivel moderado de Factores de acceso a los servicios de salud bucal representado por 71.9%. Este valor coincide con la teoría de Donabedian (1984), quien manifestó que la accesibilidad a los servicios de salud es el ajuste entre las diversas características de la población (socioculturales, económicas, demográficas) y la de los recursos (institucionales) resaltando la relación que debe mantenerse entre los recursos del sistema de salud y los usuarios con miras a buscar y obtener la atención requerida. Igualmente la teoría de Aday *et al* (1974) que nos proporciona el modelo de factores multicausales como estructura para el posterior estudio del acceso a los servicio de salud.

En base a nuestras dimensiones según los resultados obtenidos por la población, el factor institucional para el acceso a los servicios de salud bucal es de nivel bajo con un 75,6%, desarrollando una similitud con el estudio de Azañedo, Hernández, Casas, Agudelo, Gutiérrez y Cortés (2017) los cuales concluyeron que en zonas rurales se presentó un bajo acceso a los servicios odontológicos en un 40,6% y en zonas urbanas un 58,3% fundamentando la lejanía de la población con el centro de salud, ausencia de profesionales para atención, falta de promoción en salud y manifestando la inequidad en el acceso a los servicios de salud para la población de las regiones sierra y la selva en comparación con la población de región la costa en el Perú. Asimismo, si lo contrastamos con lo que comúnmente se vive en la realidad de muchas de las comunidades del Perú, la presencia de la desigualdad y las difíciles condiciones de acceso hacen que las personas que habitan dichas zonas tengan mayor dificultad para conseguir y acceder a la atención en salud.

En cuanto al factor económico para el acceso a los servicios de salud bucal resulto ser de nivel moderado con un 96,3% por lo cual considerando el estudio de Bastos, Hugo, Hilgert, Cardozo, Bulgarelli y Santos (2019) también hacen mención a este factor económico como aquel de mayor predominio relacionado al acceso a los servicios odontológicos con un 58,3%. Asimismo, Almutlaqah, Baseer, Ingle, Assery y Al Khadhari (2018) demostraron que la presencia del factor económico mostraba ser también un factor predominante con un 39,1% para el acceso a la atención en salud bucal. De igual modo con el estudio de Monteiro *et.al.* (2016) en el cual se analizaron las diferencias socioeconómicas para el uso del servicio

de salud dental entre los años 2003 y 2008 y los cambios desde la implementación de un programa de salud, obteniéndose como resultado que la utilización de los servicios en salud oral aumentó en aquellos que poseían mayor ingreso económico, mejor educación, mejores condiciones de vivienda, planes privados de atención médica y eran de raza caucásica. Concluyendo que las razones para no buscar atención odontológica se encontraban, en la carencia de dientes y las dificultades financieras que poseían.

Si tenemos en cuenta el problema de la economía baja asociado al desempleo, la ausencia de seguro médico, conllevando a una deficiente alimentación, etc. Pues constituye un factor que afecta a los niños en gran manera con la presencia de la caries, que es la enfermedad crónica más común junto con la anemia en este país, este problema de salud bucal se va acumulando durante las diversas etapas de vida, trayendo como consecuencia muchas veces la pérdida de sus dientes. Asimismo, es importante mencionar que gran parte de los tratamientos en personas adulto mayor se relaciona con prótesis (prótesis total o parcial removible) los cuales no tienen cobertura por el seguro, siendo motivo de que acudan a centros de atención privada que puedan brindarles la atención requerida. Esta variante se podría relacionar con los programas de ayuda social “Vuelve a Sonreír”, que tienen como propósito la confección de prótesis dentales y que está dirigido a los adultos mayores en situación de pobreza, sin embargo, al ser tratamientos temporales, estos no garantizan una rehabilitación óptima, manteniéndose la desigualdad y el déficit en el acceso de atención en salud.

La dimensión del factor sociocultural para el acceso a los servicios de salud bucal resultó ser de nivel moderado con un 60%, similar resultado obtenido en el estudio de Piovesan, Ardenghi, Mendes, Agostini y Michel.(2017) quienes evaluaron el uso de los servicios de salud bucal por parte de padres y tutores hacia sus menores hijos en edad escolar, siendo el factor económico y sociocultural los determinantes para el acceso a los servicios de salud bucal, en relación al factor sociocultural se concluyó que aquellos padres o tutores que tenían bajo nivel educativo mostraron menos probabilidad de hacer uso de los servicios odontológicos, asimismo el bajo nivel de información en cuanto a la importancia de una adecuada salud oral mostraban ser un obstáculo para el cuidado dental. También sugirieron que el contacto social con amigos y el vecindario reducen el aislamiento social que juega un papel muy importante en el mantenimiento de la salud oral, pues la influencia de comportamientos en salud se ven influenciados por la transmisión de buenas prácticas y

elecciones saludables. Igualmente, Kozma (2018) refiere que la familia, la educación de los padres y los hábitos culturales influyen en la actitud de los niños y futuros adultos en relación con los conceptos de salud bucal, las prácticas de higiene oral y el cumplimiento de tratamiento dentales. A medida que los miembros de la familia comparten sus genes, entorno, estilos de vida y hábitos, se determina que la familia modela las creencias y las prácticas asociadas a la salud bucal, así como al acceso, el cumplimiento de las terapias y atención odontológica.

Asimismo, por medio de los datos recolectados sobre el estudio de los factores de acceso a los servicios de salud bucal, los resultados demuestran respecto al grupo etario, que las personas de 20-30 años de ambos géneros son los que muestran un acceso moderado a los servicios de salud bucal en ambos sexos, mostrando predominio el sexo femenino con un 16,9%, mientras que en el sexo masculino un 11,9%. Estos valores difieren con el estudio de Molete, Igumbor, Stewart y Yengopal (2019), quienes evaluaron el acceso a tratamientos odontológicos en una comunidad de Tshwane en Sudafrica, obteniendo que el 50,9% correspondiente al sexo femenino presentaba bajo acceso a dichos tratamientos y una elevada prevalencia de caries y otras afecciones orales. Concluyendo que dicha necesidad no satisfecha se relaciona con el género, edad, ubicación y el tipo de servicio recibido.

V. CONCLUSIONES

Primera: La presente investigación mostró la presencia de factores de acceso a los servicios de salud bucal en un nivel moderado con un 71,9% en los pobladores de Tablazos, 2020.

