



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Escuela de Posgrado

TESIS

ACCIONES GUBERNAMENTALES SANITARIAS POR COVID-19 Y SU
RELACIÓN CON EL ACCESO A LA SALUD BUCAL EN LA PROVINCIA DE
CHINCHA, 2022

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

AUTOR:

Br. QUINCHO ROSALES, DILMER ARMANDO

ORCID: 0000-0003-1344-0542

ASESOR:

Dr. BONILLA ASALDE, CÉSAR ANTONIO

Código ORCID: 0000-0002-4470-1939

LIMA – PERÚ

2022

Acciones Gubernamentales Sanitarias por COVID-19 y su Relación con el Acceso a la
Salud Bucal en la Provincia de Chincha, 2022

Línea de investigación:
Evaluación de Servicios y Políticas Sanitarias

Asesor:

Dr. BONILLA ASALDE, CÉSAR ANTONIO

Código ORCID: 0000-0002-4470-1939

Dedicatoria

A mi padre, descanse en paz; y que su muerte signifique mi lucha férrea por la mejora de la salud pública en nuestro país.

Agradecimiento

A todos mis amigos, familiares y colegas que me ayudaron a afrontar este proceso y desarrollo de mi investigación; que pese a las adversidades me ayudaron a seguir adelante. Una especial mención a mi asesor Dr. Cesar Bonilla por su compromiso con mi trabajo.

Índice general

Introducción	xii
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.2.1 Problema general	2
1.2.2 Problemas específicos	2
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación de la investigación	3
1.4.1 Teórica	3
1.4.2 Metodológica	3
1.4.3 Practica	4
1.5 Limitaciones en la investigación	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes de la investigación	5
2.2 Bases teóricas	10
2.2.1 La enfermedad por coronavirus	10
2.2.2 COVID-19 y la salud bucal	10
2.2.3 Acciones gubernamentales en la prevención y control por la COVID-19 y sus implicancias en el sistema de salud	11
2.2.4 Conceptualización de acceso a la salud	12
2.2.5 El acceso a la salud en condiciones de pandemia	16
2.2.6 El acceso a la salud bucal en condiciones de pandemia	16

2.3 Formulación de hipótesis	17
2.3.1 Hipótesis general	17
2.3.2 Hipótesis específica	17
CAPITULO III: METODOLOGÍA	19
3.1 Método de investigación	19
3.2 Enfoque investigativo	19
3.3 Tipo de investigación	19
3.4 Diseño de investigación	19
3.5 Población, muestra y muestreo	19
3.6 Variables y operacionalización	21
3.7 Técnicas e instrumento de recolección de datos	23
3.7.1 Técnica	23
3.7.2 Descripción	23
3.7.3 Validación	24
3.7.4 Confiabilidad	25
3.8 Procesamiento y análisis de datos	25
3.9 Aspectos éticos	26
CAPITULO IV PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	27
4.1 Resultados	27
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados	27
4.1.2 Prueba de hipótesis	34
4.1.3 Discusión de resultados	39
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1 Conclusiones	43
5.2 Recomendaciones	43
REFERENCIAS	45

ANEXOS	53
Anexo 1: Matriz de consistencia	53
Anexo 2: Instrumentos	56
Anexo 3: Validez del instrumento	59
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	61
Anexo 5: Formato de consentimiento informado	64
Anexo 6: Informe de asesor de Turnitin	65

Índice de tablas

Tabla 1. Resultado de validez por juez validador	25
Tabla 2. Características sociodemográficas	27
Tabla 3. Acciones gubernamental sanitarias por la COVID-19, dimensión “restricciones en el libre tránsito y reunión”	28
Tabla 4. Acciones gubernamental sanitarias por la COVID-19, dimensión limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa”	28
Tabla 5 Acciones gubernamental sanitarias por la COVID-19, dimensión “priorización del sistema sanitario por la COVID-19”	29
Tabla 6. Acceso a la salud bucal, dimensión “disponibilidad”	30
Tabla 7. Acceso a la salud bucal, dimensión “accesibilidad”	31
Tabla 8. Acceso a la salud bucal, dimensión “aceptabilidad”	32
Tabla 9. Acceso a la salud bucal, dimensión “contacto”	32
Tabla 10. Puntuación global y por dimensiones	33
Tabla 11. Correlación entre la variable Acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el Acceso a la salud bucal.	34
Tabla 12. Correlación entre las Restricciones de libre tránsito y reunión y el Acceso a la salud bucal.	35
Tabla 13. Correlación entre las Limitaciones en la oferta de servicios de salud por consulta externa y el Acceso a la salud bucal.	36
Tabla 14. Correlación entre la Priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el Acceso a la salud bucal.	36
Tabla 15. Correlación entre la variable Acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el Acceso a la salud bucal según el tipo de establecimiento de salud.	37

Índice de gráficos

Gráfico 1. Correlación entre las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal.	34
Gráfico 2. Correlación entre las Restricciones de libre tránsito y reunión y el Acceso a la salud bucal.	35
Gráfico 3. Correlación entre las Limitaciones en la oferta de servicios de salud por consulta externa y el Acceso a la salud bucal.	36
Gráfico 4. Correlación entre la Priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el Acceso a la salud bucal.	37

Resumen

A razón de la pandemia por COVID-19 las medidas sanitarias impuestas surgen efectos sobre el acceso a la salud, debido a las acciones gubernamentales sanitarias que se tomaron como medida de control y prevención de la enfermedad; por ello, este estudio tiene el **objetivo** de analizar la relación entre las acciones gubernamentales sanitarias por COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha. **Materiales y método**, se aplicó un estudio descriptivo correlacional en una población de la provincia de Chincha, la cual se aplicó una encuesta virtual creado para el fin en 188 personas elegidas por aleatoriedad en un grupo virtual de la plataforma Facebook. Los **resultados** obtenidos, evidenciaron la existencia de una correlación negativa ($r = -0.39$) entre las acciones gubernamentales sanitarias y el acceso a la salud bucal ($p < 0.05$). Además, se encontró correlación negativa entre las restricciones de libre tránsito y reunión, limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa, la priorización del sistema sanitario por COVID-19 y el acceso a la salud bucal. Se **concluye** en el siguiente estudio que las acciones gubernamentales sanitarias por la Covid-19 influyen negativamente sobre el acceso a la salud bucal.

Palabras clave: Acceso a la salud, Salud oral, COVID-19, Disponibilidad de servicios
Fuente: (DESC –BIREME)

Abstract

Due to the COVID-19 pandemic the health policies imposed by the government have effects in access to health care; the government health actions that were taken as a measure to control and prevent the disease; Therefore, this study aims to analyze the relationship between government health actions by COVID-19 and access to oral health in the people of the province of Chincha. Materials and method, a descriptive correlational study was applied in a population of the province of Chincha, which was applied a virtual survey created for the purpose in 188 people chosen by randomness in a virtual group of the Facebook platform. The results obtained showed the existence of a negative correlation ($r = -0.39$) between governmental health actions and access to oral health ($p < 0.05$). In addition, negative results were found between free transit and meeting restrictions, limitations in the offer of regular health services, the prioritization of the health system by COVID-19, and access to oral health. The study concluded that government health actions by Covid-19 negatively influence access to oral health.

Keywords: Access to health care, COVID-19, Oral Health, Services accesibility (MeSH term)

Introducción

En la presente investigación titulada “Acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y su relación con el acceso a la salud bucal en la provincia de Chíncha, 2022”. Tiene como objetivo: analizar la relación entre las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chíncha, 2021; con el propósito de conocer dicha relación en una problemática mundial que vulnera la obtención de servicios de salud, además de iniciar investigaciones futuras para tomar medidas en la problemática de salud pública puesta en cuestión.

En el Capítulo I, se plantea la situación problemática, que tras la declaratoria como pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el mundo se vio afectado por las consecuencias que conllevaron a combatir la enfermedad. Entre las principales consecuencias, se tiene a las medidas políticas que afectaron libertades sociales y de tránsito; además, de las medidas sanitarias por el cierre de los establecimientos de salud y solo priorizando la atención de salud de tipo urgente; entendiendo todas estas políticas públicas como: acciones sanitarias gubernamentales por la COVID-19.

En el Capítulo II, se desarrolla un marco teórico en base las variables de estudios, que sustenten su uso y la forma de su conceptualización y operacionalización; también, se formuló una hipótesis en función del problema en cuestión y el sustento teórico.

En el Capítulo III, se desarrolla la metodología empleada para la siguiente investigación, estableciendo el enfoque investigativo, diseño y tipo, también, caracterizando la población y muestra y modo de muestreo utilizado. También se establece la operacionalización de variables y el instrumento de medición de las variables, Finalmente, se consideró los aspectos éticos que nos guiaron para el desarrollo de la investigación.

En el Capítulo IV, se exponen los resultados en función a un análisis descriptivo e inferencial; poniendo a prueba la hipótesis. También se analizan los resultados con la discusión de estos.

En el Capítulo V, se presentan las conclusiones y recomendaciones de nuestro estudio.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Desde finales del año 2019, tras el brote epidémico de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), en Wuhan (China); el mundo entero se ve enfrascado en la mayor crisis sanitaria de los últimos tiempos (1). El virus Sars-CoV-2, causante de la COVID-19, lleva a la fecha una alta incidencia y mortalidad de la enfermedad en todo el mundo; por ello, tras la expansión epidémica, en varios países del mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la catalogó como pandemia (2).

En Latinoamérica los casos de contagios son cada vez más ascendentes; países como Brasil, Argentina y Colombia superan largamente los millones de contagios (3). En el Perú los casos van en aumento y a la fecha 23 de enero del 2022, ascienden a más de 2 millones de casos reportados (4); a ello, se le suma una de las tasas de mortalidad más altas en la región y el mundo (5).

El 23 de marzo del 2020, el gobierno peruano declaró emergencia sanitaria nacional por 90 días para combatir la COVID-19, además de medidas restrictivas en la movilización social para evitar su propagación, sumado a las continuas modificaciones y ampliaciones del plazo establecido inicialmente (6). Además, el Ministerio de Salud (MINSA) decretó emergencia sanitaria en todos los establecimientos de salud (EESS) público y privado, con ello la suspensión de la atención de la consulta externa, priorizando atención de urgencias y emergencias a nivel nacional (7). En ese contexto, dichas acciones gubernamentales repercuten sobre los EESS disminuyendo o excluyendo la provisión de salud no urgente en relación con la cobertura normal, lo que conlleva a problemas de acceso a la salud, sobre todo, aquellas enfermedades que requieren monitoreo y control recurrente (8).

Tras la continua lucha para combatir la COVID-19; los EESS, sobre todo el sector público, modificaron su sistema de atención para tratar de cumplir con la demanda de necesidades de salud no relacionadas a la COVID-19; sin embargo, la oferta de salud en todo nivel, sobre todo, en la atención primaria; se vio afectada con la provisión de salud y la calidad de atención (8). A pesar de ello, la demanda de atención en los EESS y la baja provisión de servicios de salud viene siendo un reto para el sistema sanitario peruano, sobre todo lo relacionado a la salud bucal (9).

