



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

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

Determinantes sociales y organizacionales relacionadas con el  
acceso a los servicios de salud odontológicos en el distrito de  
Trujillo – 2022

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Arteaga Cardenas, Maria Eugenia ([orcid.org/0000-0002-4599-9925](https://orcid.org/0000-0002-4599-9925))

**ASESORAS:**

Mg. Verastegui Galvez, Enma Pepita ([orcid.org/0000-0003-1606-7229](https://orcid.org/0000-0003-1606-7229))

Dra. Quispe Roque, Diana Margaret ([orcid.org/0000-0001-9652-6346](https://orcid.org/0000-0001-9652-6346))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Políticas de los Servicios de Salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**TRUJILLO – PERÚ**

**2023**

## **Dedicatoria**

A Dios por ser mi guía, protector y mi fortaleza. A mis padres Gerardo y Mary, quienes son mis pilares fundamentales en mi vida; quienes, con su honestidad, tenacidad y coraje, son el modelo y mi gran ejemplo a seguir. A mi abuelita Consuelo, in memoria por su constancia, su voluntad indomable y por todo el amor que me brindó.

## Agradecimiento

A Dios porque en su infinita bondad y amor, ha permitido que lleguemos a este punto del camino con salud y fuerza, para alcanzar nuestros objetivos.

## Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenidos .....	iv
Índice de tablas .....	v
Índice de figuras .....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III. METODOLOGÍA .....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	14
3.2. Variables y operacionalización.....	15
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis.....	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	16
3.5. Procedimientos .....	17
3.6. Método de análisis de datos.....	18
3.7. Aspectos éticos .....	18
IV. RESULTADOS.....	20
V. DISCUSIÓN .....	29
VI. CONCLUSIONES.....	35
VII. RECOMENDACIONES .....	36
REFERENCIAS	
ANEXOS	

## Índice de tablas

Tabla 1. Grado de relación según coeficiente de correlación .....	18
Tabla 2. Determinantes sociales asociados con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el distrito de Trujillo .....	20
Tabla 3. Determinantes organizacionales asociados con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el distrito de Trujillo .....	22
Tabla 4. Disponibilidad de acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales .....	23
Tabla 5. Accesibilidad del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales .....	24
Tabla 6. Contacto del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales .....	25
Tabla 7. Relación entre disponibilidad de acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales .....	26
Tabla 8. Relación entre accesibilidad de acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales .....	27
Tabla 9. Relación entre contacto de acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales .....	28
Tabla 10. Tabla de operacionalización de variables.....	43
Tabla 11. Matriz de consistencia .....	46

## Índice de figuras

Figura 1. Disponibilidad de acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales .....	62
Figura 2. Accesibilidad del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales .....	62
Figura 3. Contacto del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales.....	64

## Resumen

La presente investigación, tuvo como objetivo identificar las determinantes sociales y organizacionales asociados con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el Distrito de Trujillo – 2022. A nivel metodológico se consideró un enfoque cuantitativo, nivel correlacional y diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 350 ciudadanos del Distrito de Trujillo, entre 18 a 65 años de edad. Haciendo uso de la técnica de encuesta mediante un cuestionario, uno por cada variable. En los resultados se encontró que las características demográficas y sociales son principalmente mujeres (56%) entre 18 y 25 años (32%) en promedio, provenientes de áreas urbanas (74%) solteros (44%) en el estado civil con uno a dos hijos (50%). El nivel de correlación entre las dimensiones de las determinantes sociales se encuentra asociada estadísticamente al acceso de los servicios de salud y tiene una correlación positiva considerable, ya que se encuentra que el rho de Spearman presentó un  $r=0,694$  y p-valor  $0,000$ ,  $<0,005$  de tal razón que tiene una correlación positiva considerable. Concluyendo que existe una relación estadísticamente significativa, entre los determinantes sociales y organizacionales, el acceso a servicios de salud odontológicos.

Palabras clave: determinantes, demografía, odontológicos

## Abstract

The objective of this investigation was to identify the social and organizational determinants associated with access to dental health services in the District of Trujillo - 2022. At the methodological level, a quantitative approach, correlational level and non-experimental design of cross-section. The sample consisted of 350 citizens of the District of Trujillo, between 18 and 65 years of age. Using the survey technique through a questionnaire, one for each variable. In the results it was found that the demographic and social characteristics are mainly women (56%) from 18 to 25 years old (32%) on average, who come from urban areas (74%) single (44%) in marital status with one two children (50%). The level of correlation between the dimensions of the social determinants is statistically associated with access to health services and has a considerable positive correlation, since it is found that Spearman's rho presents  $r = 0.694$  and p-value  $0.000, < 0.005$  of such a ratio that has a considerable positive correlation. Concluding that there is a statistically significant relationship between social and organizational determinants, access to dental health services.

Keywords: determinants, demography, dental

## I. INTRODUCCIÓN

En un momento en que los beneficios de los avances científicos en salud general, y bucodental en particular, no se distribuyen equitativamente, es necesario un abordaje de los determinantes sociales de la salud que guíe a los gobiernos en la reducción de las desigualdades. La forma y el estilo de vida de las personas dependen del sistema socioeconómico existente, ya que estos definen la calidad de vida de las personas y los cambios en las condiciones porque regulan el progreso de la salud y las enfermedades.

(J. M. Abreu et al., 2014)

Asimismo, los condicionantes y determinantes de la salud son categorías multifactoriales, interdisciplinarias y multidisciplinarias que abarcan una amplia gama de situaciones relacionadas con los procesos históricos y políticos que se desarrollan en el país. Los fenómenos de salud son complejos desde una perspectiva poblacional porque interactúan simultáneamente, desde variables que corresponden a distintas secuencias, desde procesos biológicos a estructuras históricas, a complejas relaciones (J. M. Abreu et al., 2014)

Para abordar la falta de equidad en el acceso a los sistemas de salud bucodental, primero se deben identificar las barreras y el uso de los servicios de atención médica. La igualdad en la atención de la salud se basa en los derechos humanos, ya que es independiente de la condición social de la población y se debería maximizar su potencial de salud y asignar los bienes de acuerdo con las exigencias de la población. (Sarmiento, 2015)

Desde una perspectiva internacional, en Europa especialmente, la parcialidad en el uso de los servicios de salud es una de las principales razones por las que los gobiernos controlan sus suministros. Los estudios de desigualdad en España muestran que el acceso a la atención sanitaria de los más vulnerables ha mejorado en las últimas décadas. Una encuesta catalana muestra que el 34,3% de la población había consultado al dentista antes de 2002. La situación ha mejorado desde 1994, con el uso de seguros públicos y privados para tener acceso a los servicios de salud bucal. Sin embargo, esta es una tasa de visitantes más baja en comparación con países como Dinamarca y Suecia (alrededor del 80%) o Gran Bretaña (47%). En países menos desarrollados de

Europa Occidental, como Portugal y Grecia, la prevalencia fue similar: del 23,3% al 28,8%.(Rocha-Buelvas, 2013)

Por su parte, en Perú, Azañedo et al (2016) encontraron en su estudio que el 74,9% de las personas decidió utilizar el sector para revisar su salud bucodental, esto indicaría un problema en el sistema público peruano. A su vez, Azerrad & Poma (2005) concluyó en su estudio que las mujeres son la mayoría de quienes realizan la atención odontológica, y los principales factores relacionados con la salud bucal se revelan como la edad del individuo, el género y los arquetipos laborales. En su estudio Gómez & Alcalde (2022) concluyeron que la mayoría de los niños entre 0 y 11 años no tienen acceso a los servicios de salud bucodental, según el Censo de Población y Bienestar Familiar realizado en el país en 2015. Y es así que, de acuerdo a la problemática descrita, se evidencia la necesidad de resolver la pregunta de, ¿Existe relación entre las determinantes sociales y organizacionales con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el Distrito de Trujillo – 2022?

El planteamiento de esta investigación, tiene una justificación práctica, basada en optimizar el uso de los recursos odontológicos y responder mejor a las menesteres de la población, para ellos es necesario conocer y medir el problema y sus causas, dependiendo de los grupos que menos atención reciben.(B et al., 2013)

Asimismo, presenta una justificación teórica, porque al mostrar conocimiento sobre el nivel de las barreras, así como su disposición, aceptación, acceso y conectividad, nos permitirá arrojar luz sobre la reducción de la demanda de necesidades de cuidado bucal, así como sobre el continuo de tratamientos planificados.(Gómez Morillo & Alcalde Huaraya, 2022)

Con respecto a su justificación social, la atención de la población está influenciada por la prestación de servicios y la capacidad de la población para discernir la diferencia entre las necesidades de servicios preventivos y curativos y comprender la diferencia entre los dos tipos de interés. Lo anterior, es relevante porque todos los estudios, sin excepción, que tratan aspectos socioeconómicos, muestran mayor vulnerabilidad de los pobres, sin educación y los pobres que residen en el campo.(B et al., 2013)

Como justificación metodológica se puede decir que en el Perú es necesario utilizar un modelo de acceso a los servicios de salud, como el de Aday y

Andersen adaptado a la odontología, debido a que estudió varios factores de propensión, necesidades, capacidad y prestación de servicios de salud que inciden en el acceso odontológico. Mientras tanto, se tiene que demostrar que es posible mejorar la prestación de los servicios de salud dental, su accesibilidad y por ende sus costos.(Gómez Morillo & Alcalde Huaraya, 2022)

En tal sentido, esta investigación tiene como objetivo general, Identificar la relación entre las determinantes sociales y organizacionales asociadas con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el Distrito de Trujillo – 2022 y como objetivos específicos (1) identificar en que medida las determinantes sociales están relacionadas con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el Distrito de Trujillo – 2022 (2) identificar en que medida las determinantes organizacionales están relacionadas con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el Distrito de Trujillo – 2022 (3) identificar en qué medida los determinantes sociales y organizacionales se relacionan con el acceso a los servicios de salud en su dimensión accesibilidad en el Distrito de Trujillo – 2022 (4) identificar en qué medida los determinantes sociales y organizacionales se relacionan con el acceso a los servicios de salud en su dimensión disponibilidad en el Distrito de Trujillo – 2022 (5) identificar en qué medida los determinantes sociales y organizacionales se relacionan con el acceso a los servicios de salud en su dimensión contacto en el Distrito de Trujillo – 2022.

Finalmente, la hipótesis general, existe relación significativa entre las determinantes sociales y organizacionales y el acceso a los servicios de salud odontológicos, en el Distrito de Trujillo – 2022.

## II. MARCO TEÓRICO

Con la literatura revisada, nos indica que Sarmiento (2015) en su estudio tuvo como objetivo determinar el acceso a los servicios de salud dental en personas mayores de 60 años con base en la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud de los Hogares del Perú 2015. En su metodología se recopiló base de datos. Proporcionado por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015. Este estudio fue transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. Así, a nivel nacional, el acceso a la atención odontológica de las personas mayores de 60 años fue del 24% en el MINSA y del 9% en ESSALUD, con el último acceso a la atención odontológica en los últimos 2 años más es 53.5%. Según la ENDES de los Hogares de Perú de 2015, concluye que la atención dental está disponible para la mayoría de las personas mayores de 60 años.

Sánchez (2017) indica que la asequibilidad se trata de los mecanismos que brindan acceso a los servicios y satisfacen las necesidades de salud, que pueden ser cosas simples pero son esenciales para el éxito de la política pública, como tener la claridad suficiente para garantizar que quienes lo necesiten reciban ayuda en el momento oportuno e información. Existe acceso a unidades médicas y cuentan con los insumos necesarios para atender las necesidades de los mexicanos. Las estrategias implementadas en el plan para maximizar el uso de los servicios de salud son importantes porque, como se mencionó anteriormente, las necesidades y escenarios de las personas son diferentes. En las comunidades urbanas, los contratos de consultoría son más importantes, mientras que en las áreas rurales, puede ser muy importante que haya una unidad de salud en la comunidad local.

