

**Universidad Católica de Santa María**  
**Escuela de Postgrado**  
**Maestría en Gerencia en Salud**



**“FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LAS BARRERAS DE ACCESO DE LOS USUARIOS EXTERNOS QUE CONCURREN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL PUESTO DE SALUD DE QUEQUEÑA – AREQUIPA, 2018.”**

Tesis presentada por el Bachiller:  
**Roca Ticona Susan Danitza**

Para optar el Grado Académico de:  
**Maestro en Gerencia en Salud**

Asesor:  
**Mg. Dueñas Carpio Ruperto**

**Arequipa – Perú**

**2019**

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS COLEGIADA

A : DR. JOSÉ A. VILLANUEVA SALAS  
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSTGRADO  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

De : Dra . Teresa Chocano Rosas.  
Dr . Patricio Gonzalo Azálgara Lazo  
Dr . Berlie Ocola Ticona.

Dictaminadores de Borrador de Tesis

Expediente : 20160000045397 Boleta N° : 183

Bachiller : ROCA TICONA, Susan Danitza

Maestría : Gerencia en Salud


Borrador : Factores demográficos asociados a las barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al Servicio de Odontología del Puesto de Salud de Quequeña – Arequipa 2018

En concordancia con lo dispuesto por la Dirección de la Escuela de Postgrado, se ha procedido a revisar desde una perspectiva metodológica el Borrador de Tesis presentado, señalándose las siguientes observaciones:

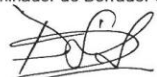
- a) Revisar la ortografía, numerar las páginas, tener en cuenta las anotaciones en diversas partes del documento y encuadrar el texto (se observa títulos al final de las hojas).
- b) Revisar y modificar los cambios sugeridos como se indican en el ejemplar de borrador de tesis
- c) Índice: Los *anexos* no son los que figuran al final del documento (corregir).
- d) Resumen: Consignar la *temporalidad* real del estudio y las *técnicas e instrumentos* tal como figuran en el *proyecto*.
- e) Bibliografía: Retirar la del *proyecto* y ubicarla como *bibliografía* del *Borrador de Tesis*.
- f) Disponer los datos de frecuencia de la tabla número 1 en forma creciente
- g) Colocar el resultado de la prueba estadística ( debajo de la tabla que corresponda)
- h) Corregir la tercera conclusión (correlación por asociación)
- i) Eliminar las medidas de tendencia central y dispersión de las tablas 7 al 12 por lo que se trata de una variable cualitativa
- j) Proyecto: (observaciones no corregidas de mi dictamen favorable)
  - a. Línea de investigación: consignar: *accesibilidad a los servicios de salud*.
  - b. Operacionalización: revisar la *definición operacional* de la primera *variable*.
  - c. Corregir en la hipótesis : de dos caras por hipótesis de una cara ya que indicas que las barreras de acceso originan Una **limitación** en la demanda hipótesis de desigualdades)
  - d. Antecedentes investigativos: precisar el país del primero y tercero.
  - e. Técnicas e Instrumentos: mencionar la variable *factores demográficos* en el ítem *instrumentos* y en el *cuadro de coherencias*.
  - f. Ubicación temporal: ha de coincidir con el periodo de *recolección de datos* que figura en el *cronograma*.
  - g. Unidades de estudio: el *universo* no es la población del distrito sino quienes concurren al servicio de odontología. Indicar cómo calculó la *muestra* (¿mediante fórmula o tablas?).
- k) Anexos: Reducir el tamaño de letra de los títulos. En el anexo 3, la asociación entre barreras de acceso y procedencia está incompleta.
- l) Corregir el ítem 7 y 8 (tiene 4 opciones cuando en el instrumento solo hay tres alternativas).

Procede, sin necesidad de nuevo dictamen, el trámite del Borrador de Tesis; con el compromiso de la alumna de subsanar las observaciones.

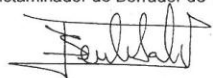
Arequipa, 25 de octubre de 2018.



Dra. Teresa Chocano Rosas  
Dictaminador de Borrador de Tesis



Dr. Patricio Azálgara Lazo  
Dictaminador de Borrador de Tesis



Dr. Berlie Ocola Ticona  
Dictaminador de Borrador de Tesis

cc. Archivo

## DEDICATORIA

*A Dios, por seguir viva, por brindarme la oportunidad de seguir avanzando, por darme la fortaleza necesaria para superar y aprender de los obstáculos presentados en mi vida personal y profesional.*

*A mi madre Susana, por darme la vida, por heredarme su carácter, su ímpetu, sus ganas de progreso y por instaurarme el pensamiento de nada es imposible, por su apoyo y creer en mis capacidades. Espero recompensarla con mi esfuerzo profesional.*

*A mi hermana Lizbeth, mi amiga y compañera de vida la que con paciencia me escucha y aconseja la cual cree en mis sueños.*

*A Manuel, mi refugio, mi complemento perfecto.*



*“Dos excesos: excluir la razón; no admitir mas que la razón.”*

*Blaise Pascal*

## INTRODUCCIÓN

El distrito de Quequeña se encuentra ubicado en la región de Arequipa, en los últimos 10 años de crecimiento desordenado registró muchas invasiones generando el aumento de la población ; los datos del Programa de salud local de este año nos indican que la población asciende a 1473 habitantes, los cuales estarían registrados en el Instituto Nacional de Estadística e Informática, pero las recientes migraciones a los anexos que se dan en la actualidad de pobladores de otros distritos y regiones, no estarían consideradas en estos datos estadísticos.

El Puesto de salud de Quequeña, es el encargado de brindar atención integral de salud, recibiendo a los pacientes de Quequeña y sus diferentes anexos, contando con servicios de medicina, odontología, enfermería y obstetricia. El servicio de odontología cuenta con un odontólogo equivalente teniendo horarios limitados con un solo turno.

La decreciente afluencia de pacientes en el servicio de odontología hace suponer que existen barreras. Las barreras son consideradas las dificultades que tienen los usuarios externos al acceder algún servicio de salud, ya sean internas (propias del paciente) o externas (asociadas al sistema sanitario), que impidan al usuario tener un acceso equitativo y oportuno. Considerando que la mayoría de pacientes atendidos en el Puesto de salud cuentan con un seguro integral de salud el cual cubre todas las atenciones básicas que requiere el paciente se plantea las interrogantes ¿existen barreras que impidan el acceso del usuario externo al servicio? , ¿Cuál es su relación con los factores demográficos?

El objetivo de esta investigación es identificar los factores demográficos y las barreras de acceso de los pacientes que concurren al servicio de odontológica. De igual manera relacionar los factores demográficos con las barreras de acceso de los pacientes del servicio.

A continuación, se aborda el desarrollo de la presente investigación, la cual está organizada en un capítulo único, en el cual se presentan los resultados de la investigación, con las tablas, interpretaciones y gráficos correspondientes. Finalmente, se encuentran la discusión de los resultados, conclusiones, sugerencias y la propuesta de intervención.

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar los factores demográficos asociados a las barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología en el Puesto de Salud de Quequeña durante el periodo de Julio y Agosto del 2018. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y relacional simple, de nivel básico y de diseño no experimental, de campo y transversal. Realizado mediante la técnica del cuestionario y con el instrumento formulario de preguntas.

Se consideró la población usuaria mensual, siendo el universo 101 pacientes y se llegó a las siguientes conclusiones: Las características demográficas predominantes de los usuarios externos del servicio de odontología en el Puesto de salud de Quequeña son: según la edad el 49,5% son menores o iguales a 30 años; según el sexo, el 68,3% son mujeres; según el estado civil el 69,3% son convivientes; según el grado de instrucción, el 72,3% sólo ha concluido la secundaria; según su procedencia, el 92,1% es de Arequipa, y según su ocupación, el 61,4% es ama de casa. A nivel global, las barreras de acceso que perjudican a los usuarios externos son, en general, de nivel grave (87,1%), en cuanto a sus dimensiones, también son de nivel grave las barreras de acceso de oferta (78,2%), los de tipo geográfico (68,3%) y los de tipo económico (93,1%); en cambio son de nivel leve los de tipo cultural (62,4%) y los de tipo social (49,5%).

Con el estadígrafo chi-cuadrado y al 95% de confianza se ha concluido que el sexo, la procedencia y la ocupación tienen  $P < 0,05$  y por tanto se constituyen en factores demográficos asociados significativamente a las barreras de acceso.

**Palabras clave:** *factores demográficos, barreras de acceso, servicio de odontología.*

## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the demographic factors associated with the access barriers of external users who attend the dentistry service at the Quequeña-Arequipa 2018 Health Post. This is a simple quantitative, descriptive and relational investigation of basic level and non-experimental, field and transversal design. Made using the survey technique and the questionnaire instrument.

Was considered the monthly user population being the universe 101 patients and the following conclusions were reached: The predominant demographic characteristics of the external users of the dentistry service in the Quequeña health post are: according to age 49.5% are less than or equal to 30 years; according to sex, 68.3% are women; according to marital status, 69.3% live together; according to the level of education, 72.3% have only completed secondary school; according to their origin, 92.1% are from Arequipa, and according to their occupation, 61.4% are housewives. At a global level, the access barriers that harm external users are of a serious level (87.1%), in terms of their size, the barriers to supply access (78.2%) are also serious. of geographic type (68.3%) and those of economic type (93.1%); On the other hand, the cultural level (62.4%) and the social type (49.5%) are of a slight level.

With the chi-square statistic and 95% confidence, it has been concluded that sex, origin and occupation have  $P < 0.05$  and, therefore, constitute demographic factors significantly associated with access barriers.

**Keywords:** *demographic factors, access barriers, dentistry service.*

## ÍNDICE GENERAL

### INTRODUCCIÓN

### RESUMEN

### ABSTRACT

### CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	2
1.1.Enunciado del problema .....	2
1.2.Descripción del problema .....	2
1.3.Justificación .....	5
2. OBJETIVOS.....	5
3. HIPÓTESIS.....	6

### CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. MARCO CONCEPTUAL.....	8
1.1.FACTORES DEMOGRÁFICOS .....	8
1.2.ACCESO .....	10
1.2.1 Definición de acceso.....	10
1.2.2 Definición de accesibilidad .....	13
1.3.BARRERAS DE ACCESO .....	18
1.4.MODELOS DE CLASIFICACIÓN.....	19
1.5.CIFRAS ESTADÍSTICAS DE BARRERAS DE ACCESO.....	29
1.6.ESTUDIO INTERNACIONALES SOBRE ACCESO AL SERVICIO ODONTOLÓGICO.....	30
2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	33

### CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN .....	38
1.1.Técnica.....	38
1.2.Instrumento .....	38
1.3.Cuadro de coherencias.....	38
1.4.Escala de calificación del Instrumento .....	41
1.5.Prototipo o modelo del Instrumento.....	42

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	48
2.1.Ubicación espacial.....	48
2.2.Ubicación temporal .....	48
2.3.Unidades de estudio.....	48
2.3.1 Población.....	48
2.3.2 Muestra.....	49
3. ESTRATÉGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	49
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	
1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	52
2. DISCUSIÓN.....	88
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>96</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>97</b>
<b>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....</b>	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>107</b>
1. Prueba de Hipótesis	
2. Baremación de las Barreras de acceso	
3. Validación del Instrumento y Confiabilidad de Alfa de Cronbach	
4. Consentimiento Informado	
5. Matriz de Datos	
6. Autorización para realizar investigación	

## ÍNDICE DE TABLA

<b>TABLA N° 1 Factores demográficos según la edad .....</b>	<b>52</b>
<b>TABLA N° 2 Factores demográficos según el sexo .....</b>	<b>54</b>
<b>TABLA N° 3 Factores demográficos según el estado civil .....</b>	<b>56</b>
<b>TABLA N° 4 Factores demográficos según el grado de instrucción .....</b>	<b>58</b>
<b>TABLA N° 5 Factores demográficos según la procedencia .....</b>	<b>60</b>
<b>TABLA N° 6 Factores demográficos según la ocupación .....</b>	<b>62</b>
<b>TABLA N° 7 Barreras de acceso al servicio de odontología a nivel global .....</b>	<b>64</b>
<b>TABLA N° 8 Barreras de acceso de oferta .....</b>	<b>66</b>
<b>TABLA N° 9 Barreras de acceso de tipo geográfico .....</b>	<b>68</b>
<b>TABLA N° 10 Barreras de acceso de tipo económico .....</b>	<b>70</b>
<b>TABLA N° 11 Barreras de acceso de tipo cultural .....</b>	<b>72</b>
<b>TABLA N° 12 Barreras de acceso de tipo social .....</b>	<b>74</b>
<b>TABLA N° 13 Relación entre barreras de acceso y edad .....</b>	<b>76</b>
<b>TABLA N° 14 Relación entre barreras de acceso y sexo .....</b>	<b>78</b>
<b>TABLA N° 15 Relación entre barreras de acceso y estado civil .....</b>	<b>80</b>
<b>TABLA N° 16 Relación entre barreras de acceso y grado de instrucción.....</b>	<b>82</b>
<b>TABLA N° 17 Relación entre barreras de acceso y procedencia .....</b>	<b>84</b>
<b>TABLA N° 18 Relación entre barreras de acceso y ocupación.....</b>	<b>86</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>GRÁFICA N° 1 Factores demográficos según la edad.....</b>	<b>53</b>
<b>GRÁFICA N° 2 Factores demográficos según el sexo.....</b>	<b>55</b>
<b>GRÁFICA N° 3 Factores demográficos según el estado civil .....</b>	<b>57</b>
<b>GRÁFICA N° 4 Factores demográficos según el grado de instrucción .....</b>	<b>59</b>
<b>GRÁFICA N° 5 Factores demográficos según la procedencia.....</b>	<b>61</b>
<b>GRÁFICA N° 6 Factores demográficos según la ocupación.....</b>	<b>63</b>
<b>GRÁFICA N° 7 Barreras de acceso al servicio de odontología a nivel global.....</b>	<b>65</b>
<b>GRÁFICA N° 8 Barreras de acceso de oferta .....</b>	<b>67</b>
<b>GRÁFICA N° 9 Barreras de acceso de tipo geográfico.....</b>	<b>69</b>
<b>GRÁFICA N° 10 Barreras de acceso de tipo económico .....</b>	<b>71</b>
<b>GRÁFICA N° 11 Barreras de acceso de tipo cultural.....</b>	<b>73</b>
<b>GRÁFICA N° 12 Barreras de acceso de tipo social.....</b>	<b>75</b>
<b>GRÁFICA N° 13 Relación entre barreras de acceso y edad.....</b>	<b>77</b>
<b>GRÁFICA N° 14 Relación entre barreras de acceso y sexo.....</b>	<b>79</b>
<b>GRÁFICA N° 15 Relación entre barreras de acceso y estado civil .....</b>	<b>81</b>
<b>GRÁFICA N° 16 Relación entre barreras de acceso y grado de instrucción .....</b>	<b>83</b>
<b>GRÁFICA N° 17 Relación entre barreras de acceso y procedencia .....</b>	<b>85</b>
<b>GRÁFICA N° 18 Relación entre barreras de acceso y ocupación .....</b>	<b>87</b>



**CAPÍTULO I:  
PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Enunciado del problema:

“Factores demográficos asociados a las barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología del Puesto de salud de Quequeña - Arequipa 2018.”

### 1.2. Descripción del Problema:

#### 1.1.1 Campo, Área y Línea de Investigación:

- a. Campo : Ciencias de la Salud.
- b. Área : Gerencia en Salud.
- c. Línea : Accesibilidad a los servicios de salud.

#### 1.2.1 Análisis u Operacionalización de variables e indicadores:

VARIABLE	INDICADORES	SUBDINDICADORES
<b>Factores demográficos</b> (Son los factores encargados de estudiar el tamaño, la estratificación y el desarrollo de una colectividad)	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;= 30 años</li> <li>• De 31 a 40 años</li> <li>• De 41 a 50 años</li> <li>• &gt; 51 años</li> </ul>
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa</li> <li>• Desempleado</li> <li>• Empleado</li> <li>• Trabajo Independiente</li> <li>• Jubilado</li> </ul>
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casado</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Viudo</li> <li>• Divorciado</li> </ul>
	Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>
	Procedencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arequipa</li> <li>• Otros departamentos</li> </ul>
<p><b>Barreras de acceso:</b> (Considerados factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan que estos grupos accedan a servicios de atención y diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud.)</p>	Oferta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de asignación de citas.</li> <li>• Tiempo de demora en la culminación del tratamiento.</li> <li>• Tiempo de espera y retrasos en citas.</li> <li>• Muchos trámites para sacar cita.</li> <li>• Horarios de Atención.</li> </ul>
	Geográfico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad en la distancia desde la residencia hasta el lugar de atención.</li> <li>• Tiempo de viaje.</li> <li>• Medio de transporte.</li> </ul>
	Económico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo en el traslado al lugar de atención.</li> <li>• Ingresos insuficientes para acceder a los servicios.</li> <li>• Pago para la prestación de servicio.</li> </ul>

	Cultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de los servicios odontológicos que se ofrecen.</li> <li>• Temor a las agujas.</li> <li>• Temor al sonido del Instrumental rotatorio.</li> <li>• Desacuerdo con los tratamientos.</li> <li>• Vergüenza a la exposición de la cavidad oral.</li> <li>• Percepción de actitudes desfavorables del odontólogo.</li> </ul>
	Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excesivo trabajo.</li> <li>• Ausencia de tiempo.</li> </ul>

### 1.3.1 Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son los factores demográficos de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología del Puesto de salud de Quequeña?
- ¿Cuáles son las barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología del Puesto de salud de Quequeña?
- ¿Qué relación existe entre los factores demográficos y las barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología del Puesto de salud de Quequeña?

### 1.4.1 Tipo de investigación

De campo

### 1.5.1 Nivel de Investigación

Descriptivo y Relacional

### 1.3. Justificación

La presente investigación resulta novedosa y de interés ya que no se registran estudios previos a nivel nacional y regional, aportando así nuevos conocimientos en el área, de igual modo permitirá obtener antecedentes investigativos para futuras exploraciones.

Es conveniente, ya que permitirá identificar los factores demográficos, las barreras de acceso persistentes y de mayor prevalencia de los usuarios externos. De igual modo asociara los factores demográficos con las barreras de acceso logrando obtener las primeras bases estadísticas del servicio de odontología, asimismo la determinación y relación de estas dos variables contribuirá en un oportuno desarrollo de la Estrategia de salud bucal, y un aporte en la programación anual de las actividades como también en la programación de salud local.

La relevancia social está dirigida al Puesto de salud de Quequeña como Institución y, a los pacientes de la misma.

Los resultados de esta investigación permitirían realizar mejoras en las políticas institucionales, cambios organizacionales, igualmente reconocer si alguna barrera se enlaza directamente al servicio de odontología.

## 2 OBJETIVOS

2.1. Identificar los Factores demográficos de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología del Puesto de salud de Quequeña.

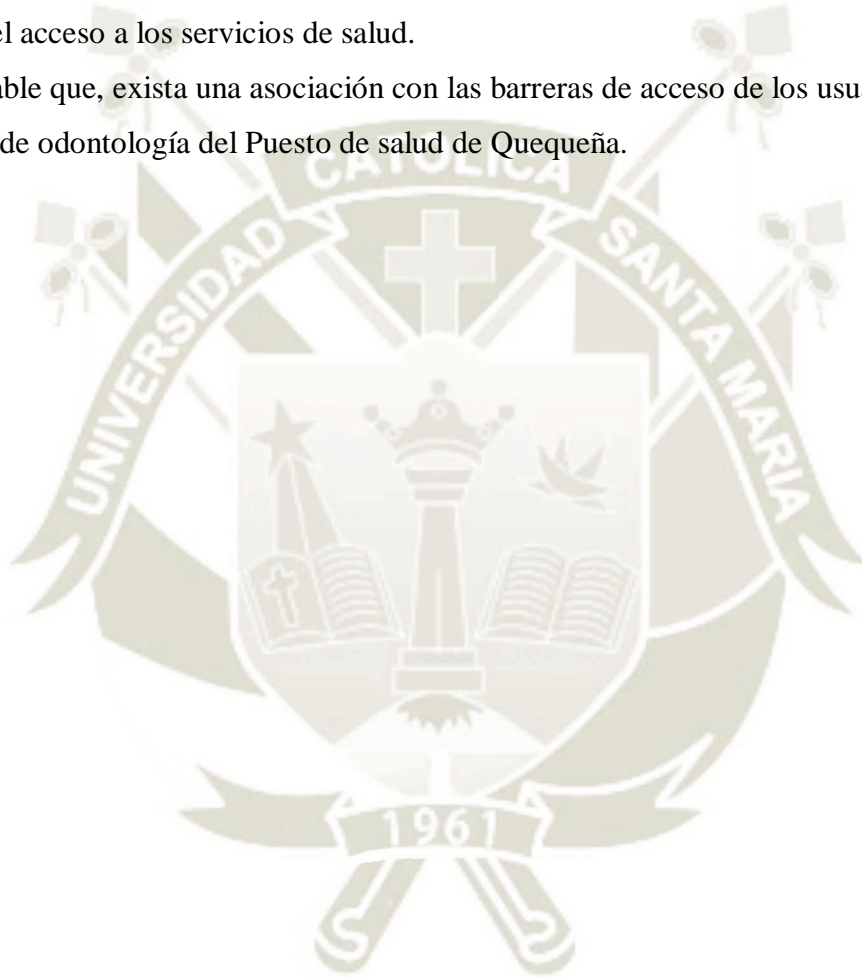
2.2. Identificar las barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología del Puesto de salud de Quequeña.

2.3. Relacionar los Factores demográficos con las Barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología de la Posta de salud de Quequeña.

### 3 HIPÓTESIS

Dado que, los factores demográficos pueden actuar como factores externos que favorecen o limitan el acceso a los servicios de salud.

Es probable que, exista una asociación con las barreras de acceso de los usuarios externos del servicio de odontología del Puesto de salud de Quequeña.





**CAPÍTULO II:  
MARCO TEÓRICO**

## 1. MARCO CONCEPTUAL:

### 1.1. Factores demográficos

Características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, y la edad de matrimonio. Esto se hace para cada miembro de la población.(7)

#### 1.1.1 : Edad

Es una característica biológica que demarca los años progresivos que ha vivido una persona.

Upiachihua E. (Perú, 2015) Afirma que la madurez se adquiere con la edad lo que hace más fácil que el ser humano comparta sus inquietudes pero también adquiere la fortaleza necesaria para enfrentar las dificultades que se presentan a lo largo de la vida. Aduce que en el ámbito de salud, los adultos asumen mejor la enfermedad y son capaces de discernir sobre el tipo de atención que reciben.

El Ministerio de Salud en los Lineamientos de Política Sectorial 2012 - 2020 y en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, el cual demanda aplicar acciones de salud, teniendo como eje central las necesidades de salud de la persona, en el contexto de la familia con la finalidad de contribuir a mejorar sus niveles de salud y calidad de vida, en concordancia con la OMS, clasifica la edad adulta de la siguiente manera:

- Adulto Joven: de 19 a 30 años.
- Adulto: de 30 a 59 años.
- Adulto Mayor: de 60 años a más.

Concluyen afirmando que el ser humano es poseedor de tres edades, que salud no puede desconocer por qué están interrelacionadas y son: la cronológica, la biológica y la psicológica. Estas se interrelacionan de tal forma que cada una influye en la otra de manera notable, sin embargo en el marco de las programaciones de atenciones en salud, sólo tenemos en cuenta la edad cronológica, pero cuando hablamos de esta nos referimos solamente al número de años del usuario, pero igualmente importante es la edad biológica y la psicológica. La edad biológica hace referencia al estado físico o desgaste corporal, y la psicológica a la edad con que uno se siente psíquicamente así como a los pensamientos y emociones habituales.(2)

Los grupos extremos (niños y ancianos) utilizan más los servicios que los otros grupos de edad, y esto ocurre independientemente del país en cuestión.(13)

### **1.2.1 : Sexo**

Definida como la diferencia física y biológica entre el varón y la mujer. También se puede definir el sexo como un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos).(2)

### **1.3.1 : Estado Civil**

Es la condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles. Se clasifica estandarizadamente de la siguiente manera:

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- Viuda
- Divorciada

Ochoa C. (Perú, 2010) afirma que la situación conyugal y familiar son algunos de los pilares sobre los que se sustenta el bienestar, las personas adultas solteras representa un evento de gran angustia y preocupación lo cual no siempre es bien afrontado a diferencia de otra persona que se siente protegida al contar, con pareja estable.(2)

### **1.4.1 : Ocupación**

Es la actividad o trabajo en que se desempeñan las personas en un determinado tiempo y espacio, por el cual se recibe una remuneración. En la actualidad la situación socioeconómica es crítica, en el Perú al igual que en muchos países, los cambios económicos, sociales y culturales de la sociedad han condicionado a que las personas tengan que trabajar dentro y fuera del hogar, situación que influye en el desarrollo personal, en la integración del hogar, en la salud del individuo al tener que desempeñar múltiples funciones.(2)

### **1.5.1 : Procedencia**

La encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 2012) informa que 66% de usuarios pertenecen a la zona urbana y 34% a la zona rural; además existe diferencia en relación a la educación, a la edad, según zona de residencia, es así

que en la zona rural es mayor la proporción de personas con educación primaria (incompleta: 46%, completa 28%) en el área urbana predominan las personas con educación incompleta 34%, completa 21%) y con estudios superiores 19%.(2)

### **1.6.1 : Grado de Instrucción**

Es el conjunto de conocimientos que posee una persona, adquiridos en los diferentes ciclos de vida. La categorización o clasificación del nivel educativo no es normalizado o estandarizado, para todos los países de habla hispana, cada uno de ellos responden a políticas educativas; es así que en el Perú, se clasifica el grado de instrucción en: - Analfabeto - Primaria (1° a 6° años) - Secundaria (1° a 5 to. Año) - Estudios superiores. Así mismo, cabe rescatar que en investigaciones de la sociedad Iberoamericana de Información Científica se considera que el nivel de educación en las personas influye de manera preponderante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud.(2)

## **2.1. Acceso**

El concepto de acceso en muchas ocasiones ha sido relacionado con la utilización o el uso de servicios, asimismo cada autor tiene un punto de vista particular, llevando el concepto a relacionarlo no solo con el uso o la utilización sino igualando acceso con accesibilidad, calidad, eficiencia, entre otros términos.

Es por ello que la revisión de la literatura sobre acceso a los servicios sanitarios pone en evidencia la ausencia de una definición única, y la frecuente confusión y el uso indistinto con sus componentes como disponibilidad, proximidad geográfica, cobertura en el aseguramiento. Esta variedad no solo revela diferencias semánticas sino también una variabilidad conceptual, variabilidad que a menudo es un reflejo de los diferentes contextos, objetivos y momentos en las que fueron desarrolladas las diferentes investigaciones.(4)

### **2.2.1 Definición de Acceso**

Según el diccionario de la Real Academia Española, acceso del latín accessus, significa entrada o paso, acción de llegar o acercarse, entrada al trato o comunicación con alguien.

Andersen (1968), entiende el acceso en términos de si el que necesita atención sanitaria está dentro del sistema o no. Se usa acceso para referirse al uso de los servicios.