En algunos contextos semejantes a la realidad peruana, también afectadas por las acciones sanitarias dispuestas por sus autoridades a razón de la pandemia por la COVID-19, evidenciaron que las necesidades de salud bucal urgente disminuyeron en hospitales especializados; asimismo, la provisión de tratamientos dentales. En ambos casos debido a los efectos de las medidas sanitarias dispuestas en dichas regiones que evidencia una afectación del acceso a la salud bucal (10,11).

Por ello, es importante evidenciar que las enfermedades bucales son una de las principales entidades que requiere provisión de salud, incluso en esta coyuntura, se reportan un aumento de atenciones urgentes relacionados a infecciones odontogénicas; sumado a que los odontólogos son uno de los profesionales de salud con mayor riesgo de exposición al contagio. Todo ello, pone de manifiesto la relevancia en analizar las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y su relación en el acceso de salud bucal.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuáles es la relación entre la restricción en el libre tránsito y reunión por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022?

¿Cuál es la relación entre las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022?

¿Cuál es la relación entre la priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Analizar la relación entre las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chíncha, 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la relación entre la restricción en el libre tránsito y reunión por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chíncha, 2022

Determinar la relación entre las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chíncha, 2022

Determinar la relación entre la priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chíncha, 2022.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Existe escaso conocimiento sobre la relación entre las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal, sobre todo en la población peruana y su estado situacional debido a la pandemia; por lo tanto, esta investigación significó un aporte importante al conocimiento de las intervenciones sanitarias en salud pública que permitan mantener una atención integral en salud.

1.4.2 Metodológica

El presente estudio propuso un diseño correlacional con el propósito de saber el comportamiento de la variable “acceso a la salud bucal” conociendo el comportamiento de la variable “acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19”; es decir, se puede predecir su grado de intensidad y dirección de la relación entre dichas variables.

También, la implementación de un instrumento de recolección de datos creados para la presente investigación con la variable “acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19”, validado por juicio de expertos especialistas en el área de salud pública y salud pública estomatológica que se podría aplicar en

futuros estudios, asimismo la adecuación de un instrumento de medición para la variable acceso a la salud bucal.

1.4.3 Practica

La pandemia por la COVID-19 ha puesto en crisis al sistema sanitario; pues, el MINSA en la lucha contra la COVID-19, determinó la suspensión de la atención médica no urgente. En ese sentido, la atención de salud bucal fue afectada por dichas acciones gubernamentales debido a pandemia y el potencial riesgo de contagio que conlleva la provisión de salud bucal, en cuyo caso, los establecimientos de salud no estuvieron respondiendo a dicha demanda; lo cual generaría un problema de salud pública con el acceso a la salud bucal. Además, se incorporó mayor conocimiento en relación con las acciones gubernamentales sanitarias de la pandemia por la COVID-19 y acceso a la salud bucal como antecedente de este conocimiento para futuras investigaciones.

1.5 Limitaciones en la investigación

El estudio responde a un evento en curso, la pandemia por COVID-19, por lo que las acciones gubernamentales sanitarias vienen siendo modificadas a la fecha de la realización la presente investigación; sin embargo, se delimitará en un periodo de tiempo específico del año 2020 e inicios del año 2021, por lo que, se tomará información de datos del pasado.

El estudio se realiza en un grupo virtual de la red social Facebook que corresponde a una población de la provincia de Chincha; sin embargo, como todo espacio virtual, podría carecer de especificidad en la relación miembro de grupo y residente de la región.

Las variables de estudio para esta investigación poseen antecedentes exploratorios y con escasa evidencia sobre el manejo de las dos variables en forma conjunta, incluso, teniendo en cuenta la búsqueda bibliográfica avanzada que se realizó. En ese sentido, el desarrollo de la investigación toma como precedente investigaciones con el uso de la variable “acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19” como su equivalente a la referencia del cierre total de actividades, cuarentena, suspensión de actividades etc.; y en relación a la variable “acceso a la salud” se trabajó bajo una concepción amplia; sin embargo, para el trabajo desarrollado esta definición se vio acotada en muchos casos con el solo hecho de recibir atención de salud.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Garcés- Elías et al.(12) 2022 en Perú, realizaron una investigación con el objetivo de determinar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el momento de la atención de salud dental en niños peruanos. Para ello, diseñaron un estudio transversal mediante una encuesta de alcance nacional (ENDES) relacionado a niños de entre 0 a 11 años cuya medición se enfocó con la pregunta de cuánto tiempo (en años) pasó desde la última visita al dentista, para el año 2019 se obtuvo un total de 22 166 encuestas y para el 2020 9 945. Los resultados evidenciaron que para el año del confinamiento por la pandemia aumento el número de años desde la última visita con un promedio de 6.64 ± 4.90 años aumentando en 1.39 años en comparación con el año 2019; asimismo, se observó que para el año del confinamiento (2020) hubo diferencia significativa ($p < 0,05$) de la cantidad de años según el tipo de establecimiento al que acude en comparación con el año 2019. Los autores concluyeron en el año 2020 la pandemia por COVID-19 ha tenido un negativo impacto sobre la cantidad de tiempo de atención dental aumentando en 1.39 años en comparación con el año 2019.

Sofi-Mahmudi et al.(13) 2021 en Irán, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la asociación entre el confinamiento por la COVID-19 y las búsquedas online de odontalgias utilizando las herramientas de Google Trends. Para ello, se realizó un estudio transversal, de alcance relacional con una muestra determinada por el porcentaje de vistas por un término en particular relacionado con “dolor de muelas” la ratio que ofrece fue de 0 a 100; además, las búsquedas se realizaron durante los periodos del confinamiento y antes del confinamiento. Los resultados evidenciaron que las estadísticas de búsquedas aumentaron durante el confinamiento en comparación de un periodo anterior ($p < 0,05$), asimismo, esas tendencias de búsqueda se relacionaron negativamente con factores sociodemográficos como: IHD ($r = -3,29$; $p < 0,05$), acceso de atención dental ($r = -0,04$; $p > 0,05$), flúor ($r = -0,13$; $p < 0,05$). Los autores concluyeron que las búsquedas en Google Trends sobre acceso a la salud bucal aumentaron significativamente debido al confinamiento por COVID-19.

Sandhu et al. (14) 2021 en Inglaterra, realizaron un estudio con la finalidad de evaluar e informar sobre el impacto de la COVID-19 sobre el cese de la atención primaria de salud enfocado en el diagnóstico de cáncer bucal en un centro especializado durante el confinamiento. Debido a ello, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo obteniendo

los datos de los registros clínicos y de seguros desde la fecha del confinamiento extremo hasta la fecha de reanudación de los servicios odontológicos. Los resultados evidenciaron que dieciséis nuevos diagnósticos de cáncer oral se realizaron durante el período de tiempo descrito. Seis pacientes acudieron al establecimiento 2 mediante tele atención y 4 presencialmente a quienes se les prescribió antibióticos como medida provisional; los otros 10 fueron mediante referencias. De todos los casos presentado, las biopsias resultaron positivas (n=15 carcinoma epidermoide y n=1, linfoma de células B). Los hallazgos sugieren que la parálisis de los servicios dentales de rutina resultó en una derivación tardía de lesiones sospechosas y destaca las limitaciones de un servicio de evaluación predominantemente telefónico en la atención primaria. Los autores concluyeron que se enfatiza la importancia del papel del profesional de salud de atención primaria en la identificación temprana del cáncer oral.

Eggmann et al. (15) 2021 en Suiza, diseñaron un estudio con la finalidad de evaluar las demandas de provisión de salud bucal durante la cuarentena dictaminada para mitigar la pandemia por la COVID-19 comparado con semanas ante y después de la cuarentena. Para ello, elaboraron un estudio transversal retrospectivo enfocado en aquellos pacientes que recibieron atención de urgencia en un centro universitario de medicina dental en Basilea durante el confinamiento y posterior a 6 semanas; se analizó mediante regresiones logísticas. Los resultados evidenciaron que el estudio comprendió 3109 visitas de emergencia dental en el período del 2 de febrero al 5 de junio de 2020. El número de casos diarios aumentó durante el confinamiento. Los abscesos, las urgencias ortodónticas y los seguimientos quirúrgicos fueron más frecuentes durante el confinamiento, mientras que el número de lesiones dentoalveolares disminuyó ($\leq 0,048$). La prestación de atención dental urgente implicó radiografías intraorales con mayor frecuencia en el período previo al confinamiento en comparación con las semanas siguientes ($p < 0,001$). Entre todos los tratamientos, los procedimientos que

generan aerosoles se redujeron del 56,1 % (antes del confinamiento) al 21,3 % durante el confinamiento ($p < 0,001$), mientras que los seguimientos de teleodontología se hicieron más frecuentes ($p < 0,001$). Los pacientes con comorbilidades buscaron atención dental urgente con menos frecuencia durante el período posterior al confinamiento ($p = 0,004$). Los autores concluyeron que el confinamiento impactó significativamente al servicio de urgencias dentales en cuanto a los diagnósticos de los pacientes, las necesidades de tratamiento y las características de la atención de urgencia que se brindaba.

Choi et al.(16) 2021 en Estados Unidos, diseñaron un estudio con el objetivo de describir la variación en la provisión de salud dental desde el brote de COVID-19 (durante el período del confinamiento y después de la reapertura) por edad del paciente, área geográfica, tipo de procedimiento, tiempo de atención y cobertura de seguro. Además, de evidenciar que las características del vecindario y la ubicación geográfica juegan un papel importante en los patrones de atención de la salud bucal. Para ello, diseñaron un estudio descriptivo transversal obteniendo los datos de una empresa de tecnología de atención médica que gestiona las prestaciones de atención de salud; la población total de pacientes suma 51 millones, 68,6% del sector privado y 31,4% del sector estatal. Los resultados sugieren que, aunque el uso de la atención dental entre los pacientes con seguro privado se recuperó por completo en agosto de 2020, el uso aún se mantuvo por debajo del nivel previo a la pandemia en un 7,54 % entre la población con seguro público. La demanda de teleodontología aumentó 60 veces durante el cierre de la práctica. Las características geográficas, como el ingreso familiar promedio, los porcentajes de poblaciones negras o rurales y las designaciones de escasez de profesionales de atención dental, se asociaron significativamente con la cantidad de procedimientos realizados en las prácticas dentales. Los autores concluyeron las consecuencias por la COVID-19 sobre la provisión de salud bucal, experimentaron reducciones sustanciales en el volumen de procedimientos, particularmente entre los pacientes cubiertos por un seguro público o que residen en áreas desatendidas.