Martínez et al. (2017) indicaron que los factores sociales son el entorno en el que vivimos y nos desarrollamos, que influyen directamente en cómo las personas perciben las enfermedades y las condiciones de salud. Su detección permite desarrollar estrategias para mejorar la salud bucal y los hábitos de control de placa, que son la columna vertebral de la prevención de las principales enfermedades bucales a nivel mundial; enfermedad periodontal y caries dental asociada con el embarazo. Además de las relaciones existentes con las percepciones de salud bucal, el objetivo fue identificar factores sociales

mediadores y estructurales en una población control de mujeres embarazadas. Se realizó un estudio transversal con análisis descriptivo a partir de los resultados de una encuesta autoadministrada a 110 gestantes en un hospital civil. Recuerde que las percepciones de la salud bucal pueden estar influenciadas por factores sociales como factores culturales, cumplimiento del tratamiento odontológico, ciertas dietas, etnias, características familiares y otros factores, familia y ocupaciones de la mujeres embarazadas, pero aunque las creencias influyeron en el cuidado bucal en las embarazadas mujeres, no es estadísticamente significativo.

Gómez & Alcalde (2022) tuvieron como objetivo determinar la relación entre la salud bucal y las barreras para la participación en la atención odontológica en el Centro Médico Lima Punta Negra en el año 2022. La población estuvo constituida por 190 pacientes seleccionados al azar y 130 muestras. Los resultados de salud dental y trastornos de atención en el área de cavidad oral del Centro Médico Punta Negra mostraron que el 62,3% de todas las manifestaciones de salud bucal estaban ausentes, mientras que el 7% restante de los 37 individuos tenían manifestaciones de salud bucal. Asimismo, el 43,8% eran barreras para el apoyo al cuidado bucal; en cuanto a las barreras educativas, el 53,1% no tenía barreras institucionales, mientras que el 46,9% sí; en cuanto a las barreras socioculturales encontramos que el 57,7% no tiene barreras socioculturales y el 42,3% tiene barreras socioculturales; en cuanto a las barreras psicológicas, el 65,4% de las personas no tenía esta barrera, mientras que el 34,6% tenía barrera psicológica al acudir a atención odontológica en el Centro Médico Punta Negra.

Morocho (2022) El objetivo fue identificar los factores socioculturales y organizacionales que determinan el acceso a la salud en la región de La Unión-Piura 2020-2022 utilizando un diseño transversal, estudio correlacional y correlacional. El distrito La Unión-Piura tiene una población de 41.742 y un tamaño de muestra de 1.020. Los factores culturales significativos incluyen años de escolaridad, educación secundaria, situación laboral estable, personas que trabajan en casa y obtienen ingresos e independencia financiera. Los determinantes organizacionales asociados fueron la atención en un centro médico de la SESAL (69,9%), cobertura de seguro de salud multirriesgo (68%), tiempo de espera para atención superior a 2 horas (39,9%) y tratamiento

adecuado. (54,9%). Se concluyó que los determinantes socioculturales y organizacionales están relacionados con el acceso a los servicios de salud en el distrito de La Unión-Piura.

Las bases teóricas, con respecto a la variable de determinantes sociales y organizacionales para Ramos et al. (2017), las determinantes sociales se refieren al conjunto de factores sociales, políticos, económicos, y de estilo de vida que son influyentes y determinantes para el estado de salud de una población. También se definen como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, las características específicas del entorno social que afectan la salud, los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se reflejan en la salud y las características sociales en las que se desarrolla la vida. El modelo de Determinantes Sociales de la Salud (*Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud, s. f.*) Se basa en el impacto de los denominados determinantes estructurales de la desigualdad en salud sobre la salud de la población, incluidos en diversos ámbitos del contexto socioeconómico y político, y las denominadas condiciones intermedias relacionadas con las condiciones de vida y otros factores. Es importante señalar que el modelo utiliza la etnia como determinante de la salud, que junto con la clase social, el género y la edad forman una dimensión o eje que explica en gran medida la distribución de la salud y la enfermedad en la población.

Trabajos como el de Sanchez (2015), demuestran la importancia de la edad y el género como determinantes sociales porque muestra que las féminas de todas las edades generalmente consultaron más que los hombres y tenían una mayor comprensión de la enfermedad. Este efecto se puede atribuir a las necesidades reproductivas de las féminas y, debido a su biología, corren el mayor riesgo de contraer cualquier enfermedad. Además, los investigadores creen que la edad tiene un efecto "U" en el uso de consultas médicas y hospitalización. Esta consecuencia está impulsada por factores biológicos, asaber, que los niños y los adultos mayores tienen peores resultados de salud que los adultos más jóvenes. En tanto, el número de hijos influenciará ya que el tamaño de la familia afecta el ritmo del ciclo familiar, el cuidado de los niños pequeños y de los ancianos, es decir, cuanto menor sea el tamaño de la familia, es menos probable que los familiares dependientes (hijos) y los ancianos reciban cuidados y atención adecuados. Es fácil enfermarse, por lo que acuden al centro de salud para recibir

tratamiento. (*Salud de la población*, s. f.)

De acuerdo a Rizo & González (2011) la importancia del estado civil como un determinante social radica en que afectan el tamaño y la estructura de los hogares y de las familias, además de que ha sido ampliamente documentado por sociólogos y demógrafos. Esto es especialmente cierto ya que el matrimonio es el primer paso para crear una familia biológica y la mayoría de los recién casados construyen sus hogares inmediatamente después del matrimonio. Por lo tanto, casarse tiene un efecto positivo en el tamaño de la familia, por lo que, si un miembro de la familia se enferma, se recibe ayuda médica.

Además el lugar de residencia, según Sanchez (2015) se mide por el tiempo que se tarda en llegar desde el hogar hasta la atención médica, al menos hasta un centro de atención primaria de salud. Además, se ha argumentado que medir los cambios en el acceso a la atención médica a lo largo del tiempo depende de factores como la disponibilidad de transporte y la adecuación de las carreteras. Esto significa que, el acceso geográfico cambia con el tiempo a medida que mejoran las carreteras y el tráfico.

Los datos por regiones más recientes muestran que la falta de equidad de ingresos en general de toda región se ha visto con un aumento significativo, mientras por otro lado la desigualdad entre los privilegiados y los marginados muestra que la brecha entre ellos casi se ha triplicado. Mientras tanto, los trabajadores están expuestos a riesgos laborales, las mujeres están sobrerrepresentadas en el sector laboral informal, y los mecanismos de protección social son inadecuados. El aumento de las enfermedades no transmisibles, el envejecimiento de la población y el aumento de la inmigración son las principales tendencias que afectan la salud en los Estados Unidos. De hecho, estos y muchos otros determinantes de la salud exacerban la falta de equidad con respecto a la salud dentro de los países y entre ellos. (Ramos et al., 2017)

La salud bucal es un problema grave para las poblaciones urbanas marginales en el Perú, un tema que ha sido poco estudiado o abordado en el Perú. Para llevar a cabo medidas de promoción y prevención efectivas, existen problemas de salud bucal tanto para la población sin recursos económicos como para la población con recursos económicos, pero para la población pobre se debe priorizar el gasto en alimentación y salud bucal. Debería ser posible

determinar una diferencia porcentual significativa entre las poblaciones urbanas, rurales y suburbanas sin acceso a los servicios de salud; reducir este porcentaje será un reto para los sistemas de salud («Análisis de Situación de Salud (ASIS)», s. f.)

Considerando que los factores organizacionales se clasifican como restricciones de la misma institución o instituciones que brindan servicios de salud y pueden ocurrir en diferentes momentos o en una secuencia, impidiendo que los sujetos se conecten al sistema de salud; pueden las experiencias negativas que ocurren o siguen pueden persistir en el tiempo, lo que resulta en una pérdida de continuidad de la atención que puede afectar el plan de tratamiento del paciente. (Gómez Morillo & Alcalde Huaraya, 2022)

Por lo tanto, cabe señalar que el Ministerio de Salud (2019) y las autoridades locales se enfocarán en los residentes sin seguro que tienen alguna capacidad de pago a cambio de pagos de tarifa plana. El personal de las Fuerzas Armadas y policiales y sus familias son beneficiarios de los denominados Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y Policiales. En materia de seguridad social, sus principales beneficiarios son los trabajadores del sector de la economía formal y sus familias, seguidos de los trabajadores informales que individual y voluntariamente deciden afiliarse a ESSALUD a través de esquemas opcionales. Las Entidades Prestadoras de Salud complementa los servicios ofrecidos por ESSALUD al cubrir la llamada "capa de servicio simple", un conjunto de intervenciones de salud de alta frecuencia y baja complejidad. Las aseguradoras privadas, los autoseguros y los servicios prepagos brindan cobertura a pequeños grupos sociales de menos del 2% de la población. Finalmente, las organizaciones benéficas brindan atención a menos del 1% de la población peruana. Cada instalación en el sector de la atención de la salud está diseñada para atender a una población específica. Sin embargo, aparte de ciertas interacciones funcionales entre diferentes sistemas para absorber planes estratégicos comunes y compartir recursos financieros, humanos y de infraestructura, existe cierta superposición que reduce la efectividad del gasto. (Solís et al., s. f.)

La Organización Panamericana de Salud (2000), sostiene que una de las variables que indican desigualdades en la atención de salud, son lugar de atención, tipo de seguro, trato del personal, tiempo de espera, horario de atención

porque la parte organizacional/administrativa se relaciona con los requisitos administrativos para la atención, el acceso a las citas y las horas de atención además relacionado financieramente con el precio del transporte, los gastos de bolsillo y la pérdida de ingresos. Se puede decir que los trabajadores asalariados y sus familias dependientes de la economía formal a menudo tienen que hacer las contribuciones financieras correspondientes a través de seguros de salud públicos o seguros privados. Aunque los trabajadores del sector informal, los desempleados, los residentes rurales, etc. en la mayor parte de los casos sin seguro o excluidos de los planes de seguro médico. Para Jaramillo y Parodi (2004), el seguro de salud es un mecanismo que garantiza a las personas el acceso a la atención médica cuando la necesitan. Además, el seguro les permite establecer el consumo y amortiguar o cancelar las consecuencias financieras de eventos negativos para la salud (enfermedades graves). Según los autores, la característica del seguro social de salud es que los precios más bajos de los servicios médicos pueden promover el uso más amplio de estos servicios, es decir, el seguro promueve la demanda de servicios médicos. Parodi (2004) a su vez insiste en que el seguro público de salud mejora el acceso a la salud, pero por otra parte señala que los beneficios no necesariamente se concentran en los grupos más pobres, sino que son mejor utilizados por los grupos de ingresos medios que procesan más información, tienen educación superior y viven en una zona urbanizada con más fácil acceso a los servicios. Aunque el seguro nacional puede ayudar a reducir las barreras económicas, no aborda las barreras no económicas (barreras culturales, capacidad del hogar y barreras geográficas).