Andersen y Newman, vinculan el acceso con el uso y con la calidad de dicha utilización.

Andersen (1995), relaciona el acceso y la utilización, establece una vinculación entre los diferentes componentes que se retroalimentan incorporando dinamismo al modelo.

Rosenstock, basado en creencias sobre la salud, se refiere al acceso como la utilización de los servicios, enlaza la enfermedad con aspectos socioculturales y las decisiones de uso con las creencias sobre el sistema.

Perchansky y Thomas, utilizan un concepto abierto de acceso y lo diferencian de utilización, son los primeros autores que introducen la calidad dentro del estudio de acceso.

Mechanic, basado en aspectos sociopsicologicos, utiliza el concepto de acceso pero se refiere a utilización, relaciona el uso con la confianza que el usuario tenga en el sistema.

Dulton, refiere directamente el acceso a la utilización, muy focalizada en aspectos relacionados con los proveedores, diferencia y vincula los accesos que son controlados por los usuarios de los que son controlados por los profesionales.

Gulzar, lo mismo que ocurre con otros autores, prioriza el acceso pero luego lo conecta con la utilización.

Norris y Aitiken, se centran en el acceso el cual diferencian de la utilización.(5)

Donabedian (1972), argumenta que, “la prueba de acceso es uso de servicios, no simplemente la presencia de una instalación”, y que el acceso puede en consecuencia ser medido por el nivel de uso en relación con la necesidad.(12)

Frenk (1985) propone que “se reserve el término de acceso para denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención. Con respecto a acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los

servicios”.(12) Se centra en el acceso como capacidad del usuario para utilizar un servicio; relaciona el acceso con la accesibilidad.(5)

Aday y Andersen (1974), el acceso se relaciona con la utilización. Se introduce el concepto de acceso efectivo y acceso eficiente en función de los resultados obtenidos.(5)

El acceso puede ser conceptualizado partiendo del objetivo de la política de salud, a través de las características del sistema de atención de la salud y del riesgo de la población (insumos), a los resultados o productos: utilización actual de los servicios de atención de la salud y satisfacción del consumidor con estos servicios. Así se describe conceptualmente el proceso de búsqueda y obtención de la atención, teniendo en cuenta que antes de usar los servicios de salud se debe sentir la necesidad de atención, los servicios deben estar disponibles con una distancia razonable, ser aceptados (confianza en el proveedor) y tener la habilidad para obtener el servicio (disponibilidad de ingresos o seguro y tiempo).(12)

Andersen, el acceso se trata de la “capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”.

Cromely y McLafferty el acceso es el “poder de disponer de los recursos del servicio de salud”

Dixon- Woods et ál., la forma más útil de entender el acceso es a través del concepto de candidatura, o candidacy, que describe la elegibilidad de las personas para la asistencia sanitaria, determinada por ellas mismas y por los servicios de salud.

Restrepo (2014), el acceso a los servicios de salud, se entiende como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención.(10)

The Institute of Medicine, define el acceso como el uso de los servicios, se centra en los accesos a los servicios que son capaces de generar mejoras en la salud.(5)

Para otros autores se entiende que el acceso a los servicios de salud es " el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el

deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente”.(1)

Asimismo el acceso busca facilitar las condiciones para que la persona pueda llegar al servicio de salud, bien sea desde la cobertura dada por el sistema o hasta aspectos geográficos que faciliten la llegada a cierto servicio.(5)

En las definiciones expuestas se destaca que el acceso está vinculado con la utilización o el uso del servicio y la necesidad del usuario para la búsqueda del servicio. Entonces partiendo de esas premisas podemos decir que el Acceso es la capacidad del usuario externo de obtener y utilizar un servicio de salud.

### **2.1.2. Aspecto complementario de la definición de Acceso: Accesibilidad**

Como primera medida, el acceso y la accesibilidad de los servicios son aspectos complementarios pero no necesariamente se refieren a lo mismo.(15)

Según la definición de la Real Academia Española, la “accesibilidad” es la cualidad de accesible, sería la facilidad para acceder a algo.(4)

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población.(1)(6)

Donabedian (1973) y Frenk (1985). En particular, se adopta la accesibilidad como un concepto más general que incluye el acceso y se refiere al “grado de ajuste” entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud.(12)

O’Shanahan (1990), define la accesibilidad en términos de capacidad: “la capacidad de la población para ser atendida por los servicios de salud de los centros sanitarios en cuestión”.

Asis y Crosland (1996), la accesibilidad puede ser entendida como “la capacidad del paciente para obtener, cuando sea necesario, cuidado de la salud, de manera fácil y conveniente”.

Palomar et al. (1996), la define como “la facilidad con la que los servicios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población que los necesita.

Gómez (1996) como Borràs (1994), partiendo de Money (1983), expresan la accesibilidad en términos de oportunidad: “la oportunidad de recibir atención sanitaria, que puede ser utilizada o no”, y cuya carencia o ausencia de accesibilidad, podría ser calculada como “la diferencia entre la morbilidad atendida y la morbilidad total o como la diferencia entre la demanda potencial de asistencia sanitaria y la demanda materializada en los accesos realizados a los diferentes servicios”.(5)

La accesibilidad se considera como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos, se evalúa en el marco de las interacciones entre los usuarios y los recursos del sistema de salud, siendo uno de los factores que determina la calidad en la prestación de los servicios.(3)

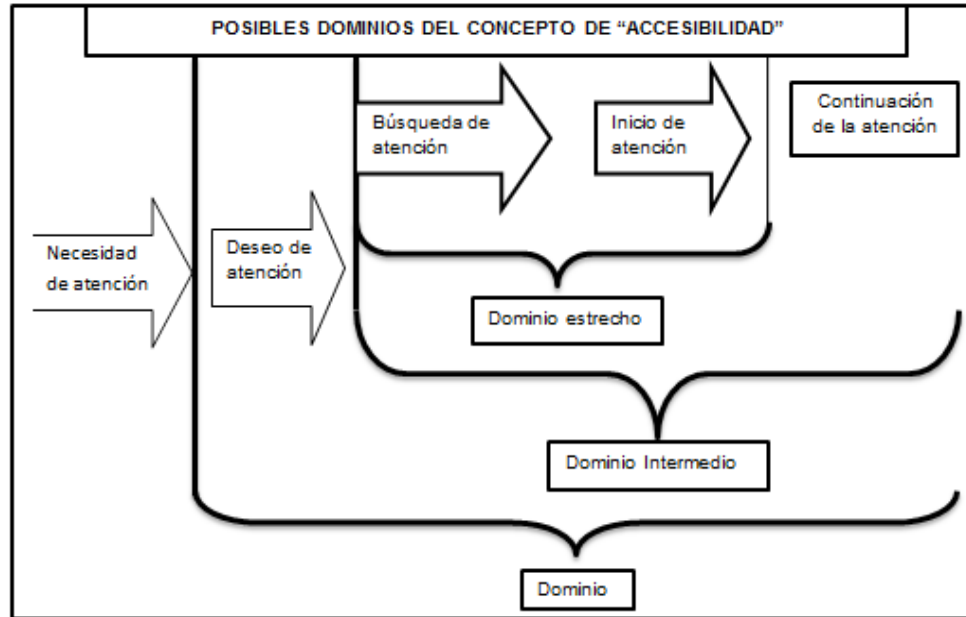
Señala Avedis Donabedian, (1998) la accesibilidad son “aquellas características del recurso que facilitan u obstaculizan la utilización por parte de los clientes potenciales... son características de los recursos que los hacen más o menos utilizables” y esas características de los recursos son los elementos que se interponen entre la disponibilidad del recurso y su utilización son “los factores que intervienen entre la capacidad de producir servicios y la producción o el consumo real de éstos. Dichos factores son en sí mismos un subconjunto de un conjunto mayor de factores que influyen en la utilización del servicio”. Bajo este enfoque, la accesibilidad depende básicamente de los proveedores que hacen más fácil o difícil el acceso pero también de los usuarios en la medida que son capaces de vencer los obstáculos — sociales, psicológicos, etc. — que se interponen entre la oferta de recursos y su utilización, en un proceso de adaptación mutua.(5)

Para Stolkiner y otros (2000), accesibilidad es el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de la una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”. También se incluye en esta mirada el hecho de que son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones.(6)

Frenk, (1985) parte de la accesibilidad como algo que hace referencia a las características de los recursos, y por tanto, algo externo al individuo: “Decir que algo es accesible vale tanto como decir que está fuera del individuo, el cual tiene que desearlo, buscarlo y finalmente, alcanzarlo” y en donde funciones como aliviar el dolor, afrontar la enfermedad y promover el bienestar, dentro de las inscribe el concepto temporal de la accesibilidad, se delegan o están bajo el control de otra persona u organización. Pero este autor, aunque inicialmente pretende y aconseja mantener las características de la población —las capacidades— fuera del dominio de la accesibilidad, es consciente de su dificultad o imposibilidad práctica, pues tal como él dice, atenerse únicamente a las capacidades internas del individuo o exclusivamente a los recursos externos tal vez no haya ocurrido nunca en el estudio de la accesibilidad, ya que él asume que “el concepto de 'accesibilidad' es simplemente un recurso mental para aprehender la esencia de una realidad que en sí misma es una totalidad compleja e indivisible”.(5)

Frenk, establece diferentes dominios para la accesibilidad:

- 1.-*Dominio estrecho*: Es el proceso de buscar y recibir atención.
- 2.-*Dominio intermedio*: Incorpora la continuidad en el tratamiento y los deseos de atención.
- 3.-*Dominio amplio*: Introduce los conceptos de poder de utilización de los usuarios y la resistencia de los recursos.(5):



Fuente: Frenk (1985) citado por Cernadas (2008): “Desigualdades en salud e inequidades en el acceso a los sistemas sanitarios públicos: Los colectivos socialmente desfavorecidos en Barcelona”.

Pero esa transición entre los diferentes dominios del término le plantea ciertos problemas conceptuales de nuevo, pues al incorporar los deseos de atención estamos incorporando dentro de la accesibilidad aspectos que influyen sobre los propios deseos de atención como son la tolerancia al dolor, la confianza en el sistema o las creencias sobre la salud; aspectos todos ellos que coincidirían con los determinantes de utilización propuestos por Andersen y otros autores y que podrían no pertenecer estrictamente a las capacidades de los individuos; por lo que Frenk se muestra más partidario de limitar el concepto de la accesibilidad a su dominio estrecho, aunque al final de su trabajo, y recogiendo la idea de Donabedian de accesibilidad como proceso de 'ajuste', plantea un concepto formal de accesibilidad un poco más abierto en el que combina la idea de ajuste con el dominio estrecho que él propone por ello: Frenk (1985), establece que la accesibilidad “...es el 'grado de ajuste' entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención” manteniendo fuera los deseos de atención y la continuidad, y en donde la accesibilidad puede verse como una relación funcional entre el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención —

resistencia— y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos, lo que daría lugar a lo que él denomina poder de utilización.(5)

Flórez y cols (2012), la accesibilidad es la utilización de los servicios de salud, la cual provee una “estructura que describe aquellos factores que inhiben o facilitan la entrada al sistema de prestación de servicios de salud como una medida dónde, cuán a menudo y con qué propósito la entrada es alcanzada y cómo está facilitada, factores que operan para afectar la admisión”. Esta estructura conceptual usa una perspectiva de sistema para integrar un rango de variables individuales, ambientales y relacionadas con el proveedor asociadas con la decisión de búsqueda de atención. Donabedian (1973), también se sugiere que la accesibilidad “implica que personas en poblaciones bajo riesgo usen servicios a tasas proporcionales y apropiadas para la necesidad existente por atención”. Por ende los establecimientos, los bienes y los servicios de salud deben ser física y económicamente accesibles a todos sin discriminación por razones de “raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, discapacidad física o mental, estado de salud, orientación sexual o cualquier otra condición, que tenga por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. Para la Organización Panamericana de la Salud (2011), la accesibilidad comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir la información y las ideas acerca de los asuntos de salud. En Colombia la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005), define la accesibilidad a los servicios de salud, “como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicio”. La nueva ley estatutaria de salud en Colombia (1751 de 2015, Art 6), la define como “los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural.(15)

### 1.3 Barreras de acceso

Hay muchas definiciones en la literatura científica que busca tratar de comprender este aspecto. Algunos autores centran su análisis en las barreras de acuerdo a sus dimensiones para darle alguna definición como es el caso de barreras geográficas, económicas, políticas y/o sociales, entre otras.(15)

No existe todavía un consenso absoluto sobre el entendimiento de las barreras, ya que diferentes autores pueden entender cosas distintas acerca de las Barreras.(1)

Originariamente el concepto fue introducido por Rosenstock y las definía como “*costs inherent in health action*”, en donde las barreras vendrían a ser algo así como las creencias o percepciones de un determinado coste en la obtención de un servicio sanitario — incluyendo los aspectos negativos de la utilización ,sería un cálculo subjetivo y no necesariamente consciente, relacionado con aspectos socioculturales o sociopsicológicos; por lo que, las barreras bajo este planteamiento son difíciles de medir y cuantificar y dado que el autor no explicita la forma de operacionalizarlas pocas veces se ha aplicado este enfoque. Andersen, introduce la idea de barreras como la dificultad para utilizar un determinado recurso sanitario, en donde las barreras serían externas al individuo, serían más objetivables y, por lo tanto, se asume que podrían ser más fácilmente medibles y cuantificables. Melnyk, (1988) indica que hay dos formas básicas de entender las barreras: a) como algo perteneciente al propio usuario, y por lo tanto debieran de ser entendidas como barreras internas de carácter sociopsicológico y, b) barreras externas pertenecientes a la estructura del propio sistema sanitario; pero en ambos casos se trataría de elementos — obstáculos, resistencias y dificultades— que acaban dificultando la accesibilidad, acceso y uso de un determinado recurso sanitario previamente existente.(5)

Para Aday y col. estas barreras en el acceso a los servicios de salud se definen como aquellos “factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan que estos grupos accedan a servicios de atención y diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud.”(15)

#### 1.4 Modelos de clasificación

Cuando se mencionan modelos para medir las barreras de acceso se tienen en cuenta sus dimensiones, características mediante las cuales se pueden desglosar o clasificar para poder tener parámetros para la medición del acceso y la accesibilidad del usuario.

Para medir los facilitadores, se pueden utilizar los mismos modelos que miden las barreras de acceso un ejemplo claro es el modelo de Tanahashi en los estudios de Virguez (2016), Hirmas (2013).

A continuación se mencionan los modelos para el estudio de barreras en cuanto accesibilidad y luego referente al acceso según los autores, en el modelo de Tanahashi se mencionan facilitadores.

Para hacer más operativo el estudio de la accesibilidad lo que hacen varios autores es descomponerla en sus partes integrantes o en sus componentes principales los cuales luego analizan por separado.

Donabedian, (1988) la divide en:

- Accesibilidad socio-organizacional, hace referencia a las características no-espaciales de los recursos (sexo y raza o etnia del profesional sanitario, sistema de remuneración y de financiación, política formal e informal de admisión, discriminación por tipos de enfermedades, horario de apertura del servicio,...).
- Accesibilidad geográfica, se centra básicamente en la distancia que ha de recorrer el potencial usuario para utilizar el servicio o bien el tiempo que tarda en recorrer dicha distancia, entendiendo que el espacio crea resistencia al movimiento, de forma que la excesiva distancia reduciría la utilización del recurso.(5)(9)

Guillermo O'Shanahan (1990) propone para el estudio de la accesibilidad diferentes criterios o tipos:

- Accesibilidad jurídico-política, que estaría relacionada con la no extensión del derecho a la asistencia sanitaria para el conjunto de los ciudadanos como ocurre en muchos países con los inmigrantes irregulares al no poder disfrutar de forma amplia de los derechos de ciudadanía.

- Accesibilidad político-administrativa, ya que en nuestro país se puede dificultar por vía normativa la accesibilidad a determinados servicios como la odontología, ciertas técnicas de reproducción asistida, algunos tipos de cirugía plástica o determinadas prótesis.
- Accesibilidad física, que hace referencia a las distancias desde el domicilio al centro asistencial, a las dificultades especiales de movilidad de los usuarios o a las barreras arquitectónicas.
- Accesibilidad socio-cultural, que impide a personas desaventajadas, marginadas y con mayores privaciones —tanto de tipo socioeconómico como educacional— ejercer sus derechos y beneficiarse de una asistencia sanitaria en condiciones de igualdad; ya que estas personas, en general, no disponen de suficientes capacidades para hacer un ejercicio de sus derechos y transformarlos en realizaciones en el campo de la salud en general y de la asistencia sanitaria en particular.

Esa división de la accesibilidad en diversos componentes también es utilizada por autores como:

Gómez-Calcerrada y colaboradores (1996), que incorporan los conceptos de:

- Accesibilidad geográfica
- Económica, legal, cultural y funcional.

Borràs (1994), que nos habla de los componentes de la accesibilidad como:

- La disponibilidad de servicios, el acceso físico, el acceso geográfico, la capacidad de pago y la aceptabilidad del servicio.

Suñol y Foz (1982), que la dividen en accesibilidad geográfico-territorial, económica, administrativa y cultural.)

Modelo de Frenk:

En su conceptualización de la accesibilidad, este autor introduce dos conceptos

Complementarios: la resistencia y el poder de utilización.

Establece 4 categorías:(5)

<b>Categorías Generales</b>	<b>Resistencia( Obstáculos-proveedor)</b>	<b>Poder de utilización (Facilitadores-población)</b>
Ecológica	Tiempo de transporte al proveedor	Recursos para viajar
Financiera	Precio	Ingreso
Organización a la entrada	Tiempo de espera para obtener una cita	Tolerancia a la demora para obtener una cita
Organización al interior del establecimiento	Tiempo de espera para ver al medico	Tiempo libre

Fuente: Adaptado de Frenk.

La Organización Mundial de la Salud, conceptualiza las dimensiones de la accesibilidad en:

- Accesibilidad geográfica: distancia, tiempo de viaje y medios para viajar aceptables.
- Accesibilidad financiera: que para cualquier métodos de pago los servicios han de ser asequibles Capacidad de pago de los usuarios y el subsidio publico
- Accesibilidad cultural: utilización de medios técnicos y de gestión que respeten los patrones culturales de la comunidad
- Accesibilidad funcional: proporcionar el tipo de atención adecuada de manera continua a aquellos en necesidad cuando lo necesiten en términos de horarios, turnos, espera y otros.(14)

Por lo que respecta a las formas de medir el grado de accesibilidad a los servicios sanitarios, observamos una cierta variabilidad de propuestas aunque con un importante consenso en el uso de ciertas variables como la disponibilidad y los tiempos de traslado medidas a través de indicadores como el ratio recursos/habitantes o tiempo de espera para obtener una cita, tiempo necesario para desplazarse del domicilio a un centro de atención y las esperas para ser atendido por un profesional una vez en la consulta, para la realización de una prueba

diagnóstica o para un ingreso; mientras que otras variables como las barreras arquitectónicas, las barreras culturales o la posibilidad de acceder desde el domicilio por vía telemática, no suscitan el mismo consenso.(5)

Para la medición del acceso se introducen dos nuevos conceptos: *acceso efectivo* —*effective access*— y *acceso eficiente* —*efficient access*—, en donde el *acceso efectivo* hace referencia al uso de los servicios que mejoran la salud o la satisfacción de los usuarios, mientras que el *acceso eficiente* se refiere al grado de cambio experimentado en la salud o en la satisfacción en relación al volumen de recursos de salud utilizados.(5)

Esta forma de abordar el tema del acceso, que tiene la ventaja de ampliar el concepto de acceso abriéndolo pero a la vez haciéndolo más medible y contrastable, no ha tenido el éxito esperado, pues si bien hubo algunos planteamientos del acceso basados en este enfoque y algunos trabajos de contrastación empírica, la mayor parte de los autores parece que prefieren mantener el concepto de acceso en un ámbito más limitado y restringido.(5)

Andersen y Davidson, por su parte identifican cuatros dimensiones de las cuales depende el acceso:

- Características contextuales (sistema de salud, familia y comunidad)
- Características individuales,
- Conductas de salud
- Resultados.(9)

Norris y Aiken, señalan que los principales componentes del acceso son:

- Disponibilidad
- Elegibilidad
- Compatibilidad
- Aceptabilidad(5)

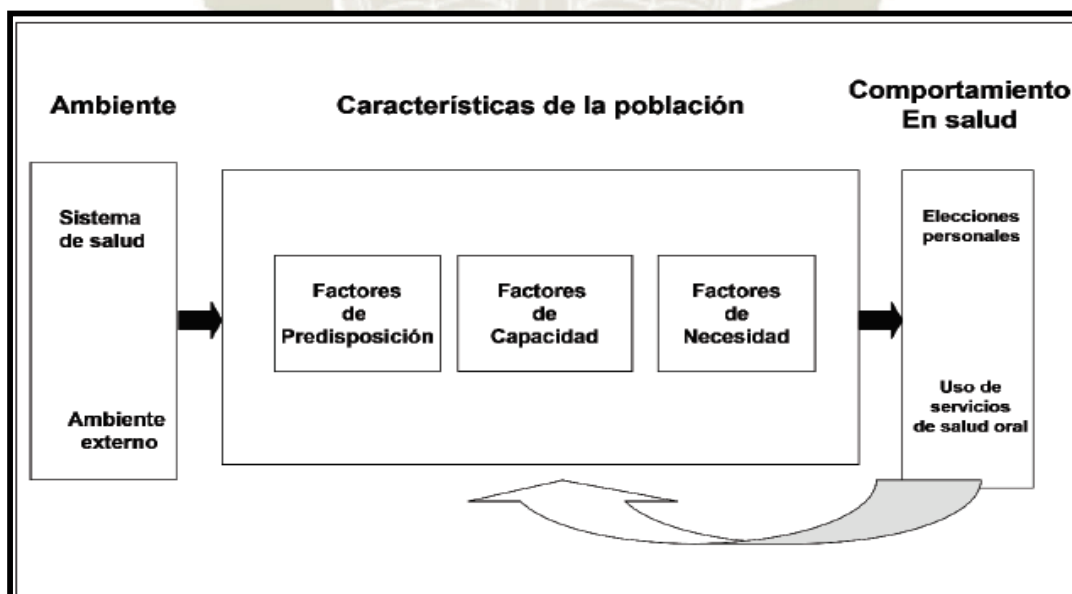
Regidor, señala que los componentes de accesibilidad son:

- Tiempo de traslado al centro
- Tiempo de espera en la consulta

- Tiempo de espera para un ingreso hospitalario.(5)

El modelo de Aday y Andersen creado en 1963 ha sufrido algunos ajustes y adaptaciones en distintos trabajos, para el estudio del acceso de diferentes tipos de condiciones, entre ellas la salud oral. El modelo propone que el uso de servicios de salud (variable dependiente o de resultado) está en función de la interacción de tres tipos de factores: los de predisposición inherentes al paciente e independientes de su patología), los mediadores o de capacidad (porque facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud y son susceptibles a los cambios en las políticas de salud) y los de necesidad (percepción y gravedad de los síntomas de enfermedad). La interacción entre estos factores se expresa en unos comportamientos y resultados en salud particulares. Las cadenas de causalidad se establecen de acuerdo con el orden de factores de predisposición a mediadores, de mediadores a necesidad y de necesidad a uso; un requisito para que se considere cadena de causalidad es que termine en uso. Vale la pena destacar que en salud oral no se han llevado a cabo estudios con este modelo teórico.(11)

Modelo de uso de los Servicios de Salud Bucal modificado por Rocha



Fuente: Andersen modificado por Rocha (2013): “Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad”.

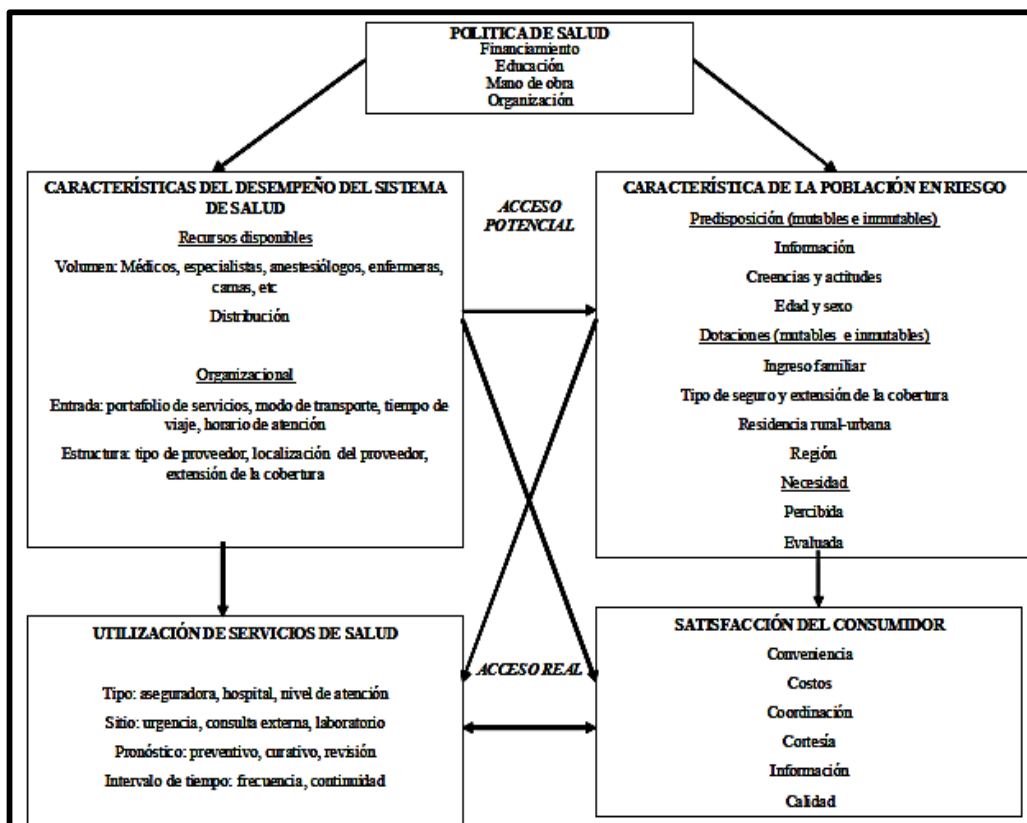
No obstante, Rocha y Goes, Matos y colaboradores, Camargo y colaboradores y Martins y colaboradores, entre otros, consideran que son fundamentales los servicios de salud oral, y son las minorías y la población vulnerable las que encuentran limitado el acceso a dichos servicios.(11)

Modelo de Penchansky y Thomas:

- Disponibilidad (availability): es la relación entre volumen y tipo de servicios existentes, y el volumen y tipo de necesidades de la población. Tiene en cuenta el número de médicos, de hospitales, etc. (y adecuación de dicho número).
- Accesibilidad (accessibility): relación entre la localización de la oferta y la de los usuarios, incorporando distancia, tiempo y coste del transporte.
- Adaptación o acogida (accommodation): relación entre la manera en que los recursos están organizados para atender a los pacientes (incluyendo sistema de citación de pacientes, servicios telefónicos, etc) y la capacidad de los pacientes para adaptarse a estas formas organizativas.
- Asequibilidad (affordability): relación entre el precio de los servicios y la renta o capacidad y disponibilidad de pago, y la cobertura o afiliación a un seguro.
- Aceptabilidad (acceptability): relación entre las actitudes de los clientes y las características (sexo, etnia, edad, etc) de los proveedores y prácticas en la atención de, así como las actitudes que tienen los proveedores sobre las características de los pacientes.(5)

Modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud (Andersen y Aday)

El acceso tiene 5 componentes(12):



Fuente: Aday y Andersen (1974) y Andersen et al. (1983) adaptado por Rodríguez (2010):

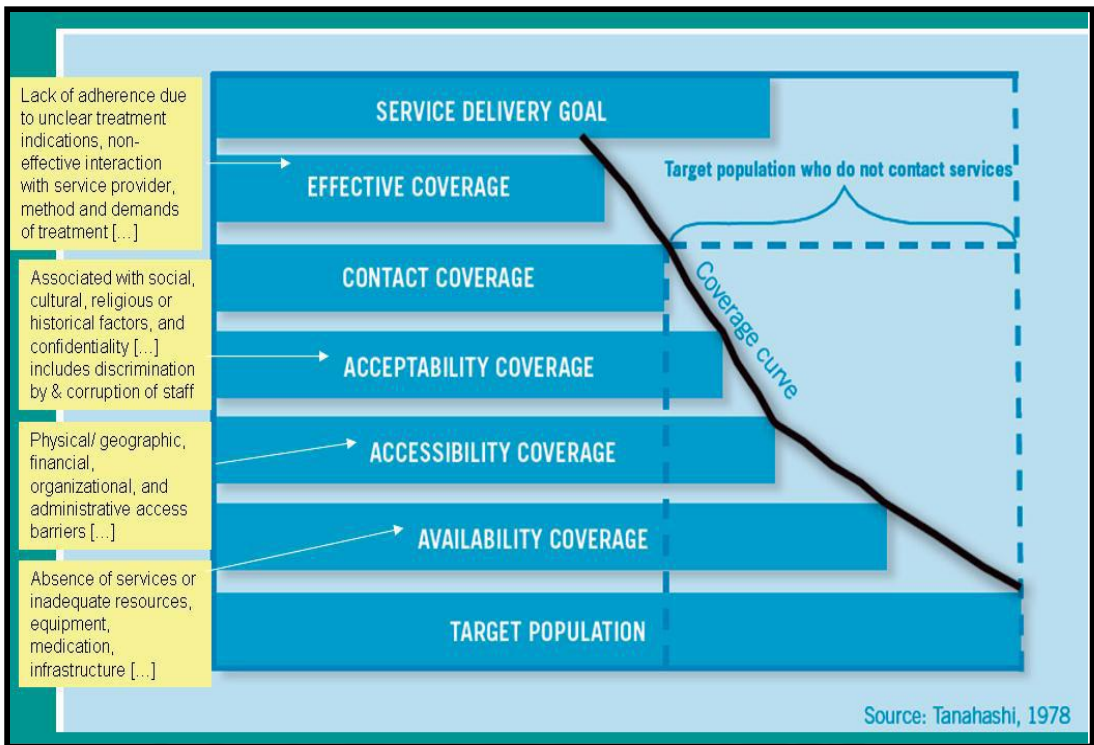
“Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de salud en Colombia”.