Hopcraft y Granjero(17) 2020 en Australia, realizaron un estudio con el objetivo de investigar el impacto de COVID-19 en los servicios dentales brindados en Australia a

través del Programa de beneficios dentales para niños. Para ello, realizaron un estudio retrospectivo obteniendo datos de un programa de beneficios dentales para niños del gobierno australiano. Se analizaron los datos del período de febrero a septiembre de 2020, con la cantidad de servicios prestados por mes en cinco categorías (diagnóstico preventivo, odontología restauradora, endodóntica y cirugía oral) en comparación con el promedio mensual de 2019 (IC del 95 %). Se informaron los servicios totales por mes para 2017, 2018 y 2019 para comparar la tendencia anual con 2020. También se describieron las diferencias en la prestación de servicios por estado/territorio. Los resultados evidenciaron que, durante el período de marzo a septiembre, se brindaron 881 454 servicios dentales menos en 2020 que en 2019, y la mayor disminución se observó en abril. Hubo una mayor disminución en los servicios preventivos y de diagnóstico, y una menor disminución en los servicios de endodoncia y cirugía bucal. Una segunda ola de COVID-19 en Victoria se atendieron 198 609 s menos servicios dentales prestados en ese estado de julio a septiembre de 2020 que en 2019. La prestación de servicios dentales aún no había vuelto a los niveles normales en Australia en septiembre de 2020. Los autores concluyeron que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la prestación de servicios dentales a niños de entornos socioeconómicos más bajos que ya experimentan niveles más altos de enfermedades dentales y desventajas para acceder a la atención dental. Aunque la restricción de los servicios dentales se consideró necesaria para minimizar el riesgo de transmisión de COVID-19 en el entorno dental, el impacto de estas restricciones en la salud bucal será duradero. Dada la naturaleza crónica y progresiva de la enfermedad dental, es probable que el aplazamiento de la atención dental necesaria contribuya a una peor salud bucal y problemas a largo plazo para muchos australianos.

Guo, et al.(11) 2020 en China, realizaron un estudio con el objetivo de determinar, cómo la pandemia por COVID-19 influyó en la utilización de los servicios de urgencia dental en Beijín. China. Para ello, se elaboró un estudio retrospectivo, donde, se estableció la variable Pre-COVID-19, definiéndola como grupo de comparación cuando el acceso a los servicios de urgencia no fue influenciado por la pandemia; y, la variable During-COVID-19 definiéndola como factor de influencia para el acceso a los servicios de urgencia; además se analizaron variables de características demográficas, razones de la visita y el diagnóstico. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: se evaluó a 2537 pacientes, siendo la afluencia mayor antes de la pandemia (durante Pre-COVID-19 se atendió a 1567), además hubo mayor afluencia de personas del sexo masculino durante la pandemia

con diferencia significativa (0.01). Sobre las afecciones que se presentaron, hubo cambios con los motivos de consulta antes y durante la pandemia, siendo esta diferencia significativa (0.01), con la presentación de mayores casos de infecciones dentales y periapicales durante la pandemia y la reducción de las afecciones no urgentes y trauma dental. Finalmente, los autores concluyen que la pandemia por COVID-19 influye fuertemente sobre el uso de servicios de urgencia dental, con la reducción de números de pacientes a los servicios de urgencia, el incremento de infecciones orales, la reducción de consultas no urgentes y la reducción de traumas dentales durante la pandemia.

Long y Cosar. (10) 2020 en Inglaterra, investigaron el efecto de la COVID-19 y el cierre de la práctica odontológica sobre la frecuencia y la gravedad de las infecciones dentales que se presentaron en los servicios de emergencia. El estudio comparativo descriptivo se estableció los tiempos de comparación 2 semanas antes y después del cierre de la atención regular. Se encontró un descenso de la atención por infecciones en un 57%; sin embargo, se incrementó de un 35% a 80% la severidad y requerimiento de atención durante la etapa del brote epidémico. Como conclusión los autores establecieron que, si bien la frecuencia de atenciones disminuyó durante el brote, las severidades de atenciones aumentaron significativamente, por lo que sugieren que la atención bucal se debe reestablecer desde la atención primaria.

Yang et al.(18) 2020 en China, realizaron una investigación con el objetivo de evaluar el estado de la provisión de servicios de salud de los hospitales dentales tercerizados durante la epidemia por COVID-19. Se diseñó un estudio descriptivo comparativo, donde se obtuvo información de todos los hospitales divididos según la región donde se ubican, además, se estableció variables de frecuencias relacionados a la provisión de servicios dentales no urgentes, urgentes y teleatención (canal de atención, duración, etc.). Como resultado, se obtuvo información de un total de 48 hospitales; 100% de ellos suspendieron la atención regular, la notificación de provisión de servicios fue mediante notificación vía móvil (89.6%), web (62,5%), sin información (10.4%); el análisis comparativo por región evidenció que la prestación de servicios vía remota fue mayor en la región central (87% vs. 52%) con diferencia significativa ($p=0.009$). Los autores concluyeron que la COVID-19 afectó significativamente la provisión de servicios dentales, con la suspensión de la atención dental no urgente y el modo de atención con diferencia por región.

Bai et al.(19) 2020 en China, estudiaron el impacto de la COVID-19 sobre los servicios de urgencia dental. Para ello, realizaron un estudio retrospectivo con el análisis de las

características epidemiológicas, diagnóstico y tratamiento del año 2020 con el año 2019 en un hospital estomatológico de Beijín. Obtuvieron como resultados que la afluencia de paciente fue menor en comparación al año 2019 ($p=0.001$); la proporción de casos con presentación de urgencia por dolor e infección dental aguda fue mayor durante el año 2020; sin embargo, los casos de trauma maxilofacial y no urgencias, fueron menores para el año 2020 en comparación con el año 2019 (<0.001); además de halló que la prescripción para casos de terapia pulpar fue mayor para el año 2020 y los tratamientos de conducto decrecieron para ese año ($p=0.022$). Como conclusión los autores consideraron que la COVID-19 afectó a las personas con necesidades de atención bucal y las estructuras de las entidades que se presentaron durante la epidemia, a pesar de que se redujo la cantidad de pacientes, las infecciones orales aumentaron considerablemente.

Bustati y Rajeh (20) 2020 en Siria, evaluaron el efecto de la pandemia por la COVID-19 sobre el acceso de los consultorios odontológicos especializados y los desafíos que afectan los pacientes con las necesidades de atención bucal. Para ello, elaboraron un estudio descriptivo con la elaboración de una encuesta virtual y abierta dirigida a usuarios de EESS público y privado para atención ortodóntica. Las respuestas consideradas fueron 388; de ellos, el 27,3% sin acudir a su visita regular de control a dentista y el 69% sin acudir a las citas regulares por el cierre de los EESS. Además, se describieron los problemas más frecuentes y las motivaciones de sus necesidades de atención bucal. Los autores llegaron a la conclusión de que la pandemia por la COVID-19 afectó notablemente el control y manejo de los tratamientos ortodónticos; además de sus problemas más frecuentes relacionado a las motivaciones de necesidad de provisión de salud.

Chisini et al. (21) 2020 en Brasil, en una comunicación corta determinaron el impacto de la pandemia por la COVID-19 sobre los tratamientos dentales en la población pediátrica de los EESS públicos del Brasil. Para ello, diseñaron un estudio longitudinal retrospectivo basado en fuentes secundarias en dos periodos de comparación antes y posterior al inicio de la pandemia. Se evaluaron 5564 establecimientos de salud, donde evidenciaron que las incidencias de tratamientos en general se redujeron en un 66% del inicio de la pandemia y durante los picos más altos de contagio, la reducción de tratamientos brindados a la población aumento a un 89%. Los autores concluyen que el impacto de la pandemia por la COVID-19 afectó a la cantidad de tratamientos realizados en establecimientos de

atención primaria; además consideran que se afectó negativamente con afectación del sistema sanitario de Brasil.

Quispe-Salcedo (22) 2020 en Perú, evalúa en su Editorial, la situación de provisión de salud oral por parte de la comunidad odontológica en el Perú, donde enfatiza que el sector privado es el que cubre la demanda de las necesidades de salud oral en un gran portaje en comparación al sector estatal. Sin embargo, evalúa las repercusiones de la pandemia por COVID-19 en relación con el cese de la actividad odontológica de rutina y la afectación de la comunidad odontológica por las restricciones brindadas por el estado. También enfatiza la necesidad de protocolos de atención establecidos por el ministerio de salud para responder a la demanda de salud oral.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La enfermedad por coronavirus

En diciembre del 2019, en la ciudad de Wuhan – China; se originó el brote epidémico más importante de los últimos tiempos que desencadenó en la pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) (2). El patógeno denominado Sars-CoV-2, causante de la COVID-19 ha ocasionado una alta tasa de mortalidad a nivel mundial, sobre todo, en la población vulnerable (23). Asimismo, la alta morbilidad de la enfermedad es quizá el factor más importante por el que la pandemia por la COVID-19 ha causado no solo problemas sanitarios, si no, problemas sociales y económicos(1).

Se describe que la ruta de trasmisión del virus SARS-Cov-2 se da por contacto directo e indirecto de fluidos corporales, principalmente, por fluidos de las vías aéreas (boca, fosas nasales) como la saliva o secreciones mucosas en forma de aerosoles, que se emiten al estornudar, toser e incluso simplemente con el habla; también, probablemente por contacto directo de mucosas comprometidas con las vías aéreas y mucosa ocular (24,25). Recientes investigaciones sesudas indican posibles cadenas de contagio por el contacto directo o indirecto, incluso, de personas asintomáticas (26,27). Conformando así la teoría de que las conglomeraciones de personas en lugares cerrados serian la mayor fuente de contagio.

A pesar de los esfuerzos puestos en marcha, muchas naciones todavía siguen afrontado la pandemia con escenarios lamentables y reales que evidencian el aumento de cifras diarias de muertes y contagios; sumado al colapso del sistema sanitario. Por ello, la medida más eficaz y conocida para combatir grandes epidemias: vacuna; pone

de manifiesto la carrera y empoderamiento de las sociedades más avanzadas en la elaboración de la ansiada vacuna(28). Aunque en muchas regiones del mundo ya hay un afrontamiento de la pandemia con dicha medida preventiva; la COVID-19 es aún un problema a largo plazo, cuyo desenlace es aún una respuesta difusa para la ciencia.

2.2.2 COVID-19 y la salud bucal

Los profesionales de salud están en constante exposición y contacto con personas, por lo tanto, son más vulnerable al contagio; además, considerando un mayor riesgo de contagio en aquellos profesionales que trabajan en la región bucal y nasal, más aún cuando se realizan procedimientos médicos que generen aerosoles y microgotas(11,29). Las especialidades médicas de: otorrinolaringología, oftalmología y estomatología, entre otras; centran su trabajo en zonas corporales con potencial riesgo de contagio, incluso generando aerosoles, por lo que, conlleva una serie de protocolos de bioseguridad para la atención de urgencia y rutinaria (9).

La actividad estomatológica rutinaria y de urgencia es de alto riesgo de contagio tanto al profesional como el paciente, sobre todo, en aquellos procedimientos que requieren la generación de aerosoles, lo que probablemente iniciaría una cadena de contagio(25). En el Perú las autoridades gubernamentales, durante el inicio de la pandemia, decidieron priorizar las atenciones referidas a los contagios por la Covid-19 y situaciones de salud que requiera atención de urgencia o emergencia (sistema sanitario en emergencia); a la fecha de la presente investigación, todavía existen dificultades para el acceso de atención presencial para las necesidades de salud bucal a pesar de que ya no se aplica un confinamiento estricto o cuarentenas localizadas, pero persiste la declaratoria de emergencia sanitaria en todos los EESS a nivel nacional(9,22).