Los factores del sistema de salud incluyen la distancia y la disponibilidad de recursos (en ausencia de una red de atención "razonable" y/o terreno inaccesible), cobertura o seguro de salud y presencia de un médico que prescribe. Además, se tienen en cuenta sus tiempos de espera alternativos, tiempos y costes de desplazamiento, tiempo de estancia en salas de espera e interrupciones del servicio. Aunque el término se utiliza a menudo para describir los mecanismos por los cuales el sistema impide el uso de los servicios (disponibilidad de los servicios, tiempos de espera, distancias, costos), también se utiliza para describir las características del paciente (clase social, ingresos, nivel educativo, creencias) sobre la salud, lo que significa un acceso limitado a

los servicios en un determinado sistema de salud. Asimismo, existen otras variables como el tipo de seguro de salud asociado a estos dos sistemas (ya que puede considerarse una fuente de financiación). (Ballesteros, 2013)

Las definiciones que existen actualmente en relación con la salud bucal son complejas, ya que el concepto ha evolucionado y se ha consolidado con el tiempo para incluir niveles directamente relacionados con el bienestar general con la salud bucal, como los estados psicológicos que los individuos proyectan sobre ellos. La influencia social y, dependiendo de su salud bucal actual, afecta positiva o negativamente su autoestima y estado de ánimo; por otro lado, a nivel físico, la relación entre la salud bucal y otras partes del cuerpo u órganos. La relación es evidente y estas partes u órganos pueden verse afectados por la pérdida de la salud bucal.

Con esto en mente, una comprensión profunda de la salud bucal es fundamental para mantener una salud general óptima y mejorar la calidad de vida. La salud bucodental forma parte del paquete de derechos a la salud, que establece que todas las personas deben tener igual acceso a la atención de la salud bucodental. Contribuir a abordar esta desigualdad de oportunidades desde una perspectiva social e institucional. (colegiodentistasorg, s. f.)

Por estas razones, el acceso a los servicios de la salud es definido por la Organización Mundial de la Salud (2018) como la provisión de un servicio que está geográfica, económica, cultural y funcionalmente disponible para toda la comunidad". El acceso a la atención de la salud es "el proceso de satisfacción total de una necesidad médica debido a un deterioro de la salud, diagnóstico o promoción de su mejora". (Sánchez-Torres, 2017)

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud es un paradigma que busca el bienestar de las personas en muy diversos ámbitos, no solo la ausencia de enfermedad, e indica que los sistemas de salud tienen tres objetivos básicos: a) calidad b) satisfacer las expectativas de las personas c) garantía. (Abreu et al., 2016)

A su vez Orozco (2014) establece que la salud debe ser entendida como un proceso continuo encaminado a restablecer el equilibrio entre la salud y la enfermedad, lo que significa un equilibrio perfecto entre los componentes socioeconómico, ambiental, biológico y asistencial que en conjunto sostienen esta armonía.

Por otra parte, Madrid et al. (2016), Insisten en que la salud es una respuesta al entorno creado por la forma de intervenir de cada individuo en la vida cotidiana, y de ahí se entiende que la enfermedad es parte integral de la vida misma. También afirman en sus investigaciones que la salud es un estado de ser o perder una persona, un recurso que las personas necesitan cuidar y proteger.

El Ministerio de Salud, tiene una visión diferente a la de su antecesor, otorgando a la salud implicaciones económicas más realistas y asegurando que todas las necesidades en salud deben traducirse en propuestas de calidad como expresión de la cadena justa. Además se dijo que estar enfermo tiene costos indirectos que los sistemas de salud generalmente no toman en cuenta y conducen a un aumento de la pobreza. (Aspectos teórico conceptuales para la organización de la oferta de servicios de salud, s. f.)

Con respecto, a la determinante de acceso a la salud, podemos decir que Lara Flores et al. (2015) El acceso se refiere al uso de los servicios de salud que brindan asistencia para una atención de calidad, mejorando y fortaleciendo procesos que promuevan y limiten el justo deseo de la población de recibir una atención cálida y segura. Los factores que afectan el empleo en las organizaciones de salud son importantes para la toma de decisiones por parte de los gerentes administrativos y clínicos y brindan la base para el desarrollo de políticas y programas que promuevan el uso adecuado de las instalaciones de salud en beneficio de quienes reciben atención.

Es de suma importancia, mencionar el modelo de Tanahashi que considera 4 etapas en el proceso de acceso a la salud y de esta manera se pueda obtener una efectiva cobertura: La primera es la, disponibilidad, que se entiende como la disposición de los servicios del centro de atención, recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos, e información; la segunda etapa es, la accesibilidad, relacionada a la distancia geográfica, existencia, conectividad y tiempo de transporte; tercera etapa, aceptabilidad de los servicios, que depende de la apreciación de los servicios, influenciada por factores culturales, religiosos, sociales, normas, creencias, y valores, privacidad y trato, entre otros; como cuarta etapa tenemos al contacto, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención. (Tanahashi, 1978)

Asimismo Donabedian (1973), distingue 2 dimensiones de la accesibilidad: la organización social y la geografía, indicando que estas dimensiones están interrelacionadas. Accesibilidad de la organización social: incluye todas las características, excepto los aspectos geográficos, que dificultan o mejoran la capacidad de las personas para utilizar los servicios. Por ejemplo: políticas formales o informales para seleccionar pacientes en función de la condición social, la situación económica o el diagnóstico. Accesibilidad geográfica: está relacionada con la fricción espacial y se puede medir en términos de distancia lineal, distancia y tiempo de viaje, costo de viaje, etc.

De igual forma, la cobertura universal de salud se describe como equitativa para que todos los habitantes de una jurisdicción o zona puedan acceder a los servicios de acuerdo a sus necesidades, independientemente de su nivel socioeconómico, religión, género o raza, lo más importante, la oferta está preparada para satisfacer esta demanda. (Perspectiva global del Cuidado de la Salud 2017, s. f.)

Gutiérrez et al. (2018), sugieren que los gerentes comprendan las causas, los desafíos y las estrategias de afrontamiento de la enfermedad, y que los gerentes puedan identificar fácilmente qué segmentos de la población responsable carecen de acceso a servicios de salud de alta calidad. Por otro lado, también mencionaron que el sufrimiento es el principal enemigo de la salud en cuanto a la comprensión, se debe combatir y esforzarse para lograr el acceso universal con base en los medios disponibles. También señalan la importancia de utilizar indicadores válidos y datos relevantes para medir el progreso en esta área.

### III. METODOLOGÍA

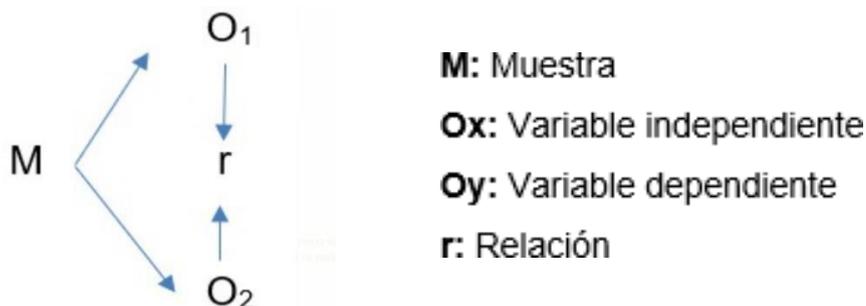
#### 3.1. Tipo y diseño de Investigación

Se utilizó un enfoque cuantitativo, porque el conocimiento es objetivo y surge de un proceso deductivo en el que se prueban las hipótesis formuladas de manera previa, mediante análisis numérico y análisis estadístico inferencial (Espinoza, 2014).

Por su finalidad es de tipo básica porque es la base de la investigación aplicada o técnica; y fundamento porque es esencial para el desarrollo de la ciencia(Espinoza, 2014).

Por su alcance es de tipo descriptiva correlacional, la investigación descriptiva implica recopilar datos para probar hipótesis o responder interrogantes sobre el estado actual del tema en estudio. La investigación descriptiva identifica e informa sobre cómo existe el sujeto(Espinoza, 2014). Para el desarrollo del enfoque cuantitativo se aplicó un diseño no experimental, observacional, transversal y correlacional.

El diseño no experimental es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos. (Sampieri et al., 2014)



#### 3.1. Variables y operacionalización.

Este estudio tiene 2 variables, la variable independiente es determinantes sociales y organizacionales; la variable dependiente es el acceso de servicio de salud odontológicos. Y de acuerdo a mi escala de medición de las variables, estas son cualitativas. En cuanto

a la operacionalización ver la Tabla 10 y 1 en anexos N° 1 y 2.

### 3.2. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis

#### 3.2.1. Población:

La población de interés está dada por los 223,600 habitantes del Distrito de Trujillo entre 18 y 65 años según estimación y proyección del último estudio del INEI, según el censo del 2020.

##### Criterios de inclusión

- Pobladores del Distrito de Trujillo que acepten realizar el cuestionario, entre 18 a 65 años.
- Pobladores que vivan en el Distrito Trujillo pero que tiene una residencia mayor de 3 años al momento de la investigación.

##### Criterios de exclusión

- Pobladores del Distrito de Trujillo que no acepten realizar el cuestionario.
- Miembros de las fuerzas armadas y policiales.
- Pobladores que presenten discapacidad física o mental.

#### 3.3.1 Muestra

Para la selección de muestra se aplicó la fórmula para poblaciones finitas (Sampieri et al., 2014), obteniéndose una muestra de 350 habitantes del distrito de Trujillo, cuyo cálculo está debidamente situado en la figura 1 en anexo N°4.

#### 3.3.2 Muestreo

Se utilizó el método de selección probabilístico aleatorio simple, porque garantiza que todos los individuos que conforman la población blanca tienen la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra. Esto significa que la probabilidad de selección de un sujeto a estudio "x" es independiente de la probabilidad que tienen

el resto de los sujetos que integran forman parte de la población blanco. (Otzen & Manterola, 2017).

### 3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para ambas variables se utilizó como técnica la encuesta, mediante un cuestionario. Para la variable determinantes sociales y organizacionales se utilizó una encuesta, las cuales fueron medidas a través de un cuestionario el cual se encuentra debidamente validado en el Perú, del autor Morocho (2022) que consta de 13 preguntas. Véase en anexo N° 3.

Mientras que para la variable acceso de servicio de salud odontológicos se incluyó como base el modelo modificado de Bonilla (2020) para la variable de acceso a los servicios de salud, que es utilizado en el área de medicina, la cual se adaptó para odontología, incluyendo 19 preguntas cerradas dicotómicas. Donde se abarco tres dimensiones: disponibilidad (6 preguntas), accesibilidad (7 preguntas), contacto (6 preguntas). variable 2.

#### Validación del Instrumento

Se utilizó la validez de contenido a través de juicio de expertos, utilizando el coeficiente de V Aiken de (Sampieri et al., 2014) el cual se realizó solicitando a 4 odontólogos y 4 expertos en marketing, que brinden un juicio directo de los ítems del instrumento, acerca de su aplicabilidad.

Se envió a cada juez experto, carta de presentación, operacionalización de las variables, matriz de consistencia, el cuestionario, y la ficha de validación.

#### Prueba piloto

Se incluyó 30 habitantes del distrito de Trujillo que cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales no serían considerados en la muestra seleccionada para el estudio. Para los resultados del coeficiente de confiabilidad se utilizó, un tipo de consistencia

interna que se refiere al grado en que los ítems de una escala se correlacionan entre ellos. La consistencia interna se calculó mediante la fórmula 20 de Kuder-Richardson para las escalas dicotómicas. (Duque, 2017)

#### 3.4. Procedimientos

La investigación se realizó dentro de un contexto público de tal manera que no existió la necesidad de realizar permisos, por lo que directamente se ha procedido a solicitar el consentimiento informando a cada participante; posteriormente se le hizo entrega a todos los participantes del presente estudio del cuestionario para el debido llenado. Luego se realizó el vaciado de datos en el programa Excel 2021 y se procedió a procesarlos haciendo uso del programa SPSS versión 25.

#### 3.5. Método de análisis de datos

En primer lugar, se utilizó para analizar los datos y determinar las frecuencias y sus distribuciones, complementado con tablas de frecuencia. Para determinar la correlación, entre las variables estudiadas se hizo uso de la estadística inferencial usando el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman.