Segunda : Respecto al primer objetivo específico, se demostró que el nivel factor institucional en el acceso a los servicios de la salud bucal fue bajo (75,6%) en los pobladores de Tablazos, 2020.

Tercera: Con respecto al segundo objetivo específico, se demostró que el nivel del factor sociocultural en el acceso a los servicios de la salud bucal fue moderado (60,0%) en los pobladores de Tablazos, 2020.

Cuarta: La presente investigación respecto al tercer objetivo específico, se demostró que el nivel factor económico en el acceso a los servicios de la salud bucal fue moderado (96,3%) en los pobladores de Tablazos, 2020.

Quinta: De las 160 personas, se mostró que el sexo femenino tuvo mayor acceso a los servicios de la salud bucal en un 58,75%; asimismo el grupo etario con mayor acceso fue el de 20-30 años, en un 35%.

VI. RECOMENDACIONES

Primera: Se sugiere a la Teniente Gobernadora del Centro Poblado Tablazos la socialización de estos resultados con las autoridades correspondientes al distrito de Chongoyape para la elaboración de un plan de mejora y estrategia que implique potenciar el factor institucional que se encuentra disminuido, en beneficio de la población.

Segunda: Se sugiere a las autoridades de las instituciones de salud Pública correspondientes a Minsa y Essalud, brindar buenas condiciones de atención para los usuarios y con ello poder lograr una mejora continua, la cual logre abarcar la a la totalidad de la población de Tablazos.

Tercera: Se recomienda al personal odontológico de los centros de salud pertenecientes al distrito de Chongoyape, llevar a cabo estrategias en relación a la Promoción de los servicios de Salud oral para los pobladores de Tablazos, y brindarles toda información que les permita mejorar el acceso a los servicios del área de odontología en el centro de salud correspondiente a su distrito.

Cuarta: Se sugiere a los pobladores de Tablazos hacer énfasis en la atención en salud oral de los varones pertenecientes a su comunidad debido a que ellos muestran debilidad en el acceso a la atención.

Quinta: Se sugiere a los futuros investigadores interesados en el tema a desarrollar futuros estudios de corte longitudinal, realizar comparativos y determinar si se logran mejoras o no, en relación con los factores de acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores de tablazos.

REFERENCIAS

- Aday, L., Andersen, R.(1974).A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* ,9(3),208-220. <https://bit.ly/30uhn1e>
- Almutlaqah, M., Baseer, M., Ingle, N., Assery, M y Al Khadhari, M. (2018). Factors Affecting Access to Oral Health Care among Adults in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 8(5). pp 431–438. DOI: [10.4103/jispcd.JISPCD_205_18](https://doi.org/10.4103/jispcd.JISPCD_205_18)
- Andersen, R.(1978). Health Status Indices and Access to Medical Care. *Am. J. Public Health*, 68(5), 458–463. doi.org/10.2105/ajph.68.5.458
- Apaza, S., Torres,G., Blanco,D., Antezana,V y Montoya,J. (2015). Influencia de los factores socio-demográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Herediana*, 25(2),87-99. <https://bit.ly/2RvurPA>
- Arrivillaga, M y Borrero,Y,E. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cadernos de Saúde Pública*,32(5),5-6. doi.org/10.1590/0102-311X00111415
- Ávalos, J., Huilca, N., Picasso, M., Omori, E. y Gallardo, A. (2015). Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *Revista KIRU*,12(1), 61-5.<https://bit.ly/2WK0cb9>
- Azañedo, D., Hernández,V,A., Casas, B. M., Gutiérrez, C., Agudelo, AA y Cortés, S.(2017). Factors determining access to oral health services among children aged less than 12 years in Peru *F1000Research* 2017, 6 (1680). doi.org/10.12688/f1000research.12474.1
- Baena ,P,G. (2017).Metodología de la investigación (3a.ed.)México.

- Baptista, M,C,S (2016).A medicina dentária em Portugal: identificação dos princípios fatores que condicionam os portugueses no acesso a cuidados de saúde oral. Lisboa: ISCTE-IUL, 2016. Dissertação de mestrado. [Consult. 01 05 2020] <https://bit.ly/2XdqnWJ>
- Bastos, L, F., Hugo, F, N., Hilgert, J, B., Cardozo, D, D., Bulgarelli, A, F., y Santos, C, M. (2019). Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. *Brazilian Oral Research*, 33. doi.org/10.1590/1807-3107bor-2019.vol33.0018
- Bulgareli, J., Faria, E., Cortellazzi, K., Guerra, L., Meneghim, M., Ambrosano, G,M ., Frias, A,C y Pereira, A,C. (2018). Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saude Publica*, 52(44). doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000042
- Cerón, X. (2018). Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *Revista CES Odontología*,31(1), 38-46. doi.org/10.21615/cesodon.31.1.4
- Como, D., Stein-Duker, L., Polido, J., y Cermak, S. (2019). The Persistence of Oral Health Disparities for African American Children: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5),710. doi.org/10.3390/ijerph16050710
- Córdova, D., Flores, Y., Luna, M y Tapia, P.(2017). Prevalencia de caries dental y factores de riesgo en escolares de una institución educativa en Chiclayo, Perú. *Revista KIRU*,14(2)119- 126. [doi: org/10.24265/kiru.2017.v14n2.7](https://doi.org/10.24265/kiru.2017.v14n2.7)
- Curi, D,S,C., Figueiredo, A, C, L y Jamelli, S,R. (2018). Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(5), 1561–1576. doi.org/10.1590/1413-81232018235.20422016

- Da Cunha, I P., Pereira, AC., Frias, A C., Vieira, V., de Castro Meneghim, M., Batista, M. y J., Bulgareli, JV. (2017). Social vulnerability and factors associated with oral impact on daily performance among adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). doi.org/10.1186/s12955-017-0746-1
- Da Fonseca, M ,A. y Avenetti, D. (2017). Social Determinants of Pediatric Oral Health. *Dental Clinics of North America*, 61(3), 519–532
doi.org/10.1016/j.cden.2017.02.002
- Davis, B. y Plaspohl, S. (2017). A review of strategies to increase access to oral health services. *J Ga Public Health Assoc*,6(3) doi.org/10.21633/jgpha.6.308
- De Vellis, G. (2006). *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. México:Trillas.
- Dho (2018). Factores sociodemográficos y culturales asociados a los hábitos de salud bucal en individuos adultos. *Revista Estomatológica Herediana*, 28(4), 259-66.
doi.org/10.20453/reh.v28i4.3430
- Donabedian, A.(1984). La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. *La Prensa Médica Mexicana, Salud Publica México*, 32(2),248-249.
<https://bit.ly/3kDTahd>
- Emanuel, E., David, W. y Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA*; 283(20), 2107-2711. [doi:10.1001/jama.283.20.2701](https://doi.org/10.1001/jama.283.20.2701)
- Espinoza, C., Moreno, X. y Sánchez, E.(2018).Caries dental según prevalencia y experiencia en las provincias de Morropon y Huancabamba, Piura-Perú 2017. (Tesis de obtención de título, Universidad Peruana Cayetano Heredia).(Acceso 28 abril de 2020)
- Federación Dental Internacional. (2015). *El Desafío de las Enfermedades Bucodentales: Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental*. (2ªed.) Ginebra: Editorial Myriad.