2.2.3 Acciones gubernamentales en la prevención y control por la COVID-19 y sus implicancias en el sistema de salud

En la actualidad, como parte de una medida sanitaria, los estados por medio de sus sistemas de salud tienen la obligación de establecer sistemas de vigilancia epidemiológica con la finalidad de conocer el proceso salud-enfermedad de la población. La vigilancia, entendida como: “observación sistemática y continuada de la frecuencia, la distribución y los determinantes de los eventos de la salud y sus tendencias en la población”(30); ha llevado a los sistemas de salud a aplicar la

vigilancia sobre enfermedades no transmisibles, crónicas u otras como problemas de salud bucal. En ese sentido, la OPS, enfatiza que todo sistema de vigilancia debe estar amparado por un marco legal del Estado que garantice la operación eficiente de dicho sistema (30); por ese motivo, el Estado peruano y su sistema sanitario toma acciones sanitarias en función de sus necesidades estableciéndose en normas o disposiciones legales.

Es así como en muchos países en el mundo tomaron acciones para combatir la enfermedad por COVID-19; entre esas acciones se tomaron medidas extraordinarias, abarcando todos los aspectos esenciales en el que hacer de la actividad humana; por ello, la crisis social más importante fue limitar las relaciones sociales mediante el confinamiento o la denominada cuarentena, como medida sanitaria(6). En lo económico, las actividades que propiciaran contagios se vieron paralizados y en muchas naciones, que, en sus inicios, valoraron más lo económico; finalmente cedieron con el cese de la actividad económica e hicieron prevalecer la medida sanitaria. Pese a las restricciones sociales y económicas; muchos sistemas de salud se vieron afectado para hacer frente a la enfermedad(28).

Los sistemas sanitarios a nivel mundial se centraron en el manejo y control de la enfermedad mediante las acciones de atención primaria; es decir, diagnóstico precoz, aislamiento y tratamiento oportuno; además de las disposiciones sanitarias dispuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: el uso de la mascarilla, distanciamiento social e higiene(31).

El 11 de marzo del 2020 el estado peruano, mediante un decreto supremo, declaró en estado de emergencia a nivel nacional como medida de prevención y control para afrontar la COVID-19. Esta medida adoptada no fue ajena a la coyuntura mundial, incluso, fue uno de los primeros países en la región en adoptar el confinamiento extremo sumado a que el Ministerio de Salud (MINSA); decretó como medida extraordinaria el cierre de la atención regular (consulta externa) con problemas de salud no urgente; priorizando la atención de urgencia y emergencia a nivel nacional para los EESS público y privado(32). Sin embargo, de manera indirecta y a lo largo del tiempo, estas acciones gubernamentales ocasionaron la desatención de las enfermedades crónicas y entidades no urgentes desencadenaros problemas sobre el estado de salud y descuido de la vigilancia médica y control por parte del sistema sanitario; pese a que se instauró, en gran medida, pero insuficiente la provisión de salud mediante una atención virtual (telemedicina)(33).

Con base en ello, las acciones gubernamentales dispuestas por el estado peruano se resumen en lo siguiente: dictaminar las “restricciones de libre tránsito y reunión”, con ello, se aplica el aislamiento social obligatorio (cuarentena); restricción de inamovilidad (toque de queda) por un periodo específico en el día; además, de la reducción del aforo en para la oferta de servicios de primera necesidad. Además, establecer “limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa” estableciendo límites en a oferta de servicios de salud cerrando la atención por consulta externar (atención de salud no urgente), promoviendo atención virtual como única forma posible de provisión de salud; finalmente, también se desprende que bajo la norma se establece una “priorización del sistema sanitario por la COVID-19” puesto que los EESS centraron su acción y recursos para afrontar la crisis sanitaria; descuidando o desatendiendo los problema no relacionado a COVID-19(6,7).

2.2.4 Conceptualización de acceso a la salud

El acceso a la salud se puede definir como aquella capacidad que desarrolla una persona o un colectivo, para buscar y obtener servicios de salud, siendo uno de los retos más importantes que tienen los sistemas de salud de los países en desarrollo(35). Además de este concepto, en la literatura científica se encuentran ampliaciones del concepto de acceso a la salud. Por ejemplo, para Andersen, se trata de un concepto amplio que empieza por sentir la necesidad de atención y por ende su búsqueda y obtención; además, de considerar la cercanía y disponibilidad de los servicios de salud, sumado a que estos deben ser confiables, por lo tanto, aceptados por el usuario; todo ello, con la seguridad de obtenerlo considerando los medios que posee el usuario, sea un seguro de salud o sus ingresos y también la disposición del tiempo que requiere la atención de salud(36).

Para Tanahashi el acceso a la salud resulta entre la interacción del sistema sanitario y los usuarios; en esta interacción, el acceso sería entendido como un punto de corte entre la oferta de salud y la demanda por parte de los usuarios; sin embargo, a esta interacción Tanahashi incorpora el concepto de atención eficaz, es decir, aquella atención donde el alcance de la provisión de salud se considera satisfactorio en la medida que logra un resultado específico; incorporando de esta manera un modelo de cobertura efectiva(37).

De los conceptos del acceso se pone en relieve, como un aspecto central para dar lugar a la realización de este, es decir, hacer efectivo la capacidad para iniciar la búsqueda de los servicios de salud y para resolver la necesidad o los deseos individuales o grupales. Se resalta que la capacidad de realizar el emprendimiento en el la búsqueda del acceso a la salud puede estar formada a partir de características propias del individuo, como el sexo, la edad, su condición de salud o su propia percepción; del sistema sanitario (en general los EESS), la disponibilidad de recursos con las que cuenta, los horarios de atención de los EESS; y el contexto personal de los individuos y su colectividad, como el acceso al transporte público o privado, aspectos propios de la cultura o la convivencia. También se destaca en las definiciones la consideración del acceso como un proceso en el que se identifican momentos claves como la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad (38).

En una discusión inicial sobre el acceso, Aday y Andersen acotaron que "quizás sea más significativo considerar el acceso en términos de si aquellos que necesitan o no ingrese al sistema de salud". Ellos sugirieron que el acceso puede describir el potencial o el real valor de entrada de un determinado individuo o grupo de población en el sistema sanitario. Así, "tener acceso" denota un potencial para utilizar un servicio si es necesario, mientras que "obtener acceso "se refiere a la iniciación en el proceso de utilizando un servicio. Mucha confusión ha resultado de estos dos usos distintos del término y estos proporcionan las primeras dos dimensiones propuestas de acceso a la salud que son: La utilización de servicios y barreras de acceso, relevancia, efectividad y acceso, equidad y acceso, acceso a la salud bucal(39).

a) Disponibilidad de servicios

Surge del concepto general de acceso a la salud, la disponibilidad de servicios, como parte de sus dimensiones, comprende el verdadero suministro de la disponibilidad de servicios; es decir, obtener atención de salud cuando es requerido o necesitado. La medida tradicional de esta dimensión considera, por ejemplo, el número de médicos o camas de hospital per cápita en una determinada comunidad, asimismo, surgen definiciones acerca de la forma de medir dicha dimensión considerando la atención primaria o especializada y considerando las necesidades propias de una determinada comunidad; por ejemplo, en una comunidad que comprende un gran número de

pobladores en edad adulta mayor, es indispensable que dicha comunidad cuente con la cantidad de médicos geriatras necesarias para la cobertura de salud (39).

b) Utilización de servicios y barreras de acceso

Este concepto surge como respuesta a los límites de la dimensión de “disponibilidad de servicios”, además, como respuesta a la concepción integral del acceso a la salud. Las personas en la búsqueda de necesidades de salud encuentran dificultades en la utilización de los servicios de salud; en ese sentido, su potencial uso, podría no ser realizado. La existencia de un establecimiento de salud no determina objetivamente la posibilidad del acceso; sino, el uso del establecimiento por parte de la población, ya que, esta podría estar influenciado por factores como aceptabilidad, confianza, asequibilidad y comodidad del servicio; por ello, un enfoque amplio considera la existencia de ciertas barreras que influyen sobre idea de disponibilidad de servicios; estas son: barreras personales, barreras, financieras y barreras organizacionales (39).

b.1 Las barreras personales

La búsqueda de atención médica es el primer paso del proceso de acceso a la salud; sin embargo, la utilización del servicio depende de percepciones individuales y ponerlas en balance con actitudes, creencias y experiencias previas con los servicios de salud. El acceso a la salud implica que las personas conciban la idea de reconocer sus necesidades aceptarlas y asumir su papel de usuario de los servicios de salud con recursos socialmente generados y dispuesto a su utilización (39).

b.2 Las barreras financieras

La disponibilidad de los servicios de salud y su utilización puede verse afectada por factores económico - financiero, incluso con aquellas personas que pudieran poseer una cobertura amplia de salud o en sociedades donde los servicios de salud son garantizados en su cobertura; sin embargo, incluso en el Reino Unido, donde se garantiza casi la totalidad de acceso libre a los servicios de salud, se aplica cargos extra en ciertos servicios como: odontología, oftalmología y servicios de farmacia. También, como barrera financiera, se considera; incluso, el costo del tiempo que tardaría en acceder al servicio de salud o los costos de transporte. En ese sentido, el impacto de

una barrera financiera del acceso a los servicios de salud afecta a sectores socioeconómicos en todo sentido y en su magnitud; es decir, en aquellos sectores bajos, quizá con la imposibilidad del acceso a los servicios de salud(39).

b.3 Barreras organizacionales

El tiempo de espera para acceder a un determinado servicio de salud, sea esta para la sola programación en lista o el tiempo que toma adquirir el servicio en las instalaciones del establecimiento, pone de manifiesto una falla en el diseño del servicio de salud en razón a las necesidades de los usuarios. Además de diseños variados en los sistemas de referencia, evidencia la barrera de acceso en los servicios de salud, sobre todo en los centros de atención de primer y segundo nivel (en el caso peruano) (39).

c) Relevancia, efectividad y acceso

El acceso a los servicios de salud y el uso de estos, no representan únicamente una interacción entre el suministro y la demanda del cuidado de la salud; si no, también, el resultado. El Instituto de Medicina estadounidense define el acceso a la salud como el uso oportuno de los servicios personales para lograr el mejor resultado posible. En ese sentido, la dimensión de “relevancia, efectividad y acceso” implica no solo la atención recibida en el momento oportuno; si no, la calidad del servicio que pudiera ser medido en términos del resultado satisfactorio para el usuario con la mejora de su salud y por ende una baja demanda en la utilización de los servicios de salud (39).

d) Equidad y acceso

Los recursos asignados hacia el sector salud en una población que garantiza su distribución, según las necesidades y diferencias de grupos poblacionales, también conlleva el entendimiento de acceso a la salud; por ello, la equidad introduce la noción de justicia social. Razón por lo cual, el concepto más aceptado de equidad equivale a la justicia en el acceso para grupos con necesidades equivalentes. Esta visión horizontal de equidad podría ser evaluado respecto a la disponibilidad, la utilización y los resultados con los servicios de salud (39).