**Tabla 1**

*Grado de relación según coeficiente de correlación*

RANGO	RELACIÓN
-0,91 a 1,00	Correlación negativa perfecta
-0,76 a -0,90	Correlación negativa muy fuerte
-0,51 a -0,75	Correlación negativa considerable
-0,11 a -0,50	Correlación negativa media
-0,01 a -0,10	Correlación negativa débil
0,00	No existe correlación
+0,91 a +1,00	Correlación positiva débil
+0,76 a +0,90	Correlación positiva media
+0,51 a +0,75	Correlación positiva considerable
+0,11 a +0,50	Correlación positiva muy fuerte
+0,01 a +0,10	Correlación positiva perfecta

*Nota.* Descripción del grado de correlación del coeficiente de Spearman

### 3.6. Aspectos éticos

Teniendo en cuenta que esta investigación se asoció con un riesgo mínimo y también requirió el consentimiento informado de los participantes, se tuvo especial cuidado para garantizar que se cumplieran los requisitos éticos durante el estudio. Además, se garantizó la confidencialidad de los datos, por lo que a cada participante se le asignó un código de registro, y aquellos que no participaron en el estudio no fueron elegibles para utilizar datos de asociación.

Principios y código de ética UCV

- Artículo 3º. Respeto por las personas en su integridad y autonomía

Reconoce la dignidad humana, independientemente de la procedencia, estatus social o económico, etnia, género u otra característica, donde los intereses y el bienestar del ser humano están por encima de los intereses de la ciencia, y se respeta su autodeterminación como su cosmovisión cultural.

- Artículo 5º

Se refiere al trato igualitario de los participantes en la investigación, sin exclusión alguna.

#### IV. RESULTADOS

**Responder el objetivo 01:** Identificar las determinantes sociales que están relacionadas con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el Distrito de Trujillo – 2022. La tabla 4 muestra los aspectos sociodemográficos de nuestra muestra encuestada.

**Tabla 2**

*Determinantes sociales asociados con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el distrito de Trujillo*

<b>Dimensión: aspectos sociodemográficos</b>	<b>350</b>	<b>%</b>
<b>Última cita al odontólogo:</b>		
de 3 años a más	56	16
hace 2 años	91	26
hace 1 año	119	34
este año	84	24
<b>En promedio al año, ¿cuántas veces visita al odontólogo?:</b>		
3 veces	28	8
2 veces	56	16
1 vez	154	44
No contesto	112	32
<b>Edad:</b>		
18-25	112	32
26-35	91	26
36-45	77	22
46-55	56	16
>56	14	4
<b>Número de hijos:</b>		
0	140	40
1 a 2	175	50
3 a mas	35	10
<b>Sexo:</b>		
1) F	196	56
2) M	124	35
<b>Lugar de residencia</b>		
1) Urbano	91	26
2) Marginal	259	74
<b>Estado civil</b>		
1) Soltero ( )	154	44

2) Casado ( )	70	20
3) Viudo ( )	21	6
4) Divorciado ( )	49	14
5) Conviviente ( )	56	16
<hr/>		
<b>Nivel educativo:</b>		
1) Primaria ( )	35	10
2) Secundaria ( )	49	14
3) Superior incompleta ( )	119	34
4) Superior completa ( )	91	26
5) Maestría	35	10
6) Doctorado ( )	21	6

**Interpretación:** en la Tabla 1 se observa que el 34% de ciudadanos pertenecientes al distrito de Trujillo tuvieron su última cita al odontólogo hace un año, el 44% afirmó que en promedio el número de visitas al odontólogo es una vez al año, se encontró que la mayoría de los ciudadanos, es decir el 32% en el rango de edad entre 18 y 25 años, el 50% de los ciudadanos tienen entre 1 y 2 hijos. Asimismo el 56% estuvo representado por el sexo femenino, el lugar de residencia predominante fue marginal con un 74%, el estado civil de la mayoría de los ciudadanos fue soltero con un 44%. Finalmente, el grado educativo predominante en la población evaluada fue superior incompleto con un 34%.

**Responder el objetivo 02:** Identificar las determinantes organizacionales que están relacionadas con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el Distrito de Trujillo – 2022.

**Tabla 3.**

*Determinantes organizacionales asociados con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el distrito de Trujillo*

<b>Dimensión: Aspectos organizacionales</b>	<b>350</b>	<b>%</b>
<b>¿Cuál es su lugar de atención?</b>		
1) Consultorio médico particular ( )	196	56
2) Posta o policlínico ( )	70	20
3) Hospital ( )	49	14
4) No busco atención ( )	35	10
<b>Tipo de seguro</b>		
1) ESSALUD ( )	105	30
2) SIS ( )	63	18
3) FFAA-FF. PNP ( )	35	10
4) Seguro particular	56	16
5) No está afiliado	91	26
<b>En una atención promedio cual es el tiempo de espera:</b>		
más de 1 hora	14	4
1 hora	49	14
30 min	175	50
15min	112	32
<b>Satisfacción de acuerdo al horario de atención:</b>		
1) Muy insatisfecho	21	6
2) Esta insatisfecho	49	14
3) No está satisfecho ni insatisfecho	70	20
4) Está satisfecho	105	30
5) Está muy satisfecho	112	32
<b>¿En su última cita odontológica como fue el trato del odontólogo?</b>		
1) Muy adecuado	161	46
2) Adecuado	84	24
3) Ni adecuado, ni inadecuado	35	10
4) Inadecuado	56	16
5) Muy inadecuado	14	4

Interpretación: encontrándose que según el lugar de atención. El 56% lo hacía en consultorio médico particular, El tipo de seguro del 30% de la población estuvieron afiliados a Essalud, el 50% respondió que em tiempo de espera para ser atendidos es de 30 min.

**Tabla 4.***Disponibilidad de acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales*

Dimensión: Disponibilidad	SI		NO	
	n	%	n	%
1. ¿Conoce que servicios odontológicos se ofrecen?	154	44	196	56
2. ¿Considera cómodos y limpios los ambientes donde recibe atención odontológica?	252	72	98	28
3. ¿Considera que en el lugar donde recibe atención odontológica cuentan con los correctos equipos y materiales?	189	54	161	46
4. ¿Considera que el personal odontológico se encuentra capacitado para realizar las atenciones?	217	62	133	38
5. ¿Recibió atención por falta de personal odontológico?	259	74	91	26
6. ¿Recibió atención oportuna para sus consultas odontológicas y exámenes de control?	252	72	98	28

Interpretación. En la tabla 6 se muestra que el 56% de la población no conoce los servicios Odontológicos, que se ofrecen. El 72%. Considera cómodos y limpios los ambientes donde recibe atención odontológica, El 54% considera que el lugar donde recibe atención odontológica cuenta con los correctos equipos y materiales. El 62%. considera que el personal odontológico se encuentra capacitado para realizar las atenciones. El 91%. no recibió atención por falta de personal odontológico. Finalmente, el 72% recibió atención oportuna para sus consultas odontológicas y exámenes de control.

**Tabla 5.**

*Accesibilidad del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales.*

Dimensión: Accesibilidad	SI		NO	
	n	%	n	%
1. ¿Usted utiliza transporte público para llegar a su centro de atención odontológico?	175	50	175	50
2. ¿Usted utiliza transporte propio para llegar su a centro de atención odontológico?	84	24	266	76
3. ¿Usted llega caminando a su centro de atención transcurrió más de dos semanas?	91	26	259	74
4. ¿Desde el día que solicito la última cita hasta la fecha de la momento que sacó la cita, hasta el momento de la atención?	91	26	259	74
5. ¿Considera adecuado el tiempo de espera desde el	238	68	112	32
6. ¿Realizó algún pago por su consulta odontológica?	315	90	35	10
7. ¿En algún momento no asistió a una consulta odontológica por falta de dinero?	112	32	238	68

Interpretación. En la tabla 7 se observa que el 50% utiliza transporte público, el 76% utiliza transporte para llegar a su centro de atención odontológica, el 74% llega caminando a su centro de atención. El 74% solicitó una última cita hasta la fecha de atención después de transcurridas más de 2 semanas, el 68% considera adecuado el tiempo de espera desde el momento que sacó su cita hasta el momento de su atención, el 90% realizó algún pago por su consulta odontológica. Finalmente, el 68% en algún momento dejó de asistir a su consulta odontológica por falta de dinero.

**Tabla 6.**

*Contacto del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales.*

Dimensión: Disponibilidad	SI		NO	
	n	%	n	%
1. ¿Conoce que servicios odontológicos se ofrecen?	154	44	196	56
2. ¿Considera cómodos y limpios los ambientes donde recibe atención odontológica?	252	72	98	28
3. ¿Considera que en el lugar donde recibe atención odontológica cuentan con los correctos equipos y materiales?	189	54	161	46
4. ¿Considera que el personal odontológico se encuentra capacitado para realizar su atención?	217	62	133	38
5. ¿En algún momento, no recibió atención por falta de personal odontológico?	259	74	91	26
6. ¿Recibió atención oportuna para sus consultas odontológicas y exámenes de control?	252	72	98	28

Interpretación. En la tabla 8 se encontró que 57% tuvo alguna dificultad con las fechas y los horarios de su consulta. Además, el 62% califica como buena la calidad recibida en los servicios odontológicos, Un 52%. califica como buena la calidad de los tratamientos odontológicos recibidos, entre 4% del personal de salud supo resolver las inquietudes frente a su enfermedad, y/o tratamiento, el 56% recibió una correcta explicación sobre su estado de salud bucal. Por parte del personal. Finalmente, el 62% quedó satisfecho con la explicación en su consulta Ontológica.

## Análisis inferencial

**Responder al objetivo 03:** Determinar la disponibilidad del acceso a los servicios de salud asociada a las determinantes sociales y organizacionales.

**Tabla 7.**

*Relación entre disponibilidad de acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales*

Acceso a servicios de salud	Determinantes sociales y organizacionales	
	rho Spearman	p-valor
Disponibilidad	0.733	0,000

Interpretación: El estadístico de rho de Spearman presenta un  $r = 0,733$  y p-valor 0,000,  $<0,005$  de tal razón que la dimensión disponibilidad de la variable sociales y organizacionales se encuentra asociada estadísticamente al acceso a servicios de salud y tiene una correlación positiva considerable.

**Responder al objetivo 04:** Determinar la accesibilidad del acceso a los servicios de salud asociada a las determinantes sociales y organizacionales.

**Tabla 8.**

*Relación entre accesibilidad de acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales*

Acceso a servicios de salud	Determinantes sociales y organizacionales	
	rho Spearman	p-valor
Accesibilidad	0.694	0,000

Interpretación. El estadístico de rho de Spearman presenta un  $r = 0,694$  y p-valor 0,000,  $<0,005$  de tal razón que la dimensión accesibilidad de la variable sociales y organizacionales se encuentra asociada estadísticamente al acceso a servicios de salud y tiene una correlación positiva considerable.

**Responder al objetivo 05:** Determinar el contacto del acceso a los servicios de salud asociada a las determinantes sociales y organizacionales.

**Tabla 9.**

*Relación entre contacto de acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales*

Acceso a servicios de salud	Determinantes sociales y organizacionales	
	rho Spearman	p-valor
Contacto	0.669	0,000

Interpretación. El estadístico de rho de Spearman presenta un  $r = 0,669$  y p-valor 0,000,  $<0,005$  de tal razón que la dimensión contacto de la variable sociales y organizacionales se encuentra asociada estadísticamente al acceso a servicios de salud y tiene una correlación positiva considerable.