Según Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2013), las barreras que limitan el acceso, se pueden clasificar en tres grupos: geográficas, financieras y administrativas.(15)

Modelo de Tanahashi (Para el estudio de Facilitadores de acceso):

El modelo muestra cinco niveles o pasos que deben transcurrir los individuos, grupos o poblaciones para acceder a los servicios o intervenciones efectivas, y el modo en que disminuye en cada etapa la proporción de personas que pueden acceder a la atención. Este modelo permitirá considerar estas etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva

- **Disponibilidad:** entendida como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información; es decir, el número o densidad de centros de salud y el personal (edad, sexo, expresiones utilizadas, lenguaje) o la disponibilidad de la tecnología, que pueden llegar a ser barreras o facilitadores. Por ende la disponibilidad mide la capacidad de un Sistema de Salud en relación con el tamaño de la población objetivo o, idealmente, la población necesitada.
- **Accesibilidad:** asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo. Incluso si se dispone de todos los recursos necesarios, el servicio debe estar ubicado a una distancia razonable de las personas que deberían beneficiarse de ella.
- **Aceptabilidad de los servicios:** depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad. Una vez que el servicio es accesible, aún es necesario que sea aceptable para la población, de lo contrario la gente no viene por ella e incluso puede buscar atención alternativa. Si se acepta el servicio por el usuario potencial, este es un paso más en el proceso de prestación de servicios de salud.
- **Contacto con el servicio:** 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. Es el contacto real entre el proveedor de servicios y el usuario; y
- **Cobertura efectiva:** personas que reciben atención efectiva. El contacto entre el proveedor de servicios y el usuario no siempre garantiza el éxito intervención relacionada con problema de salud del usuario o un servicio eficaz.(15)



Source: Tanahashi, 1978

Fuente: Tanahashi (1978) adaptado por Virguez (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)”.

Modelo de Restrepo:

Siguiendo el marco teórico propuesto por Aday y Andersen (1974), Andersen (1995) y la metodología utilizada por Restrepo et. al., (2006) una útil forma de clasificar las barreras al acceso presentadas en el marco teórico, se puede observar en el cuadro(12):

Barreras	Definición y Medición
<b>I. Del lado de la oferta</b>	
<b>A la Entrada</b>	<p><b>Variables relacionadas con el contacto inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiempo de viaje</li> <li>- Medio de transporte</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distancia desde la residencia hacia el lugar de atención</li> <li>- Horarios de atención</li> </ul>
<b>Al Interior</b>	<p><b>Dificultades para obtener el servicio una vez se llega al lugar de atención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muchos trámites para la cita</li> <li>- Tiempos de espera</li> </ul>
<b>A la Salida</b>	<p>Aspectos de la estructura del sistema de entrega de servicios, relacionados con la fuente regular de servicios y los horarios que dificultan la continuidad</p>
<b>II. Del lado de la demanda</b>	
<b>Predisposición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Características demográficas (edad, género, estado civil y enfermedades pasadas)</li> <li>- Estructura social (tamaño familiar, ocupación, educación, etnicidad y religión)</li> <li>- Cultura</li> </ul>
<b>Habilidad</b>	<p><b>Dotaciones que tienen los individuos para demandar servicios, tales como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingresos</li> <li>- Seguro de salud</li> </ul>
<b>Necesidades</b>	<p><b>Episodios de enfermedad que a su juicio necesita atención medica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de salud percibido</li> <li>- Frecuencia de dolor</li> <li>- Número de síntomas</li> <li>- Días de incapacidad</li> </ul>
<b>Utilización</b>	<p><b>Relacionadas con las características propias de los recursos como:</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de servicio (hospitalización, médico, medicamentos, odontólogo entre otros)</li> <li>- Propósito (preventivo o curativo)</li> <li>- Unidad de análisis (visitas por primera vez y número de servicios recibidos)</li> </ul>
<p><b>Satisfacción</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Percepción de las características y prácticas de los proveedores y satisfacción con el sistema, lo cual podría limitar la continuidad</li> <li>- Recibir poca información sobre su enfermedad</li> <li>- No informar claramente sobre las formas de pago</li> <li>- Perciben actitudes poco favorables desde los profesionales (médicos)</li> <li>- Duración de la cita medica</li> <li>- Calidad de las salas de espera</li> <li>- Tamaño de los consultorios y habitaciones</li> <li>- Tiempos de espera</li> </ul>

Fuente: Restrepo (2006) citado por Rodríguez (2010): “Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de salud en Colombia”.

### 1.5 Cifras estadísticas de barreras

Las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) mostraron que entre los años 2004 y 2014 habría habido un cambio importante en las razones por las cuales las personas, pese a necesitar atención, no acceden a los servicios de salud. En el año 2004 la razón por la cual no acudían las personas a realizar consultas en un 24.7% era por falta de dinero, porcentaje que diez años después, el 2014, disminuyó a 8.5%. Esto podría explicarse por el crecimiento de la economía y los ingresos, así como por la expansión del financiamiento público y privado en salud en el país. Sin embargo, otras barreras al acceso, como la distancia geográfica, la falta de confianza y las demoras, crecieron en importancia en el mismo periodo 2004 - 2014, del 12.3% al 17%. Igualmente, barreras como la no tenencia de un seguro, la falta de tiempo y el maltrato del personal de salud, aumentaron su

presencia en el mismo lapso del 11% al 23.9%. En otras palabras, se habría dado un desplazamiento en la problemática del acceso a la atención de la salud, en que las barreras principales habrían pasado de los problemas económicos al tema de la calidad del servicio, sin que eso signifique que haya desaparecido evidentemente la falta de dinero como razón de no consulta.(14)

## 1.6 Estudios internacionales sobre acceso a servicio de salud oral

Es conveniente reseñar, la problemática y lo que han revelado algunos estudios sobre acceso a los servicios de salud oral en diferentes países:

**En Estados Unidos**, se han adelantado un conjunto de estudios: Stanton y Rutherford (2003); Sohn et al. (2007) y Gehshan y Sneyder (2008), que muestran preocupación por analizar la situación del acceso a los servicios de salud oral y desigualdades en el uso de los servicios odontológicos.

En general estas investigaciones establecieron la existencia de barreras o factores limitantes y la existencia de factores que posibiliten el acceso a los servicios de atención. Entre las primeras están las barreras de tipo económico relacionadas con el costo de los servicios y con el costo del tiempo que deben invertir los individuos para llevar a sus hijos a la atención; barreras administrativas relacionadas con la aprobación del tratamiento, con la no disponibilidad de odontólogos en barrios pobres. Barreras de tipo geográfico relacionadas con la distancia que deben recorrer las personas para llegar a los servicios, (38% de las ciudades rurales no cuentan con odontólogo); y barreras culturales relacionadas con el desconocimiento de los individuos sobre la importancia de la salud oral como componente de la salud global. Entre los factores que posibiliten o favorecedores del acceso se incluyeron el mayor nivel educativo del cuidador y la experiencia de uso de los servicios odontológicos para recibir atención preventiva.

**En España**, un estudio realizado por Pizarro et al. (2001), En adultos mayores, cuyo objetivo era evaluar las desigualdades socio-económicas en el estado de salud oral y en la utilización de servicios odontológicos en la población de Cataluña, reveló que existen diferencias en la utilización de los servicios de salud oral, y dichas diferencias son más

marcadas para los hombres, en las clases sociales más desaventajadas y en las personas con bajo nivel de educación.

Los anteriores estudios coinciden en señalar que los individuos pobres y con menor nivel educativo, tienen menos oportunidades de acceder a los servicios de salud, debido a barreras económicas relacionadas principalmente con el poder adquisitivo, esto es, la incapacidad para pagar el costo de los servicios. Pero los estudios también reseñan que además de las barreras financieras, existen limitantes de tipo administrativo, geográfico y cultural. Más aún, que no existe claridad frente a la protección del aseguramiento, pues mientras Sohn et al., (2007) afirman que el aseguramiento es un factor determinante para las visitas al odontólogo, Gehshan y Sneyder (2008), plantean que estar asegurado no garantiza el acceso efectivo a los servicios de salud.

**En Colombia** solo fue posible documentar una investigación sobre acceso a los servicios de salud oral, adelantada en el departamento de Antioquia en menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas, lo que hace difícil contrastar resultados. Sin embargo, este estudio mostró resultados interesantes que revelaron que el acceso a los servicios odontológicos de la población estudiada estuvo determinado por el desconocimiento de los derechos de atención, la capacidad de pago, la percepción de la madre o cuidadora sobre las necesidades de atención y algunas variables de la organización de los servicios (localización del prestador y horarios de atención) (Franco et al., 2010). Ahora bien, es preciso destacar que en el contexto Colombiano, la relación no es en doble vía sino triangular por ser este un sistema de aseguramiento en el que además de la relación entre los usuarios y los servicios de salud, se debe tener en cuenta la función que ejercen los intermediarios en el sistema (Eslava et al. 21, 1999). Por otro lado, es importante tener en cuenta la necesidad de caracterizar las peculiaridades frente al acceso que generan distintos tipos de servicios. En el caso de esta investigación se analizaron únicamente las necesidades de atención curativas y de demanda inducida, dado que el estudio se realizó en el marco de un programa público de salud oral operado al interior de las instituciones educativas, en el cual las necesidades de atención fueron determinadas por los profesionales que ejecutaron dicho programa y en muchos casos no habían sido siquiera identificadas por los estudiantes y mucho menos por los padres y madres de familia. En ese marco, es necesario considerar que en este trabajo se adoptó la perspectiva que admite que el acceso

es un proceso complejo y dinámico en el que interactúan características de los servicios de atención médica, características de la población, y características de la relación entre ellos, para brindar servicios de salud adecuados, que respondan a las necesidades de los individuos. Como metodología para medir el acceso, se realizó comparación entre grupos, analizando las variables que estuvieron disponibles, e identificando los factores que posibilitaron y que limitaron la atención curativa en salud oral de niños y niñas con enfermedad bucal establecida, admitiendo la siguiente división:

- ✓ Factores limitantes relativos a la población: incluyen características demográficas como edad, sexo y nivel educativo (en este caso de los padres), el contexto socioeconómico en que se desenvuelven las personas y los factores culturales que hacen referencia a la percepción y concepción de salud que tengan los individuos y a la importancia que le den tanto a la salud, como a la atención como medio para mejorar sus condiciones de calidad de vida.
- ✓ Factores limitantes relativos a los servicios de atención: contemplan tanto los aspectos administrativos (horarios, trámites necesarios para el ingreso al sistema, oportunidad de citas) como los aspectos asociados a la cobertura de los planes de atención y al tipo de contratación o financiación de los servicios de salud.
- ✓ Factores limitantes producto de la interacción entre los servicios y los usuarios: hacen referencia a la percepción que los individuos tienen frente a las barreras de acceso relativas a la distancia que deben recorrer los sujetos para obtener atención, la calidad de los servicios de salud y el costo de los servicios, el costo del tiempo, (valor económico del tiempo que el usuario debe invertir en obtener atención) y el costo del desplazamiento, (costo del transporte), más factores relacionados con la configuración propia del sistema de salud que implica tipo de aseguramiento.

Sin embargo, a pesar de la adopción teórica de los anteriores obstáculos para la atención, dada la restricción en las posibilidades de obtención de la información, no todos ellos pudieron ser considerados, y medidos en el presente estudio. Se hizo entonces énfasis en aquéllos que estuvieron disponibles o que fueron menos costosos de recolectar.(8)

## 2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

### 2.1.LOCALES:

Nose encontraron

### 2.2.NACIONALES:

Nose encontraron

### 2.3.INTERNACIONALES:

**2.3.1 Título:** Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a las familias desplazadas.

**Autores:** Franco Cortés, Ángela; Ramírez Puerta, Susana; Escobar Paucar, Gloria; Isaac-Millán, Melissa; Londoño-Marín, Paola.

**Fuente:** Revista CES Odontología Volumen 23 N° 2.Colombia. 2010.

**Resumen:** Los resultados indicaron que 97.5 % de los niños(as) estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero en una alta proporción (92,5 %) las madres desconocen sus derechos en materia de atención odontológica. Bajo porcentaje de mujeres (8,8 %) perciben problemas bucales que ameriten buscar la atención. 72,5 % de los niños(as) no ha visitado nunca al odontólogo, además es frecuente que los servicios los rechacen por su corta edad. Se concluyó que el acceso potencial y real a la atención odontológica de la población estudiada está influenciado por determinantes como el desconocimiento de los derechos de atención, la capacidad de pago y variables de organización de los servicios. Tuvo mayor peso el relacionado con la percepción de la necesidad de atención. Superar estas barreras requiere la planificación y desarrollo de intervenciones que

comprometan las políticas de salud, la organización de los servicios y las actitudes de madres y cuidadoras.

**2.3.2 Título:** Barreras de acceso a los servicios preventivos o correctivos de Odontología.

**Autoras:** Preciado, Isabel; Urbano, Cristina.

**Fuente:** Informe de Investigación de la Universidad del Cauca. Colombia. 2012.

**Resumen:** El objetivo de conocer las barreras de acceso a los servicios preventivos u correctivos de odontología en el Centro De Salud Sur Occidente de la Empresa Social del Estado E.S.E Popayán. Se encontró que las barreras más frecuentes son la falta de recursos económicos, la dificultad para la consecución de una cita, el vivir muy lejos del Centro de Salud, el mal trato del profesional, la ansiedad por los tratamientos.

**2.3.3 Título:** “Acceso a los servicios de salud bucal en estudiantes universitarios del municipio de Pasto, Colombia, 2011”, Universidad del Valle.

**Autor:** Rocha Buelvas, Anderson.

**Fuente:** Revista Gerencia y Políticas de Salud Volumen 12 N° 25. Colombia. 2013.

**Resumen:** De acuerdo con la revisión realizada, el acceso a los servicios de la salud oral es un importante criterio de equidad en salud. Las razones políticas, sociales, económicas y sanitarias del acceso a los servicios de salud bucal indicaron que este es un tema actual y relevante .Las barreras económicas de acceso a los servicios de salud se han constituido en el principal obstáculo para la utilización de los servicios de salud bucal de la población. La evidencia señala que el aseguramiento no garantiza el acceso efectivo a los servicios.

**2.3.4 Título:** Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en COPRESALUD IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014.

**Autoras:** Hernández Saravia, Laura; Tavera Gutiérrez, Patricia.

**Fuente:** Trabajo de Investigación de la Universidad de Cartagena. Colombia. 2014.

**Resumen:** Se concluye que la accesibilidad al servicio odontológico de los pacientes atendidos en una sede de COPRESALUD IPS en la ciudad de Cartagena está siendo afectado por barreras culturales, geográfica, sociales, económicas y de oferta, lo que sugiere la necesidad de intervención educativa en la población para que se disminuyan estas barreras y puedan acceder a la atención odontológica

**2.3.5 Título:** Barreras y Facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia.

**Autores:** Agudelo Suárez, Andrés; Alzate Urrea, Santiago; López Vergel, Felipe; López Orozco, Carolina; Espinosa Herrera, Érica; Posada López, Adriana; Meneses Gómez, Edwin.

**Fuente:** Revista Gerencia y Políticas de Salud Volumen 13 N° 27. 2014.

**Resumen:** Determinaron el análisis del acceso a los servicios de salud en población adulta mayor desde perspectivas metodológicas cualitativas. Se identificaron barreras/facilitadores según cuatro categorías: disponibilidad (D), accesibilidad (A), aceptabilidad (P) y contacto con el servicio (C). Resultados: Barreras: dificultades en la implementación de políticas sociales; prioridad de otras poblaciones para dar atención en salud, insuficiente recurso humano (D); situación de discapacidad (A); aspectos culturales y de género (P); crisis del sector salud (C). *Facilitadores:* programas que facilitan la demanda inducida y mecanismos para hacer valer los derechos en salud (D); ubicación de las unidades de salud en zonas de fácil acceso

(A); capacidad de los profesionales (P) y articulación de la odontología con otras áreas (C).





## 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

### 1.1 Técnica

Para la recolección de los datos se utilizara la técnica del “Cuestionario”.

### 1.2 Instrumento

El instrumento empleado en la investigación es el Formulario de preguntas el cual, posee dos partes, la primera comprendida por la variable: factores demográficos donde sus indicadores son edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, procedencia y ocupación.

Las segunda parte incluye la variable: Barreras de acceso las cuales se desglosan en sus siguientes indicadores: barreras de oferta, de tipo geográfico, económico, cultural y social.

### 1.3 Cuadro de coherencias

Variable	Indicadores y Subindicadores	Técnica e Instrumento	Estructura del Instrumento
Factores demográficos	Edad	Cuestionario y Formulario de Preguntas	I
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;=30 años</li> <li>• De 31 a 40 años</li> <li>• De 41 a 50 años</li> <li>• &gt; 51 años</li> </ul>		
	Sexo		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>		II
	Estado civil		III
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Divorcio</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viudo</li> </ul>		
	Grado de instrucción		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior</li> </ul>		IV
	Procedencia		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arequipa</li> <li>• Otros departamentos</li> </ul>		V
	Ocupación		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa</li> <li>• Desempleado</li> <li>• Empleado</li> <li>• Trabajo independiente</li> <li>• Jubilado</li> </ul>		VI
<b>Barreras de acceso</b>	Oferta		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de asignación de citas.</li> <li>• Tiempo de demora en la culminación tratamiento.</li> <li>• Tiempo de espera y retrasos en citas.</li> <li>• Muchos trámites para sacar cita.</li> <li>• Horarios de Atención.</li> </ul>		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,13
	Geográfico		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad en la distancia desde la residencia hasta el lugar de atención.</li> </ul>		14, 15, 16, 17, 18,19
		Cuestionario y Formulario de Preguntas	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de viaje.</li> <li>• Medio de transporte</li> </ul>		
	Económico		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costo en el traslado al lugar de atención.</li> <li>• Ingresos insuficientes para acceder a los servicios.</li> <li>• Pago para la prestación de servicios.</li> </ul>		20, 21, 22, 23. 24
	Cultural		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de los servicios odontológicos que se ofrecen.</li> <li>• Temor a las agujas.</li> <li>• Temor al sonido del Instrumental rotatorio.</li> <li>• Desacuerdo con los tratamientos.</li> <li>• Vergüenza a la exposición de la cavidad oral.</li> <li>• Percepción de actitudes desfavorables de los odontólogos.</li> </ul>		25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33
	Social		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excesivo trabajo</li> <li>• Ausencia de tiempo</li> </ul>		34, 35, 36

**1.4 Escala de calificación del Instrumento:**

	<b>Puntaje mínimo y máximo</b>	<b>Ausencia de barreras de acceso</b>	<b>Barreras de acceso leve</b>	<b>Barreras de acceso grave</b>	<b>Barreras de acceso muy grave</b>
<b>Barreras de acceso global (36)</b>	36 y 114	Hasta 36	37-62	63-88	89-114
<b>Barreras de acceso de oferta (13)</b>	13 y 40	Hasta 13	14-22	23-31	32-40
<b>Barreras de acceso de tipo geográfico (6)</b>	6 y 20	Hasta 6	7-11	12-16	17-20
<b>Barreras de acceso de tipo económico (5)</b>	5 y 17	Hasta 5	6-9	10-13	14-17
<b>Barreras de acceso de tipo cultural (9)</b>	9 y 28	Hasta 9	10-16	17-22	23-28
<b>Barreras de acceso de tipo social (3)</b>	3 y 9	Hasta 3	4-5	6-7	8-9

## 1.5 Prototipo o Modelo del Instrumento

### FORMULARIO DE PREGUNTAS

#### INSTRUCCIONES

El presente formulario de preguntas tiene por finalidad conocer cuáles son las barreras de acceso que tiene el paciente cuando asiste al servicio de odontología, esta información permitirá mejorar el acceso al servicio odontológico que este vinculados con el Puesto de salud de Quequeña.

La información es anónima: por favor conteste con sinceridad marcando con una “x” en la opción elegida. **Gracias por su colaboración.**

#### FACTORES DEMOGRAFICOS:

I.Edad:	II.Sexo: F M	III.Estado civil: Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo
IV.Grado de Instrucción: Primaria Secundaria Superior	V.Procedencia: Arequipa (Lugar de Nacimiento) Otros departamentos	
VI.Ocupación: Ama de casa Desempleado Empleado Trabajo Independiente Jubilado		

#### BARRERAS DE ACCESO DE OFERTA

- ¿Alguna vez ha utilizado el servicio dental del Puesto de salud de Quequeña? (*si su respuesta es NO el cuestionario de preguntas ha concluido, si su respuesta es SI pase a la siguiente pregunta.*)
  - Si
  - No
- Una vez iniciado su tratamiento odontológico en el Puesto de salud este ha sido terminado.
  - No
  - Si
- ¿Cuánto tiempo demoro terminar su tratamiento dental?
  - Entre 1 y 2 semanas
  - Entre 2 y 4 semanas

c) Entre 1 y 2 meses

d) No termino el tratamiento odontológico

**4.** Número de veces que ha utilizado el servicio dental del Puesto salud.

a) De 1 a 4 veces

b) De 5 a 9 veces

c) De 10 a más veces

**5.** Ud. continua asistiendo al servicio dental del Puesto de salud de Quequeña *(si su respuesta es SI pase a la pregunta 9)*

a) Si

b) No

**6.** No asiste al servicio dental del Puesto de salud porque tiene que hacer muchos trámites para la asignación de sus citas.

a) Nunca

b) De acuerdo

c) Neutral

d) Desacuerdo

**7.** No asiste al servicio dental del Puesto de salud porque ha tenido retrasos a la hora del cumplimiento de sus citas asignadas.

a) Ninguno

b) De acuerdo

c) Neutral

d) Desacuerdo

**8.** No asiste al servicio dental del Puesto de salud porque ha recibido malos tratos a la hora de la consulta.

a) Ninguno

b) De acuerdo

c) Neutral

d) Desacuerdo

**9.** Considera que los horarios atención del servicio de odontología le favorece para cumplir sus citas.

a) Si

b) No

**10.** Considera que los horarios de atención del servicio de odontología deben extenderse para el turno tarde y fin de semana.

a) Si

b)No

**11.** Cuando fue la última vez que asistió al servicio dental del Puesto de salud de Quequeña.

- a) Menos de 6 meses
- b) Entre 6 y 12 meses
- c) Más de 12 meses

**12.** El consultorio odontológico al que asiste se encuentra limpio y en buenas condiciones cuando va a ser atendido por el odontólogo.

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**13.** Piensa que el Puesto de salud al que asiste cuenta con una infraestructura completa.

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO GEOGRÁFICO**

**14.** ¿Presenta dificultad para trasladarse desde su domicilio hacia el Puesto de salud para cumplir con sus citas asignadas?

- a)No
- b)Si

**15.** ¿Cuánto tiempo Ud. espera para conseguir un medio de transporte para trasladarse al Puesto de salud de Quequeña?

- a) De 0-20 minutos
- b) De 20-40 minutos
- c) Mas de 40 minutos

**16.** ¿Siente que gasta mucho tiempo en trasladarse hasta el Puesto de salud?

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**17.** ¿Cuál es el tiempo de viaje en minutos que gasta usted para llegar a cumplir su cita en el Puesto de salud?

- a) De 0-30 minutos
- b) De 30-60 minutos
- c) Mas de 60 minutos

**18.** ¿Para su traslado a Puesto de salud que medio de transporte utiliza?

- a) No utiliza
- b) Taxi
- c) Carro
- d) Bus(colectivo)
- e) Moto

**19.** ¿Considera usted que el Puesto de salud de Quequeña al que asiste para cumplir sus citas está lejos de su vivienda?