El modelo de Tanashi propone que la finalidad del acceso es obtener una cobertura efectiva, para ello, considera cuatro etapas: disponibilidad (análogo a la dimensión

disponibilidad de servicios), accesibilidad (análogo a la dimensión de utilización de servicios y barreras), aceptabilidad (análogo a la dimensión relevancia efectividad y acceso) y contacto con el servicio, entendiendo esta última etapa como la capacidad de continuidad de la atención adaptada al servicio de salud brindado y por la calidad de atención. En este modelo la suma de las 4 etapas se traduce en una cobertura efectiva, aquella donde las personas reciben una atención de salud efectiva (37,40).

2.2.5 El acceso a la salud en condiciones de pandemia

Queda claro que el concepto de acceso a la salud no se reduce en solo ofertar el servicio y demandarlo, a ello se le suman condiciones propias del sistema y la de los usuarios e incluso considerando en el contexto donde se da esta interacción. En ese sentido, en las condiciones de pandemia por la COVID-19 muchas de las acciones políticas y económicas vulneraron el real acceso a la salud, aunque, claro está que muchos otros sistemas de salud en el mundo vieron escenarios invisibilizados tras la llegada de un problema sanitario mundial con el real estado de sus sistemas sanitarios (41). En el caso del Perú el sistema sanitario, tras la declaratoria en emergencia sanitaria, se redujo a proveer atenciones de salud solo en casos de urgencia y emergencia, pese a que muchos EESS, incluso, no podían ofertar este servicio básico por el colapso del establecimiento de salud (42). En ese sentido, inferir que en condiciones de pandemia el acceso a la salud no solo fue vulnerado desde el punto de vista amplio del concepto, sino, desde el solo hecho de encontrar dificultades o negativas ante la oferta de servicios de salud, pese a su gran demanda.

2.2.6 El acceso a la salud bucal en condiciones de pandemia

La búsqueda de atención bucal es motivo de consulta en los EESS; sin embargo, tras la declaratoria de emergencia sanitaria y demás acciones gubernamentales, afectaron en la atención de dicha demanda. A pesar de que solo se podía limitar a atenciones de salud en situación de urgencias y emergencia, la demanda de urgencias y emergencia odontológicas fueron frecuentes en los EESS, a pesar de que, en el Perú el protocolo de atención de urgencias y emergencias odontológicas a nivel nacional no considera la presencia de un profesional odontólogo en los servicios de emergencia, estableciéndose una barrera para el acceso a la salud bucal (9,22). Pese a ello, los profesionales odontólogos del sector estatal cubren la demanda, aunque, con limitaciones en su responsabilidad profesional sobre el área odontológica; puesto que,

dichas atenciones, suelen ser cubiertas por profesionales médicos de urgencia; cuya responsabilidad debiera limitarse al control del dolor e infecciones graves y derivar al profesional capacitado, ya que, existe evidencia científica que asocia un mal manejo de las odontalgias e infecciones odontogénicas que derivan en complicaciones relacionados a procesos crónicos y resistencia bacteriana (43). Esta problemática nacional por la COVID-19 pone en relevancia la necesidad de generar cambios y promover políticas públicas para el acceso a la salud bucal.

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H₀: Las acciones sanitarias gubernamentales por la COVID-19 no se relacionan con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022.

H₁: Las acciones sanitarias gubernamentales por la COVID-19 se relacionan con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022

2.3.2 Hipótesis específica

Hipótesis específica 1

H₀: La restricción en el libre tránsito y reunión por la COVID-19 no se relacionan con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022.

H₁: La restricción en el libre tránsito y reunión por la COVID-19 se relacionan con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022.

Hipótesis específica 2

H₀: Las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa no se relacionan con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022.

H₁: Las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa no se relacionan con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022.

Hipótesis específica 3

H₀: La priorización del sistema sanitario por la COVID-19 no se relaciona con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022.

H₁: La priorización del sistema sanitario por la COVID-19 no se relaciona con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de investigación

Según Hernández Sampieri, el método de investigación utilizado corresponde al hipotético deductivo, pues partimos de una hipótesis para llegar a las conclusiones (44).

3.2 Enfoque investigativo

El enfoque aplicado fue de tipo cuantitativo, pues se planteó una hipótesis, realizó mediciones y utilizó la estadística para dar respuesta a la hipótesis (44).

3.3 Tipo de investigación

El tipo de investigación fue aplicada; ya que se desarrolla a través del conocimiento científico como el uso de protocolos, metodologías o tecnologías para cubrir ciertas necesidades específicas (45). Asimismo, el alcance de la investigación fue de tipo correlacional (44).

3.4 Diseño de investigación

Estudio no experimental debido a que no hubo interferencia o manipulación de las variables. Diseño observacional transversal, pues se midió los datos en un solo momento; correlacional, debido a que se midió el grado de relación entre dos variables (46).

3.5 Población, muestra y muestreo

La población estuvo compuesta por los integrantes del grupo virtual de la red social Facebook denominada “Chincha” correspondiente a la población de la provincia de Chincha, región Ica. El grupo está compuesto por 2036 integrantes (a la fecha 25/04/2022), los cuales residen en esa jurisdicción y que interactúan con la red social cuya finalidad primordial es ser un medio de comunicación con fines comerciales y de marketing dirigido a los residentes de la provincia de Chincha (enlace de la página web: <https://www.facebook.com/groups/3807990025984792>).

Criterio de inclusión:

- Adultos mayores de 18 años.
- Haber tenido necesidades de salud bucal durante los periodos de confinamiento estricto en la provincia de Chincha.
- Haber habitado en la provincia de Chincha durante el periodo de marzo del 2020 a marzo del 2021.

Criterio de exclusión

- Personas con diagnóstico o tratamiento por COVID-19
- Personas trabajadoras en el sector salud.
- No estar de acuerdo con el consentimiento informado

Muestra

Para el cálculo muestral se consideró un universo poblacional a la totalidad de integrantes del grupo virtual (2036 integrantes); con ello, mediante una inferencia porcentual con el piloto aplicado a 50 encuestados se evidenció que 9 de 50 integrantes del grupo tuvo necesidades de salud bucal, representando el 18 %; por lo tanto, se obtuvo que el marco muestral representa el 18% de la totalidad de la población (universo), obteniéndose un cálculo de 366 integrantes como marco muestral.

La muestra se obtuvo por la siguiente formula:

$$n = \frac{NZ^2p(1-p)}{(N-1)e^2 + Z^2p(1-p)}$$

Reemplazando:

$$n = \frac{(366)(1,96^2)(0,5)(1-0,5)}{(366-1)0,05^2 + (1,96^2)(0,5)(1-0,5)} = 188$$

Dónde:

N: Marco muestral (366)

Z: Nivel de confianza (1,96)

p: Porcentaje de la población con atributo deseado (0,5)

e: Error de estimación máximo aceptado (0,05)

n: tamaño de muestra

Donde se obtiene una muestra de 188 encuestados para una población finita; además se toma como valor referencial de $p = 0.5$ como cifra convencional en ausencia de datos relacionados a la variable de estudio (acceso a la salud bucal).

Muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico sistemático; cuya elección después de la primera elección aleatoria fue por un factor de 3.

3.6 Variables y operacionalización

Variable 1: Acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19

Definición conceptual: Eventos suscitado relacionado con una política sanitaria para prevención y control por la COVID-19 que implica, principalmente, dictaminando normas sociales en la libertad de tránsito y el cierre de los establecimientos de salud a nivel nacional y priorizando un tipo de atención de salud (urgencias y emergencias) (6,47).

Definición operacional: Acciones aplicadas debido a lineamientos gubernamentales establecidos en una región específica, que determinan circunstancias en la población sobre la limitación en la libertad de tránsito y en tipo de oferta de salud.

Matriz de operacionalización de variable 1

Variable 1	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19	Restricción en el libre tránsito y reunión (D1).	<ul style="list-style-type: none">● Cuarentena● Toque de queda● Limite en el aforo	1-3	Nominal Dicotómica (Si-No)
	Limitaciones en la oferta de servicios de salud bucal por consulta externa (D2).	<ul style="list-style-type: none">● Atención tardada● Provisión de salud no recibida● Atención no presencial (tele atención)	4 -7	
	Priorización del sistema sanitario por la COVID-19 (D3).	<ul style="list-style-type: none">● Atención de urgencias y emergencias en salud bucal● Participación del odontólogo en la atención de urgencias y emergencia en salud bucal	8 -11	

Variable 2: Acceso a salud bucal

Definición conceptual: Aspecto complejo que comprende la cuantificación de personas con necesidades de atención de salud bucal, quienes acceden a ella y quienes no; considerando aspectos como la disponibilidad de los servicios (profesionales, infraestructura, equipamiento, etc.) asimismo las barreras personales, económicas y organizacionales para la utilización de los servicios de salud (37).

Definición operacional: Posibilidad de acceder a servicios de salud bucal según la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto durante la provisión de salud bucal.

Matriz de operacionalización de variable 2

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Acceso a salud bucal	Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Servicios en EESS ● Ambientes cómodos y limpios ● Equipos y materiales adecuados ● Recurso humano capacitado ● Recurso humano suficiente ● No recibió atención por falta de personal ● Horario de atención adecuado ● Atención oportuna ● Información oportuna 	1 -9	Nominal Dicotómica (Si-No)
	Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Tiempo de demora de llegar al EESS ● Medio de transporte (propio, publico, caminando) ● Dificultad con trámites administrativos para la atención ● Dificultades para solicitar atención ● Tiempo transcurrido desde la fecha de solicitud de cita o atención ● Consideración del tiempo adecuado de espera ● Pago por consulta o pruebas diagnosticas ● Falta de consulta por razones económicas ● Compra de medicamentos para su tratamiento 	10 -24	Nominal Dicotómica (Si-No)

		<ul style="list-style-type: none"> ● No tomo medicamentos por falta de dinero ● Dificultades con fecha y horario de consulta ● Negación de atención el último año 		
	Aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Sentir temor o vergüenza de atenderse en el EESS ● Sentir discriminación o rechazo ● Sentir dificultad de que un vecino o familiar sepa que tiene un problema de salud. ● Considera que el tratamiento lo va a curar ● Considera que los RRHH tiene conocimientos ● Confía en el personal que lo atiende ● Relación con el personal 	25 -31	Nominal Dicotómica (Si-No)
	Contacto	<ul style="list-style-type: none"> ● Calificación de la calidad en el servicio de salud ● Calificación de la calidad en el tratamiento recibido. ● El personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su enfermedad y/o tratamiento ● Presencia de alguna molestia atribuible a la medicación que estuvo recibiendo ● explicación de enfermedad y tratamiento ● Quedo satisfecho con explicación ● Dejo de tomar medicamentos o indicaciones ● Razones para dejar de tomar medicamentos o seguir indicaciones. 	32 - 42	Nominal Dicotómica (Si-No)

3.7 Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Para obtener la información, la investigación utilizó la técnica de encuesta mediante la herramienta del cuestionario. Para ello, se elaboró un cuestionario

virtual mediante herramienta web Google Form (<https://forms.gle/Sq8XSrhrPdTyXrHm9>).