## V. DISCUSIÓN

Un reto sanitario global, es el control primero y luego la erradicación de la caries dental, escenario que requiere una respuesta eficiente multisectorial, e intersectorial, dominando las inequidades en salud, pero son los servicios de salud quienes en primera instancia deben proporcionar una mejor atención que cubra a las expectativas de los usuarios. Por lo tanto, una investigación como la que se ha desarrollado es necesaria para comprender las barreras que desafían los pacientes y así sugerir tácticas que podrían mejorar la atención de la enfermedad (Hirmas Aduy et al., 2013) (Valbuena, 2015). Los datos conseguidos, mostraron una predominancia de mujeres 56 % sobre hombres 44%.

Por tal motivo, las determinantes sociales y organizacionales son aspectos importantes en el acceso de los servicios de salud como hemos demostrado resultados en ese sentido con respecto a los trabajos internacionales establecemos el trabajo de Hurtado & Arrivillaga (2017) a nivel de la isla de Cuba en dónde instituye a través de diferentes pruebas, se tenía adelantos en las políticas relacionadas con discapacidad, lo cual se diferencia con nuestros resultados, en vista, que la población de Trujillo, se excluyó a personas con discapacidad, en vista que no podían expresar o rellenar las encuestas, por lo cual ambos trabajos difieren en cuanto a la población objetivo, empero Hurtado, establece que persisten los errores en implementación territorial, sin embargo, los resultados de la tesis, instauran que en el distrito de Trujillo, los ciudadanos presenta ciertas deficiencias en los tiempos de atención ya que estos demora más de 1 hora, por lo cual se debe realizar estrategias de mejora continua para optimizar los tiempos de atención solicitando apoyo con personal adicional a la dirección regional de salud para perfeccionar los accesos a triaje y disminuir los tiempos de atención, sin embargo, el trabajo de Hurtado no abarca estos ideales sobre el tiempo de espera.

La obligación financiera referente a los costos adicionales relacionados con la atención, como medicamentos, exámenes o el traslado al centro de atención, fue resaltada por los participantes como uno de los obstáculos, lo que simboliza un empobrecimiento del paciente e impacta de forma negativa en el acceso a los servicios de salud odontológicos. (Pereira, 2013). Los encuestados en su

mayoría cuentan con un tipo de seguro, siendo el 30% ESSALUD, 18% SIS, 10% FFAA-FF . PNP, seguro particular y el 36% no se encontraba afiliado a ningún tipo de seguro. Este hecho, refleja la realidad, a pesar de que no fue motivo del estudio se pudo deducir que aquellos que no trabajan o tienen ingresos familiares muy bajos no acuden a los establecimientos de salud por los costos que debían que asumir. También se encontró que el 42% de los 350 participantes tienen nivel de instrucción superior universitaria.

Los Determinantes sociales y organizacionales son aspectos importantes en el acceso de los servicios de salud como hemos demostrado resultados en ese sentido con respecto a los trabajos internacionales establecemos el trabajo de Hurtado a nivel de la isla de Cuba en dónde instituye a través de diferentes pruebas, se tenía adelantos en las políticas relacionadas con discapacidad, lo cual se diferencia con nuestros resultados, en vista, que la población del Distrito de Trujillo, se excluyó a personas con discapacidad, en vista que no podían expresar o rellenar el cuestionario, por lo cual ambos trabajos difieren en cuanto a la población objetivo, empero Hurtado, establece que persisten los errores en implementación territorial, sin embargo, los resultados de la Tesis, instauran que los ciudadanos del Distrito de Trujillo presentan ciertas deficiencias en los tiempos de espera ya que este demora en promedio 30 min, por lo cual se debe realizar estrategias de mejora continua para optimizar los tiempos de espera, sin embargo, el trabajo de Hurtado no abarca estos ideales sobre el tiempo de espera.

Por otro lado, en la realidad de fuentes Reverón en Cuba, instituye que el servicio de salud es universal y gratuito si bien es cierto en este sentido en el trabajo la mayor parte tiene acceso a un seguro social existe una brecha con respecto a las atenciones que no lo posee por la cual no coincide estos resultados y esto se da principalmente en el 17% de la población, pero hay que hacer acotación que de acuerdo a las políticas del gobierno peruanos todo aquellos pacientes que no figuren con seguro social o seguros particulares o seguro de las fuerzas armadas estos 42% pueden acceder al SIS automáticamente a través de la universalización del seguro social por lo cual el estado ha dado un paso importante para cumplir con estos objetivos pero que debe también mejorarse especialmente con las actividades extramurales por parte de la oficina del aseguramiento de la seguridad social para que estén informados de los accesos

a las diferentes carteras de servicio.

Virguez (2016) en una tesis sobre los accesos a los servicios de salud en Bogotá, menciona principalmente fueron las mujeres, que representan el mayor grupo de población, lo cual es coincidente con nuestra investigación teniendo en cuenta que esta investigación, se realizó casa por casa para poder entrevistar a las madres, que son aquellas que ven por el cuidado de la salud de la familia con lo cual ambos trabajos están emparentados entre sí.

Por otro lado, Bas et al. (2015) en un trabajo de investigación sobre los servicios sanitarios en la población migrante, establecieron que la alfabetización en la salud de la población inmigrante debe atenderse fundamentalmente teniendo en cuenta el tiempo de estancia y en el acceso de salud, todo lo cual es coincidente con la investigación sin embargo, hay que tener en cuenta que la población migrante también cuenta con servicios en la seguridad sanitaria, teniendo en consideración que ellos no sufren discriminación tanto por credo o religión o habla, ya que los inmigrantes que actualmente se presentan en los establecimientos de salud, son de origen venezolano el cual son hispanohablantes, también por lo que no existiría barreras en cuanto a ese aspecto.

García (2015), en un trabajo realizado en Colombia, con el sistema de seguridad social establece que existen estatus y régimen de aseguramiento, al aliviar diferentes países que generan infrafinanciación y resulta de importancia, para el manejo de los sistemas de salud dentro de su población, en ese sentido, con respecto a los resultados de la tesis, se establece principalmente que deben generarse las facilidades de acceso al aseguramiento social, ya que se tiene una brecha de 26% aproximadamente que no genera una atención adecuada, a nivel de los establecimientos anexos al gobierno.

Sopla (2020) en un trabajo en Chachapoyas, establece que los determinantes están relacionados con la edad sexo y lugar de residencia de los pobladores, en ese sentido, tenemos que tener en cuenta, que nuestra población principalmente se encuentra entre los 18 y 25 años, y son féminas y vive en áreas urbanas, lo cual está relacionado íntimamente con el acceso a los servicios de salud; por otro lado, Cozar (2015) en un estudio, sobre las barreras de acceso a los servicios de salud se establece principalmente dentro resultados que el 18% genera bajo nivel de acceso lo cual es contradictorio con nuestra investigación

en donde el nivel de acceso se da en el 68% de la población, lo cual es muy superior a los valores comparados, sin embargo, hay que trabajar en políticas que mejoren ese 32% de pacientes que no llegan a tener acceso al establecimiento, por lo cual se debe abarcar mayores estudios que mejoren esta brecha de atención.

Rivera (2015), , realizó una investigación en Piura dónde se determinó que existen factores importantes como el ingreso del hogar, el nivel educativo y la afiliación al seguro, siendo estas variables importantes también en la Tesis, teniendo en cuenta que dentro de los resultados, existen uno a dos personas que son los aportantes económicos y existe una alta carga económica, en este caso, con respecto a las personas adscritas, que no son productivas, presentan una brecha de aseguramiento que genera déficit en las atenciones a nivel poblacional. Nada de lo discutido anteriormente, resultará eficaz si continúan los establecimientos de salud ineficientes, puesto que limitan el acceso a las prestaciones de atención clínica. Dar soluciones a través de los programas de control de la prevención de las enfermedades bucales, a los problemas de diagnóstico y tratamiento, es gravitante, son la cobertura sanitaria universal y el acceso a los servicios de salud indispensables para un control sostenible.

La obligación financiera referente a los costos adicionales relacionados con la atención, como medicamentos, exámenes o el traslado al centro de atención, fue resaltada por los participantes como uno de los obstáculos, lo que simboliza un empobrecimiento del paciente e impacta de forma negativa en el acceso a los servicios de salud odontológicos Pereira (2013), que sugiere la necesidad de subsidiar dichos costos por el Estado, puesto que el no garantizar un acceso oportuna tendría implicaciones para la salud pública en el marco del cumplimiento de los objetivos de cobertura universal de salud y de los objetivos de desarrollo sostenible (Llanos et al., 2012)

Asimismo, el tiempo de espera, conseguir un turno y la atención médica fue prolongado. El tiempo de espera es un factor que influye en la satisfacción de los usuarios hacia el servicio. En una investigación de Pedraza et al. (2014), se evidenció que los tiempos de espera fueron evaluados como pésimos por la insuficiente cantidad de empleados para atender a los pacientes. Igualmente, en Colombia en un estudio realizado por Hernández et al. (2015) se hallaron barreras administrativas como los tiempos de espera y la oportunidad para el

servicio por un mal diseño del sistema de salud que produce percepciones negativas y consecuencias perjudiciales para los usuarios y sus familias. De igual forma, resultados encontrados en un estudio en el Perú, en donde el personal de salud debe realizar múltiples funciones, inclusive administrativas, lo que disminuye el tiempo para la atención de los pacientes.

En este estudio, el 50% de los encuestados indicó que emplea transporte público para llegar a su centro de atención, el 24% utiliza transporte propio y el 26% llega caminando, lo cual concuerda ampliamente con la literatura reportada, donde la probabilidad que un paciente asista a una institución de salud se reduce a medida que la distancia de la residencia respecto a la institución de salud y esto tiene implicancias para alcanzar la meta de equidad de acceso para todos los pacientes (Herrero et al., 2015).

La comprensión de los determinantes de acceso pudiese ayudar al equipo de salud a brindar el apoyo que los pacientes necesitan para lograr su tratamiento, al igual que desarrollar y evaluar intervenciones específicas para la atención de los pacientes. Para el control de la caries se requiere de acciones por parte de los sistemas de salud, de tal manera que estos pacientes dispongan de un modelo de atención integral, que sea eficaz, eficiente y efectivo que garantice la accesibilidad y la atención de calidad acorde con sus necesidades; de tal forma que se tenga un efecto beneficioso en el tratamiento del paciente, tal como lo refieren varios estudios realizados en diversos países (Hirmas Adauy et al., 2013)

Proporcionar acceso y atención integral a los pacientes viene siendo un desafío y una tarea difícil si se tiene en cuenta la situación sanitaria del Perú, donde la demanda de los servicios es mayor a los recursos y a la estructura con que se cuenta. El presente estudio no indagó los determinantes al acceso de los servicios desde la perspectiva de los proveedores de salud ni de los recursos humanos. A pesar de que se propone información valiosa sobre los desafíos que enfrentan los ciudadanos del Distrito de Trujillo en una de las zonas más céntricas del Perú. Los servicios de salud no tienen más alternativa que ser innovadores y redireccionar sus esfuerzos hacia una atención que tenga como protagonistas, no a los servicios de atención de salud ni al equipo de salud, sino a los pacientes. Sin embargo, se debe resaltar que, conseguir que el sistema de salud actúe dentro de una lógica distinta no será sencillo.

## VI. CONCLUSIONES

1. Existe una relación estadísticamente significativa, entre los determinantes sociales y el acceso a servicios de salud odontológicos, por lo que el presente análisis de cada uno de los determinantes sociales de la salud nos permitirá el diseño de sistemas más efectivos, que lleven a la comprensión del significado de salud poblacional.
2. Existe una relación estadísticamente significativa, entre los determinantes organizacionales y el acceso a servicios de salud odontológicos, por lo que es trascendental abordar la gestión de la calidad en odontología, no solo desde el punto de vista de la curación de enfermedades y la prevención clínica, sino teniendo en cuenta el paradigma biopsico-social, integral y global.
3. Existe una relación estadísticamente significativa, entre la dimensión disponibilidad del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales.
4. Existe una relación estadísticamente significativa, entre la dimensión accesibilidad del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales.
5. Existe una relación estadísticamente significativa, entre la dimensión contacto del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Al gobernador regional del Departamento La Libertad; es conveniente que los ciudadanos, por lo menos frente a una emergencia odontológica, se incorporen a los programas sociales del estado, como estrategia que proporcione el acceso a los servicios de salud. Además, el gobierno regional, deberá prever la asignación de recursos económicos a los establecimientos de salud, que permitan mejorar la infraestructura, el equipamiento, los materiales y los recursos humanos, que incidirán en la mejora del acceso.