- Fisher, S.A. *et al.*(2016). Geography matters: state-level variation in children's oral health care access and oral health status. *Public Health*,134, 54–63. doi.org/10.1016/j.puhe.2015.04.024
- Fort,A. *et al.*(2017). Distribución de caries dental y asociación con variables de protección social en niños de 12 años del partido de Avellaneda, provincia de Buenos Aires. *Salud Colectiva*,13(1), 91-104. doi.org/10.18294/sc.2017.914
- Frenk, J.(1985). El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México*, 27(5), 438-453.
- Giddens, A. (2004). *Sociología*. (4ª. ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Gómez, M., Silva, M., Páez, M., Gómez, J., Zea F. y Agudelo, A. (2016). Salud bucal y factores relacionados en pacientes portadores de prótesis bimaxilar en una institución docencia servicio de Medellín, Colombia. *Revista Nacional de Odontología*,13(24),65-77. doi.org/10.16925/od.v12i24.1662
- Guía resumen del Manual de Publicaciones con Normas APA (2020)
<https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/index>
- Hernández, S, R., Fernández, C, C. y Baptista, L, P. (2018). *Metodología de la investigación*. (6a ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Jin, Z., Northridge, M, E.,y Metcalf, S,S. (2018). Modeling the influence of social ties and transportation choice on access to oral healthcare for older adults. *Applied Geography*, 96, 66-76. doi.org/10.1016/j.apgeog.2018.05.005
- Kozma , A ., Dumitru, A,D,I ., Forna, D,A. y Bodnar, C. (2018).The Role of the Cultural Anthropological factors in the preservation of the oral health: a review. *Romanian Journal of Medical and Dental Education*,7(2). <https://bit.ly/33k09GT>
- Komblit , A. y Mendes, A.(2000). *La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Aique.

- Martínez, V., Quiroga, A., Martínez, G. y Aguiar, E. (2017). Determinantes sociales y percepción de salud bucal de las gestantes del Hospital Civil de Tepic. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 16(1), 16 – 22. <https://bit.ly/2ZpEDPd>
- Marushka, S. L., *et al* (2020). Cultural factors and oral health-related quality of life among dentate adults: Hispanic community health study/study of Latinos. *Ethnicity & Health*, 25(3), 420-435. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1427219>
- Molete, MM., Igumbor, J., Stewart, A. y Yengopal, V. (2019). Dental status of children receiving school oral health services in Tshwane. *South African Dental Journal*, 74(4), 171-177. doi.org/10.17159/2519-0105/2019/v74no4a2
- Monteiro, CN., Beenackers, M.A., Goldbaum, M. *et al.* (2016). Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003–2008. *BMC Health Serv Res*, 16(683). doi.org/10.1186/s12913-016-1928-y
- Muñoz, N. *et al.* (2017). Comparing Oral Health Services Use in the Spanish and Immigrant Working Population. *J Immigrant Minority Health*, 20 (4), 809–815. doi.org/10.1007/s10903-017-0630-4
- Onyejaka, N, K., Folayan, M,O. y Folaranmi, N. (2016). Barriers and facilitators of dental service utilization by children aged 8 to 11 years in Enugu State, Nigeria. *BMC Health Serv Res*, 16(93). doi.org/10.1186/s12913-016-1341-6
- Organización Mundial de la Salud. (24 de setiembre de 2018). Salud Bucodental. <https://bit.ly/2svM09t>
- Padilla, M. (2015). *Factores que limitan el acceso de los adolescentes al Servicio de Salud Sexual y Reproductiva de la ciudad de Yurimaguas*. Yurimaguas. (Tesis de Maestría)(Universidad César Vallejo) <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/1520>

- Panamericana de la Salud (2010). Curso virtual Funciones esenciales de salud pública. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud. <https://bit.ly/2ZLDsYg>
- Patel, J., Durey, A., Hearn, L. y Slack-Smith, L. (2017). Oral health interventions in Australian Aboriginal communities: a review of the literature. *Australian Dental Journal*, 62(3),283–294. doi.org/10.1111/adj.12495
- Peres, C.D., LasSchaab, L., Silva da Cunha, M.y Favoretto, C. (2016) Perfil da demanda de saúde bucal no sistema único de saúde. *Revista Orbis Latina*,6 (2). <https://bit.ly/2WKNBEB>
- Pérez, R y Massoni, S. (2009).*Hacia una teoría general de la estrategia*. Barcelona, España: Editorial Ariel.
- Piovesan, C., Ardenghi, T., Mendes, F., Agostini, B. y Michel, E. (2017). Individual and contextual factors influencing dental health care utilization by preschool children: a multilevel analysis. *Brazilian Oral Research*,31. doi.org/10.1590/1807-3107bor-2017.vol31.0027
- Quiroga, O,Y. y González, T,. (2019).Factores que influyen en el uso de servicios de salud por parte de los jóvenes. Caso Universidad Jorge Tadeo Lozano, sede Bogotá. *Universidad y Salud*,21(2),141-151. doi.org/10.22267/rus.192102.148
- Real Academia Española.(2019).Factor. En el diccionario de la lengua española Consultado el 11 de Mayo de 2020 de <https://dle.rae.es>
- Rivera, A., Artigas, A., Buitrago, E. y Viguera, Y. (2017). Prevalencia y factores de riesgo de caries dental en pacientes del municipio Urbano Noris. *Revista Científica de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín*, 21(1). <https://bit.ly/2RiC6Ak>
- Rueda, G. y Albuquerque, A. (2017). O direito à saúde bucal na Declaração de Liverpool. *Revista Bioética*, 25(2),224-233. doi.org/10.1590/1983-80422017252182