3.7.2 Descripción

Para la variable de estudio “acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19”; se elaboró un cuestionario de 14 preguntas cerradas dicotómicas, que comprende las tres dimensiones de la variable: la primera, “restricciones en el libre tránsito y reunión” (D1) con 3 preguntas, la segunda, “limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa” (D2) con 5 preguntas y la tercera, “priorización del sistema sanitario” (D2) por la COVID-19 con 4 preguntas para su medición y 2 preguntas de contraste.

Para la variable de estudio “acceso a la salud bucal”, se basó en el modelo propuesto por Tanahashi y modificado por Bonilla, (48) el cual se adaptó para nuestra medición, el instrumento contó con 42 preguntas cerradas dicotómicas las cuales comprenden cuatro dimensiones: accesibilidad con 15 preguntas, disponibilidad con 9 preguntas, contacto 9 preguntas de medición y una de contraste, finalmente, aceptabilidad con 7 preguntas.

3.7.3 Validación

La validez del instrumento se realizó en base a la validez de contenido por juicio de expertos, que se describe a continuación:

Para el proceso de validación se contó con 5 jueces (Tabla 1). Los expertos cuentan con el grado de Magister/Doctor, son especialistas en el tema a estudiar; a cada uno de ellos se les proporcionó el instrumento.

Con ello se determina lo siguiente:

1. Si los ítem o reactivos poseen relevancia, claridad y pertinencia.
2. Si el ítem o reactivo sería de fácil comprensión para el promedio de la población en estudio, de ser así, se le clasifica en una escala de 0 a 1 (valores dicotómicos) en la que 0 representa que el ítem o reactivo no es comprendido y, si el ítem o reactivo es comprendido por la población estudiada se le clasificará 1.

Obtenida la clasificación proporcionada por los jueces, se procede a tabular los datos con la siguiente fórmula de V de Aiken:

Siendo:

S= La sumatoria de los valores asignados por el juez.

n= Número de jueces (5)

c= Número de valores de la escala de valoración (2)

Mediante este coeficiente obtenemos valores entre 0 y 1, siendo el valor más cercano 1 que define la mayor validez del contenido; para cada criterio se obtuvo un valor de V de Aiken para relevancia, claridad y pertinencia.

Los ítems correspondientes a las variables de estudio se consideraron válidos por los expertos. Con un resultado favorable correspondiente a un promedio valor de V de Aiken de 0.98. (ANEXO 3)

Tabla 1. Resultado de validez por juez validador

Experto	Especialidad	Validez	Resultado
Dr. Cesar Bonilla Asalde	Salud Pública	1	Aplicable
Mg. Alex Ccorahua Aldazaba	Salud Pública Estomatológica	1	Aplicable
Dr. Teresa Evaristo Chiyong	Doctora en Estomatología	1	Aplicable
Dra. Oriana Rivera Lozada	Salud Pública/Metodóloga	1	Aplicable
Esp. Geanny Calampa	Salud Pública Estomatológica	1	Aplicable

3.7.4 Confiabilidad

Para la confiabilidad del instrumento se elaboró una prueba de consistencia interna. Los datos fueron obtenidos de la aplicación del instrumento durante una prueba piloto. Se procedió armar la base de datos para establecer los ítems más discriminativos y menos discriminativos, para ello, se analizó mediante la prueba estadística para variables dicotómicas de Kuder Richardson (KR). La base de datos fue procesado a través de la herramienta estadística SPSS versión 19.

La muestra piloto contó con 30 participantes para la construcción de la base de datos. Para la variable acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 el resultado de KR global fue de 0.775, mientras que para la variable acceso a la salud bucal fue de 0, 627; evidenciando el grado de confiabilidad para el instrumento.

3.8 Procesamiento y análisis de datos

Los datos descriptivos fueron analizados mediante el software estadístico SPSS V.19, obteniéndose una exploración preliminar para determinar datos de frecuencia y

distribución. Además, se determinó el análisis de correlación no paramétrica con el coeficiente de correlación de Spearman; con un nivel de confianza del 95% y con la significancia aceptada con “p” valor menor al 0.05. La interpretación del grado de correlación se analizó de acuerdo con el siguiente rango de correlación (44) :

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

Para aspectos prácticos en el análisis de correlación con la variable “acciones sanitarias gubernamentales por la COVID-19” y sus dimensiones, se determinó mediante puntuaciones por cada pregunta cuya respuesta implica dichas acciones en su definición operacional, asimismo para cada dimensión; es decir, para la D1 se estableció una puntuación máxima de 3 puntos, para la D2 un máximo 5 y para la D3 un máximo de 4 que en forma global integran la puntuación para la variable, cuya puntuación máxima alcanza a 12 puntos. En relación con la variable “acceso a la salud bucal” de igual manera se estableció puntuaciones para aquellas preguntas cuya respuesta implica la definición operacional de la variable cuya puntuación máxima fue de 42 puntos.

3.9 Aspectos éticos

La investigación se realizó siguiendo los parámetros bioéticos para investigaciones científicas, cumpliendo los principios 4 principios bioéticos: autonomía puesto que a cada participante se les brindó un consentimiento informado; no maleficencia, debido a que los datos obtenidos para la investigación fueron manejados con confidencialidad sin riesgo de exposición innecesaria a los participantes; justicia, debido a que se estableció criterios de inclusión y exclusión determinando con equidad la participación de las personas encuestadas; finalmente, beneficencia, puesto que los datos obtenidos suponen una puesta del conocimiento hacia un bien y beneficio de los implicados. Asimismo; los datos personales obtenidos fueron exclusivamente para contrastar la información y validarlos; el vaciado de datos obvió la información personal como parte de la protección de datos personales.

Todo el proceso investigativo se trabajó bajo las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki para investigaciones biomédicas; puesto que al tratarse de una investigación con manejo de datos sin algún riesgo de exposición para los encuestados ni poniendo en cuestión algún riesgo-beneficio, ya que se trabajó solo en función de sus opiniones; en ese sentido, no se consideró la evaluación de un comité de ética para el desarrollo del presente trabajo.

CAPITULO IV PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESUTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

Los datos recolectados en las encuestas virtuales fueron un total de 314 respuestas, de ello, 22 no aceptaron el consentimiento informado. De las 292 respuestas restantes, se descartaron 104 debido a que no cumplían los criterios de inclusión (no residir en la provincia de chincha, no tener necesidades de salud bucal o haber sido diagnosticado de COVID-19); finalmente, se quedó con la muestra establecida de 188 encuestas.

La muestra evidenció las siguientes características sociodemográficas: el sexo mayoritario fue femenino con un 64,9% y del sexo masculino 35,1%, además, se evidenció que la edad media fue 30,22 años \pm 10,81; sin embargo, se resumen en la Tabla 2 mostrando de acuerdo con el grupo etario. También, se encontró que el 70,2% de los encuestados acuden a establecimientos de salud bucal privado y el 29,8% acude a establecimiento de salud público.

Tabla 2. Características sociodemográficas

Características	N	%
Sexo		
Femenino	122	64,9
Masculino	66	35,1
Edad (años)		
Joven (18 – 29)	98	52,1
Adulto (30 – 59)	87	46,3
Adulto mayor (>60)	3	1,6

Tipo de establecimiento de salud que acude

Privado	132	70,2
Público	56	29,8
Total	188	100

Fuente: elaboración propia.

Sobre la variable “acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19” se observó que los resultados en función de sus tres dimensiones fueron mayoritariamente afirmativas. En la dimensión “restricciones de libre tránsito y reunión”, destaca que el 95,2% considera que la cuarentena decretada por el gobierno afectó la provisión de servicios de salud, los demás datos se detallan en la Tabla 3.

Tabla 3. Acciones gubernamental sanitarias por la COVID-19, dimensión “restricciones en el libre tránsito y reunión”

Dimensión: Restricciones en el libre tránsito y reunión	Sí		No	
	N	%	N	%
¿Considera que la cuarentena decretada por el gobierno para la prevención del COVID-19 afectó la provisión de servicios en establecimientos de salud?	179	95,2	9	4,8
¿Considera que el “toque de queda” decretada por el gobierno para la prevención del COVID-19 afectó la provisión de servicios en establecimientos de salud?	163	86,7	25	13,3
¿Considera que la medida nacional de reducción del aforo decretada por el gobierno para la prevención del COVID-19 afectó la provisión de servicios en establecimientos de salud?	146	77,7	42	22,3

Fuente: elaboración propia

En la dimensión “limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa”, destaca que el 69,7% considera que cuando se requirió una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, recibió una atención que prolongada en el tiempo de espera en comparación al tiempo de espera antes de la pandemia (Tabla 4).

Tabla 4. Acciones gubernamental sanitarias por la COVID-19, dimensión limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa”

Dimensión: Limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa	Sí		No	
	N	%	N	%
¿Cuándo requirió de una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, le negaron cualquier alternativa de atención?	92	48,9	96	51,1
¿Cuándo requirió de una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, la atención fue exclusivamente de forma no presencial (mediante llamada telefónica o vía web)?	86	45,7	102	54,3
¿Cuándo requirió de una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, la atención fue de forma mixta (presencial y virtual)?	84	44,7	104	55,3
¿Cuándo requirió de una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, la atención fue de forma presencial?	75	39,9	113	60,1
¿Cuándo requirió de una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, recibió una atención que usted considera prolongado en el tiempo de espera en comparación de la espera antes de la pandemia?	131	69,7	57	30,3

Fuente: elaboración propia

Con relación a la dimensión “priorización del sistema sanitario por la COVID-19” se observa que el 96,8% responde afirmativamente a la pregunta de contraste sobre el conocimiento de urgencia y emergencia de salud. Se observa como resalte que el 57,4% afirma que cuando requirió una atención de salud durante el confinamiento le negaron la atención puesto que el establecimiento atendía solo casos de COVID-19 (Tabla 5).

Tabla 5 Acciones gubernamental sanitarias por la COVID-19, dimensión “priorización del sistema sanitario por la COVID-19”

Sí	No
----	----

Dimensión: Priorización del sistema sanitario por la COVID-19	N	%	N	%
¿Usted sabe que es una urgencia o emergencia de salud?	182	96,8	6	3,2
¿Usted recibió atención de urgencia o emergencia de salud no relacionada con el COVID-19 durante el confinamiento por la pandemia?	65	34,6	123	65,4
¿Cuándo requirió una atención de salud durante el confinamiento por la COVID-19, le negaron la atención puesto que el establecimiento de salud atendía solo casos de COVID-19?	108	57,4	80	42,6
¿Padece usted un problema de salud crónico (por ejemplo: diabetes, HTA, hipotiroidismo, cáncer)?	22*	11,7	166	88,3
¿Le brindaron soporte o control de su enfermedad crónica durante el confinamiento por la COVID-19? *	13	59,1	9	40,9
¿Tuvo complicaciones o progresión de su enfermedad crónica debido a que el establecimiento de salud no le brindó soporte o control durante el confinamiento por la COVID-19? *	14	63,6	8	36,4

* Preguntas en base a N = 22, debido a la afirmación de la pregunta antecedida.