Al alcalde del Distrito de Trujillo; apoyar a los establecimientos de salud odontológica tanto estatales y privados en la difusión de la cartera de servicios que ofertan en general y específicamente en el tema de prevención y control de la salud dental.

A las autoridades de la Dirección Regional de Salud de Trujillo; en el marco de sus competencias, realizar acciones de control para confirmar la presencia de determinantes que limiten el acceso a los servicios de los ciudadanos de Trujillo a los establecimientos de salud y por tanto desarrollar estrategias que contribuyan a la prestación de servicios de calidad, y que favorezcan acceso de salud odontológica.

A las autoridades de las universidades con escuelas profesionales de la salud; incorporar en los currículos de aprendizaje, la enseñanza acerca de los determinantes sociales y su relación con las políticas públicas porque permitirá a los futuros profesionales de la salud, conocer las rutas de intervención definidas legalmente por los gobernantes, y de esta manera, diseñar estrategias de forma articulada a través de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, puedan mejorar las condiciones de vida y de salud de las comunidades.

## REFERENCIAS

- Abreu, E. de los Á. G., Serrate, P. C.-F., & Lefrán, A. L. (2016). Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 337-341.
- Abreu, J. M., Femenias, J. L. C., Ferrer, G. B., & García, Y. M. (2014). *Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual* Social Determinants of Oral Health Status at Present. 8.
- CDC MINSA. (s. f.). Análisis de Situación de Salud (ASIS). Recuperado 18 de octubre de 2022, de <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/analisis-de-situacion-de-salud-asis/>
- CDC MINSA. (s. f.). *Aspectos teórico conceptuales para la organización de la oferta de servicios de salud*. (s. f.). Recuperado 17 de octubre de 2022, de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353391-aspectos-teorico-conceptuales-para-la-organizacion-de-la-oferta-de-servicios-de-salud>
- Azañedo, D., Díaz-Seijas, D., & Hernández-Vásquez, A. (2016). Salud oral del adulto mayor: Acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 373-375. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2190>
- Azerrad, C. H., & Poma, F. A. (2005). Relación entre la prevalencia de caries dental y desnutrición crónica en niños de 5 a 12 años de edad. *Revista Estomatológica Herediana*, 15(2), 124-127.
- B, I. D., Cornejo, M., H, L. J., & Huberman, J. (2013). Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. *Científica dental: Revista científica de formación continuada*, 10(2), 15-23.
- Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: Reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M. <sup>a</sup>J., & García-Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gaceta Sanitaria*,

- 29(4),244-251. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>
- Bonilla Asalde, C. A. (2020). Determinantes del acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis que acuden a consulta externa del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Callao, 2019. *Universidad Nacional del Callao - Repositorio institucional - CONCYTEC*. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/5242>
- colegiodentistas.org. (s. f.). *Atlas de la Salud Bucodental, "El desafío de las enfermedades bucodentales – Una llamada a la acción global" | Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica*. Recuperado 18 de octubre de 2022, de <http://www.colegiodentistas.org/sitCol/2016/04/27/atlas-de-la-salud-bucodental-el-desafio-de-las-enfermedades-bucodentales-una-llamada-a-la-accion-global/>
- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado 23 de octubre de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*.
- Duque, M. (2017). *ALFA DE CRONBACH para validar un cuestionario de uso de TIC en docentes universitarios*. 1, 12.
- Espinoza, P. A. M. (2014). *Metodología de la investigación Naupas Humberto*. [https://www.academia.edu/53264668/Metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_Naupas\\_Humberto](https://www.academia.edu/53264668/Metodologia_de_la_investigacion_Naupas_Humberto)
- García Subirats, I. (2015). Acceso a la atención en los sistemas de salud de Colombia y Brasil. Un análisis de las barreras, los factores determinantes y la equidad en el acceso. *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <http://repositori.upf.edu/handle/10230/24941>
- Gomez Morillo, R. A., & Alcalde Huaraya, W. M. (2022). Salud oral y barreras para asistir a la atención estomatológica en el Centro de Salud Punta Negra, Lima 2022. *Universidad Continental*. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11312>
- Gutiérrez, C., Romaní Romaní, F., Wong, P., & Del Carmen Sara, J. (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: Un reto para la reforma de salud en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(1), 65-70. <https://doi.org/10.15381/anales.v79i1.14595>

- Hernández, J. M. R., Rubiano, D. P. R., & Barona, J. C. C. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1947-1958.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
- Herrero, M. B., Arrossi, S., Ramos, S., & Braga, J. U. (2015). Análisis espacial del abandono del tratamiento de tuberculosis, Buenos Aires, Argentina. *Revista de Saúde Pública [online]*;49,2015.  
<http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3239>
- Hirmas Aday, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223-229.  
<https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009>
- Hurtado, L. R., & Arrivillaga, M. (2017). Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1), Art. 1.  
<https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/839>
- Jaramillo y Parodi. (2004). *El seguro escolar gratuito y el seguro materno infantil: Análisis de su incidencia e impacto sobre el acceso a los servicios de salud y sobre la equidad en el acceso | GRADE*.  
<https://www.grade.org.pe/publicaciones/633-el-seguro-escolar-gratuito-y-el-seguro-materno-infantil-analisis-de-su-incidencia-e-impacto-sobre-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-y-sobre-la-equidad-en-el-acceso/>
- Lara Flores, N., Saldaña Balmori, Y., Fernández Vera, N., & Delgadillo Gutiérrez, H. J. (2015). Salud, Calidad de Vida y Entorno Universitario en estudiantes Mexicanos de una Universidad Pública. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 102-117. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.2.8>
- Llanos, L., Hurtado, J., García, P., & Gottuzzo, E. (2012). Tuberculosis y Salud Pública: ¿derechos individuales o derechos colectivos? *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 29, 259-264.  
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2012.292.352>
- Madrid, N. P. V., Aguirre, C. D. G., & Ramírez, A. P. V. (2016). Revisión de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad en Colombia entre los años 2005 a 2015( Review of

- barriers of access to health services population in Colombia with disabilities between 2005 to 2015). *CES Derecho*, 7(2), Art. 2.
- Martínez-Mejía, V. J., García, M. Á. Q., González, G. I. M., & Fuentes, E. G. A. (2017). Determinantes Sociales y Percepción de Salud Bucal de las Gestantes del Hospital Civil De Tepic. *Respyn Revista Salud Pública y Nutrición*, 16(1), Art. 1. <https://doi.org/10.29105/respyn16.1-3>
- Mattos-Vela, M. A., Carrasco-Loyola, M. B., & Valdivia-Pacheco, S. G. (2017). Prevalencia y severidad de caries dental e higiene bucal en niños y adolescentes de aldeas infantiles, Lima, Perú. *Odontoestomatología*, XIX(30), 99-106.
- Morocho Rivera, A. A. (2022). Determinantes socioculturales y organizacionales asociado con el acceso a servicios de salud en el distrito de La Unión—Piura 2020 – 2021. *Universidad Nacional de Piura*. <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/3569>
- Orozco, A. (2014). El sector salud en las ciudades colombianas de Barranquilla y Cartagena. *Lecturas de Economía*, 80, Art. 80. <https://doi.org/10.17533/udea.le.n80a7>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Parodi. (2004). Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud (SIS) sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios. *CIES*. <https://cies.org.pe/investigacion/evaluando-los-efectos-del-seguro-integral-de-salud-sis-sobre-la-equidad-en-la-salud-materna-en-el-contexto-de-barreras-no-economicas-al-acceso-a-los-servicios/>
- Pedraza-Melo, N. A., Lavín-Verástegui, J., González-Tapia, A., & Bernal-González, I. (2014). Factores determinantes en la calidad del servicio sanitario en México: Caso ABC. *Entramado*, 10(2), Art. 2.
- Pereira. (2013). *Factores relacionados con el cumplimiento del tratamiento en pacientes con tuberculosis*. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2904>
- Perspectiva global del Cuidado de la Salud 2017*. (s. f.). Deloitte México. Recuperado 18 de octubre de 2022, de

- <https://www2.deloitte.com/mx/es/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/cuidado-de-la-salud-2017.html>
- Ramos, R. M. G., Puente, G. H., González, N. M. B., & Salas, A. C. (2017). Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Rev Cubana Estomatol*, 54(1), Art. 1.
- Rivera, C. (2015). *Acceso a la prestación de los servicios de salud en la región Piura 2015*. <https://1library.co/document/q76pndny-acceso-prestacion-servicios-salud-region-piura.html>
- Rizo, M., & González-Pérez, G. (2011). Factores socio económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna: Una revisión. *REVISTA CIENCIAS BIOMÉDICAS*, 2, 2011. <https://doi.org/10.32997/rcb-2011-3389>
- Rocha-Buelvas, A. (2013). Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: Un indicador de equidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 96-112.
- Salud bucodental*. (s. f.). Recuperado 18 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Salud de la población: Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables : la perspectiva canadiense / Organización Panamericana de la Salud, OPS*. (s. f.).
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
- Sanchez García, P. P. (2015). *Determinantes del acceso a los servicios de salud en el distrito de castilla 2011*.
- Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: Debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud\*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.
- Sarmiento, S. M. (2015). *Acceso a Servicios de Salud en Personas mayores de 60 Años Según La Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar A Nivel Nacional, Perú, 2015*. 46.
- Solís, R., Sánchez, S. E., Carrión, M., Samatelo, E., Rodríguez-Zubiate, R., & Rodríguez, M. (s. f.). Cobertura de Seguros de Salud en Relación con el

uso de Servicios Médicos, Condiciones de Vida y Percepción de la Salud En Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.*, 9.

Sopla Vilca, L. (2020). Calidad de vida de los adultos mayores en el distrito de Huancas – Chachapoyas, 2019. *Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza - UNTRM.*

<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2857490>

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295-303.

Valbuena, G. J. P. (2015). Accesibilidad geográfica a los servicios de salud: Un estudio de caso para Barranquilla. *Sociedad y Economía*, 28, Art. 28.