- a) De acuerdo
- b) Neutral
- c) Desacuerdo

**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO ECONOMICO**

**20.** ¿Le supone algún costo trasladarse hasta el Puesto de salud para sus citas dentales?

- a) No
- b) Si

**21.** Ud. cuenta con el Seguro Integral de Salud (SIS) (*si la respuesta es SI pase a la pregunta 25*)

- a) Si
- b) No

**22.** ¿Sus ingresos son suficientes para acceder a la cartera de servicios dentales (*consulta dental, restauraciones con resina, amalgama, exodoncias, entre otras*) que le brinda el Puesto de salud?

- a) De acuerdo
- b) Neutral
- c) Desacuerdo
- d) Ninguno

**23.** No asiste al Puesto de salud porque considera elevados los precios de la cartera de servicio de odontología

- a) Desacuerdo
- b) Neutral
- c) De acuerdo
- d) Ninguno

**24.** No asiste al Puesto de salud porque debe hacer algún pago para la utilización del servicio dental.

- a) De acuerdo

- b)Neutral
- c)Desacuerdo
- e)Ninguno

**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO CULTURAL**

**25.** ¿Cree Ud. Que los servicios odontológicos (*Consulta dental, restauraciones, entre otros*) que le ofrece el Puesto de salud de Quequeña son importantes?

- a) Si
- b)No

**26.** ¿Asistir a las citas dentales le parece una pérdida de tiempo?

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**27.** ¿Piensa que tiene problemas de salud oral? (*si su respuesta es NO, pase a la pregunta 29*)

- a)Si
- b)No

**28.** ¿Qué tan grave cree que es su problema de salud oral?

- a) Bueno
- b) Regular
- c) Malo
- d) Pésimo
- e) Ninguno

**29.** ¿No asiste a consulta odontológica porque le dan miedo las agujas?

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**30.** ¿No asiste a consulta odontológica porque le da miedo el sonido del instrumental?

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**31.** ¿No asiste a consulta odontológica porque no le gusta que le saquen dientes?

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**32.** ¿No asiste a consulta odontológica porque le da pena que le vean la boca?

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**33.** ¿No asiste a consulta odontológica porque considera que recibe poca información sobre su enfermedad?

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO SOCIAL**

**34.** ¿No asiste a consulta odontológica porque tiene mucho trabajo?

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**35.** ¿No asiste a consulta odontológica por problemas familiares?

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

**36.** ¿No asiste a consulta odontológica porque no le queda suficiente tiempo?

- a)De acuerdo
- b)Neutral
- c)Desacuerdo

## 1.6 Materiales

Los materiales a emplearse serán básicamente de escritorio y tecnológicos.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizará en el Puesto de salud del distrito de Quequeña, de igual dos ubicado en la región de Arequipa.

### 2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizará en Julio del 2018, corresponde a un estudio coyuntural.

### 2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio están conformados por los pacientes que acudieron al servicio de Odontología del Puesto de salud de Quequeña.

Criterios de inclusión:

- Usuarios mayores de 18 años.
- Varones o mujeres.
- Usuarios del servicio de odontología.

Criterios de exclusión:

- Menores o iguales a 18 años.
- Personal de salud del establecimiento.
- Usuarios de otros servicios de salud.

#### 2.3.1 Población

La población son los usuarios externos del servicio de odontología del Puesto de Salud de Quequeña. Para determinar la población se ha tomado la media mensual de atenciones, esta media mensual del servicio de odontología de mayores de 18 años es de 101.

### 2.3.2 Muestra

Como ya se indicó antes, el estudio de campo se realizó en población censal, es decir, en el promedio de la población usuaria mensual adulta del servicio de odontología del Puesto de salud de Quequeña. Esta se distribuye de la siguiente manera:

**Tabla 1: Población censal por edad y sexo**

		Sexo				Total	
		Femenino		Masculino			
		F	%	F	%	F	%
Edad	> 51 años	9	13,0%	3	9,4%	12	11,9%
	De 41 a 50 años	9	13,0%	3	9,4%	12	11,9%
	De 31 a 40 años	20	29,0%	7	21,9%	27	26,7%
	<= 30 años	31	44,9%	19	59,4%	50	49,5%
Total		69	100,0%	32	100,0%	101	100,0%

*Fuente: Estadística del Puesto de Salud de Quequeña*

## 3 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. Organización

Se solicitará la autorización correspondiente a la Jefe del puesto de salud de Quequeña a fin de obtener las cifras exactas de los usuarios externos que asisten al servicio de odontología también para efectos de la recolección de datos que se realizarán mediante las encuestas.

### 3.2. Recursos

#### 3.2.1. Recursos Humanos

Investigadora: Bachiller Susan Danitza Roca Ticona.

### **3.2.2. Recursos Materiales**

El instrumento a utilizarse para la recolección de datos es el Formulario de Preguntas.

Consentimiento Informado

Computadora

Impresora

### **3.2.3. Recursos Económicos**

El financiamiento total de la presente investigación será asumido por la investigadora responsable de la misma.

### **3.2.4. Recursos Institucionales**

Instalaciones del Puesto de salud de Quequeña

## **3.3. Validación del instrumento**

El instrumento que se utilizara es un cuestionario en formato de preguntas, el mismo será válido por validación de expertos.

Se remarcará el carácter anónimo del formulario, así como la sinceridad de las respuestas emitidas para contribuir al éxito del estudio.

## **3.4. Criterio para manejo de resultados**

Uso de estadística descriptiva e inferencial.

Para la tabulación y procesamiento de los datos se utilizara el software estadístico SPSS versión 23.



## I. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

### 1 .FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LOS USUARIOS EXTERNOS.

**TABLA N° 1**

**FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN EDAD.**

<b>GRUPO ETÁREO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
> 51 años	12	11,9%
De 41 a 50 años	12	11,9%
De 31 a 40 años	27	26,7%
<= 30 años	50	49,5%
Total	101	100,0%

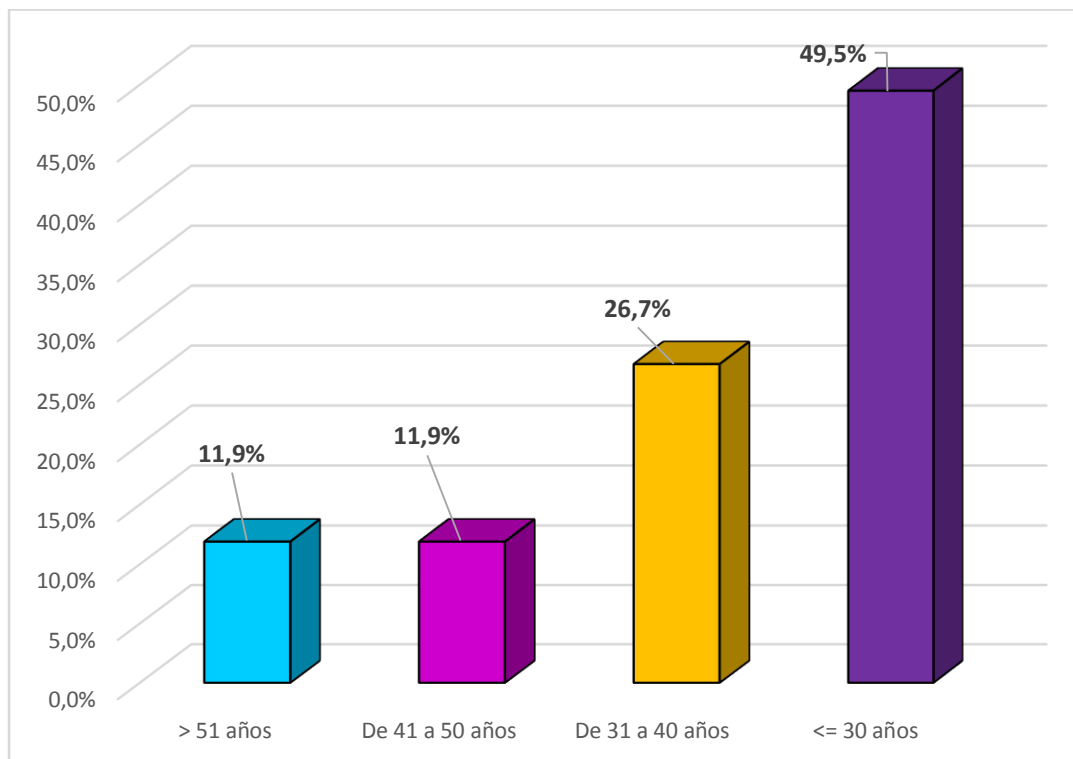
*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

#### **Interpretación:**

Los usuarios externos del servicio de odontología del Puesto de salud de Quequeña presentan las siguientes características de edad: El 49,5% de los usuarios es menor o igual de 30 años, el 26,7% oscila entre 31 y 40 años, el 11,9% entre 41 y 50 años y el 11,9% es mayor de 51 años. Esto indica que el servicio lo utiliza principalmente la población joven.

### GRÁFICO N° 1

#### FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN EDAD.



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

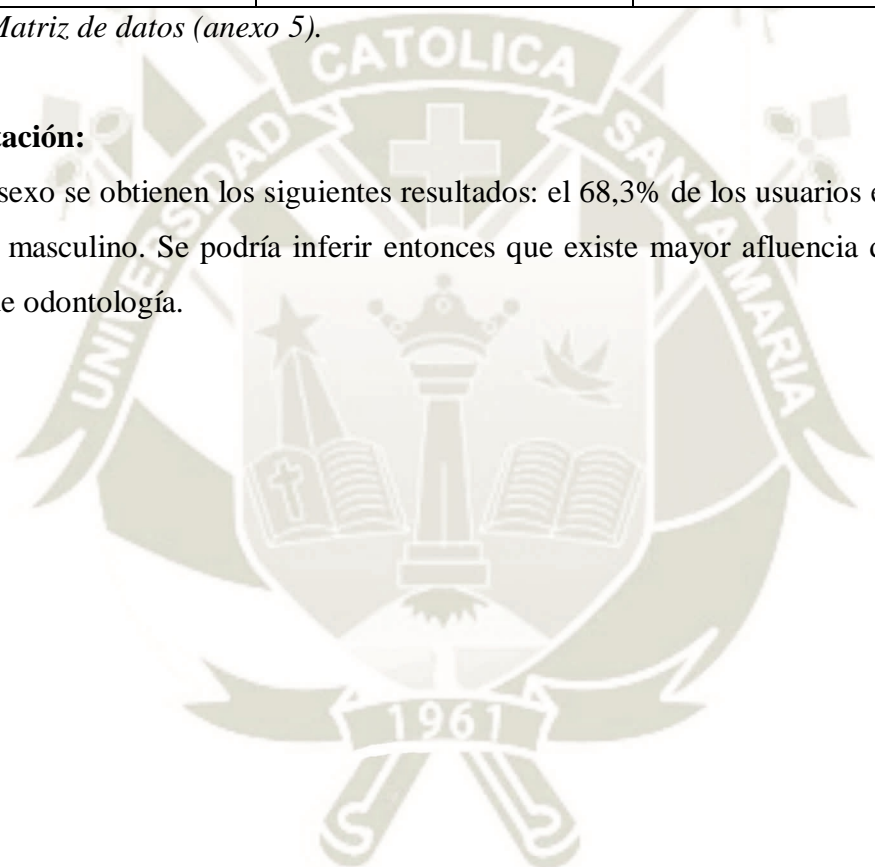
**TABLA N°2**  
**FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN EL SEXO**

<b>SEXO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Masculino	32	31,7%
Femenino	69	68,3%
Total	101	100,0%

*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

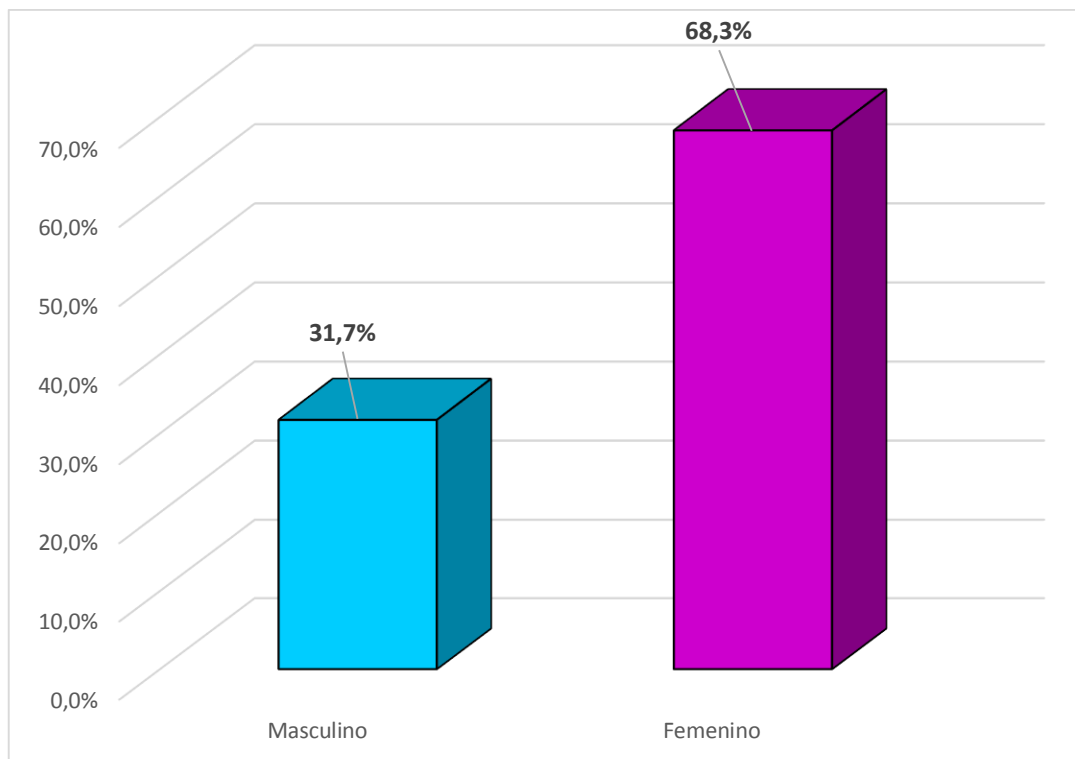
**Interpretación:**

Según el sexo se obtienen los siguientes resultados: el 68,3% de los usuarios es femenino, y el 31,7% es masculino. Se podría inferir entonces que existe mayor afluencia de las mujeres al servicio de odontología.



## GRÁFICO N° 2

### FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN EL SEXO



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

TABLA N°3

## FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	F	%
Viudo	1	1,0%
Divorciado	1	1,0%
Conviviente	70	69,3%
Casado	20	19,8%
Soltero	9	8,9%
Total	101	100,0%

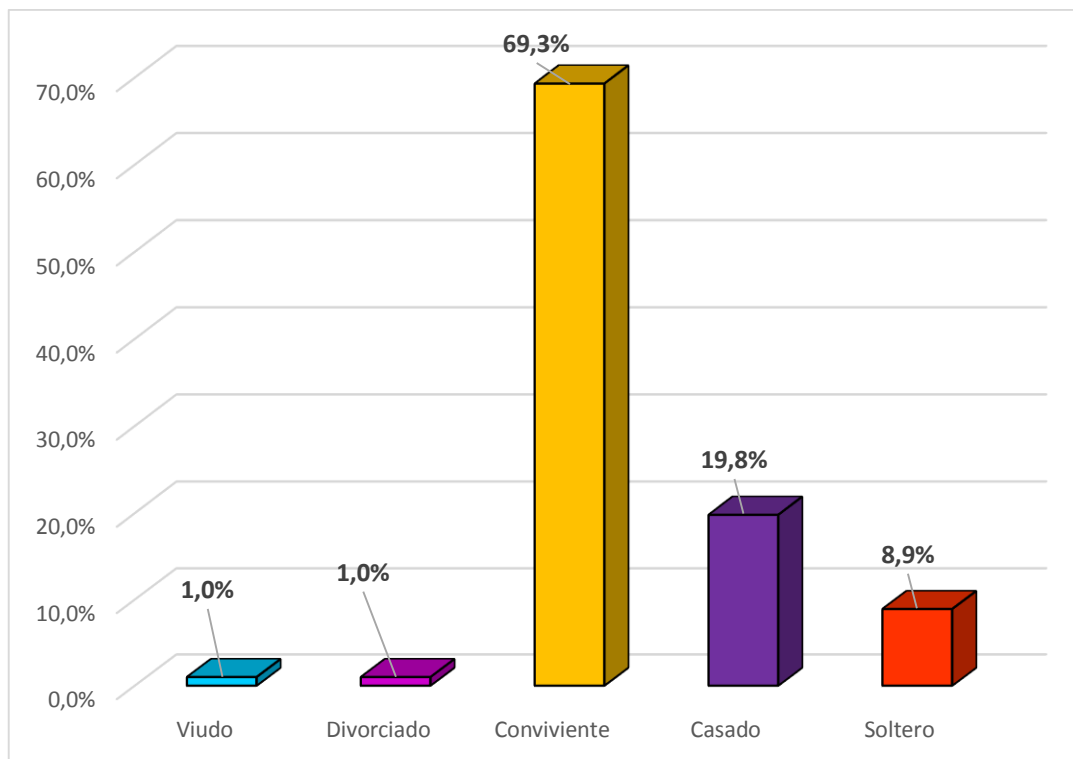
*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**Interpretación:**

En cuanto al estado civil: el 69,3% son convivientes, el 19,8% casados, el 8,9% solteros, el 1% divorciados y el 1% viudos. Eso indica que existe un mayor predominio de pacientes convivientes que utilizan el servicio.

### GRÁFICO N° 3

#### FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN EL ESTADO CIVIL.



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N°4**

**FACTORES DEMOGRÁFICOS EL GRADO DE INSTRUCCIÓN**

<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Superior	15	14,9%
Secundaria	73	72,3%
Primaria	13	12,9%
Total	101	100,0%

*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

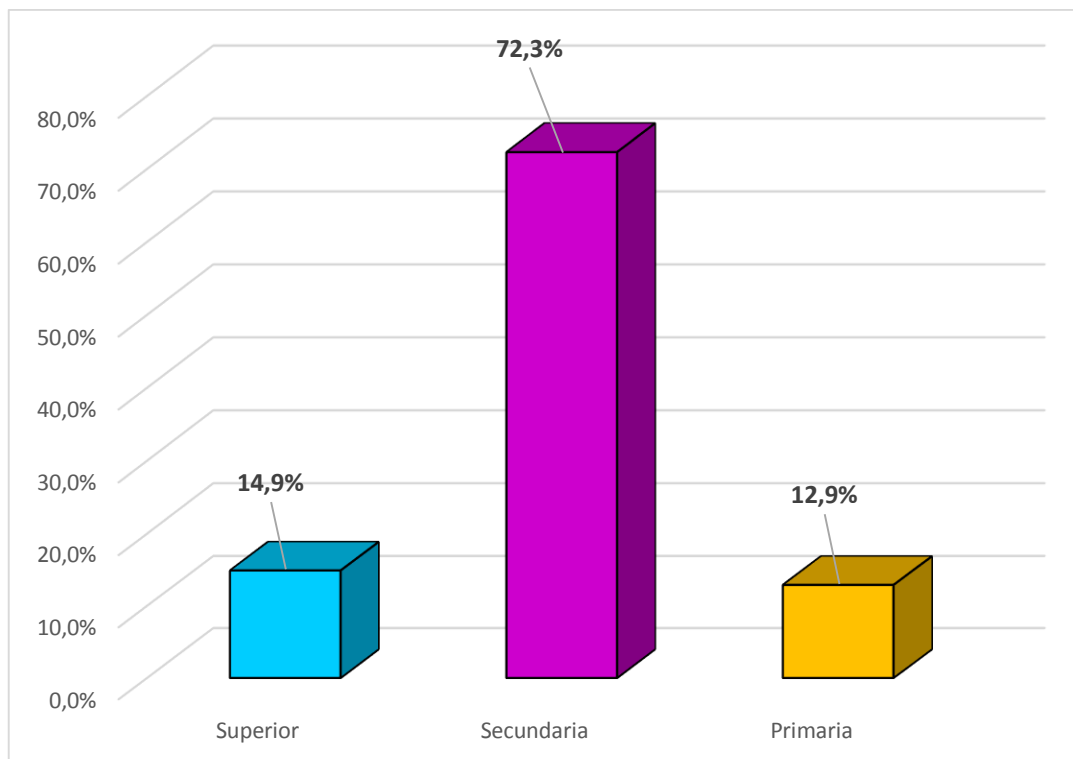
**Interpretación:**

El 72,3% de los usuarios del servicio de odontología del Puesto de Salud está representado por personas que sólo, han concluido estudios secundarios. El 14,9% ha realizado estudios superiores y el 12,9% sólo ha realizado estudios de primaria.

El distrito de Quequeña, por su ubicación un tanto distante de la ciudad de Arequipa, carece de centros de estudios superiores y por tanto de cultura educativa, por ello el predominio de la educación de los usuarios externos es básica.

### GRÁFICO N° 4

#### FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN.



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N°5**

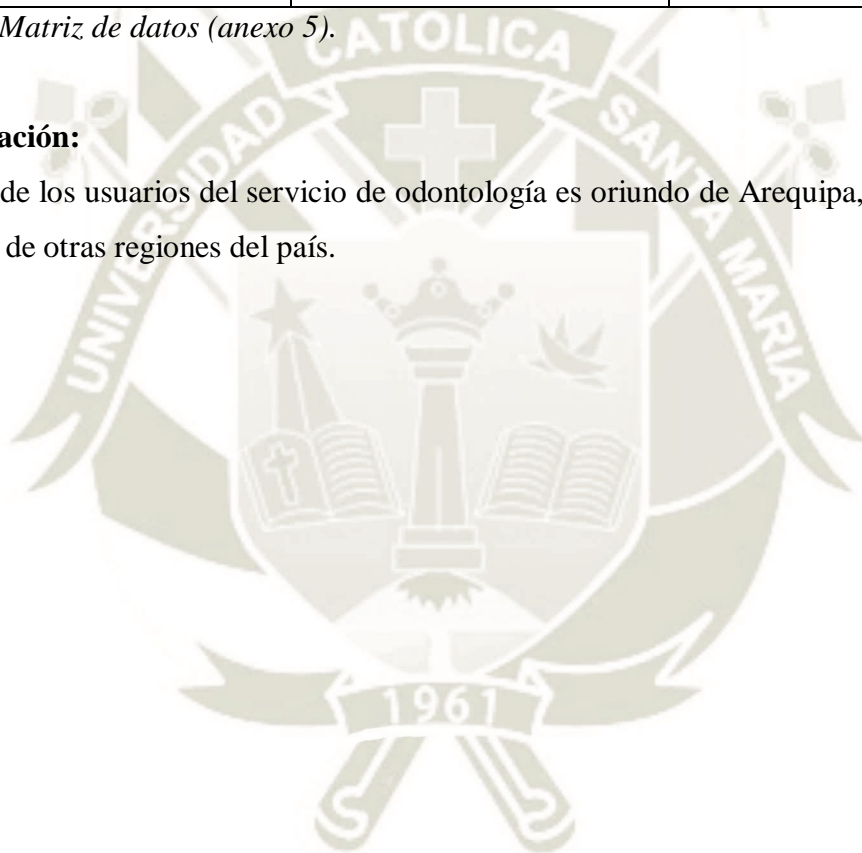
**FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN LA PROCEDENCIA.**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Otros departamentos	8	7,9%
Arequipa	93	92,1%
Total	101	100,0%

*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

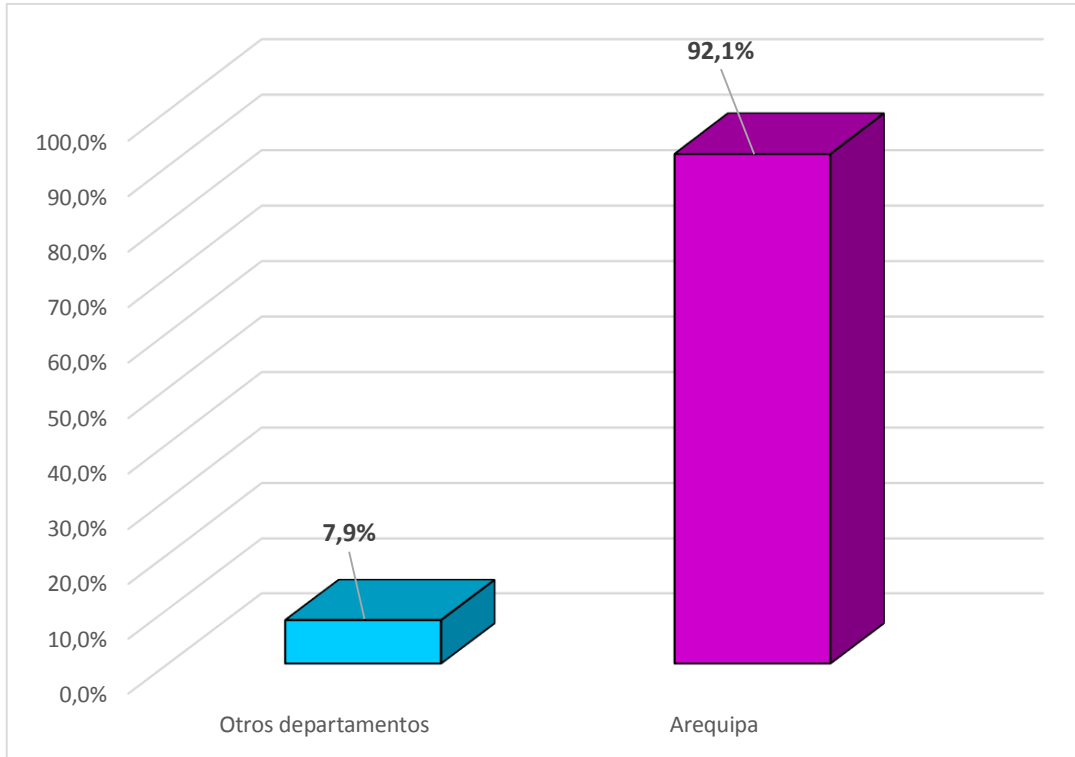
**Interpretación:**

El 92,1% de los usuarios del servicio de odontología es oriundo de Arequipa, sólo el 7,9% son migrantes de otras regiones del país.