Fuente: elaboración propia

Sobre la variable “acceso a la salud bucal”, se analizó en forma global; también, detallamos los datos descriptivos de acuerdo con sus 4 dimensiones. En la dimensión “disponibilidad”, se resalta que el 86,2% considera como y limpios los ambientes donde recibe la atención dental, los demás resultados se detallan en la Tabla 6.

Tabla 6. Acceso a la salud bucal, dimensión “disponibilidad”

Dimensión: Disponibilidad	Sí		No	
	N	%	N	%
¿Conoce lugares donde hay establecimientos de salud para la atención odontológica?	144	76,6	44	23,4
¿Considera cómodos y limpios los ambientes dónde recibe la atención odontológica?	162	86,2	26	13,8
¿Considera que se cuenta con los equipos y materiales adecuado para recibir la atención odontológica (sillón dental, radiografía dental, etc.)?	131	69,7	57	30,3
¿El establecimiento de salud cuenta con personal capacitado para realizar su atención odontológica?	141	75	47	25
¿Considera que hay suficiente personal para garantizar la atención odontológica en el establecimiento de salud?	96	51,1	92	48,9

¿En algún momento, no recibió atención odontológica por falta de personal de salud?	79	42	109	58
¿Considera adecuado el horario de atención para su atención en el servicio odontológico?	117	62,2	71	37,8
¿Recibió atención oportuna para sus consultas odontológicas y controles?	106	56,4	82	43,6
¿Recibió alguna información acerca de su enfermedad de la boca por parte del personal de salud?	132	70,2	56	29,8

Fuente: elaboración propia

Sobre la dimensión accesibilidad, se observa que 72,3% afirma comprar medicamentos para el tratamiento dental, siendo un dato que resalta sobre los demás resultados como se observa en la Tabla 7

Tabla 7. Acceso a la salud bucal, dimensión “accesibilidad”

Dimensión: Accesibilidad	Sí		No	
	N	%	N	%
¿El tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud odontológico es mayor a 30 minutos?	67	35,6	121	64,4
¿Usted utiliza el transporte público para llegar al establecimiento de salud odontológico?	118	62,8	70	37,2
¿Usted utiliza transporte propio para llegar al establecimiento de salud odontológico?	52	27,7	136	72,3
¿Usted llega caminando al establecimiento de salud?	61	32,4	127	67,6
¿Tuvo dificultades administrativas para recibir la atención?	72	38,3	116	61,7
¿Desde el día que solicito la última cita hasta la fecha de la atención, transcurrió más de dos semanas?	100	53,2	88	46,8
¿Considera adecuado el tiempo de espera desde el momento que sacó la cita, hasta el momento de atención?	96	51,1	92	48,9
¿Considera adecuado el tiempo de espera para recibir la atención en los servicios de laboratorio y radiodiagnóstico del establecimiento de salud?	87	46,3	101	53,7
¿Realizó algún pago por la consulta odontológica?	118	62,8	70	37,2
¿Realizó algún pago por el servicio de diagnóstico/tratamiento?	124	66	64	34

¿En algún momento no asistió a una consulta por falta de dinero?	106	56,4	82	43,6
¿Compró medicamentos para su tratamiento dental?	136	72,3	52	27,7
¿En algún momento no tomó los medicamentos por falta de dinero para comprarlo?	117	62,2	71	37,8
¿Tuvo alguna dificultad con las fechas y horarios de la consulta dental?	98	52,1	90	47,9
¿En el último año le han negado la prestación en los servicios de salud dental?	93	49,5	95	50,5

Fuente: elaboración propia.

Con relación a la dimensión aceptabilidad, resalta que el 85,1% considera que la relación con la persona de salud que lo atendió fue buena; los demás resultados se detallan en la Tabla 8

Tabla 8. Acceso a la salud bucal, dimensión “aceptabilidad”

Dimensión: Aceptabilidad	Sí		No	
	N	%	N	%
¿En algún momento sintió temor o vergüenza de atenderse en el establecimiento de salud?	56	29,8	132	70,2
¿En algún momento se ha sentido discriminado o rechazado por su condición de salud bucal?	28	14,9	160	85,1
¿Sería difícil para usted que un vecino o un familiar sepa que usted tiene un problema de salud bucal?	63	33,5	125	66,5
¿Considera usted que el tratamiento ofrecido lo va a curar o aliviar?	144	76,6	44	23,4
¿Considera que el personal de salud que lo atiende tiene el suficiente conocimiento para que usted se cure?	137	72,8	51	27,1
¿Confía en el personal de salud que lo atiende?	152	80,9	36	19,1
¿Su relación con el personal de salud que lo atendió fue buena?	160	85,1	28	14,9

Fuente: elaboración propia

Finalmente, en la dimensión “contacto”, destaca que el 74,5% afirma que el personal de salud les explicó en qué consistía el tratamiento dental, los demás resultados se detallan en la Tabla 9

Tabla 9. Acceso a la salud bucal, dimensión “contacto”

Dimensión: Contacto	Sí		No	
	N	%	N	%
¿Califica como buena la calidad en el servicio de salud?	133	70,7	55	29,3
¿Califica como buena la calidad del tratamiento recibido?	128	68,1	60	31,9
¿El personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su enfermedad y/o tratamiento?	134	71,3	54	28,7
¿Ha presentado alguna molestia atribuible a la medicación o tratamiento odontológico que estuvo recibiendo?	57	30,3	131	69,7
¿El personal de salud, le explicó en qué consistía su enfermedad bucal?	131	69,7	57	30,3
¿El personal de salud, le explicó en qué consistía el tratamiento?	140	74,5	48	25,5
¿Quedó satisfecho(a) con la explicación?	121	64,4	67	35,6
¿Dejó de continuar su tratamiento odontológico en algún momento? Si su respuesta fue afirmativa responder las alternativas siguientes	115	61,2	73	38,8
¿La razón para dejar el tratamiento odontológico fue porque el tratamiento es molesto o doloroso?	42	22,3	126	67
¿La razón para dejar el tratamiento odontológico fue que no siente mejoría?	47	25	121	64,4
¿La razón para dejar el tratamiento odontológico fue porque el tratamiento es a largo plazo (tarda mucho)?	59	31,4	108	57,4

Fuente: elaboración propia

Para el desarrollo de la prueba de hipótesis, se estableció mediante la correlación de la variable “acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19” y sus dimensiones que la componen, relacionándolos sobre la variable global “acceso a la salud bucal”. Para ello, se observó las siguientes puntuaciones asignadas por cada pregunta respondida por variable y sus dimensiones resumido en la Tabla 10, donde se observa que la media de la puntuación global de la variable “acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19” fue de $7,28 \pm 1,91$ y de la variable “acceso a la salud bucal” fue de $24,39 \pm 7,14$.

Tabla 10. Puntuación global y por dimensiones

Variables	Dimensiones	N = 188		
		Min -Max	X	DS
Acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19	Restricciones en el libre tránsito y reunión (D1)	0 – 3	2,60	0,73
	Limitaciones en la oferta de servicios de salud por consulta externa (D2)	0 – 5	2,69	1,26
	Priorización del sistema sanitario por la COVID-19 (D3)	0 – 4	1,99	0,93
	Total (D1 -D3)	1 – 11	6,64	1,93
Acceso a la salud bucal	Total (D1 -D4)	9 -37	24,39	7,14

Fuente: elaboración propia

4.1.2 Prueba de hipótesis

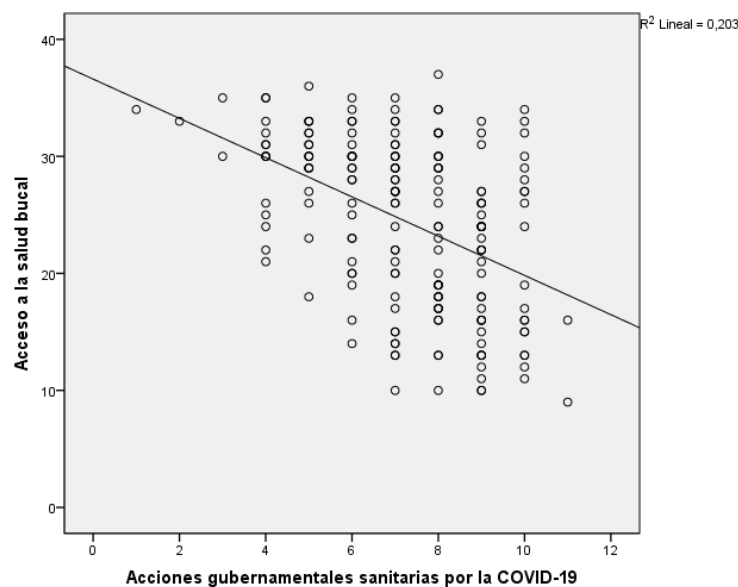
Bajo los parámetros establecidos en la Tabla 10, se determinaron las correlaciones que se detalla en la Tabla 11, donde se observa que las “acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19” se correlacionan negativamente con el “acceso a la salud bucal” con un coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0,39, siendo esta correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), también, se observa que en el Grafico 1 la pendiente que genera dicha correlación es inversa y cuya interpretación según el grado de correlación es de tipo media.

Tabla 11. Correlación entre la variable Acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el Acceso a la salud bucal.

	Acceso a la Salud bucal	
	Rho de Spearman	p valor
Acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19	-0,39	0,00

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 1. Correlación entre las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal.



Fuente: elaboración propia

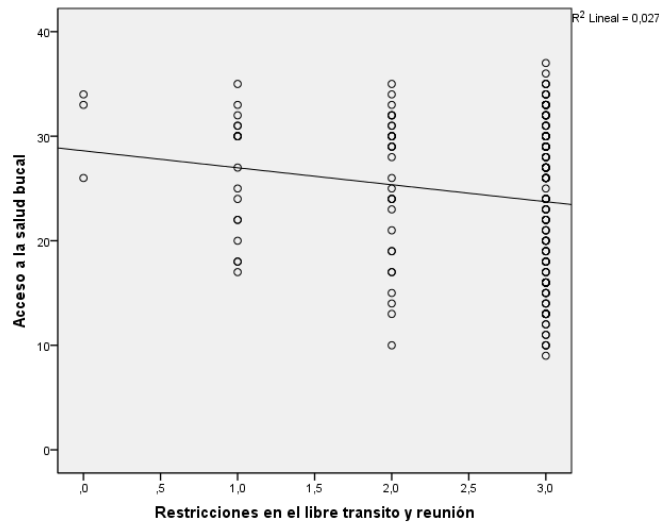
Asimismo, en a Tabla 12 se observa que la dimensión “restricciones de libre de tránsito y reunión” de la variable “acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19” se correlaciona negativamente con el “acceso a la salud bucal” con un coeficiente de correlación Rho de Spearman -0,15, siendo esta correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). En el Grafico 2 se observa dicha correlación con una pendiente ligeramente inclinada con signo negativo.