<https://doi.org/10.25100/sye.v0i28.3935>

Virguez Moreno, L. J. (2016). *Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: Estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaqué.*

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.10554.18884>

## Anexos

### ANEXO 1. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Determinantes sociales	Según la OMS y citado por (Martínez-Mejía et al., 2017) lo determino como “el entorno en el que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluidos los sistemas de salud”. Descrito como el resultado de la distribución de dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional y local, que a su vez depende de las políticas adoptadas.	Son aquellas determinantes que establecen la atención en los servicios de salud odontológicos, en el distrito de Trujillo. Se utilizará la técnica de encuesta del trabajo de Morocho, el cual se encuentra debidamente validado en el Perú	Aspectos sociodemográficos	Edad	Nominal
				Sexo	
				Lugar de residencia	
				Estado civil	
				Número de hijos	
Determinantes organizacionales	Según (Pérez et al., 2009) son determinantes relacionados con la identificación y evaluación precisas de las diversas características de una organización y su gente a través de	Son aquellas determinantes asociadas con el horarios de atención de los servicios de salud, el tiempo de espera y el trato del personal del distrito de	Aspectos organizacionales	Lugar de atención	Nominal
				Tipo de seguro	
				Horario de atención	
				Tiempo de espera	

	procedimientos de recolección y análisis de información que permitan obtener un conocimiento confiable y veraz	Trujillo		Trato del personal	
Acceso a los servicios de salud	Según la OMS y citado por (Sánchez-Torres, 2017) el proceso de satisfacción total de una necesidad médica debido a un deterioro de la salud, diagnóstico o promoción de su mejora.	Es el proceso mediante el cual las personas buscan atención odontológica. Se utilizará la técnica de encuesta tomada del trabajo de investigación usamos como base el modelo modificado de (Bonilla Asalde, 2020) utilizado en el área de medicina, la cual se adaptará para odontología	Disponibilidad	Servicios odontológicos Ambientes cómodos y limpios Equipos y materiales adecuados Recurso humano capacitado Recurso humano suficiente Horarios de atención adecuado Atención oportuna	Nominal Dicotómica
			Accesibilidad	Medio de transporte público, propio, caminando Tiempo transcurrido desde fecha de solicitud de cita y la atención Considera adecuado el tiempo de espera Pago por la consulta odontológica Falta a consulta por razón	Nominal Dicotómica

	económica	
	Dificultades con fecha y horario de consulta	
	Calificación de la calidad en el servicio de salud	
	Calificación de la calidad en el tratamiento recibido	
Contacto	El personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su tratamiento	Nominal Dicotómica
	Explicación de enfermedad y tratamiento	
	Quedo satisfecho con la explicación	

---

## ANEXO 2. Instrumento de recolección de datos

Nº	ITEMS
<b>Dimensión: aspectos sociodemográficos</b>	
1	Última cita al odontólogo:
2	En promedio al año, ¿cuántas veces visita al odontólogo?:
3	Edad:
4	Número de hijos:
5	Sexo:
	1) F 2) M
6	Lugar de residencia:
	1) Urbano 2) Marginal
7	Estado civil
	1) Soltero ( )
	2) Casado ( )
	3) Viudo ( )
	4) Divorciado ( )
5) Conviviente ( )	
8	Nivel educativo:
	1) Primaria ( )
	2) Secundaria ( )
	3) Superior incompleta ( )
	4) Superior completa ( )
	5) Maestría
6) Doctorado ( )	
<b>Dimensión: Aspectos organizacionales</b>	
	¿Cuál es su lugar de atención?

9	1) Consultorio médico particular ( ) 2) Posta o policlínico ( ) 3) Hospital ( ) 4) No busco atención ( )		
10	Tipo de seguro 1) ESSALUD ( ) 2) SIS ( ) 3) FFAA-FF. PNP ( ) 4) Seguro particular 5) No está afiliado		
11	En una atención promedio cual es el tiempo de espera:		
12	Satisfacción de acuerdo al horario de atención: 1) Muy insatisfecho 2) Esta insatisfecho 3) No está satisfecho ni insatisfecho 4) Está satisfecho 5) Está muy satisfecho		
13	¿En su última cita odontológica como fue el trato del odontólogo? 1) Muy adecuado 2) Adecuado 3) Ni adecuado, ni inadecuado 4) Inadecuado 5) Muy inadecuado		
<b>Dimensión: Disponibilidad</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
14	¿Conoce que servicios odontológicos se ofrecen?		
15	¿Considera cómodos y limpios los ambientes donde recibe atención odontológica?		
16	¿Considera que en el lugar donde recibe atención odontológica cuentan con los correctos equipos y materiales?		

17	¿Considera que el personal odontológico se encuentra capacitado para realizar su atención?		
18	¿En algún momento, no recibió atención por falta de personal odontológico?		
19	¿Recibió atención oportuna para sus consultas odontológicas y exámenes de control?		
<b>Dimensión: Accesibilidad</b>			
20	¿Usted utiliza transporte público para llegar a su centro de atención odontológica?		
21	¿Usted utiliza transporte propio para llegar su a centro de atención odontológica?		
22	¿Usted llega caminando a su centro de atención odontológico?		
23	¿Desde el día que solicito la última cita hasta la fecha de la atención transcurrió más de dos semanas?		
24	¿Considera adecuado el tiempo de espera desde el momento que sacó la cita, hasta el momento de la atención?		
25	¿Realizó algún pago por su consulta odontológica?		
26	¿En algún momento no asistió a una consulta odontológica por falta de dinero?		
<b>Dimensión: Contacto</b>			
27	¿Tuvo alguna dificultad con las fechas y horarios de su consulta odontológica?		
28	¿Califica como buena la calidad recibida en servicios odontológicos?		
29	¿Califica como buena la calidad de los tratamientos odontológicos recibidos?		
30	¿El personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su enfermedad y/o tratamientos odontológicos?		

31	¿Recibió una correcta explicación sobre su estado de salud bucal por parte del personal de salud?		
32	¿Quedó satisfecho(a) con la explicación en su consulta odontológica?		

Autor: Tanahashi

Procedencia: EE.UU

Adaptación peruana:(Bonilla Asalde, 2020) utilizado en el área de medicina por la cual se adaptará para odontología.

### ANEXO 3. Cálculo del tamaño de la muestra

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde

$n$  es el tamaño de la muestra;

$Z$  es el nivel de confianza;

$p$  es la variabilidad positiva;

$q$  es la variabilidad negativa;

$N$  es el tamaño de la población;

$E$  es la precisión o el error.

$$Z= 1.96$$

$$p \text{ y } q = 0.5$$

$$N= 344,374$$

$$E= 0.05$$

$$n = \frac{1.96^2 (0.5) 344,374}{(344,374)(0.05)^2 + 1.96^2 (0.5)}$$

$$n = 350$$

## **ANEXO 4. Solicitud a Institución**

## ANEXO 5. Validez del instrumento de recolección de datos

### Prueba V- Aiken - DETERMINANTES SOCIALES Y ORGANIZACIONALES

N°	JUECES O EXPERTOS																												Validez de contenido												
	Juez 1					Juez 2					Juez 3					Juez 4					Juez 5					Juez 6					Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítems	Relación entre el ítems y la opción de respuesta	Promedio	V-Aiken					
	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítems	Relación entre el ítems y la opción de respuesta	Prom	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítems	Relación entre el ítems y la opción de respuesta	Prom	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítems	Relación entre el ítems y la opción de respuesta	Prom	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítems	Relación entre el ítems y la opción de respuesta	Prom	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítems	Relación entre el ítems y la opción de respuesta	Prom	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítems	Relación entre el ítems y la opción de respuesta	Prom											
Item 1	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Item 2	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Item 3	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Item 4	1	1	1	1	1.00	1	1	1	0	0.75	1	0	1	1	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	0.83	1.00	0.83	0.92	
Item 5	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Item 6	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Item 7	1	0	1	1	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	0.83	1.00	1.00	0.96	
Item 8	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Item 9	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	0	1	1	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	0	1	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	0.83	0.83	1.00	0.92	
Item 10	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	0	1	0.75	1	1	1	1	1.00	1.00	0.83	1.00	1.00	0.96	
Item 11	1	1	1	1	1.00	1	1	0	1	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	0.83	1.00	1.00	0.96	
Item 12	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Item 13	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
<b>0.98</b>																																									

Según el V. de Aiken = 0.98; demuestra que el instrumento sobre las "Determinantes sociales y organizacionales" que fue analizadas a través de seis expertos, llegó a ser calificada dentro del rango de validez fuerte.

**ANEXO N°6**

**Prueba V- Aiken - ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS**

N°	JUECES O EXPERTOS																												Validez de contenido				V-Aiken		
	Juez 1					Juez 2					Juez 3					Juez 4					Juez 5					Juez 6					Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador		Relación entre el indicador y el ítem	Relación entre el ítem y la opción de respuesta
	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítem	Relación entre el ítem y la opción de respuesta	Promedio	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítem	Relación entre el ítem y la opción de respuesta	Promedio	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítem	Relación entre el ítem y la opción de respuesta	Promedio	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítem	Relación entre el ítem y la opción de respuesta	Promedio	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítem	Relación entre el ítem y la opción de respuesta	Promedio	Relación entre la variable y la dimensión	Relación entre la dimensión y el indicador	Relación entre el indicador y el ítem	Relación entre el ítem y la opción de respuesta	Promedio					
Item 14	1	0	1	1	0.75	0	1	1	1	0.75	1	1	0	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	1	0	1	0.75	0.83	0.50	0.67	1.00	0.75
Item 15	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	0	1	0.75	1	1	1	0	0.75	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	0.83	0.83	0.92
Item 16	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	0	0.75	1.00	1.00	1.00	0.83	0.96
Item 17	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1.00	0.67	1.00	1.00	0.92
Item 18	1	1	0	1	0.75	1	0	1	1	0.75	0	0	1	1	0.50	0	1	1	1	0.75	1	1	0	1	0.75	1	0	1	1	0.75	0.67	0.50	0.67	1.00	0.71
Item 19	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	0	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	1.00	0.83	0.96
Item 20	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	0	1	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	0.83	1.00	0.96
Item 21	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	0	1	1	1	0.75	1	1	1	0	0.75	0	1	1	1	0.75	0	1	1	1	0.75	0.50	0.67	1.00	0.83	0.75
Item 22	1	1	0	1	0.75	0	1	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	0.83	0.33	0.83	1.00	0.75
Item 23	1	1	1	0	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	1.00	1.00	0.83	0.96
Item 24	0	1	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	1	0	1	0.75	0	1	1	1	0.75	1	1	1	0	0.75	0.67	0.67	0.83	0.83	0.75
Item 25	1	0	1	1	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1.00	0.83	1.00	1.00	0.96
Item 26	0	1	1	1	0.75	0	1	1	1	0.75	1	1	1	0	0.75	1	1	0	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	1	0	1	0.75	0.67	0.83	0.67	0.83	0.75

Item 27	1	1	0	0	0.50	1	1	0	1	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	0	1	1	1	0.75	1	1	1	1	1.00	0.83	1.00	0.67	0.83	0.83
Item 28	1	1	1	1	1.00	1	1	1	0	0.75	0	1	1	1	0.75	0	1	1	1	0.75	1	1	0	1	0.75	0	1	1	1	0.75	0.50	1.00	0.83	0.83	0.79
Item 29	0	1	1	1	0.75	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	1	1	1	1	1.00	0	1	1	1	0.75	1	1	1	0	0.75	0.67	1.00	1.00	0.83	0.88
Item 30	1	1	0	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1.00	0.17	0.83	1.00	0.75
Item 31	1	1	1	0	0.75	1	0	1	1	0.75	0	1	1	1	0.75	0	1	1	1	0.75	0	1	1	1	0.75	1	1	1	0	0.75	0.50	0.83	1.00	0.67	0.75
Item 32	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	0	1	1	0.75	1	1	0	1	0.75	1	1	1	0	0.75	1	0	1	1	0.75	1.00	0.33	0.83	0.83	0.75
<b>0.89</b>																																			

Según el V. de Aiken = 0.89; esto demuestra que el instrumento sobre el "Acceso a los servicios de salud odontológicos" que fue analizada por los tres expertos, llegó a ser calificada dentro del rango de validez aceptable.