- Salinas, L. (2019). Factores que restringen el acceso de los adolescentes al Servicio de Salud Sexual y Reproductiva. San Martín de Porres, 2019. Tesis de Maestría. Universidad César Vallejo. <https://bit.ly/2CDYzEP>
- Sfreddo, C, S., Moreira, C,H., Nicolau, B., Ortiz, F. R. y Ardenghi, T. (2019). Socioeconomic inequalities in oral health-related quality of life in adolescents:a cohort study. *Quality of Life Research*. doi.org/10.1007/s11136-019-02229-2
- Trohel, G., Bertaud, G,V., Soler, M., Chauvin, P y Grimaud, O. (2016). Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults. *PLoS ONE*, 11(7). doi.org/10.1371/journal.pone.0158842
- Vásquez, A., Zapata, C., Foronda, P., Castrillón, E., Acevedo, S ,R ., Agudelo, A. (2017). Estado de salud bucal y factores relacionados en mujeres en situación de prostitución en Medellín (Colombia).*Universitas Odontológica*,36(77),1-17. doi.org/10.11144/Javeriana.uo36-77.esbf

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| Título: FACTORES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL EN POBLADORES DEL C.P. TABLAZOS-CHONGOYAPE-LAMBAYEQUE,2020. Autor: LÓPEZ CALLIRGOS ROSA PAOLA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|-----------------|-------|--------|-----------------|---------------------|----------|---|---|-------------|-------------|-----|-----------|-------------|-----|---------|---------|-----|----------------|------------|---|--|--|-----------------|---|--|--|---------------------|----------------------------|-------|--|--------------|------------------|--------|--|-----------|-------------------|--------|--|---------------------------|----------------|------------------------|--------|--|--------------|----------------|-------|--|----------------------------------|--|--|--|--|--|
| Problema | Objetivos | Hipótesis | Variables e Indicadores | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Problema General:</p> <p>¿Cuá es el nivel de los factores de acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P Tablazos, Chongoyape-Lambayeque, 2020?</p> | <p>Objetivo General:</p> <p>Determinar el nivel de los factores de acceso a los servicios de salud bucal en los pobladores del C.P Tablazos, Chongoyape-Lambayeque, 2020</p> | <p>NO PRESENTA</p> | <p>Variable 1:</p> <p style="text-align: center;">FACTORES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Dimensiones</th> <th style="text-align: center;">Indicadores</th> <th style="text-align: center;">Ítems</th> <th style="text-align: center;">Escala</th> <th style="text-align: center;">Niveles/ rangos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5" style="text-align: center;">D1. Institucionales</td> <td style="text-align: center;">Atención</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="5" style="text-align: center;">Ordinal 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre</td> <td style="text-align: center;">Bajo: 9- 21</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Información</td> <td style="text-align: center;">2,3</td> <td style="text-align: center;">Moderado:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Profesional</td> <td style="text-align: center;">4,5</td> <td style="text-align: center;">22 - 33</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Calidad</td> <td style="text-align: center;">6,7</td> <td style="text-align: center;">Alto : 34 - 45</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estructura</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Tiempo empleado</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">D2. Socioculturales</td> <td style="text-align: center;">Conocimiento en salud oral</td> <td style="text-align: center;">10,11</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Bajo: 6 - 14</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Actitud en salud</td> <td style="text-align: center;">12, 13</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Moderado:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Práctica en salud</td> <td style="text-align: center;">14, 15</td> <td></td> <td style="text-align: center;">15 - 22 Alto : 23 – 30</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">D3. Económicos</td> <td style="text-align: center;">Uso de seguro de salud</td> <td style="text-align: center;">16, 17</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Bajo : 4 - 9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Gasto en salud</td> <td style="text-align: center;">18,19</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Medio: 10 - 15 Alto : 16 – 20</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">Variable Factores de acceso a servicios de salud</td> <td></td> <td style="text-align: center;">Bajo : 19 - 44 Medio: 45 - 70 Alto : 71 - 95</td> </tr> </tbody> </table> | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala | Niveles/ rangos | D1. Institucionales | Atención | 1 | Ordinal 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre | Bajo: 9- 21 | Información | 2,3 | Moderado: | Profesional | 4,5 | 22 - 33 | Calidad | 6,7 | Alto : 34 - 45 | Estructura | 8 | | | Tiempo empleado | 9 | | | D2. Socioculturales | Conocimiento en salud oral | 10,11 | | Bajo: 6 - 14 | Actitud en salud | 12, 13 | | Moderado: | Práctica en salud | 14, 15 | | 15 - 22 Alto : 23 – 30 | D3. Económicos | Uso de seguro de salud | 16, 17 | | Bajo : 4 - 9 | Gasto en salud | 18,19 | | Medio: 10 - 15 Alto : 16 – 20 | | | Variable Factores de acceso a servicios de salud | | Bajo : 19 - 44 Medio: 45 - 70 Alto : 71 - 95 |
| Dimensiones | Indicadores | | Ítems | Escala | Niveles/ rangos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D1. Institucionales | Atención | | 1 | Ordinal 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre | Bajo: 9- 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Información | | 2,3 | | Moderado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Profesional | 4,5 | 22 - 33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Calidad | 6,7 | Alto : 34 - 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estructura | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tiempo empleado | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D2. Socioculturales | Conocimiento en salud oral | 10,11 | | Bajo: 6 - 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Actitud en salud | 12, 13 | | Moderado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Práctica en salud | 14, 15 | | 15 - 22 Alto : 23 – 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D3. Económicos | Uso de seguro de salud | 16, 17 | | Bajo : 4 - 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Gasto en salud | 18,19 | | Medio: 10 - 15 Alto : 16 – 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Variable Factores de acceso a servicios de salud | | Bajo : 19 - 44 Medio: 45 - 70 Alto : 71 - 95 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Cuál es el nivel del factor institucional en el acceso a los servicios de salud bucal?</p> <p>¿Cuál es el nivel del factor sociocultural en el acceso a los servicios de salud bucal?</p> <p>¿Cuál es el nivel del factor económico en el acceso a los servicios de salud bucal?</p> | <p>Objetivos Específicos:</p> <p>Determinar el nivel del factor institucional en el acceso a los servicios de la salud bucal.</p> <p>Determinar el nivel del factor sociocultural en el acceso a los servicios de la salud bucal.</p> <p>Determinar el nivel del factor económico en el acceso a los servicios de la salud bucal.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo y diseño de Investigación | Población y muestra | Técnicas e instrumentos | Estadística a utilizar |
|--|--|---|--|
| <p>Método: Descriptivo</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Básica</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: No Experimental</p> | <p>Población:</p> <p>272 pobladores del Centro Poblado Tablazos, mujeres y varones mayores de 20 años.</p> <p>Tamaño de muestra:</p> <p>El cálculo para el tamaño muestral se obtuvo con la calculadora online AEM. Obteniendo como resultado 160 unidades de un total de 272 elementos de la población.</p> | <p>Variable 1:</p> <p>FACTORES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Técnica:</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <p>Cuestionario con 19 preguntas sobre Factores de acceso a los servicios de la salud bucal</p> | <p>DESCRIPTIVA:</p> <p>Para analizar los datos se ha empleado el programa estadístico SPSS versión 25 y la hoja de cálculo Excel para el instrumento cuestionario.</p> |