### GRÁFICO N° 5

#### FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN LA PROCEDENCIA.



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N° 6**

**FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN LA OCUPACIÓN**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Trabajo independiente	22	21,8%
Empleado	16	15,8%
Desempleado	1	1,0%
Ama de casa	62	61,4%
Total	101	100,0%

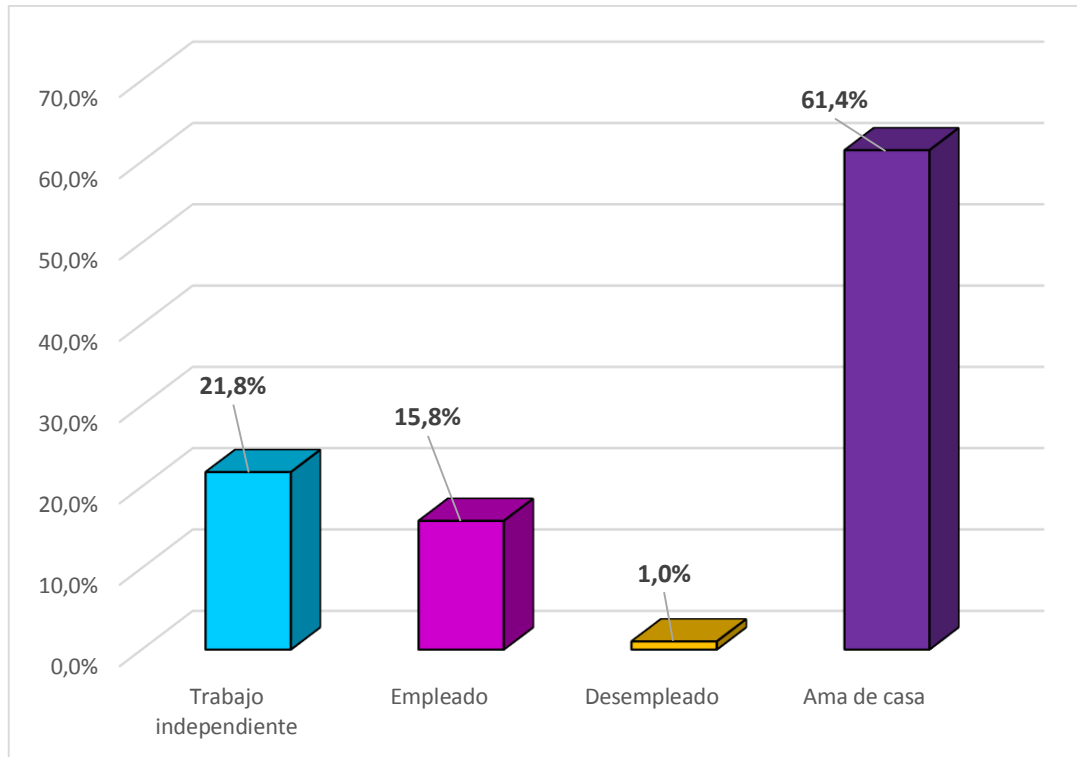
*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**Interpretación:**

El 61,4% de usuarios del Puesto de Salud del servicio de odontología, es ama de casa, el 21,8% trabaja de manera independiente, el 15,8% es empleado y el 1% desempleado.

### GRÁFICO N° 6

#### FACTORES DEMOGRÁFICOS SEGÚN LA OCUPACIÓN.



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

## 2. BARRERAS DE ACCESO DE LOS USUARIOS EXTERNOS.

TABLA N° 7

### BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA A NIVEL GLOBAL.

BARRERAS DE ACCESO	F	%
Barreras de acceso muy grave	3	3,0%
Barreras de acceso grave	88	87,1%
Barreras de acceso leve	10	9,9%
Ausencia de barreras de acceso	0	0,0%
Total	101	100,0%

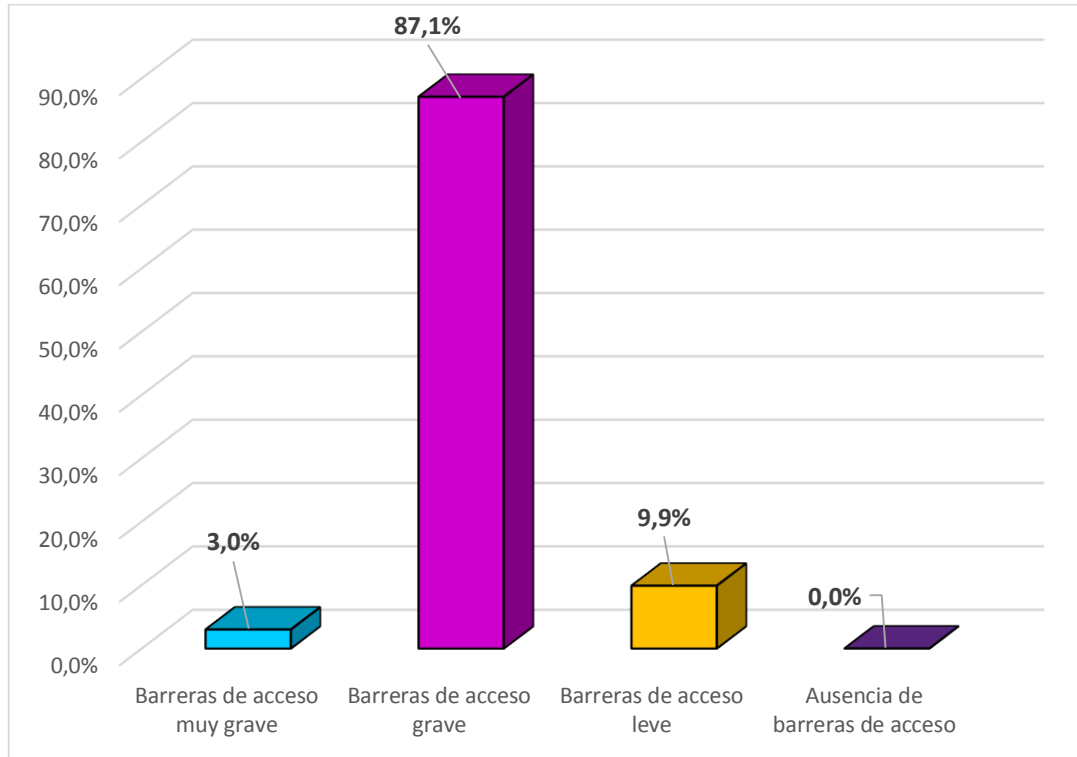
*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

#### Interpretación:

Al evaluar las barreras de acceso al servicio de odontología a nivel global se ha encontrado: el 87,1% de usuarios externos encuentran barreras de acceso de nivel grave, lo que dificulta seriamente el acceso al servicio. El 9,9% indica que sufre barreras de acceso de nivel leve, es decir, de alguna manera le afecta en su salud y en su decisión de hacer uso del servicio brindado por el estado. El 3% indica que sufre barreras de acceso muy grave que casi imposibilita gozar del servicio brindado por el estado.

### GRÁFICO N° 7

#### BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA A NIVEL GLOBAL.



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N° 8**  
**BARRERAS DE ACCESO DE OFERTA.**

<b>BARRERAS DE OFERTA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Barreras de acceso muy grave	6	5,9%
Barreras de acceso grave	79	78,2%
Barreras de acceso leve	16	15,8%
Ausencia de barreras de acceso	0	0,0%
Total	101	100,0%

*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

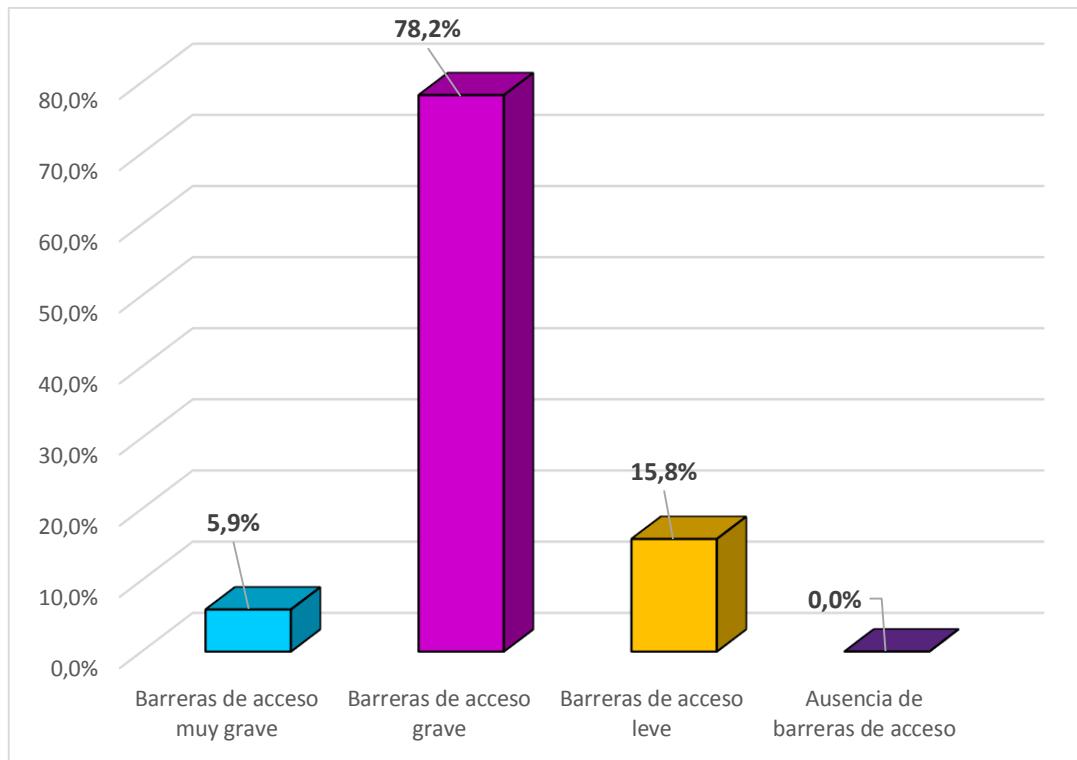
**Interpretación:**

Las Barreras de oferta comprenden algunos subindicadores como son los horarios de atención, el tiempo de espera y la continuidad al servicio.

En cuanto a la oferta, el 78,2% de usuarios que acceden al servicio de odontología sufre barreras de acceso de nivel grave, el 15,8% encuentra barreras de acceso leve, y el 5,9% barreras de acceso muy grave.

Los resultados indican que los horarios de atención, el tiempo de espera y la continuidad al servicio son una dificultad para el paciente en el acceso al servicio de odontología, asimismo deben ser modificados y corregidos para brindar una atención oportuna y eficaz, permitiendo la extensión del turno del servicio de odontología para alcanzar una mayor cobertura en el usuario, realizar los tratamientos odontológicos en corto plazo y buscar la continuidad del paciente al servicio para lograr altas odontológicas.

**GRÁFICO N° 8**  
**BARRERAS DE ACCESO DE OFERTA.**



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N° 9**  
**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO GEOGRÁFICO.**

<b>BARRERAS GEOGRÁFICAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Barreras de acceso muy grave	3	3,0%
Barreras de acceso grave	69	68,3%
Barreras de acceso leve	26	25,7%
Ausencia de barreras de acceso	3	3,0%
Total	101	100,0%

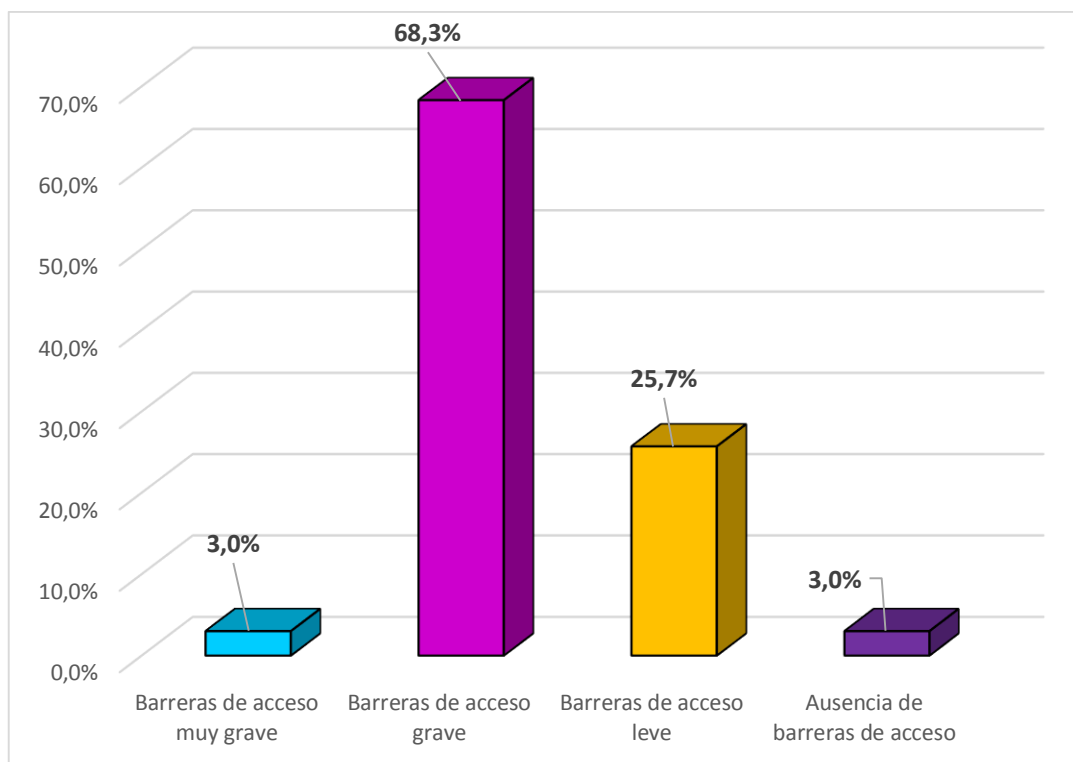
*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**Interpretación:**

En las barreras de tipo geográfico se tiene en cuenta la distancia desde el domicilio de los usuarios hasta el Puesto de salud, el transporte y tiempo de espera del transporte. Con respecto a este indicador, el 68,3% de usuarios indica que esto constituye una barrera de acceso grave, el 25,7% coincide en indicar que esto es una barrera de acceso leve, el 3% dice que esto constituye una barrera de acceso muy grave.

El resultado obtenido indica que el Puesto de salud (servicio de odontología) está muy distanciado del domicilio de los usuarios y que adquirir un medio de transporte implica demasiado tiempo. Por consiguiente se debe evaluar la habilitación del Puesto del anexo de peregrinos o reubicar el Puesto de salud de Quequeña.

**GRÁFICO N° 9**  
**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO GEOGRÁFICO.**



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N° 10**  
**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO ECONÓMICO.**

<b>BARRERAS ECONOMICAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Barreras de acceso muy grave	4	4,0%
Barreras de acceso grave	94	93,1%
Barreras de acceso leve	3	3,0%
Ausencia de barreras de acceso	0	0,0%
Total	101	100,0%

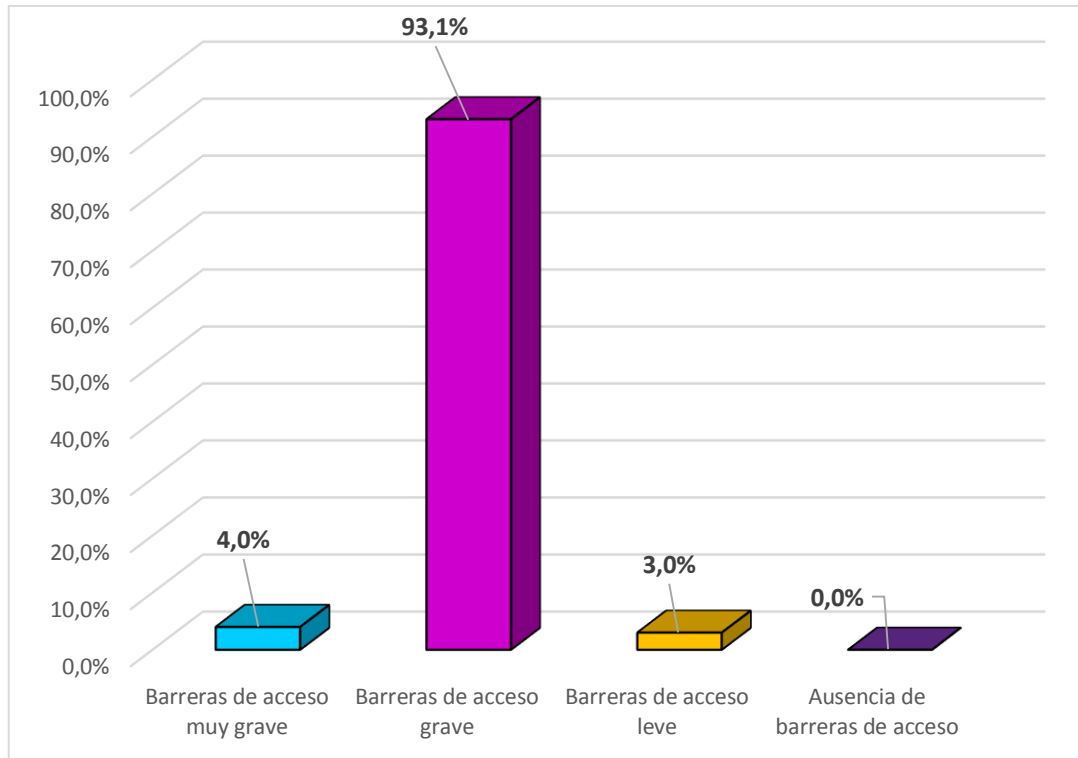
*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**Interpretación:**

En las barreras de acceso de tipo económico se ha tenido en cuenta el costo del transporte, los ingresos mensuales de los usuarios y el costo de la prestación del servicio. Al respecto el 93,1% de usuarios encuentra barreras de acceso grave, el 4% barreras de acceso muy grave, y el 3% barreras de acceso leve.

Considerando que la mitad de los usuarios entrevistados cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS), aun así, se hacen presentes las barreras económicas, ya que la cartera de servicio brindada puede ser comparada con los precios de un consultorio privado. De igual manera los ingresos mensuales de los usuarios del servicio son bajos, considerando que la gran mayoría de la población tiene educación básica y sus oficios son comprendidos entre agricultores, ganaderos o trabajo de apoyo en el servicio de limpieza.

### GRÁFICO N° 10 BARRERAS DE ACCESO DE TIPO ECONÓMICO.



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N° 11**  
**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO CULTURAL.**

<b>BARRERAS CULTURALES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Barreras de acceso muy grave	5	5,0%
Barreras de acceso grave	33	32,7%
Barreras de acceso leve	63	62,4%
Ausencia de barreras de acceso	0	0,0%
Total	101	100,0%

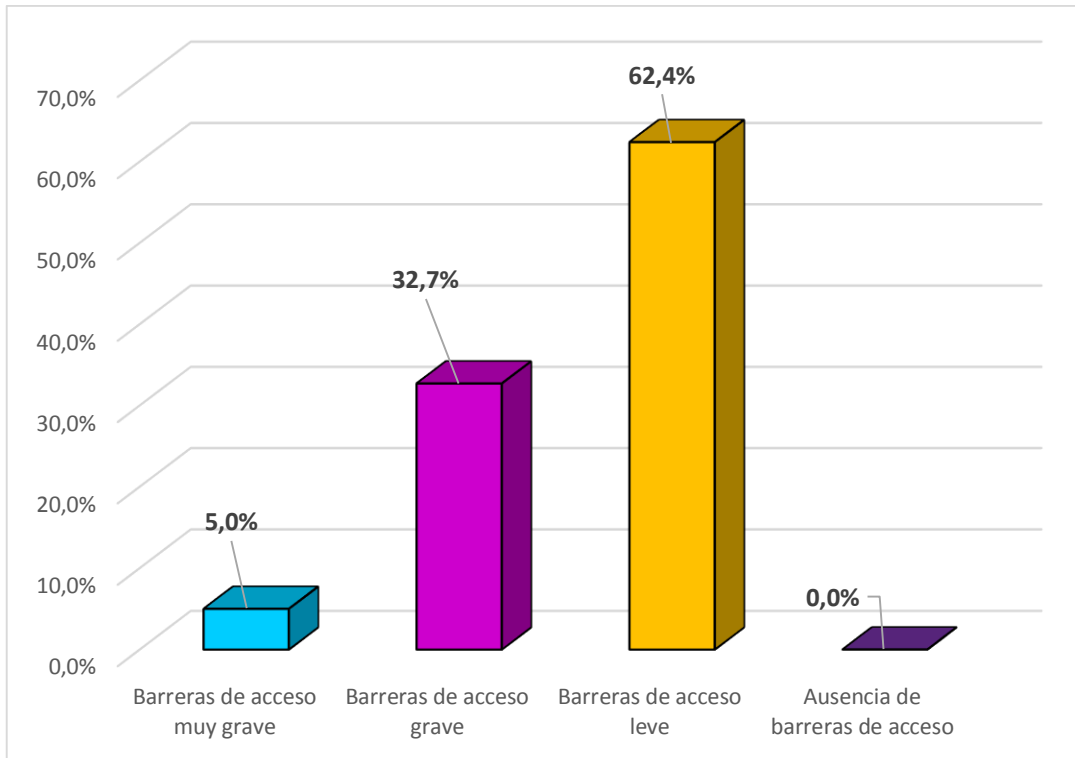
*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**Interpretación:**

En esta investigación, las barreras de tipo cultural son el conocimiento de que la cartera de servicio odontológico en el Puesto de Salud, el temor a los instrumentales rotatorios, la vergüenza a exponer la cavidad bucal, la información que brindan los profesionales y la actitud desfavorable del odontólogo. Al respecto, se encontró que el 62,4% de usuarios encuentra barreras de acceso leve, el 32,7% tiene barreras de acceso grave y el 5% tiene barreras de acceso muy grave.

Esto indica que existe una barrera cultural de grado leve en cuanto a la concurrencia al servicio, este resultado puede deberse a las constantes actividades intramurales y extramurales preventivo- promocionales que realiza el servicio odontológico.

**GRÁFICO N° 11**  
**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO CULTURAL.**



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N° 12**  
**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO SOCIAL.**

<b>BARRERAS SOCIALES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Barreras de acceso muy grave	1	1,0%
Barreras de acceso grave	22	21,8%
Barreras de acceso leve	50	49,5%
Ausencia de barreras de acceso	28	27,7%
Total	101	100,0%

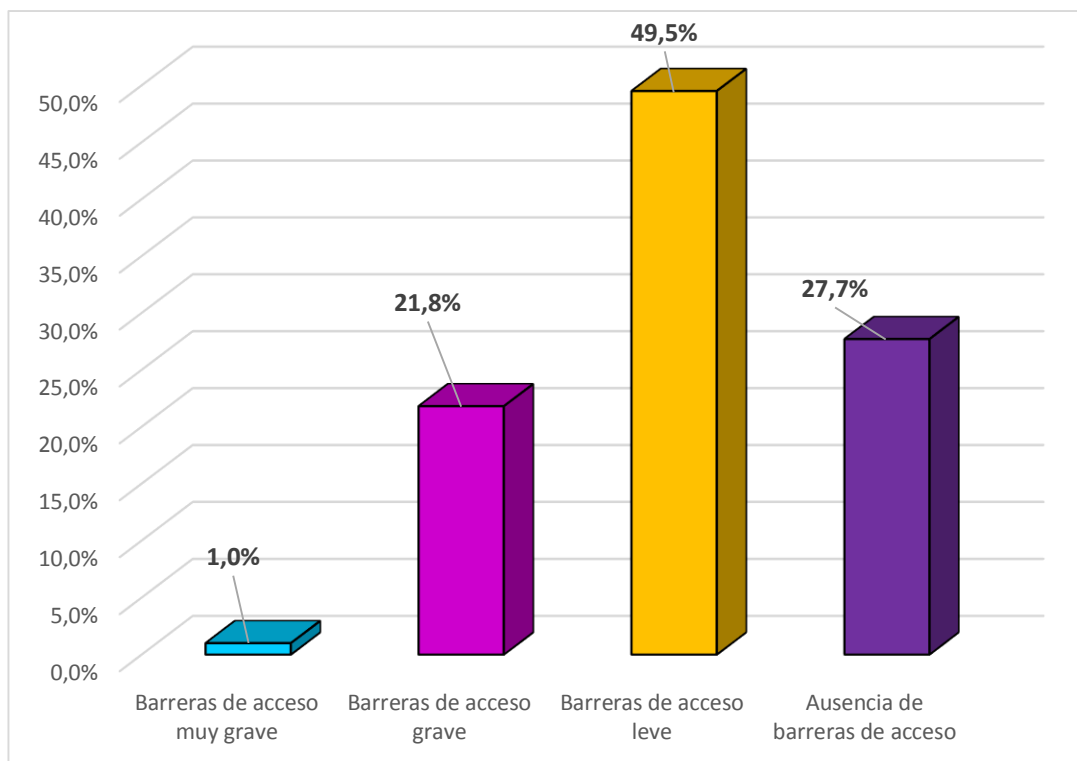
*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**Interpretación:**

En la barrera de tipo social se ha tenido en cuenta el excesivo trabajo y la falta de tiempo para acudir al servicio. Al respecto, el 49,5% de usuarios manifiesta barreras de acceso de nivel leve, el 27,7% ausencia de barreras de acceso, el 21,8% barreras de acceso de nivel grave y el 1% barreras de acceso muy grave.

Las barreras de acceso de tipo social son bajas o leves, por ello, esta es la dimensión que menos perjudica a los usuarios para asistir al servicio de odontología.

**GRÁFICO N° 12**  
**BARRERAS DE ACCESO DE TIPO SOCIAL.**



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

### 3. RELACIÓN ENTRE FACTORES DEMOGRÁFICOS Y BARRERAS DE ACCESO.

**TABLA N° 13**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y EDAD.**

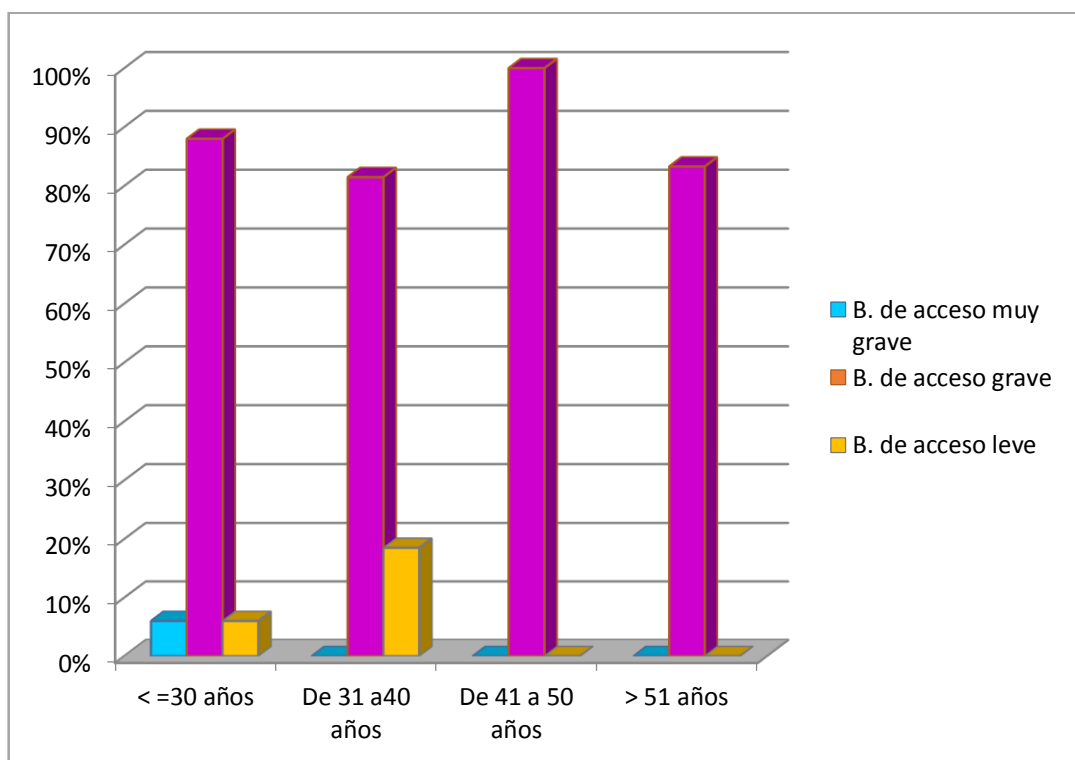
BARRERAS DE ACCESO		Edad								Total	
		<= 30 años		De 31 a 40 años		De 41 a 50 años		> 51 años			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Barreras de acceso (global)	Barreras de acceso muy grave	3	6,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,0%
	Barreras de acceso grave	44	88,0%	22	81,5%	12	100%	10	83,3%	88	87,1%
	Barreras de acceso leve	3	6,0%	5	18,5%	0	0,0%	2	16,7%	10	9,9%
Total		50	100%	27	100%	12	100%	12	100%	101	100%

Fuente: Matriz de datos (anexo 5).