### Validez de contenido por juicio de expertos aplicando la V de Aiken

- Fórmula para calcular el índice de validez de cada ítem:
- Se obtiene la validez del contenido a través del coeficiente "V" de Aiken

$$Vi = S / (n(c-1))$$

Donde:

**S** : sumatoria de las respuestas o acuerdos de los expertos por cada ítem

**n** : número de expertos

**N** : Número de ítems

**C** : número de valores en la escala de valoración (dos si se trata de acuerdo y desacuerdo) (cuatro si se trata de escala: 0, 1, 2 y 3)

Validez de contenido del criterio se determina al hallar el promedio, que equivale a la sumatoria de la validez total entre el número de ítems. Fórmula para calcular el índice general:  $Vc = Vi / N$

Vc: sumatoria de los índices de validez

### Interpretación de resultados



## ANEXO N°7. Confiabilidad del instrumento de recolección de datos

N° Encuestas Piloto	Preguntas																			Total
	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	Sum fila (t)
1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	8
2	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	9
3	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	9
4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	11
5	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	13
6	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	12
7	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	9
8	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
9	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	12
10	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	11
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18
12	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	16
13	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	6
14	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	11
15	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	10
16	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7
17	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	10
18	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	9
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	18
20	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5
21	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	17
22	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	9
23	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	7
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
25	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	12
26	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
27	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	11
28	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	6
29	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3
30	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	15
31	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	8
32	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	8
33	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
34	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	6
35	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9

36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
37	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	10
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	17
39	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	12
40	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	7
41	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	7
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
43	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	6
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
45	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	16
46	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	13
47	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17
48	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
49	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	8
50	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	9
TRC	32	28	28	36	35	33	30	33	28	23	25	32	32	35	26	30	33	32	28	19.92 2
p	0.64	0.56	0.56	0.72	0.70	0.66	0.60	0.66	0.50	0.40	0.50	0.60	0.60	0.70	0.50	0.60	0.60	0.60	0.50	
q	0.36	0.44	0.44	0.28	0.30	0.34	0.40	0.34	0.40	0.50	0.50	0.30	0.30	0.30	0.40	0.40	0.30	0.30	0.40	
pq	0.23	0.22	0.22	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	0.20	
Suma(p <sub>q</sub> )	4.43																			

COEFICIENTE DE KUDER RICHARSON: (KR - 20)

k numero de items en el cuestionario	k/(k-1)	1.056
$1-(\sum p_x q_x / \text{varianza})$	0.778	
Coeficiente de Kuder-Richardson		
<b>0.82</b>		

**Aplicación de la fórmula de Kuder-Richardson para variables**

dicotómicas	
<b>k</b>	: Número de ítems
<b>TR</b> <b>C</b>	: Total de respuestas correctas
<b>p<sub>j</sub></b>	: PROPORCIÓN de personas que respondieron j preguntas correctas
<b>q<sub>j</sub></b>	: PROPORCIÓN de personas que respondieron j preguntas incorrectas
<b>S<sup>2</sup>T</b>	: Varianza de los puntajes totales de todos los que participaron en la prueba

$$K_r = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum p * q}{S_t^2} \right]$$

0	Nula
0,01 - 0,20	Muy baja
0,21 - 0,40	Baja
0,41 - 0,60	Moderada o Sustancial
0,61 - 0,80	confiable
0,81 - 0,99	Muy confiable
1	confiable

No	0
Sí	1

## **ANEXO N°8. Consentimiento Informado**

Saludos cordiales y me presento ante ustedes, mi nombre es MARÍA EUGENIA ARTEAGA CÁRDENAS odontóloga de la Clínica Odontológica “ALQA” y soy estudiante de la maestría en Gestión de los Servicios de la Salud en la Universidad César Vallejo y estoy realizando el estudio de investigación en el marco de mi tesis de maestría “DETERMINANTES SOCIALES Y ORGANIZACIONALES RELACIONADAS CON EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS EN EL DISTRITO DE TRUJILLO – 2022”. El proyecto está iniciando y estamos encuestando a los ciudadanos residentes del distrito de Trujillo, entre los 18 y 65 años. Para tal fin le realizaremos algunas preguntas para conocer su valiosa opinión acerca del tema en estudio. El llenado del cuestionario le tomará aproximadamente 15 minutos. Toda la información que se obtenga será tratada con estricta confidencialidad y sus respuestas y nombre jamás serán revelados. No está obligado a contestar las preguntas que no quiera y podemos parar el llenado de la encuesta en el momento que usted desee. Si realizamos esta encuesta, no es para evaluarlo a usted, o criticar a la institución donde se encuentra recibiendo tratamiento, entonces por ningún motivo se sienta presionado para dar una respuesta en específico. Le pediríamos entonces que conteste a las preguntas con toda honestidad, diciendo lo que sabe, siente o piensa, tome el tiempo que necesite para responder a las preguntas. Entonces ¿Acepta participar en esta encuesta? Si está de acuerdo, continúe respondiendo el cuestionario. En cambio, si su respuesta es Negativa, terminara su participación.

-----

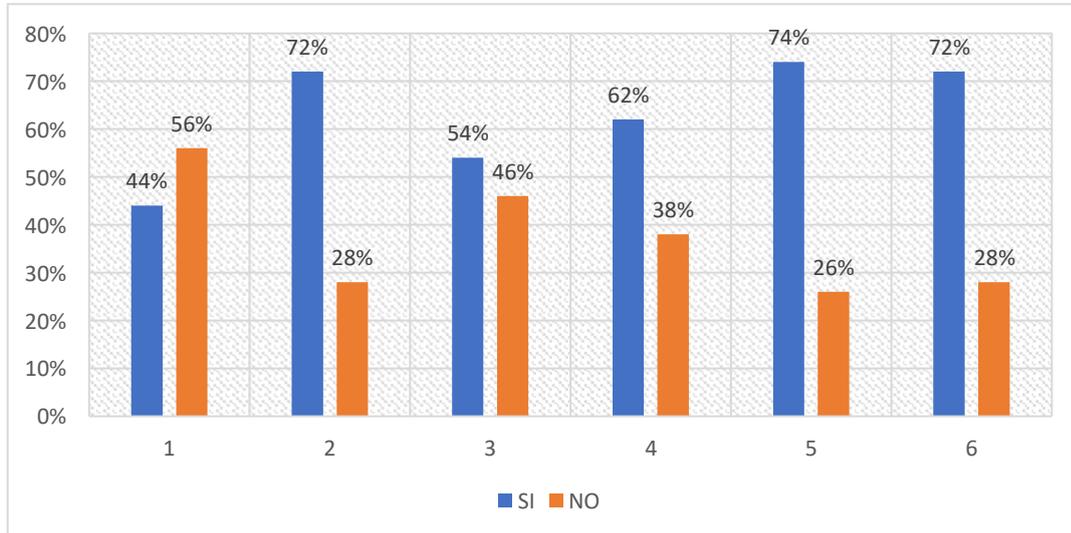
FIRMA

FECHA:

## ANEXO N°9

### Gráfico 1.

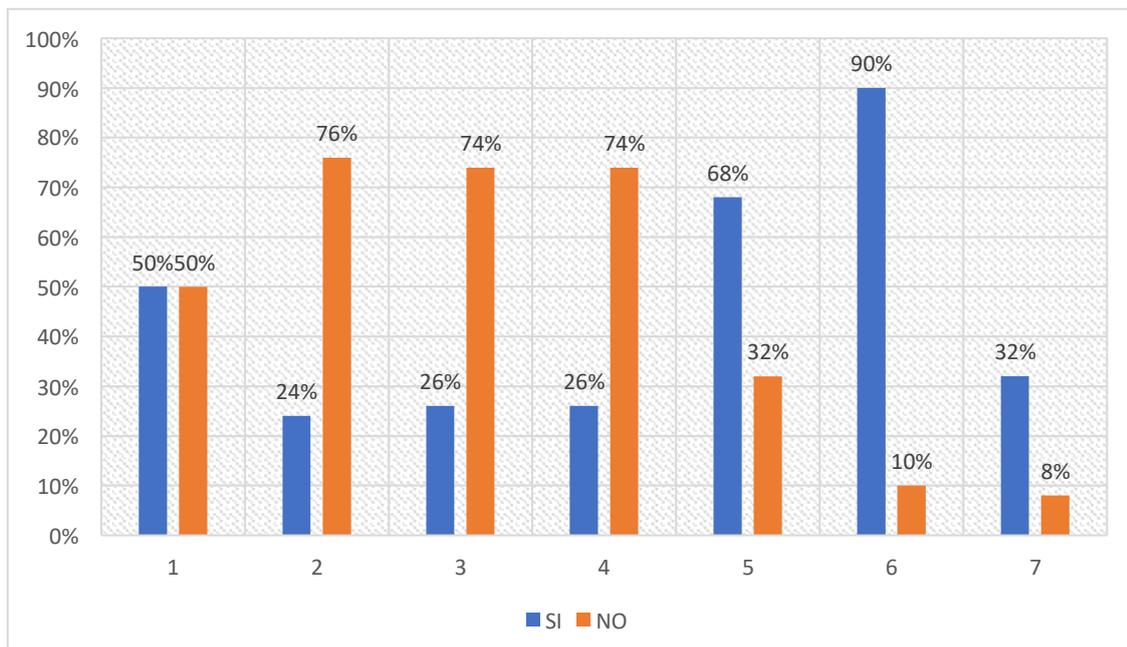
*Disponibilidad de acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales*



## ANEXO N°10

### Gráfico 2.

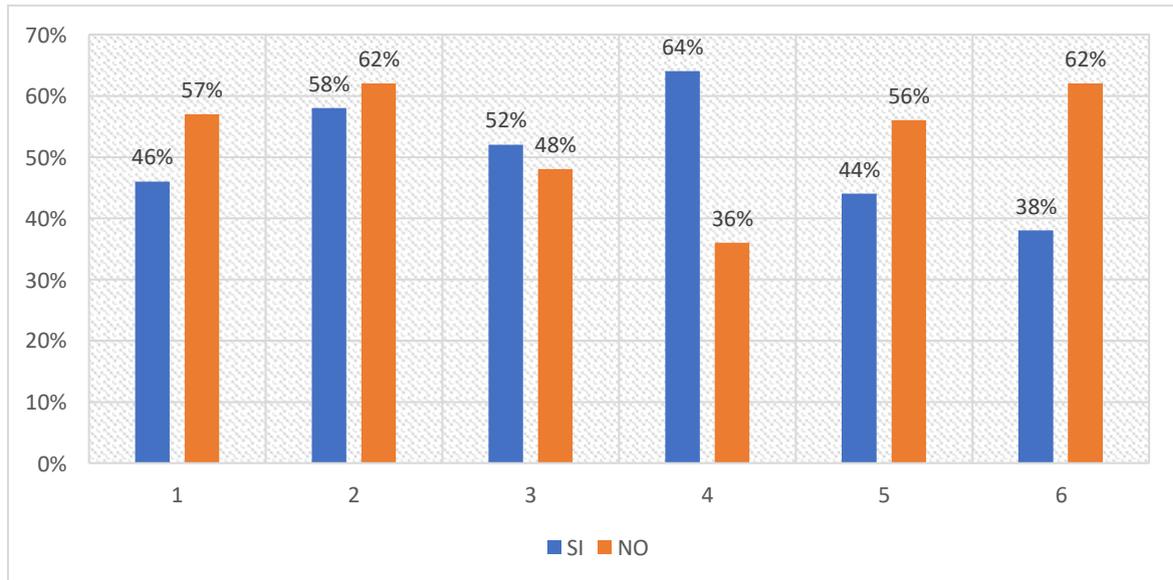
*Accesibilidad del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales.*



## ANEXO N°11

### Gráfico 3.

*Contacto del acceso a servicios de salud y las determinantes sociales y organizacionales.*





**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

**Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, VERASTEGUI GALVEZ ENMA PEPITA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Determinantes sociales y organizacionales relacionadas con el acceso a los servicios de salud odontológicos en el distrito de Trujillo – 2022", cuyo autor es ARTEAGA CARDENAS MARIA EUGENIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 4.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 03 de Enero del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
VERASTEGUI GALVEZ ENMA PEPITA <b>DNI:</b> 27574818 <b>ORCID:</b> 0000-0003-1606-7229	Firmado electrónicamente por: EPVERASTEGUIG el 14-01-2023 20:10:57

Código documento Trilce: TRI - 0508355