ANEXO 2:

FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE FACTORES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE LA SALUD BUCAL

Técnica : Encuesta

Autor(a): Aday *et al.*(1974)

Adaptado por: Rosa Paola López Callirgos.

Lugar: C.P Tablazos, Chongoyape - Lambayeque

Fecha de aplicación: Junio 2020

Objetivo: Determinar los factores de acceso a servicios de salud bucal que predominan en los pobladores del C.P. Tablazos- Chongoyape- Lambayeque, 2020

Administrado a: 160 Pobladores de Tablazos

Tiempo : 10 minutos

Margen de error: 5%

ANEXO 3:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

ENCUESTA SOBRE FACTORES DE ACCESO A LOS SERVICIOS EN SALUD BUCAL

Esta encuesta es totalmente anónima, usted está de acuerdo en contestarla: SI _ NO_

Lea con atención los siguientes enunciados y marque una opción, según su opinión con sinceridad.

Sexo : Femenino ___ Masculino _____

Edad: ____

| | | Nunca | Casi nunca | A veces | Casi siempre | Siempre |
|----|---|-------|------------|---------|--------------|---------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | ¿El horario de atención para que sea atendido en los servicios de odontología, es de acuerdo a su disponibilidad? | | | | | |
| 2 | ¿Se le brinda información sobre los servicios de salud oral en el establecimiento de salud de su distrito? | | | | | |
| 3 | ¿Ha escuchado en algún medio de comunicación como la radio, volantes y/o otros acerca de alguna campaña de salud bucal del centro de salud? | | | | | |
| 4 | Si acudió al centro de salud por atención odontológica ¿El profesional le brindó confianza? | | | | | |
| 5 | Cuando fue atendido en el centro de salud por atención odontológica ¿ El profesional mostró conocimiento en el tema? | | | | | |
| 6 | ¿Consideraría que la atención brindada en los establecimientos de salud en Chongoyape, es de calidad? | | | | | |
| 7 | El proceso para la atención en la caja de pagos, sacar la historia o farmacia ¿es de calidad? | | | | | |
| 8 | El área de odontología cuenta con una infraestructura y ambientación completa y adecuada para la atención. | | | | | |
| 9 | ¿Le resulta complicado el tiempo que emplea para acudir al centro de salud por atención odontológica? | | | | | |
| 10 | ¿Conoce acerca de las enfermedades bucodentales? | | | | | |
| 11 | ¿Conoce los riesgos de las enfermedades bucodentales? | | | | | |
| 12 | ¿Piensa que asistir a una consulta o cita odontológica es una pérdida de tiempo? | | | | | |
| 13 | ¿Presenta sensación de temor ante un tratamiento odontológico? | | | | | |
| 14 | ¿Ha acudido al servicio de odontología por algún tratamiento de prevención? | | | | | |
| 15 | ¿Acude con frecuencia una o dos veces al año, al servicio o consultorio odontológico? | | | | | |
| 16 | Cuando acude a consultas de salud oral hace uso de su seguro de salud (SIS, ESSALUD o de la POLICIA) | | | | | |
| 17 | En caso no haga uso de su seguro, ¿Puede cubrir el costo para ser atendido en otro centro o consultorio privado? | | | | | |
| 18 | Cada vez que acude a una consulta en el servicio de salud oral, ¿Le resulta un gasto extra? (compra de insumos y medicamentos) | | | | | |
| 19 | Después de pasar por la consulta odontológica. ¿Ud. Considera que los precios que le brindan son justos? | | | | | |

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FACTORES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BECAL

| N° | DIMENSIONES / Items | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|---------------------------------------|---|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|-------------|
| | | SI | No | SI | No | SI | No | |
| DIMENSIÓN FACTOR INSTITUCIONAL | | | | | | | | |
| 1 | ¿El horario de atención para que sea atendido en los servicios de odontología, es de acuerdo a su disponibilidad? | X | | X | | X | | |
| 2 | ¿Se le brinda información sobre los servicios de salud oral en el establecimiento de salud de su distrito? | X | | X | | X | | |
| 3 | ¿La información en algún medio de comunicación como la radio, volantes y/o otros acerca de alguna campaña de salud bucal del centro de salud? | X | | X | | X | | |
| 4 | ¿El servicio al centro de salud por atención odontológica ¿El profesional le brinda confianza? | X | | X | | X | | |
| 5 | ¿Cuando fue atendido en el centro de salud por atención odontológica... ¿El profesional muestra conocimiento en el tema? | X | | X | | X | | |
| 6 | ¿Considera que la atención brindada en los establecimientos de salud en Chagchagayo, es de calidad? | X | | X | | X | | |
| 7 | ¿El proceso para la atención en la caja de pagos, usar la tarjeta o tarjetera ¿es de calidad? | X | | X | | X | | |
| 8 | ¿El área de odontología cuenta con una infraestructura y ambientación completa y adecuada para la atención? | X | | X | | X | | |
| 9 | ¿La rutina completado el tiempo que emplea para acudir al centro de salud por atención odontológica? | X | | X | | X | | |
| DIMENSIÓN FACTOR SOCIOCULTURAL | | | | | | | | |
| 10 | ¿Conoce acerca de las enfermedades bucodentales? | X | | X | | X | | |
| 11 | ¿Conoce los riesgos de las enfermedades bucodentales? | X | | X | | X | | |
| 12 | ¿Puede que aserir a una consulta o cita odontológica en una porreda de tiempo? | X | | X | | X | | |
| 13 | ¿Presenta sensación de temor ante un tratamiento odontológico? | X | | X | | X | | |
| 14 | ¿Ha acudido al servicio de odontología por algún tratamiento de prevención? | X | | X | | X | | |
| 15 | ¿Acude con frecuencia una o dos veces al día, al servicio o consultorio odontológico? | X | | X | | X | | |
| DIMENSIÓN FACTOR ECONOMICO | | | | | | | | |
| 16 | ¿Cuando acude a consultas de salud oral hace uso de su seguro de salud (SNS, ESSALUD o de la PUEJCA)? | X | | X | | X | | |
| 17 | ¿En caso no haga uso de su seguro, ¿Puede cubrir el costo para ser atendido en otro centro o consultorio privado? | X | | X | | X | | |
| 18 | ¿Cada vez que acude a una consulta en el servicio de salud oral, ¿Le resulta un gasto extra? (Concepto de insumos y medicamentos). | X | | X | | X | | |
| 19 | ¿Después de pasar por la consulta odontológica, ¿Ud. Considera que los precios que le brindan son justos? | X | | X | | X | | |