#### Interpretación:

En la tabla cruzada hay varias coincidencias: El 88% de los menores o iguales a 30 años sufre barreras de acceso grave, lo mismo que el 81,5% de personas de 31 a 40 años, Sin embargo el 100% de personas de 41 a 50 años y el 83,3% de mayores de 51 años no perciben ninguna tendencia ascendente ni descendente.

**GRÁFICO N° 13**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y EDAD.**



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N° 14**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y EL SEXO**

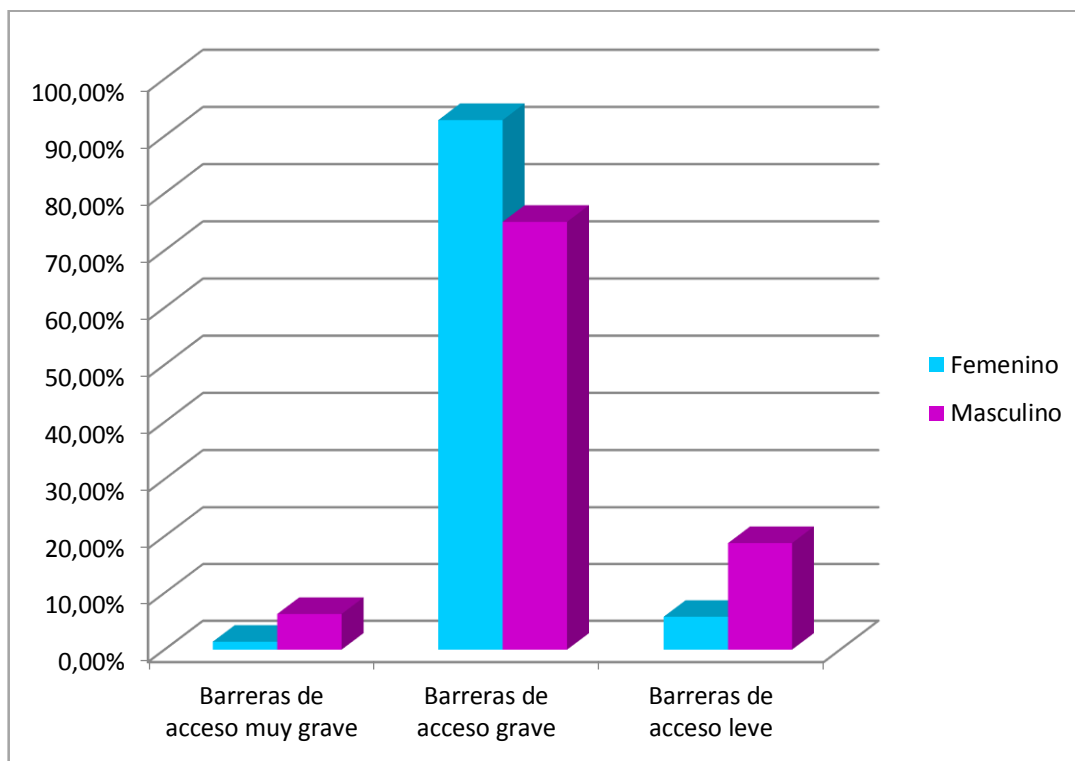
BARRERAS DE ACCESO		Sexo				Total	
		Femenino		Masculino			
		F	%	F	%	F	%
Barreras de acceso (global)	Barreras de acceso muy grave	1	1,4%	2	6,3%	3	3,0%
	Barreras de acceso grave	64	92,8%	24	75,0%	88	87,1%
	Barreras de acceso leve	4	5,8%	6	18,8%	10	9,9%
Total		69	100,0%	32	100,0%	101	100,0%

*Fuente: Matriz de datos (anexo 5)*

**Interpretación:**

En la tabla cruzada de barreras de acceso y sexo se ha encontrado varias coincidencias: el 92,8% de mujeres sufre barreras de acceso graves, lo mismo que el 75% de varones. De los varones hacia las mujeres se percibe una tendencia progresiva.

**GRÁFICO N° 14**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y EDAD.**



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N° 15**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y EL ESTADO CIVIL**

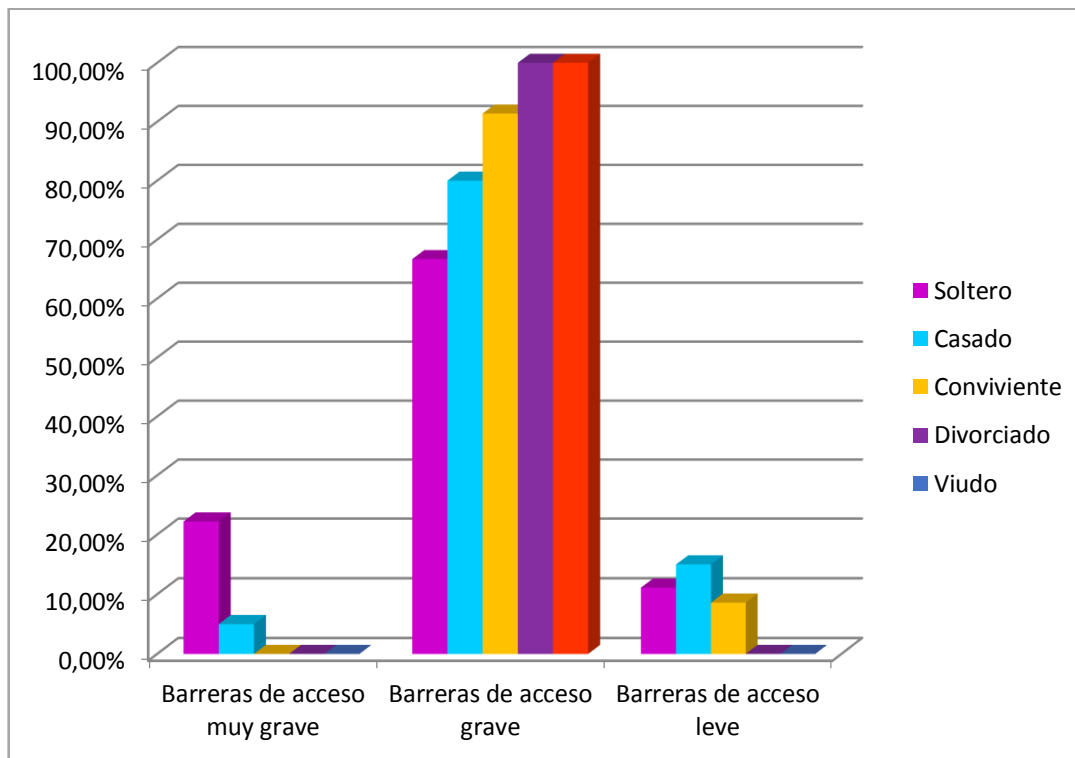
BARRERAS DE ACCESO		Estado civil										Total	
		Soltero		Casado		Conviviente		Divorciado		Viudo			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Barreras de acceso (global)	Barreras de acceso muy grave	2	22,2%	1	5,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	3,0%
	Barreras de acceso grave	6	66,7%	16	80,0%	64	91,4%	1	100%	1	100%	88	87,1%
	Barreras de acceso leve	1	11,1%	3	15,0%	6	8,6%	0	0,0%	0	0,0%	10	9,9%
Total		9	100%	20	100%	70	100%	1	100%	1	100%	101	100%

*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**Interpretación:**

Mediante la tabla cruzada de los valores obtenidos para la variable barreras de acceso con estado civil se encontró los siguientes coincidencias resaltantes: el 66,7% de solteros sufre barreras de acceso grave al servicio odontológico lo mismo que el 80% de los casados, el 91,4% de convivientes. Asimismo el 100% de divorciados y el 100% de viudos. La tabla indica una cierta tendencia, habrá que probarlo con el chi-cuadrado.

**GRÁFICO N° 15**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y EL ESTADO CIVIL**



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**TABLA N° 16**

**RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN**

BARRERAS DE ACCESO		Grado de instrucción						Total	
		Primaria		Secundaria		Superior			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Barreras de acceso (global)	Barreras de acceso muy grave	1	7,7%	1	1,4%	1	6,7%	3	3,0%
	Barreras de acceso grave	10	76,9%	67	91,8%	11	73,3%	88	87,1%
	Barreras de acceso leve	2	15,4%	5	6,8%	3	20,0%	10	9,9%
Total		13	100,0%	73	100,0%	15	100,0%	101	100,0%

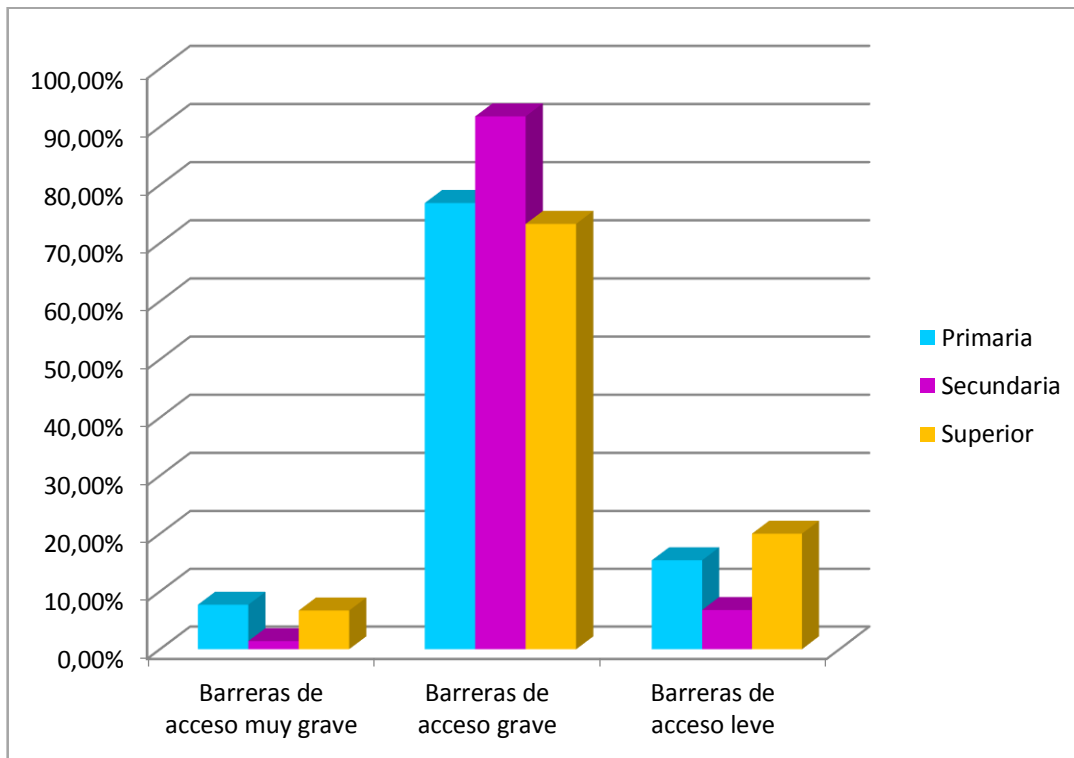
*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

**Interpretación:**

Mediante la tabla cruzada entre barreras de acceso y grado de instrucción se ha obtenido los siguientes valores importantes: el 76,9% de los que sólo hicieron estudios primarios encuentran barreras de acceso de nivel grave, lo mismo que el 91,8% de los que sólo completaron secundaria y el 73,3% de los que hicieron estudio superior.

GRÁFICO N° 16

RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y EL GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Matriz de datos (anexo 5).

**TABLA N° 17**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y PROCEDENCIA**

BARRERAS DE ACCESO		Procedencia				Total	
		Arequipa		Otros departamentos			
		F	%	F	%	F	%
Barreras de acceso (global)	Barreras de acceso muy grave	3	3,2%	0	0,0%	3	3,0%
	Barreras de acceso grave	83	89,2%	5	62,5%	88	87,1%
	Barreras de acceso leve	7	7,5%	3	37,5%	10	9,9%
Total		93	100,0%	8	100,0%	101	100,0%

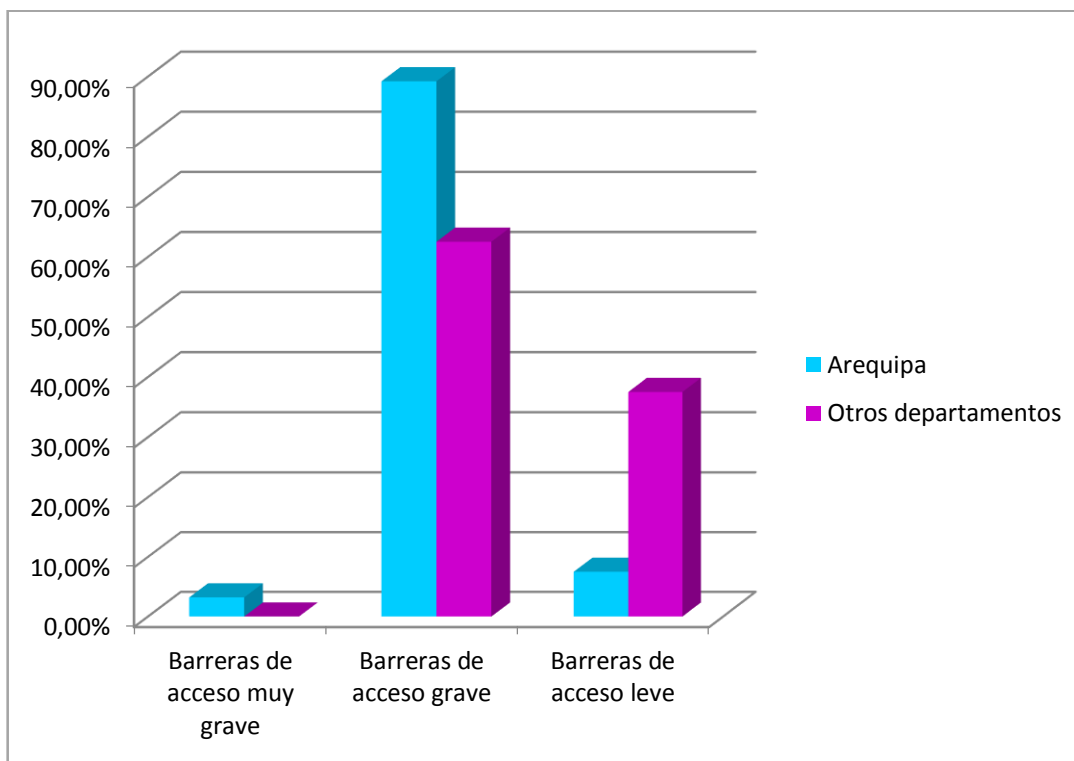
Fuente: Matriz de datos (anexo 5).

**Interpretación:**

En la tabla cruzada de barreras de acceso y procedencia se encontró las siguientes coincidencias resaltantes: el 89,2% de personas procedentes de Arequipa sufre barreras de acceso de nivel grave en el servicio odontológico, lo mismo que el 62,5% de usuarios procedentes de otros departamentos. El estadístico chi-cuadrado ayudará a determinar si existe variación conjunta.

GRÁFICO N° 17

RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y PROCEDENCIA



Fuente: Matriz de datos (anexo 5).

**TABLA N° 18**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y LA OCUPACIÓN**

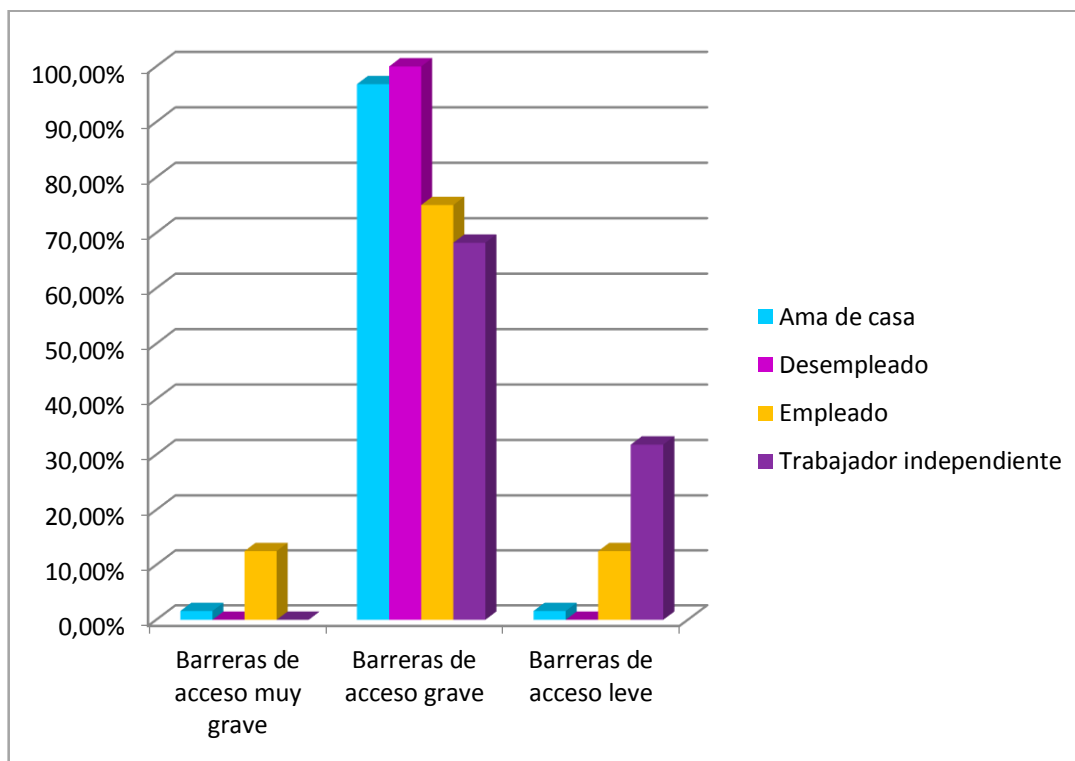
BARRERAS DE ACCESO		Ocupación								Total	
		Ama de casa		Desempleado		Empleado		Trabajo independiente			
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Barreras de acceso (global)	Barreras de acceso muy grave	1	1,6%	0	0,0%	2	12,5%	0	0,0%	3	3,0%
	Barreras de acceso grave	60	96,8%	1	100%	12	75,0%	15	68,2%	88	87,1%
	Barreras de acceso leve	1	1,6%	0	0,0%	2	12,5%	7	31,8%	10	9,9%
Total		62	100%	1	100%	16	100%	22	100%	101	100%

Fuente: Matriz de datos (anexo 5).

**Interpretación:**

En la tabla cruzada de la variable barreras de acceso con ocupación existen las siguientes coincidencias: el 96,8% de amas de casa indica que para acceder al servicio odontológico hay barreras de acceso graves, de la misma manera el 100% de los desempleados, el 75% de los empleados y el 68,2% de los independientes. Es bastante notoria la concentración de datos en torno a las barreras de acceso grave.

**GRÁFICO N° 18**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y LA OCUPACIÓN**



*Fuente: Matriz de datos (anexo 5).*

## II. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### DISCUSION Y COMENTARIOS

El propósito de la presente investigación fue relacionar los factores demográficos con las barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología del puesto de salud de Quequeña en el año 2018.

A continuación, se discuten los principales resultados de la investigación:

Con respecto a la edad, se encontró que el 49.5 % es considerado el mayor porcentaje; donde comprende pacientes menores o iguales a 30 años, seguido por el 26.7 % que abarca entre los 31 y 40 años, el 11,9% engloba pacientes de 41 y 50 años y el 11,9% comprende pacientes mayores de 51 años, esto indica que actualmente, los adultos jóvenes acceden al servicio de odontología.

En cuanto al sexo, se encontró que el 68,3% de los usuarios es femenino, y el 31,7% es masculino, se interpreta que la mayor concurrencia al servicio de odontología es realizada por mujeres, al igual que Pinheiro y Travassos vieron que el sexo femenino se asoció positivamente con la utilización de servicios de salud.

Por el contrario, Aguelo Andres, encuentra en sus resultados que existen barreras de acceso en el género.

Respecto al estado civil: el 69,3% son convivientes, el 19,8% casados, el 8,9% solteros, el 1% divorciados y el 1% viudos, estos resultados develan que la mayor población concurrente son convivientes.

Sobre el grado de instrucción el 72,3% de usuarios del servicio de odontología del Puesto de salud está representado por personas que sólo han concluido estudios secundarios. El 14,9% ha realizado estudios superiores y el 12,9% sólo ha realizado estudios de primaria. Por su ubicación un tanto distante de la ciudad de Arequipa, el distrito de Quequeña carece de Instituciones superiores y de cultura educativa con respecto a la salud oral, por ello, la población que reside ahí tiene educación básica.

En relación a estos datos podemos citar las encuestas demográficas y de salud familiar (ENDES 2012) donde informa que en las zonas rurales es mayor la proporción de personas con educación primaria (incompleta: 46%, completa 28%), cabe rescatar que en investigaciones de la sociedad iberoamericana de información científica se considera que el

nivel de educación en las personas influyen de manera preponderante en sus actitudes y prácticas relacionadas en la salud.

Con respecto a la procedencia, el 92,1% de los usuarios del servicio de odontología es oriundo de Arequipa, sólo el 7,9% son inmigrantes de otras regiones del país. De estos datos podemos deducir que el mayor porcentaje de los usuarios externos que acuden al servicio odontológico proceden de Arequipa. Estos datos estadísticos no detallan la procedencia exacta de los anexos de Quequeña pudiendo quedar en evidencia alguna relación con las barreras ya que para ingresar al sistema integral de seguro (SIS), uno de los requisitos es la residencia permanente en este caso particular de Quequeña para así acceder al servicio gratuito de salud.

Correspondiente a la ocupación, el 61,4% de usuarios del servicio de odontología son amas de casa, el 21,8% trabaja de manera independiente, el 15,8% es empleado y el 1% desempleado. Estos porcentajes nos permiten inferir que las Amas de casa tienen mayor disponibilidad para acceder al servicio de odontología.

Con respecto a las barreras de acceso globalmente:

Al evaluar las barreras de acceso al servicio de odontología a nivel global se ha encontrado que, el 87,1% de usuarios externos encuentran barreras de acceso de nivel grave, lo cual dificulta seriamente el acceso al servicio. El 9,9% indica que sufre barreras de acceso de nivel leve, es decir, de alguna manera le afecta en su salud oral y en su decisión de hacer uso del servicio brindado por el estado. El 3% indica que sufre barreras de acceso muy grave que casi imposibilita gozar del servicio brindado por el estado. De igual manera Hernández Saravia en su investigación develó que la accesibilidad al servicio de odontológico de los pacientes atendidos estaba siendo afectado por barreras culturales, geográfica, sociales, económicas y de oferta.

Agudelo Suárez, encontró dificultades en la implementación de políticas sociales, prioridad de otras poblaciones para dar atención en salud, insuficiente recurso humano, aspectos culturales, crisis del sector salud.

Las cifras indican que los usuarios externos siempre encuentran algún nivel de barreras de acceso. Esto no debe quedar inadvertido. Al respecto la Red de salud o la Microred deben adoptar estrategias para cuidar la efectividad de la Estrategia de Salud Oral local, quizá implementar un servicio ambulatorio a los anexos de Quequeña, que comprenda tratamientos

preventivos no invasivos o reubicar el puesto de salud para desconcentrar y acercar el servicio a la población objetivo.

La referencia del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) mostraba que entre los años 2004 y 2014 habría habido un cambio importante en las razones por las cuales las personas, pese a necesitar atención, no accedían a los servicios de salud. En donde se puede presumir que habrían tenido presente la existencia de barreras por parte de los pacientes.

Desglosando las barreras de acceso encontramos:

Que en la barrera de oferta el 78,2% de los usuarios que acceden al servicio de odontología sufren barreras de acceso de nivel grave, el 15,8% encuentra barreras de acceso leve, y el 5,9% barreras de acceso muy grave. El nivel representativo para la dimensión de oferta se define con la media, este valor es 26,139 que según los baremos del instrumento corresponde a barreras de acceso grave. El puntaje mínimo es 18, el puntaje máximo obtenido es 33.

La desviación estándar es 3,561, lo cual indica que la concentración de los valores está bien centrada en torno a la media, lo cual le da fiabilidad a los resultados.

Los resultados indican que los horarios de atención, el tiempo de espera y la continuidad al servicio son una dificultad para el paciente en el acceso al servicio de odontología, asimismo deben ser modificados y corregidos para brindar una atención oportuna y eficaz.

Por ello se debería permitir la extensión del turno del servicio de odontología para alcanzar una mayor cobertura en el usuario, realizar los tratamientos odontológicos en corto plazo y buscar la continuidad del paciente al servicio para lograr altas odontológicas y así contribuir en las metas del presupuesto por resultado de la estrategia de salud bucal.

De igual manera el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2015 reportó que la demora en la atención creció con importancia en el periodo del 2004- 2014, del 12.3% al 17%. , esto revela que aun en la actualidad sigue existiendo barreras de oferta que pueden estar vinculadas a un descontento del usuario o al desconocimiento en los horarios de atención como afirma Franco et al., en su investigación; también el mismo autor concluye que el acceso potencial y real a la atención odontológica de la población que fue estudiada estaba influenciada por determinantes en las variables de organización de los servicios.

En las barreras de tipo geográfico se tiene en cuenta la distancia del domicilio de los usuarios hasta el Puesto de salud, el transporte y tiempo de espera del transporte. Con respecto a este indicador, el 68,3% de usuarios indica que esto constituye una barrera de acceso grave, el

25,7% coincide en indicar que esto es una barrera de acceso leve, el 3% dice que esto constituye una barrera de acceso muy grave.

Para obtener el nivel representativo de toda la población se tiene la media que es 12,822, esto corresponde a barrera de acceso grave. El puntaje mínimo es 6 y el puntaje máximo es 18. La desviación estándar (2,868) indica una gran concentración de valores en torno a la media, por lo cual, los resultados son un reflejo fiel de la población.

El resultado obtenido indica que el servicio de salud está muy distanciado del domicilio de los usuarios y que adquirir un medio de transporte implica demasiado tiempo. Por consiguiente se debe evaluar la habilitación de la Posta del anexo de peregrinos que concentra la mayor cantidad de la población de Quequeña o reubicar el Puesto de salud de Quequeña.