Observaciones (precisar el tipo de deficiencia): Si es deficiente Ojetivo de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Mg. Juan Yris Diaz Mujica DNI 09394972

Experiencia del validador: Lic. en Odontología Metodológica

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico planteado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específicas 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

23 de junio del 2020

Firma del Experto Informante.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE FACTORES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL

| N° | DIMENSIONES / Ítems | Pertinencia ¹ | | Relevancia ² | | Claridad ³ | | Sugerencias |
|----|---|--------------------------|----|-------------------------|----|-----------------------|----|-------------|
| | | SI | No | SI | No | SI | No | |
| 1 | ¿El formato de acceso para que son atendidos en los servicios de odontología, es de acuerdo a su dimensión? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | ¿Se le brinda información sobre los servicios de salud que se ofrecen en el establecimiento de salud de su distrito? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | ¿La atención en algún nivel de organización como la radio, volantes y/o otros asuntos de alguna campaña (de salud bucal del niño de edad)? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 4 | Si existe el centro de salud por atención odontológica ¿El profesional le brinda atención? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 | ¿Cuándo fue atendido en el centro de salud por atención odontológica, ¿El profesional accede convenientemente al tema? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 6 | ¿Considera que la atención brindada en los establecimientos de salud es adecuada para la atención? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 7 | El proceso para la atención en la caja de pago, según la historia o Sarmiento ¿es de calidad? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 8 | El nivel de odontología cuenta con una infraestructura y arquitectura completa y adecuada para la atención. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 9 | ¿Le resulta complicado el tiempo que emplea para acudir al centro de salud por atención odontológica? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 10 | DIMENSION FACTOR SOCIOCULTURAL | SI | No | SI | No | SI | No | |
| 11 | ¿Conoce los riesgos de las enfermedades bucodentales? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 12 | ¿Puede que asistir a una consulta odontológica es una pérdida de tiempo? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 13 | ¿Presenta sensación de tener más un tratamiento odontológico? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 14 | ¿Ha recibido el servicio de odontología por algún tratamiento de prevención? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 15 | ¿Acude con frecuencia una o dos veces al año, al servicio odontológico? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 16 | DIMENSION FACTOR ECONÓMICO | SI | No | SI | No | SI | No | |
| 17 | ¿Cuándo decide a consultar de salud oral, ¿basa su decisión en el seguro de salud (SES, ESSALUD o de la POLICIA)? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 18 | En caso no tenga uno de los seguros, ¿puede cubrir el costo para ser atendido en otro centro o establecimiento? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 19 | ¿Cada vez que acude a una consulta en el servicio de salud oral, ¿Le resulta un gasto extra? (gastos de transporte y mantenimiento) Después de pagar por la consulta odontológica, ¿La considera que los precios que le brindan son justos? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |

Observaciones (precluir el hoy subsecuente): Existe Subtendencia Opinión de aplicabilidad: Aplicarle después de corregir | No aplicable |

Apellido y Nombre del Jefe Validador: Dra. Mg. Elizabeth Montes Luján DNE: 41706327

Expediente del validador: Las acciones en Gobierno Local en ciudades profesionales muestra en gestión de los servicios de salud Fecha: 22 de Oct. del 2020

Firma del Experto Informante: Elizabeth Montes
Lic. en Enfermería
CEP-01508

| N° | DIMENSIONES / Ítems | Pertinencia | | Relevancia | | Claridad | | Suplementos |
|----|---|-------------|----|------------|----|----------|----|-------------|
| | | SI | No | SI | No | SI | No | |
| 1 | DIMENSIÓN FACTOR INSTITUCIONAL 1) ¿Cómo se estructuran los servicios de salud que se ofrecen en la institución evaluada? ¿Logra ser adecuada a las necesidades de la población? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 2 | 2) ¿Se ha formado el personal de salud que se requiere de salud pública en el establecimiento de salud de la institución? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 3 | 3) ¿Ha existido una política nacional de coordinación con otros niveles, instancias y actores involucrados en la salud pública del país? ¿Se ha implementado? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 4 | 4) ¿Se han desarrollado acciones de promoción, prevención y control de enfermedades? ¿El personal de salud está capacitado? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 5 | 5) Cuando una institución es el punto de salida por servicios de salud pública, ¿El personal involucrado está capacitado en el tema? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 6 | 6) Considerando que el servicio de salud que se ofrece en el país es un servicio de salud pública, ¿El personal de salud está capacitado? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 7 | 7) El proceso para la atención en la institución de salud, ¿se ha promovido la formación en el personal? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 8 | 8) El nivel de satisfacción respecto con una infraestructura y servicios de salud pública y adecuada para la atención. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 9 | 9) ¿Se realizan capacitando al personal que trabaja para acceder al sistema de salud por medio de actividades? | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| 10 | DIMENSIÓN FACTOR SOCIOCULTURAL | | No | | No | | No | |
| 11 | 10) ¿Conoce al menos de los 6 servicios de salud pública? | | | | | | | |
| 12 | 11) ¿Entiende los factores de riesgo de enfermedades transmitidas? | | | | | | | |
| 13 | 12) ¿Puede asociar un nivel a una enfermedad o problema de salud pública? | | | | | | | |
| 14 | 13) ¿Presenta acciones de control para un problema de salud pública? | | | | | | | |
| 15 | 14) ¿Ha participado en acciones de promoción de salud pública? | | | | | | | |
| 16 | DIMENSIÓN FACTOR ECONÓMICO | | No | | No | | No | |
| 17 | 16) ¿Cuenta con los recursos económicos para acceder a los servicios de salud pública? | | | | | | | |
| 18 | 17) ¿Cuenta con los recursos económicos para acceder a los servicios de salud pública? | | | | | | | |
| 19 | 18) ¿Cuenta con los recursos económicos para acceder a los servicios de salud pública? | | | | | | | |

Observaciones (recher al hay suficiencia): Existe Suficiencia Opción de aplicabilidad: Aplicable No aplicable No aplicable

Apellidos y nombres de los evaluadores, Dr. Mg. Fambrosio Napolitano Edwin INSA 41583324

Experiencia del evaluador: Licenciado en Enfermería / Esp. Neofisiología / magister en gestión de los servicios de la salud.

Fecha (dd/mm/aa): 23 de Octubre del 2020

Firma del evaluador: [Firma]
Firma del Exger: [Firma]

Nota: El instrumento de validación de contenido debe ser validado por expertos en el tema de la investigación.

ANEXO 5:
PRUEBA DE CONFIABILIDAD

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,756 | 19 |

ANEXO 6:

CARTA DE PRESENTACIÓN SOLICITANDO PERMISO PARA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN EL CENTRO POBLADO TABLAZOS, 2020



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

Lima, 25 de junio de 2020
Carta P. 252-2020-EPG-UUCV-LN-F05L01/J-INT

Tec. Enfer.
ELIA DORAIDA VEGA CHAVEZ
Teniente Gobernadora
Centro Poblado Tablazos

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a LOPEZ CALLIGOS, ROSA PAOLA; identificada con DNI N° 45834597 y con código de matrícula N° 7002276285; estudiante del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD quien, en el marco de su tesis conducente a la obtención de su grado de MAESTRA, se encuentra desarrollando el trabajo de investigación titulado:

FACTORES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL EN POBLADORES DEL C.P. TABLAZOS - CHONGOYAPE - LAMBAYEQUE, 2020

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

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

Atentamente,



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



MINISTERIO DEL INTERIOR
TENIENTE GOBERNADORA
CASERIO TABLAZOS
SRA: ELIA D VEGA CHAVEZ

Somos la universidad de los que quieren salir adelante.



ucv.edu.pe

Recibi
11-07-20

ANEXO 7

AUTORIZACIÓN DE LA TENIENTE GOBERNADORA DEL CENTRO POBLADO TABLAZOS
PARA APLICAR EL INSTRUMENTO.



"Decenario de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

Tablazos, 29 de junio de 2020.

LA TENIENTE GOBERNADORA POLÍTICO DEL CASERÍO TABLAZOS,
JURISDICCIÓN DEL DISTRITO CHONGOYAPE . Que suscribe:

HACE CONSTAR

Para hacer constar la aceptación del permiso para el desarrollo del trabajo de investigación titulado **"FACTORES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL EN POBLADORES DEL C. P. TABLAZOS – CHONGOYAPE - LAMBAYEQUE, 2020"**. Presentado por Bach. Rosa Paola López Callirgos, identificada con DNI: 45834597; estudiante del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD.

Sin otro particular, me despido de Usted.

Atentamente,



MINISTERIO DEL INTERIOR
TENIENTA GOBERNADORA
CASERIO-TABLAZOS

Eia
Sra. Elia Doraida Vega Chávez
Teniente Gobernadora

ANEXO 8

BASE DE DATOS EN EXCEL

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following data table:

| | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y |
|----|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|----------------|---------------|
| 1 | FACT_SOCIO_14 | FACT_SOCIO_15 | FACT_ECON_16 | FACT_ECON_17 | FACT_ECON_18 | FACT_ECON_19 | DIM_FACT_INST | DIM_FACT_SOCIO | DIM_FACT_ECON |
| 65 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 19 | 15 |
| 66 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 20 | 14 |
| 67 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 21 | 12 |
| 68 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 19 | 12 |
| 69 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 19 | 12 |
| 70 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 21 | 12 |
| 71 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 18 | 18 |
| 72 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 17 | 12 |
| 73 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 21 | 12 |
| 74 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 19 | 19 |
| 75 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 21 | 16 |
| 76 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 18 | 16 |
| 77 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 19 | 13 |
| 78 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 18 | 13 |
| 79 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 19 | 17 |
| 80 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 17 | 17 |
| 81 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 20 | 17 |
| 82 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 17 | 16 |
| 83 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 19 | 16 |
| 84 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 20 | 17 |
| 85 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 20 | 16 |

The screenshot shows a pivot table summarizing the data from the previous screenshot. The pivot table is structured as follows:

| 5 | DIM_FACT_INST | 9 | BAJO | 21 |
|----|-----------------|----|----------|----|
| 6 | DIM_FACT_SOCIO | 6 | MODERADO | 33 |
| 7 | DIM_FACT_ECON | 4 | ALTO | 45 |
| 8 | VARI_FACT_ACCES | 19 | | |
| 12 | DIM_FACT_INST | | | 12 |
| 13 | BAJO | 6 | 14 | 8 |
| 14 | MODERADO | 15 | 22 | 7 |
| 15 | ALTO | 23 | 30 | 7 |
| 19 | DIM_FACT_ECON | | | 5 |
| 20 | BAJO | 4 | 9 | 5 |
| 21 | MODERADO | 10 | 15 | 5 |
| 22 | ALTO | 16 | 20 | 4 |
| 25 | VARI_FACT_ACCES | | | 76 |

ANEXO 9

BASE DE DATOS EN SPSS

*BASE DE DATOS PAOLA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 30 de 30 variables

| | Marcatemporal | Género | Edad | FACT_INST_1 | FACT_INST_2 | FACT_INST_3 | FACT_INST_4 | FACT_INST_5 | FACT_INST_6 | FACT_INST_7 | FACT_INST_8 |
|----|---------------|----------|-------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1 | 24-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 25-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| 3 | 25-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| 4 | 26-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| 5 | 28-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 6 | 28-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 7 | 28-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 8 | 28-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| 9 | 28-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 2 |
| 10 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| 11 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| 12 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| 13 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 15 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 16 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 17 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 18 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 19 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 20 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 21 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | 29-Jun-2020 | Femenino | 20-30 | 1 | 2 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 |