De igual modo el Instituto Nacional de Estadística e Informática en el 2015, informa que la distancia geográfica creció en importancia en el mismo periodo 2004-2014, del 12.3 % al 17%. Isabel en su investigación corrobora que las barreras más frecuentes son la falta de recursos económicos, el vivir muy lejos del centro de salud, la cual reafirma nuestros resultados.

Con respecto a las barreras de acceso de tipo económico se ha tenido en cuenta el costo del transporte, los ingresos mensuales de los usuarios y el costo de la prestación del servicio. Al respecto el 93,1% de usuarios encuentra barreras de acceso grave, el 4% barreras de acceso muy grave, y el 3% barreras de acceso leve. Finalmente, la media (12,574) indica que las barreras de acceso de tipo económico son de nivel grave. El puntaje mínimo es 9 y el máximo 15. La desviación estándar (1,052) indica que el conjunto de datos es fiable.

Considerando que la mitad de los usuarios entrevistados cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS), aun así se hacen presentes las barreras económicas, ya que la cartera de servicio brindada puede ser comparada con los precios de un consultorio privado. De igual manera los ingresos mensuales de los usuarios del servicio son bajos, ya que la gran mayoría de la población tiene educación básica y sus oficios están comprendidos entre agricultores, ganaderos o trabajo de apoyo en el servicio de limpieza.

Nuestros resultados coinciden con Rocha Buelvas donde indica que las barreras económicas de acceso a los servicios de salud se han constituido en el principal obstáculo para la utilización de los servicios de salud bucal de la población. La evidencia señala que el aseguramiento no garantiza el acceso efectivo a los servicios. Esto es corroborado con el

análisis de Franco Cortés donde se muestra que el 97.5% de los niños(as) estaban afiliados al sistema general de seguridad social en salud, pero 72.5 % de los niños(as) no había visitado nunca al odontólogo, Sandra Rodríguez establece en su investigación que la población pobre asegurada (régimen subsidiado) no utilizó los servicios teniendo necesidad en un 23 % frente a un 12.6 % de la población asegurada con capacidad de pago (régimen contributivo), lo cual demuestra también vulnerabilidad de la población de menores recursos aun cuando posee seguro. Asimismo identifica que la ausencia de dinero continua siendo una de las principales barreras para acceder a los servicios de salud, lo cual impacta en mayor proporción a la población sin seguros, 50% de la población no asegurada presentó una necesidad de atención y no pudo acceder a ella por falta de recursos financieros. La población asegurada, no obstante al contar con un seguro, también demuestra que existe la falta de dinero como limitante de acceso en un 14.4 % y dentro de la población asegurada el mayor impacto de esta variable recae sobre la población pobre sin capacidad de pago. Esto es reforzado por las investigaciones de Restrepo en el 2006, 2007 y Gallego donde marcan aun la persistencia de barreras para la población afiliada, y entre la población no afiliada se debe reconocer un alto grado de vulnerabilidad que los coloca como población que enfrenta altos riesgos de empobrecimiento ante algún evento de enfermedad que deba ser financiado mediante gasto de bolsillo.

En cuanto a las barreras de tipo cultural comprende, el conocimiento de la cartera de servicios odontológicos del Puesto de Salud, el temor a los instrumentales rotatorios, la vergüenza a exponer la cavidad bucal, la información que brindan los profesionales y las actitudes desfavorables de los odontólogos. Al respecto, se encontró que el 62,4% de usuarios encuentra barreras de acceso leve, el 32,7% tiene barreras de acceso grave y el 5% tiene barreras de acceso muy grave. En esta confusa dispersión de datos, la media (16,069) indica que en la población de estudio hay barreras de acceso leve.

Esto indica que existe una barrera cultural de grado leve en cuanto a la concurrencia al servicio, este resultado puede deberse a las constantes actividades intramurales y extramurales preventivo- promocionales que realiza el servicio odontológico.

Con respecto a las barreras de tipo social se ha tenido en cuenta el excesivo trabajo y la falta de tiempo para acudir al servicio. Al respecto, el 49,5% de usuarios manifiesta barreras de acceso de nivel leve, el 27,7% ausencia de barreras de acceso, el 21,8% barreras de acceso de nivel grave y el 1% barreras de acceso muy grave. Gracias a la media (4,812) se puede

determinar que las barreras de acceso de tipo social son de nivel leve. El puntaje mínimo es 3 y el máximo 8.

La desviación estándar (1,340), al ser inferior al 30% de la media indica que la concentración de datos es buena y que por tanto los resultados obtenidos son fiables.

Las barreras de acceso de tipo social son bajas o leves, por ello, esta es la dimensión que menos perjudica a los usuarios para asistir al servicio de odontología.

En Relación entre factores demográficos y barreras de acceso de los usuarios:

En la tabla cruzada hay varias coincidencias: El 88% de los menores o iguales a 30 años sufre barreras de acceso grave, lo mismo que el 81,5% de personas de 31 a 40 años, Sin embargo el 100% de personas de 41 a 50 años y el 83,3% de mayores de 51 años no perciben ninguna tendencia ascendente ni descendente.

Al relacionar barreras de acceso y edad se encontró los siguientes resultados:

Significancia (0,242) mayor al valor alfa (0,05) por tanto, se acepta la hipótesis nula de que no existe asociación entre barreras de acceso al servicio odontológico y edad. Se rechaza la hipótesis de investigación.

Esto quiere decir que la edad independientemente cual sea no interfiere en el mayor o menor acceso al servicio en estudio.

En la tabla cruzada de barreras de acceso y sexo se ha encontrado varias coincidencias: el 92,8% de mujeres sufre barreras de acceso graves, lo mismo que el 75% de varones. De los varones hacia las mujeres se percibe una tendencia progresiva.

Al relacionar barreras de acceso y sexo se encontró los siguientes resultados:

Significancia (0,045) menor al valor alfa (0,05) por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación de que existe asociación significativa entre barreras de acceso al servicio odontológico y sexo. Esto quiere decir que las mujeres que acuden de alguna forma al servicio siempre encuentran barreras de tipo grave que dificultan un acceso efectivo al servicio en relación a los varones.

Mediante la tabla cruzada de los valores obtenidos para la variable barreras de acceso con estado civil se encontró los siguientes coincidencias resaltantes: el 66,7% de solteros sufre barreras de acceso grave al servicio odontológico lo mismo que el 80% de los casados, el 91,4% de convivientes. Asimismo el 100% de divorciados y el 100% de viudos. La tabla indica una cierta tendencia, habrá que probarlo con el chi-cuadrado.

Al relacionar barreras de acceso con estado civil se encontró los siguientes resultados:

Significancia (0,055) mayor al valor alfa (0,050) por tanto, se acepta la hipótesis nula de que no existe asociación significativa al 95% de confianza. Se rechaza la hipótesis de investigación.

Mediante la tabla cruzada entre barreras de acceso y grado de instrucción se ha obtenido los siguientes valores importantes: el 76,9% de los que sólo hicieron estudios primarios encuentran barreras de acceso de nivel grave, lo mismo que el 91,8% de los que sólo completaron secundaria y el 73,3% de los que hicieron estudio superior.

Al relacionar barreras de acceso con grado de instrucción se encontró los siguientes resultados:

Significancia (0,232) mayor al valor alfa (0,05) por tanto, se acepta la hipótesis nula de que entre barreras de acceso al servicio odontológico y grado de instrucción no existe asociación significativa.

En la tabla cruzada de barreras de acceso y procedencia se encontró las siguientes coincidencias resaltantes: el 89,2% de personas procedentes de Arequipa sufre barreras de acceso de nivel grave en el servicio odontológico, lo mismo que el 62,5% de usuarios procedentes de otros departamentos. El estadístico chi-cuadrado ayudará a determinar si existe variación conjunta.

Al relacionar barreras de acceso con procedencia se encontró los siguientes resultados:

Significancia (0,023) menor al valor alfa (0,05) por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación de que barreras de acceso tiene asociación significativa al 95% de confianza con procedencia. Esto indicaría que las personas que son oriundas de Arequipa, pobladores que residieron años en Quequeña presentan barreras de acceso grave en relación de los pacientes que migran recién de otras regiones, estando tanto tiempo el usuario de Quequeña en contacto con el servicio odontológico puede percibir barreras reales.

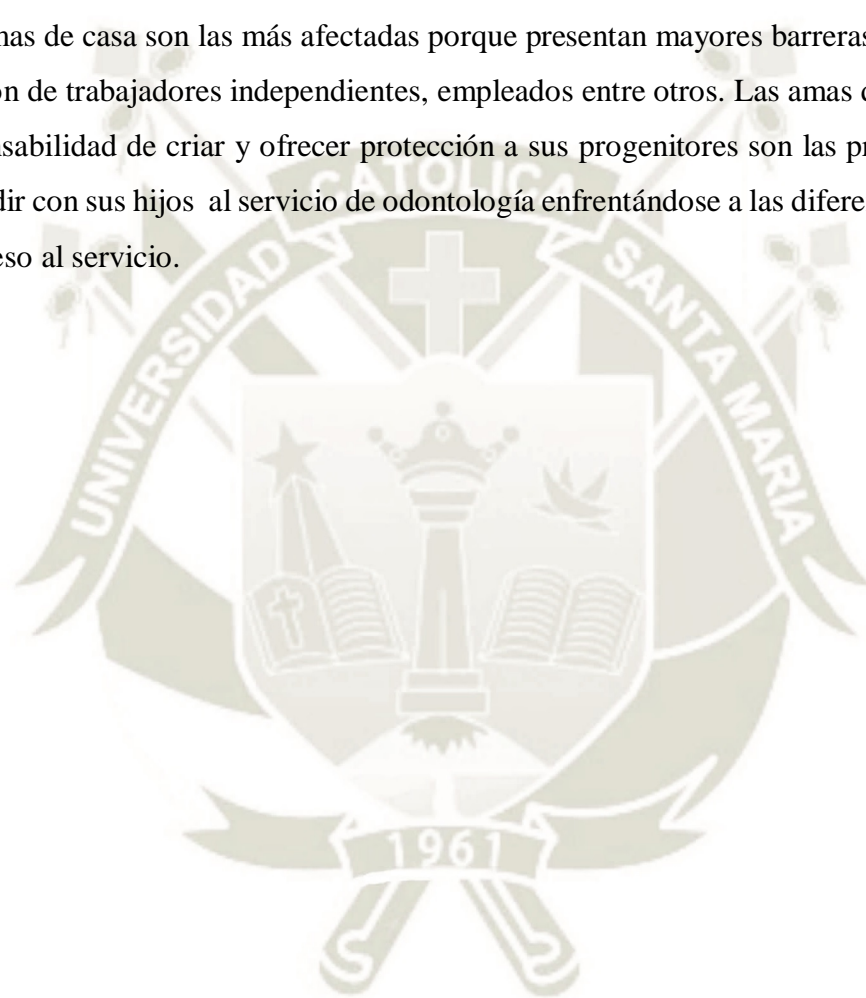
En la tabla cruzada de la variable barreras de acceso con ocupación existen las siguientes coincidencias: el 96,8% de amas de casa indica que para acceder al servicio odontológico hay barreras de acceso graves, de la misma manera el 100% de los desempleados, el 75% de

los empleados y el 68,2% de los independientes. Es bastante notoria la concentración de datos en torno a las barreras de acceso grave.

Al relacionar barreras de acceso y ocupación se llega a la siguiente conclusión:

La significancia (0,001) es menor que el valor alfa (0,05) por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación de que existe asociación significativa al 95% entre las variables.

Las amas de casa son las más afectadas porque presentan mayores barreras de tipo grave en relación de trabajadores independientes, empleados entre otros. Las amas de casa al tener la responsabilidad de criar y ofrecer protección a sus progenitores son las principales actoras al acudir con sus hijos al servicio de odontología enfrentándose a las diferentes barreras para el acceso al servicio.



## CONCLUSIONES

### PRIMERA:

Las características demográficas predominantes de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología en el puesto de salud de Quequeña son: según la edad, el 49,5% son menores o iguales a 30 años y el 26,7% están entre 31 y 40 años; según el sexo, el 68,3% son mujeres y el 31,7% son varones; según el estado civil el 69,3% son convivientes y el 19,8% casados; según el grado de instrucción, el 72,3% sólo ha concluido la secundaria y el 14,9% ha realizado educación superior; según su procedencia, el 92,1% es de Arequipa y el 7,9% procede de otros departamentos, según su ocupación, el 61,4% es ama de casa y el 21,8% trabaja de manera independiente.

### SEGUNDA:

A nivel global, las barreras de acceso que perjudican a los usuarios externos son de nivel grave (87,1%), lo cual significa que esto perjudica notablemente a los usuarios y que reclama de los promotores de la salud bucal la pronta adopción de estrategias de mejoramiento. En el análisis por dimensiones se ha encontrado: las barreras de acceso de oferta son de nivel grave (78,2%), lo mismo que los de tipo geográfico (68,3%) y los de tipo económico (93,1%); los de tipo cultural son de nivel leve (62,4%), de la misma manera los de tipo social (49,5%).

### TERCERA:

La asociación de los factores demográficos con las barreras de acceso al servicio de odontología en el puesto de salud de Quequeña se ha realizado con el estadígrafo chi-cuadrado al 95% de confianza, y se ha obtenido los siguientes resultados: tienen  $P < 0,05$  el sexo, la procedencia y la ocupación, por tanto, estos son los factores demográficos asociados significativamente a las barreras de acceso; sin embargo la edad, el estado civil y el grado de instrucción tienen  $P > 0,05$ , por tanto estos no están significativamente asociados.

## RECOMENDACIONES

### **PRIMERA: Para la Red de Salud Arequipa Caylloma.**

Los hallazgos de la presente investigación prometen un significativo impacto científico y social en lo referido al acceso al servicio de odontología prestado en el Puesto de Salud de Quequeña, por ello, es recomendable dar a conocer esta investigación para que se conozca la problemática presentada, ya que, la Red de Salud Arequipa Caylloma es la encargada de monitorear y supervisar sus establecimientos de salud.

### **SEGUNDA: Para los directivos del Puesto de salud de Quequeña.**

Deben tener presente que, los usuarios que acuden al servicio de odontología encuentran barreras de acceso de oferta, de tipo geográfico, económico, cultural y social.

No sólo se trata brindar atención en el servicio odontológico, es necesario allanar todas las dificultades que las personas encuentren para acceder a este servicio, estos pueden consistir en ampliar los horarios de atención, ofrecer servicios ambulatorios preventivo-promocionales, estudiar la posibilidad de la reubicación del puesto de salud en un punto asequible.

Muchas de estas barreras son factibles de ser superadas si hay una evaluación objetiva y el deseo de mejorar el impacto social del mismo.

### **TERCERA: Para los usuarios externos del servicio de odontología del Puesto de Salud de Quequeña.**

La eficacia de los servicios del estado no sólo se debe dar por iniciativa del personal de salud, sino también por la capacidad propositiva de los usuarios, por ello, es necesario que estos ofrezcan sugerencias y apreciaciones valorativas acerca del servicio. Por otra parte, también deben concientizarse en el cuidado de su salud oral.

### **CUARTA: Para futuros investigadores.**

A los estudiantes, realizar este tipo de estudios con mayor frecuencia y en poblaciones más grandes, extendiendo la investigación a otros distritos o regiones.

Asimismo la investigación puede estar dirigida a los pacientes que concurren a los diferentes servicios de salud que brinda una Institución Pública o Privada, también las variables pueden

ser modificadas abordando temas como acceso, accesibilidad o la relación entre el acceso, calidad y satisfacción, crear instrumentos que puedan medir no solo las barreras sino los facilitadores de acceso que tiene los pacientes en algunas Instituciones. El instrumento aquí utilizado queda validado para futuros estudios.



## **PLAN DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LAS BARRERAS DE ACCESO DE LOS USUARIOS EXTERNOS QUE CONCURREN AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL PUESTO DE SALUD DE QUEQUEÑA.**

### **I. Aspectos generales**

El Puesto de salud se encuentra ubicado en el distrito de Quequeña, del departamento de Arequipa, este cuenta con seis ambientes: área de triaje, tópico y admisión, consultorio de enfermería del niño y adolescente, consultorio médico, consultorio odontológico, consultorio de obstetricia, área de farmacia y recursos humanos.

El puesto de salud de Quequeña, es un órgano encargado de garantizar al usuario externo la atención integral, individualizada y oportuna, en el horario comprendido de lunes a sábado durante las 06 primeras horas del día.

El personal de salud está constituido por un médico serums, una odontóloga serums, dos enfermeras de las cuales una es serums y dos técnicos de enfermería.

Con respecto al servicio de odontología este brinda sus atenciones tres veces a la semana en un horario de 7.30 a 1.30, siendo este insuficiente para proporcionar una mayor cobertura odontológica en toda la población de Quequeña, el servicio en la actualidad presenta globalmente barreras de acceso de tipo grave en un 87.1% en donde se evidencia que la mayoría de los pacientes que acudió al servicio de odontología presentaba una barrera de acceso.

Segregando cada barrera de acceso el porcentaje estadístico de su prevalencia es la siguiente: Las barreras de acceso de oferta comprenden el 78.2 %, de tipo geográfico el 68.3 %, de tipo económico 93.1 %, de tipo cultural 62.2 %, y de tipo social el 79.5 %, donde las tres primeras son asociadas a barreras de acceso grave y las dos últimas a barreras de acceso leve.

En consideración a los factores demográficos y las barreras de acceso tenemos que tanto el sexo, la procedencia y la ocupación se asociaron a las barreras de acceso.

### **II. Justificación**

La relevancia de este plan de intervención radica en solucionar el acceso al Puesto de Salud de los usuarios externos al servicio de odontología permitiéndole un mayor contacto con este servicio.

Estadísticamente se encontró evidencia que avala la existencia de la asociación de factores demográficos a las barreras de acceso, así como también prevalencia de barreras de acceso de nivel grave, esto implica tomar medidas inmediatas para poder permitirle al usuario externo un mayor contacto con el servicio odontológico y así pueda beneficiarse de los tratamientos odontológicos preventivos y recuperativos. Al plantear este plan de intervención este se convertirá en el primer antecedente que tendrá el servicio de odontología y que podría servir de modelo para los demás servicios en funcionamiento. Por esta razón, desde la maestría en Gerencia en Salud de la Universidad Católica de Santa María se ejecutó esta investigación para generar conocimiento y sea una base sustentable para proponer este plan de intervención.

### **III. Objetivos**

Atenuar las barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología.

### **IV. Formulación**

#### **1. Fase técnica**

El plan de intervención propuesto debe ser aprobado por la Gerencia de la Red Arequipa Caylloma a través de reuniones técnicas ,mediante la evaluación del responsable de la Estrategia de Salud Oral de la red, para que emita un informe a la Micro Red de Characato, donde se dé a conocer el plan al Jefe del servicio odontológico y proceda en la realización de un informe dirigido al responsable del Puesto de salud, y este de su aprobación para ser ejecutado por el responsable de la estrategia de salud oral y así coordine con economía y recursos humanos del Puesto.

#### **2. Fase de compromiso institucional**

Sostener una reunión con la encargada de la Estrategia de Salud Oral de la Red Arequipa Caylloma para introducir la fiabilidad del plan a nivel de la alta jerarquía y obtener el apoyo y compromiso político, para así disminuir las

barreras de acceso encontradas en el servicio de odontología. Asimismo coordinar tanto con la Red y la Micro Red para el financiamiento de un sueldo fijo para contrato CAS de un Cirujano Dentista que cumpla completo horario de trabajo.

### 3. Fase operativa

#### a) Problema:

Presencia de barreras de acceso de oferta y económica de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología.

#### b) Equipo de mejora:

M.C. Rana Shaheryar  
C.D. Susan Danitza Roca Ticona

#### c) Dependencia

Micro Red de salud Characato

#### d) Población objetivo

Población global que reside en Quequeña

#### e) Actividades

Reunión con el personal de salud, se dará a conocer los resultados de la investigación realizada en su Institución y se contratará en acta los acuerdos programados:

#### Lluvia de ideas:

- Contratar a un odontólogo general que cubra los horarios de atención ya establecidos por las mañanas.
- Extensión de horario de atención, cubriendo el turno de tarde con un serumista equivalente y un técnico de enfermería.
- Redefinir el costo de cartera de servicio odontológico para generar accesibilidad.

- No considerar topes de atención en los pacientes que acudan al servicio de odontología que estén afiliados al sistema integral de salud, ya que limita la utilización del servicio.
- Brindar sesiones educativas y demostrativas en centros educativos, asociaciones comunales, en coordinación con las promotoras de salud.
- Realizar campañas de medidas preventivas
- Difusión de materiales de comunicación con mensajes informativos sobre los tratamientos preventivos y recuperativos que ofrece el servicio de odontología.

#### 4. Recursos

##### a) Recursos Humanos:

- M.C. Rana Shaheryar
- C.D. Susan Danitza Roca Ticona
- Obsta. Magaly Pinto Cupe
- Lic. Doris Quispe Mamani
- Lic. Sulma Chata Ponce
- Tec. Enf. Haydee Llamoca Vilca
- Tec. Enf. Guido Huarachi Rodriguez

##### b) Recursos Materiales

- Computadora
- Hojas Bond
- Impresora
- Folletos
- Papelotes, plumones
- Afiches ilustrativos

##### c) Recursos Económicos

- Recursos propios del Establecimiento de salud
- Recursos del departamento de economía de Microred de Characato

**d) Recursos Institucionales**

- Instalaciones del Puesto de salud de Quequeña

**5. Presupuesto**

<b>Recursos humanos</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Total</b>
Odontólogo general	1	2500	2500
			2500
<b>Recursos materiales</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Total</b>
Papelotes	40	0.50	10
Plumones	20	2.00	40
Hojas bond	100	0.10	10
Folletos	500	0.20	100
Afiches ilustrativos	10	5.00	50
			210

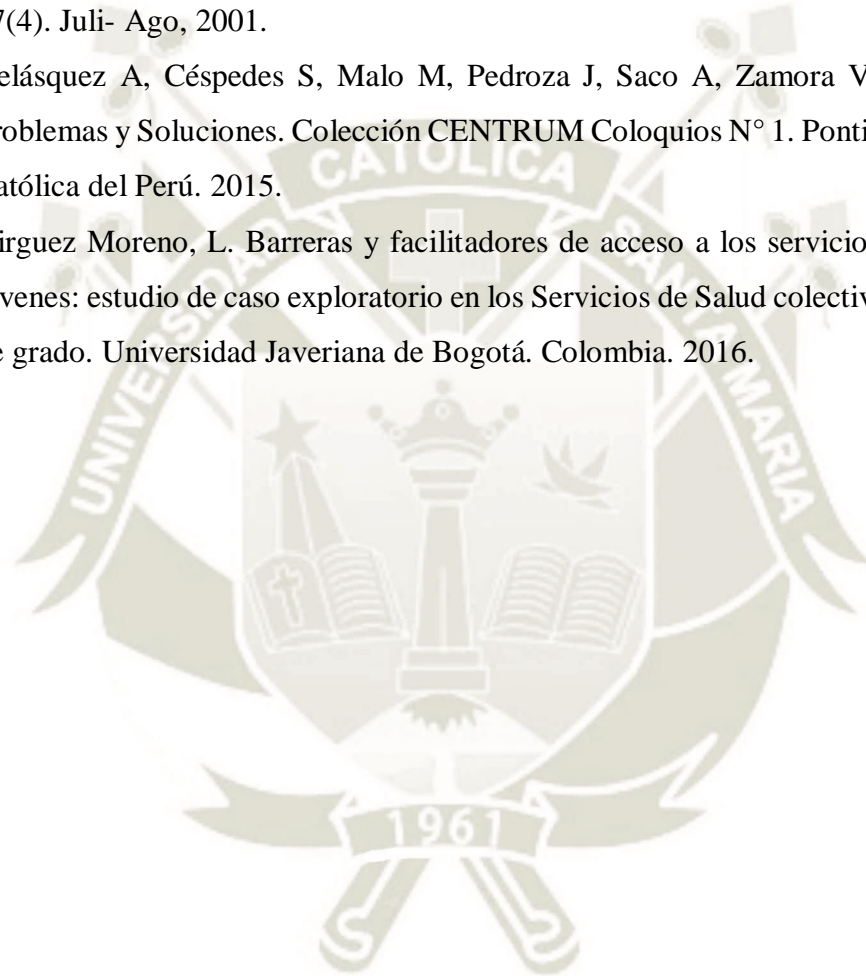
### 6. Cronograma de la propuesta de intervención

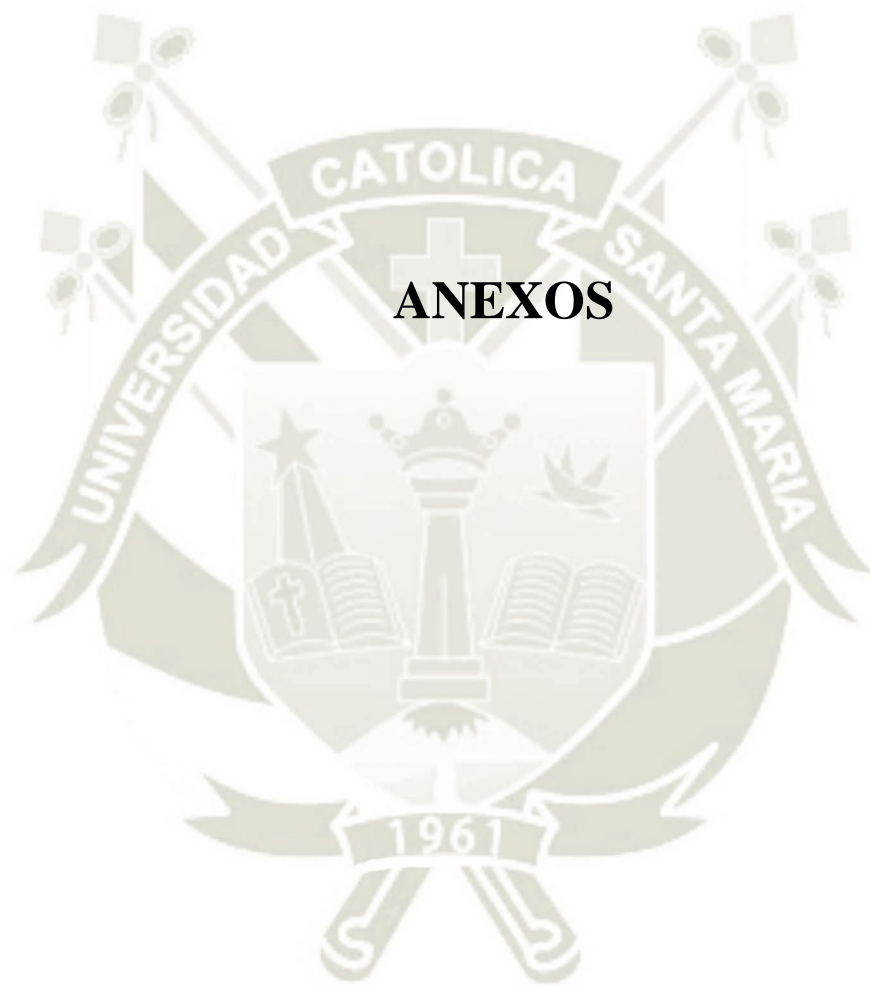
AÑO 2019								
<i>Actividad</i>	<i>Tiempo</i>	E	F	M	A	M	J	D
1.Reunion del personal de salud		X						
2. Emisión del informe de los acuerdos pactados en acta			X					
3.Respuesta del Informe de la Red y Micro red			X	X				
4.Campañas preventivas en la comunidad			X					
5.Sesiones educativas y demostrativas				X				
6.Implementacion de odontólogo serums				X				
7.Incorporacion del odontólogo general CAS						X		
8. Redacción de avances con respecto a la disminución de las barreras de acceso.								X