Vista de datos Vista de variables

*BASE DE DATOS PAOLA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

| | Nombre | Tipo | Anchura | Decimales | Etiqueta | Valores | Perdidos | Columnas | Alineación | Medida | Rol |
|----|--------------|----------|---------|-----------|----------|---------|----------|----------|------------|---------|---------|
| 2 | Género | Cadena | 9 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 9 | Izquierda | Nominal | Entrada |
| 3 | Edad | Cadena | 9 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 9 | Izquierda | Nominal | Entrada |
| 4 | FACT_INST_1 | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 5 | FACT_INST_2 | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 6 | FACT_INST_3 | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 7 | FACT_INST_4 | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 8 | FACT_INST_5 | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 9 | FACT_INST_6 | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 10 | FACT_INST_7 | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 11 | FACT_INST_8 | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 12 | FACT_INST_9 | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 13 | FACT_SOCI... | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 14 | FACT_SOCI... | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 15 | FACT_SOCI... | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 16 | FACT_SOCI... | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 17 | FACT_SOCI... | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 18 | FACT_SOCI... | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 19 | FACT_ECO... | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 20 | FACT_ECO... | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 21 | FACT_ECO... | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 22 | FACT_ECO... | Numérico | 1 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Nominal | Entrada |
| 23 | DIM_FACT... | Numérico | 2 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Ordinal | Entrada |
| 24 | DIM_FACT... | Numérico | 2 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Ordinal | Entrada |
| 25 | DIM_FACT... | Numérico | 2 | 0 | | Ninguno | Ninguno | 12 | Derecha | Ordinal | Entrada |

Vista de datos Vista de variables

ANEXO 10: PROCESAMIENTO DE DATOS EN PROGRAMAS SPSS

*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

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

Gráfico de barras
stro
tencias
Título
Notas
Estadísticos
Género
Gráfico de barras
stro
tencias
Título
Notas
Estadísticos
Edad
Gráfico de barras
stro
tencias
Título
Notas
Estadísticos
Tabla de frecuencia
Título
DIM_FACT_INST (Agrupada)
DIM_FACT_SOCIO (Agrupada)
DIM_FACT_ECON (Agrupada)
Gráfico de barras
Título
DIM_FACT_INST (Agrupada)
DIM_FACT_SOCIO (Agrupada)

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

| Casos | Válido | N | % |
|-------|-----------------------|-----|-------|
| | Válido | 160 | 100,0 |
| | Excluido ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 160 | 100,0 |

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

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,756 | 19 |

FREQUENCIES VARIABLES=VARIA_ACCES_AGRUP
/BARCHART PERCENT
/ORDER=ANALYSIS.

*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

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

Gráfico de barras
Registro
Frecuencias
Título
Notas
Estadísticos
Género
Gráfico de barras
Registro
Frecuencias
Título
Notas
Estadísticos
Edad
Gráfico de barras
Registro
Frecuencias
Título
Notas

| N | Válido | Perdidos |
|---|--------|----------|
| | 160 | 0 |

VAR1_FACT_ACCES (Agrupada)

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | BAJO | 43 | 26,9 | 26,9 |
| | MODERADO | 115 | 71,9 | 98,8 |
| | ALTO | 2 | 1,3 | 100,0 |
| | Total | 160 | 100,0 | 100,0 |

*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

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

Gráfico de barras
Registro
Frecuencias
Título
Notas
Estadísticos
Género
Gráfico de barras
Registro
Frecuencias
Título
Notas
Estadísticos
Edad
Gráfico de barras
Registro
Frecuencias
Título
Notas

Estadísticos

Género

| | | |
|---|----------|-----|
| N | Válido | 160 |
| | Perdidos | 0 |

Género

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Femenino | 94 | 58,8 | 58,8 | 58,8 |
| | Masculino | 66 | 41,3 | 41,3 | 100,0 |
| Total | | 160 | 100,0 | 100,0 | |

*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

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

Gráfico de barras
Registro
Frecuencias
Título
Notas
Estadísticos
Género
Gráfico de barras
Registro
Frecuencias
Título
Notas
Estadísticos
Edad
Gráfico de barras
Registro
Frecuencias
Título
Notas
Estadísticos
Tabla de frecuencia
Título
DIM_FACT_INST (A
DIM_FACT_SOCIO (A
DIM_FACT_ECON (A
Gráfico de barras
Título
DIM_FACT_INST (A
DIM_FACT_SOCIO (A
DIM_FACT_ECON (A
Registro
Tablas personalizadas

CRITERIA CIBEVEPSO.

Tablas personalizadas

| Género | Femenino | Edad | VARI_FACT_ACCES (Agrupada) | | | | | |
|--------|-----------|----------|----------------------------|---------------|----------|---------------|----------|---------------|
| | | | BAJO | | MODERADO | | ALTO | |
| | | | Recuento | % de N tablas | Recuento | % de N tablas | Recuento | % de N tablas |
| | | 20-30 | 6 | 3,8% | 27 | 16,9% | 1 | 0,6% |
| | | 31-40 | 8 | 5,0% | 19 | 11,9% | 0 | 0,0% |
| | | 41-50 | 3 | 1,9% | 12 | 7,5% | 0 | 0,0% |
| | | 51-60 | 2 | 1,3% | 9 | 5,6% | 0 | 0,0% |
| | | 61 a más | 3 | 1,9% | 3 | 1,9% | 1 | 0,6% |
| | | 20-30 | 3 | 1,9% | 19 | 11,9% | 0 | 0,0% |
| | Masculino | Edad | | | | | | |
| | | 31-40 | 4 | 2,5% | 8 | 5,0% | 0 | 0,0% |
| | | 41-50 | 11 | 6,9% | 8 | 5,0% | 0 | 0,0% |
| | | 51-60 | 1 | 0,6% | 9 | 5,6% | 0 | 0,0% |
| | | 61 a más | 2 | 1,3% | 1 | 0,6% | 0 | 0,0% |

SORT CASES BY Género Edad.
 SPLIT FILE LAYERED BY Género Edad.
 NPAR TESTS
 /CHISQUARE=VARIA_ACCES_AGRUP
 /EXPECTED=EQUAL
 /MISSING ANALYSIS.



| | | |
|---|----------|-----|
| N | Válido | 160 |
| | Perdidos | 0 |

Edad

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 20-30 | 56 | 35,0 | 35,0 | 35,0 |
| | 31-40 | 39 | 24,4 | 24,4 | 59,4 |
| | 41-50 | 34 | 21,3 | 21,3 | 80,6 |
| | 51-60 | 21 | 13,1 | 13,1 | 93,8 |
| | 61 a más | 10 | 6,3 | 6,3 | 100,0 |
| Total | | 160 | 100,0 | 100,0 | |