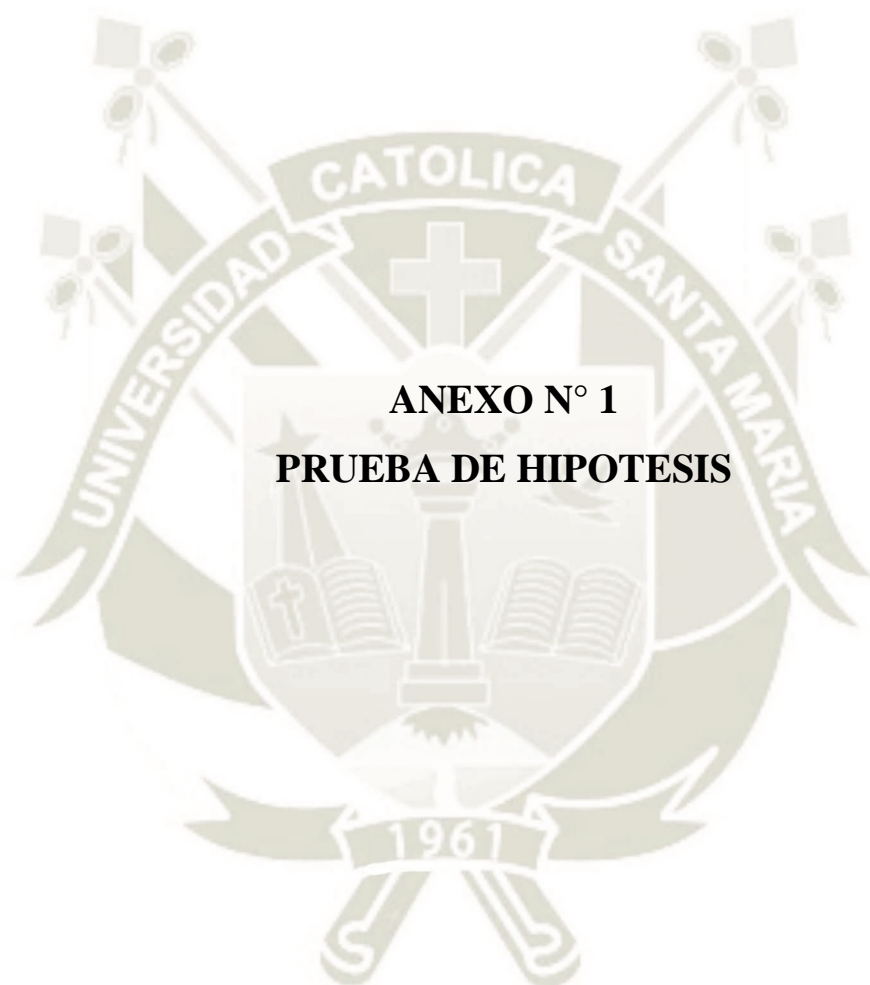
## I. BIBLIOGRAFÍA

1. Agudelo – Estupiñan A, Gómez – Amaya P, Montes – González J, Pelayo G. Barreras de Acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del Municipio de San Gil-Santander. Trabajo de grado. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Colombia. 2013.
2. Ashanga Marichin, Giovanna Maribel, Tello Nolorbe, Gisella del Pilar. Factores Sociodemograficos, culturales y satisfacción de la atención de enfermería en usuarios externos atendidos en el Hospital Regional de Loreto Punchanai. Tesis para optar título de licenciada en enfermería. Universidad Peruana del Oriente. 2016
3. Bedoya – Murillo C, García – Restrepo D, Pérez Collante Y. Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia: revisión sistemática de la literatura. Monografía. Universidad CES. Colombia. 2016.
4. Burón – Pust, A. Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud de Catalunya. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2012.
5. Cernadas – Ramos, A. Desigualdades en salud e inequidades en el acceso a los sistemas sanitarios públicos: Los colectivos socialmente desfavorecidos en Barcelona. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2008.
6. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vásquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología - UBA. 2006; 4: 202.
7. Diccionario de Leyes (2018). Disponible en: <https://español.thelawdictionary.org/factores-demograficos>
8. Hernández – Saravia L, Tavera – Gutiérrez P. Barreras de acceso al servicio odontológico de los pacientes que se atienden en COPRESALUD IPS en la ciudad de Cartagena en el primer trimestre del 2014. Trabajo de Investigación de la Universidad de Cartagena. Colombia. 2014.
9. Hirmas – Aday M, Poffald – Angulo L, Jasmen – Sepúlveda A, Aguilera – Sanhueza X, Delgado – Becerra I, Vega – Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública. 2013; 33 (3): 224.
10. Restrepo – Zea J, Silva – Maya C, Andrade – Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2014; 13 (27): 244.

11. Rocha, Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2013; 12 (25): 99, 100.
12. Rodríguez – Acosta, S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de salud en Colombia. Trabajo de Investigación. Universidad Autónoma de Barcelona. España. 2010.
13. Sassi Mendoza, Raül, Bèria Umberto Jorge. Utilización de los servicios de Salud: Una revisión sistemática sobre factores relacionados. *Cad Saude Pública*, Rio de Janeiro, 17(4). Juli- Ago, 2001.
14. Velásquez A, Céspedes S, Malo M, Pedroza J, Saco A, Zamora V. La Salud Hoy: Problemas y Soluciones. Colección CENTRUM Coloquios N° 1. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2015.
15. Virguez Moreno, L. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud colectiva (SSC). Trabajo de grado. Universidad Javeriana de Bogotá. Colombia. 2016.







## PRUEBA DE HIPÓTESIS DE ASOCIACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y EDAD

	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,948 <sup>a</sup>	6	,242
Razón de verosimilitud	9,901	6	,129
Asociación lineal por lineal	1,827	1	,177
N de casos válidos	101		
a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,36.			

Criterios de interpretación de la prueba de hipótesis chi-cuadrado de asociación entre las variables:

- Si la significancia (...) es menor que el valor alfa (0,050) entonces se rechaza la hipótesis nula y se aprueba la hipótesis de investigación de que entre las variables hay asociación significativa.
- Si la significancia (...) es mayor o igual que el valor alfa (0,050) entonces se aprueba hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación.

La decisión también se puede tomar en base al chi-cuadrado hallado a tantos grados de libertad. Ambos análisis, por diversos caminos coinciden en la determinación final, por ello, sólo se acostumbra analizar en base a la significancia obtenida.

### Interpretación:

Al relacionar barreras de acceso y edad se encontró los siguientes resultados:

Significancia (0,242) mayor al valor alfa (0,05) por tanto, se acepta la hipótesis nula de que no existe asociación entre barreras de acceso al servicio odontológico y edad. Se rechaza la hipótesis de investigación.

Esto quiere decir que edad independientemente cual sea no interfiere en el mayor o menor acceso al servicio en estudio.

**PRUEBA DE HIPÓTESIS DE ASOCIACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y  
SEXO**

	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	6,192 <sup>a</sup>	2	,045
Razón de verosimilitud	5,734	2	,057
Asociación lineal por lineal	1,161	1	,281
N de casos válidos	101		
a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,95.			

**Interpretación:**

Al relacionar barreras de acceso y sexo se encontró los siguientes resultados:

Significancia (0,045) menor al valor alfa (0,05) por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación de que existe asociación significativa entre barreras de acceso al servicio odontológico y sexo. Esto quiere decir que las mujeres que acuden de alguna forma al servicio siempre encuentran barreras de tipo grave que dificultan un acceso efectivo al servicio en relación a los varones.

**PRUEBA DE HIPÓTESIS DE ASOCIACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y  
ESTADO CIVIL**

	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15,244 <sup>a</sup>	8	,055
Razón de verosimilitud	10,857	8	,210
Asociación lineal por lineal	,962	1	,327
N de casos válidos	101		
a. 11 casillas (73,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.			

**Interpretación:**

Al relacionar barreras de acceso con estado civil se encontró los siguientes resultados:

Significancia (0,055) mayor al valor alfa (0,050) por tanto, se acepta la hipótesis nula de que no existe asociación significativa al 95% de confianza. Se rechaza la hipótesis de investigación.

**PRUEBA DE HIPÓTESIS DE ASOCIACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y GRADO DE INSTRUCCIÓN**

	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,586 <sup>a</sup>	4	,232
Razón de verosimilitud	4,955	4	,292
Asociación lineal por lineal	,212	1	,645
N de casos válidos	101		
a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,39.			

**Interpretación:**

Al relacionar barreras de acceso con grado de instrucción se encontró los siguientes resultados:

Significancia (0,232) mayor al valor alfa (0,05) por tanto, se acepta la hipótesis nula de que entre barreras de acceso al servicio odontológico y grado de instrucción no existe asociación significativa.

**PRUEBA DE HIPÓTESIS DE ASOCIACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y PROCEDENCIA**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>			
	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,547 <sup>a</sup>	2	,023
Razón de verosimilitud	5,313	2	,070

Asociación lineal por lineal	6,487	1	,011
N de casos válidos	101		
a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.			

**Interpretación:**

Al relacionar barreras de acceso con procedencia se encontró los siguientes resultados:

Significancia (0,023) menor al valor alfa (0,05) por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación de que barreras de acceso tiene asociación significativa al 95% de confianza con procedencia.

**PRUEBA DE HIPÓTESIS DE ASOCIACIÓN ENTRE BARRERAS DE ACCESO Y OCUPACIÓN**

	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	23,001 <sup>a</sup>	6	,001
Razón de verosimilitud	20,095	6	,003
Asociación lineal por lineal	9,625	1	,002
N de casos válidos	101		
a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.			

**Interpretación:**

Al relacionar barreras de acceso y ocupación se llega a la siguiente conclusión:

La significancia (0,001) es menor que el valor alfa (0,05) por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación de que existe asociación significativa al 95% entre las variables.



**ANEXO N° 2**

**BAREMACION DE LAS BARRERAS DE ACCESO**

**BAREMACIÓN DE LA VARIABLE BARRERAS DE ACCESO:**

	Puntaje mínimo y máximo	Ausencia de barreras de acceso	Barreras de acceso leve	Barreras de acceso grave	Barreras de acceso muy grave
Barreras de acceso global (36)	36 y 114	Hasta 36	37-62	63-88	89-114
Barreras de acceso de oferta (13)	13 y 40	Hasta 13	14-22	23-31	32-40
Barreras de acceso de tipo geográfico (6)	6 y 20	Hasta 6	7-11	12-16	17-20
Barreras de acceso de tipo económico (5)	5 y 17	Hasta 5	6-9	10-13	14-17
Barreras de acceso de tipo cultural (9)	9 y 28	Hasta 9	10-16	17-22	23-28
Barreras de acceso de tipo social (3)	3 y 9	Hasta 3	4-5	6-7	8-9

*Fuente: elaboración propia.*



**ANEXO N<sup>o</sup>3**  
**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO Y CONFIABILIDAD DE**  
**ALFA DE CRONBACH**

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

FORMULARIO DE PREGUNTAS

El que suscribe, Mgter. Ruperto Benjamín Dueñas Carpio, Magister en Salud Publica con mención en Gerencia; hace constatar que la:

***Bachiller Susan Danitza Roca Ticona***

Alumna del Programa de Maestría en Gerencia en Salud, Modalidad Semipresencial de la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María, me presentó el Instrumento denominado FORMULARIO DE PREGUNTAS, para conseguir datos e información respecto a los factores demográficos y las barreras de acceso de los pacientes que acuden al servicio de odontología del Puesto de Salud de Quequeña ; para así realizar su investigación titulada: *FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LAS BARRERAS DE ACCESO DE LOS USUARIOS EXTERNOS QUE CONCURREN AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL PUESTO DE SALUD DE QUEQUEÑA - AREQUIPA 2018*. El cual fue revisado y guarda **VALIDEZ** y concordancia con las variables planteadas.

Se expide la presente a solicitud del interesado.

Arequipa, 02 de julio del 2018



Firma del Experto Informante  
Mgter. Ruperto Dueñas Carpio

DNI: 29386359

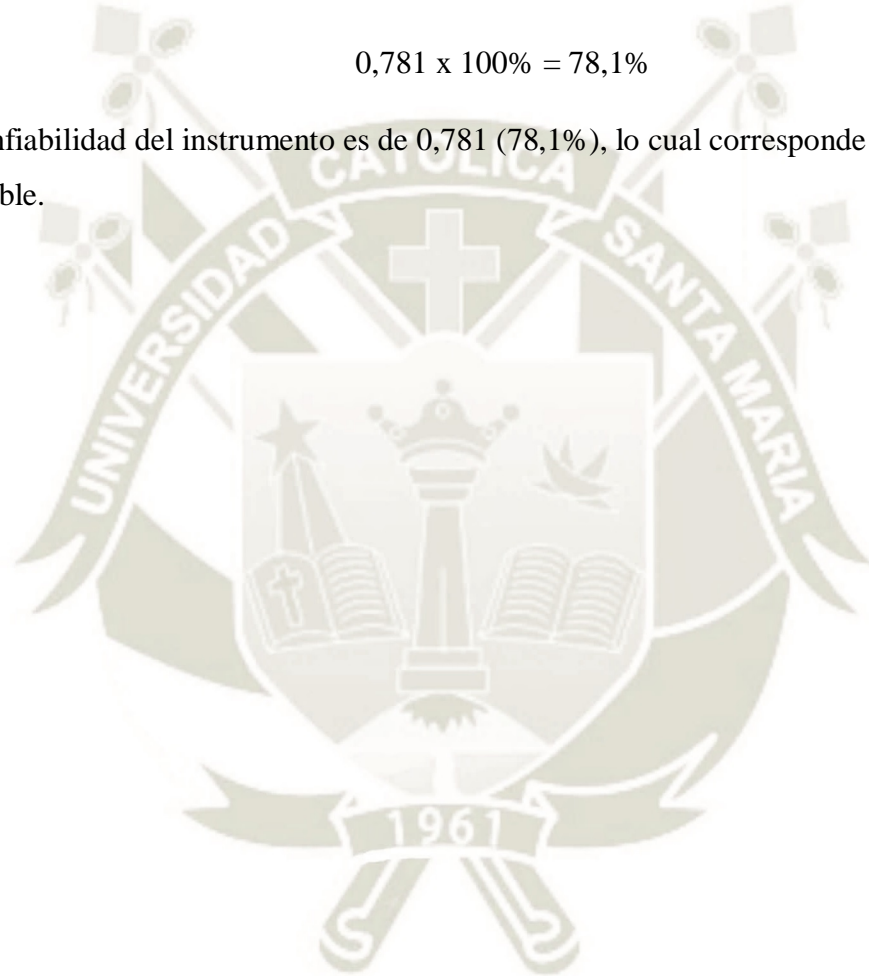
**CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH:**

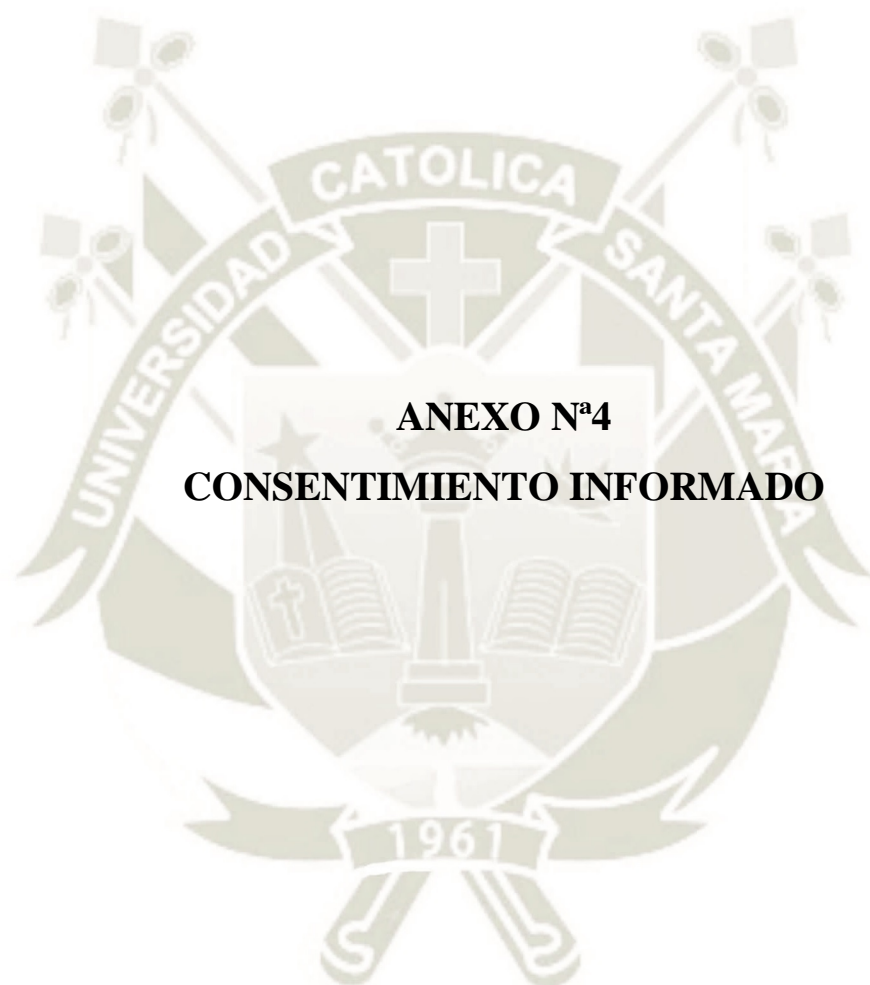
La confiabilidad alfa de Cronbach hallada con el cuestionario de barreras de acceso al servicio odontológico es como sigue:

<i>Estadísticas de fiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,781	36

$$0,781 \times 100\% = 78,1\%$$

La confiabilidad del instrumento es de 0,781 (78,1%), lo cual corresponde a confiabilidad aceptable.





### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la C.D Susan Danitza Roca Ticona, Bachiller de la Maestría de Gerencia en Salud de la de la Universidad Católica de Santa María. El Objetivo de este estudio es relacionar los Factores demográficos con las Barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología de la Puesto de salud de Quequeña.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

**ACEPTO** participar voluntariamente en esta investigación, conducida por C.D. Susan Danitza Roca Ticona.

- He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es relacionar los Factores demográficos con las Barreras de acceso de los usuarios externos que concurren al servicio de odontología del Puesto de salud de Quequeña.
- Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.
- Reconozco que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la C.D. Susan Danitza Roca Ticona al teléfono 972588348.
- Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

-----  
**Nombre del Participante**

-----  
**Firma del Participante**

-----  
**Fecha**

## ANEXO N°5

### MATRIZ DE DATOS

d	Inf. sociodemográfica																																														
	E d a d	S e x o	Es t C i v	Gr a n s t	P r o c	O c u p	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					
1	24	2	3	3	1	3	1	2	2	2	2	3	1	1	2	1	1	1	3	2	1	2	1	4	3	2	1	4	4	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3
2	24	2	3	2	1	3	1	1	4	2	1	4	4	4	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2	1	4	4	1	2	1	2	2	1	1	1	1	3	3	1	1	3	1	1	3	
3	27	2	3	1	1	3	1	1	4	2	2	1	1	3	2	2	3	2	1	2	1	2	1	4	3	2	2	2	3	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	3	
4	23	2	3	3	1	3	1	1	4	2	2	3	3	3	2	1	1	1	2	2	2	3	1	4	3	2	1	4	4	1	2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1		
5	36	2	3	2	1	3	1	2	2	2	2	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1	2	4	3	2	1	4	4	1	2	1	2	2	1	3	3	1	1	3	1	1	1	1				
6	27	2	3	2	1	4	1	2	2	3	1	4	4	4	1	2	1	1	2	2	1	2	1	4	2	2	1	4	4	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2			
7	23	2	3	2	1	4	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	4	4	1	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1			
8	27	2	3	1	1	4	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	1	4	1	2	1	4	4	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1		
9	00	2	3	3	1	4	1	2	1	2	1	4	4	4	1	2	2	3	1	2	1	2	1	4	2	2	1	4	4	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1			
10	14	0	2	3	2	1	4	1	2	1	2	2	1	3	3	2	2	3	1	2	2	2	1	2	4	3	2	1	4	4	1	2	3	1	2	3	3	3	1	1	3	1	2	1			
11	31	3	2	3	2	1	4	1	2	3	2	2	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	4	1	2	1	4	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3			
12	37	2	3	2	1	4	1	2	2	2	2	1	3	3	2	3	2	1	3	2	1	2	1	4	3	2	1	4	4	1	2	2	1	3	2	1	1	1	1	3	1	1	1				
13	23	3	2	3	1	1	1	1	2	2	2	1	4	4	4	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	4	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
14	24	0	2	3	2	2	1	1	4	2	2	1	1	3	2	2	3	2	1	2	1	1	1	4	3	2	1	4	4	1	2	3	1	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3			
15	23	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	3	2	1	2	1	2	2	2	2	1	4	3	2	1	4	4	1	2	1	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1			
16	27	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	4	4	4	2	1	2	1	3	2	2	1	1	4	3	2	1	4	4	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	3	1	1	3	1			
17	22	2	1	3	1	3	1	2	1	2	1	4	4	4	1	1	1	2	3	2	3	3	2	4	3	2	1	4	4	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1			
18	27	2	1	3	1	3	1	1	4	2	2	3	3	3	2	1	1	1	2	2	2	3	2	4	3	2	1	4	4	1	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	1			
19	58	2	2	3	1	3	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	3	1	1	1			
20	24	4	2	2	2	1	3	1	2	1	2	2	4	4	4	2	1	2	2	1	2	1	2	1	4	2	2	1	4	4	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1		
21	22	3	2	2	2	1	3	1	2	2	2	1	1	3	2	1	2	1	2	2	2	2	1	4	3	2	1	4	4	1	2	1	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1			
22	24	2	2	2	2	3	1	2	3	2	2	1	1	1	2	3	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	2	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	1			
23	36	2	2	3	1	4	1	2	3	2	1	4	4	4	1	3	2	3	3	2	1	2	1	4	2	2	1	4	4	1	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1			
24	25	4	2	2	2	1	4	1	1	4	2	2	4	4	4	2	3	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	4	4	1	2	3	1	2	1	1	3	1	1	3	1	1	3	3			
25	25	3	2	2	3	2	4	1	2	1	2	2	1	3	1	2	3	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1			
26	25	0	2	2	3	2	4	1	2	1	2	2	1	1	1	2	3	2	2	3	1	1	1	1	3	1	1	1	4	4	1	2	1	2	2	1	1	1	1	3	1	3	1	1			
27	27	4	2	1	1	1	4	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2	2	3	1	4	2	2	1	4	4	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1			
28	28	9	2	1	2	1	4	1	2	1	3	2	2	1	2	1	3	1	2	2	1	3	1	4	2	2	1	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	1	1				
29	28	2	1	2	2	4	1	2	2	3	1	4	4	4	2	1	1	1	1	2	1	1	4	2	1	1	4	4	1	1	2	1	3	3	1	3	1	3	1	3	1	1	1				
30	30	5	2	1	2	1	4	1	1	4	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	5	1	1	2	2	3	3	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
31	32	1	3	2	1	2	1	3	1	2	1	2	1	4	4	2	1	1	2	2	1	2	2	1	4	2	2	2	2	4	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	1	1				









GERENCIA REGIONAL DE  
SALUD  
Red de salud Arequipa-  
Caylloma  
Micro Red Characato

“AÑO DEL DIALOGO Y RECONCILIACION NACIONAL”



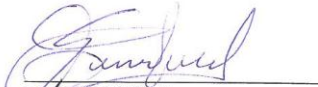
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN Y/O USO DE DATOS, CONSULTA DE DOCUMENTOS, ENTREVISTAS A PACIENTES Y/O TOMA DE FOTOS Y/O VIDEOS EN PROCESOS DE INVESTIGACIÓN.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE
<p><b>Nombre y Apellidos:</b> Susan Danitza Roca Ticona  <b>Entidad / Institución:</b> Universidad Católica de Santa María, Escuela de Postgrado, Maestría en Gerencia en Salud  <b>Dirección:</b> Psje. Pizarro 102- B, JLByR Teléfono: 972588348</p>
INFORMACION SOBRE LA SOLICITUD
<p><b>Procedimiento a realizar</b> (especificar tipo de información requerida –datos historias clínicas, fotos, etc.–, procedimiento de recolección y duración de ese procedimiento):                      El procedimiento se realizara mediante el Instrumento "Cuestionario" que se dará a los pacientes que acudan al servicio de odontología, la duración del procedimiento estará estimada alrededor de 2 meses y medio.  <b>Servicio:</b> de Odontología.</p>
FINALIDAD Y UTILIZACIÓN
<p><b>Objetivo de la solicitud:</b>                      Identificar los factores demográficos y las barreras de acceso de los usuarios externos, como también relacionar los factores demográficos y las barreras de acceso.  <b>Justificación</b> (Aporte y beneficios para la Posta, para los Usuarios y para la Comunidad Odontológica) :                      La determinación y relación de estas dos variables contribuirá en un oportuno desarrollo de la Estrategia de salud bucal, y un aporte en la programación anual de las actividades como también en la programación de salud local.  <b>Utilización</b> (cómo se va usar la información solicitada -dónde se piensa publicar o presentar-):                      La información será presentada en la Escuela de Posgrado de la Universidad Católica de Santa María</p>

El solicitante se compromete a:

1. Cumplir con el plan y cronograma de trabajo establecido en las áreas que así lo autorizaron.
2. Realizar únicamente la recolección de la información autorizada.
3. Mantener la confidencialidad y la seguridad de la información de los participantes, haciendo uso de esta únicamente para lo expuesto en esta solicitud.

Firma del solicitante:



Fecha: 19/06/2018

Nombre: Susan Danitza Roca Ticona

Puesto de Salud Quequeña. Calle Soncomarca S/N. Distrito de Quequeña  
Teléf. 776436



“AÑO DEL DIALOGO Y RECONCILIACION NACIONAL”



RESPUESTA A LA SOLICITUD:

Tras la verificación de lo expuesto en esta solicitud en relación con el uso de la información, el procedimiento propuesto y la pertinencia del mismo, esta solicitud es:

Autorizada:  X

No autorizada:     

Observaciones: No se considera ninguna observación

En constancia de lo anterior firma:

  
-----  
Dr. Rana Shaheryar  
MEDICO CIRUJ  
C.M.P. 076472

Fecha: 06/07/2018  
Nombre: Rana Shaheryar  
Responsable del Puesto de Salud Quequeña

-----  
Puesto de Salud Quequeña. Calle Soncomarca S/N. Distrito de Quequeña  
Teléf. 776436