Tabla 12. Correlación entre las Restricciones de libre tránsito y reunión y el Acceso a la salud bucal.

	Acceso a la Salud bucal	
	Rho de Spearman	p valor
Restricciones en el libre tránsito y reunión (D1)	-0,15	0,03

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 2. Correlación entre las Restricciones de libre tránsito y reunión y el Acceso a la salud bucal.



Fuente: elaboración propia.

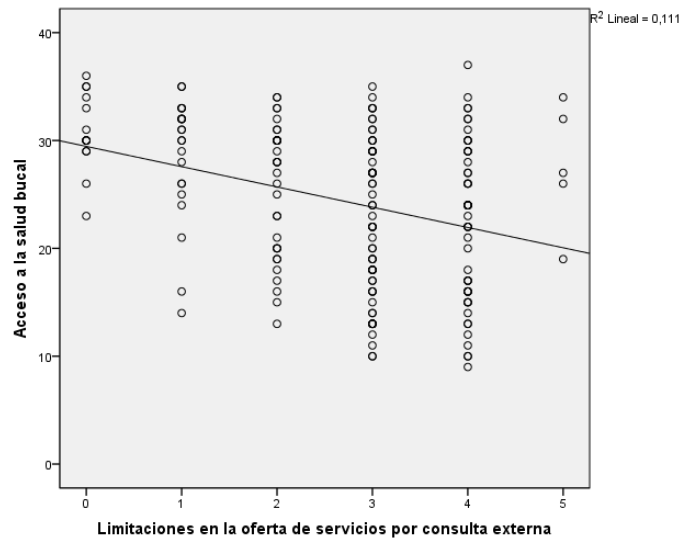
En la Tabla 13 se observa que la dimensión “limitaciones en la oferta de salud por consulta externa” se correlacionan negativamente con el “acceso a la salud bucal” con un coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0,31, siendo esta relación estadísticamente significativa. En el Grafico 3 se observa la dispersión lineal con una pendiente inclinada con signo negativo.

Tabla 13. Correlación entre las Limitaciones en la oferta de servicios de salud por consulta externa y el Acceso a la salud bucal.

	Acceso a la Salud bucal	
	Rho de Spearman	p valor
Limitaciones en la oferta de servicios de salud por consulta externa (D2)	-0,31	0,00

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3. Correlación entre las Limitaciones en la oferta de servicios de salud por consulta externa y el Acceso a la salud bucal.



Fuente: elaboración propia.

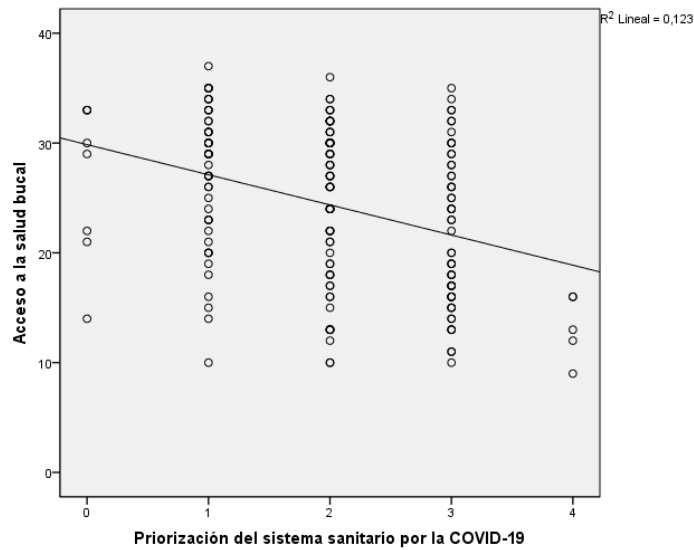
Sobre la dimensión “priorización del sistema sanitario por la COVID-19” se observa en la Tabla 14 que se correlaciona negativamente con el “acceso a la salud bucal” con un coeficiente de correlación Rho de Spearman de -0,34, siendo esta correlación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). En el Grafico 4 se observa la inclinación de la pendiente debido a la correlación negativa.

Tabla 14. Correlación entre la Priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el Acceso a la salud bucal.

	Acceso a la Salud bucal	
	Rho de Spearman	p valor
Priorización del sistema sanitario por la COVID-19 (D3)	-0,34	0,00

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 4. Correlación entre la Priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el Acceso a la salud bucal.



Fuente: elaboración propia.

Además, como un análisis estratificado se evidencia que, según el establecimiento de salud elegido, la fuerza de correlación aumenta para los establecimientos de salud público en comparación de aquellos que eligen establecimientos privado; en ambos casos la correlación es negativa y estadísticamente significativo.

Tabla 15. Correlación entre la variable Acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el Acceso a la salud bucal según el tipo de establecimiento de salud.

	Tipo de establecimiento de salud	Acceso a la Salud bucal	
		Rho de Spearman	p valor
Acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19	Establecimiento público	-0,40	0,00
	Establecimiento privado	-0,36	0,00

Fuente: elaboración propia.

Para la prueba la prueba de hipótesis general se establece lo siguiente:

Planteamiento de hipótesis general:

H_0 : No existe correlación entre las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal.

H₁: Existe correlación entre las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal.

Nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0,05$

Estadístico de prueba: correlación de Spearman (Rho de Spearman: - 0,39)

Lectura de error: P valor = 0,00

Interpretación: con un p valor encontrado igual a 0,00 y siendo menor que el valor de α ; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H₀). Por lo tanto, al 95% de confianza podemos afirmar que las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 se correlaciona negativamente con el acceso a la salud bucal en la provincia de Chincha, 2022. Es decir, mientras aumenten las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 disminuye el acceso a la salud bucal.

Planteamiento de hipótesis específica 1

H₀: No existe correlación entre las restricciones en el libre tránsito y reunión y el acceso a la salud bucal.

H₁: Existe correlación entre las restricciones en el libre tránsito y reunión y el acceso a la salud bucal.

Nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0,05$

Estadístico de prueba: correlación de Spearman (Rho de Spearman: - 0,15)

Lectura de error: P valor = 0,03

Interpretación: con un p valor encontrado igual a 0,03 y siendo menor que el valor de α ; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H₀). Por lo tanto, al 95% de confianza podemos afirmar que las restricciones en el libre tránsito y reunión se correlaciona negativamente con el acceso a la salud bucal en la provincia de Chincha, 2022.

Planteamiento de hipótesis específica 2

H₀: No existe correlación entre las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa y el acceso a la salud bucal.

H₁: Existe correlación entre las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa y el acceso a la salud bucal.

Nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0,05$

Estadístico de prueba: correlación de Spearman (Rho de Spearman: - 0,31)

Lectura de error: P valor = 0,00

Interpretación: con un p valor encontrado igual a 0,03 y siendo menor que el valor de α ; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Por lo tanto, al 95% de confianza podemos afirmar que las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa se correlacionan negativamente con el acceso a la salud bucal en la provincia de Chincha, 2022.

Planteamiento de hipótesis específica 3

H_0 : No existe correlación entre la priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal.

H_1 : Existe correlación entre la priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal.

Nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0,05$

Estadístico de prueba: correlación de Spearman (Rho de Spearman: - 0,34)

Lectura de error: P valor = 0,00

Interpretación: con un p valor encontrado igual a 0,03 y siendo menor que el valor de α ; por ello, se rechaza la hipótesis nula (H_0). Por lo tanto, al 95% de confianza podemos afirmar que la priorización del sistema sanitario por la COVID-19 se correlacionan negativamente con el acceso a la salud bucal en la provincia de Chincha, 2022.

4.1.3 Discusión de resultados

La pandemia por COVID-19 ha puesto de manifiesto muchas adversidades como consecuencia de combatir la enfermedad, que en esta investigación encuentra como resultado que dichas acciones gubernamentales puestas en marcha afectaron notablemente a la posibilidad de recibir atención de salud, sobre todo, para aquellas enfermedades que necesitan un control frecuente como las enfermedades bucales (49). En ese contexto resulta que dichas acciones gubernamentales resumidas como: las restricciones en libre tránsito y reunión, limitaciones en la oferta de salud por consulta externa y la priorización del sistema sanitario por la COVID-19, se relación de manera inversa al acceso a la salud bucal siendo esta relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$); por su parte Sofi-Mahmudi et al. (13) en un estudio donde relaciona la intención de búsqueda de atención dental con los indicadores socioeconómicos, como IDH,

densidad de dentistas por área y disposición de flúor encontró una relación inversa debido al factor del confinamiento por COVID-19 ($p < 0,05$); en ese sentido, es factible inferir que tanto por parte de los profesionales de salud bucal y los pacientes con necesidades bucales encuentras una brecha en el acceso a la salud bucal por el factor COVID-19 (50). Asimismo, como lo referimos en este estudio, las restricciones en el libre tránsito y reunión que se dictaminó en el Perú se resumió con acciones como cuarentenas, confinamiento obligatorio (toque de queda) y reducción de aforo, todo ello relacionándose negativamente con el acceso a la salud bucal ($p < 0,05$), en esa misma perspectiva Yang et al.(18) encuentra que solo 69% de hospitales brindaron información de como acceder atención de urgencia y emergencia debido al confinamiento, lo que limita el acceso a la salud bucal; en ese mismo sentido, Guo et al. (11), no solo demuestra dicha afectación para el acceso de salud bucal en los servicios de urgencia, si no que observa el aumento de casos severos en infecciones orales el confinamiento en comparación de una atención regular ($p < 0,05$) por la no provisión de salud oportuna. También, Long et al.(10) señala que hubo un descenso del 57% en atenciones de infecciones orales, además, el aumento de casos severos del 35% al 80%; todo ello, durante los periodos de confinamiento estricto por la pandemia. Por su parte Bai et al.(19) señala que tras una comparación de afluencia de pacientes respecto al año anterior disminuyo significativamente por el confinamiento ($p < 0,01$) además evidenció una interesante disminución de casos según patología bucal. Sin embargo, en un sentido más complejo del análisis de la definición de acceso a la salud bucal, en estos casos citados solo se hace referencia a la posibilidad de encontrar provisión de salud bucal, mas no se hace referencia alguna del sentido amplio de la concepción de acceso a la salud; así como lo como lo reporta Burgette et al.(51) ya que encontró que factores socioeconómicos relacionados a la pandemia por COVID-19 se asociaron negativamente con el acceso a la salud bucal, con parámetros como la no satisfacción de la provisión de salud ($p < 0,05$). En nuestro estudio señalamos que como parte de las acciones que tomó el gobierno para combatir la COVID-19 fue la limitación de la oferta de servicios por consulta externa, esto significó que en gran parte muchas personas vieron limitada la oferta de salud bucal por problemas urgente y no urgentes cuyo resultado demostró que dicha acción se relaciona negativamente con el acceso a la salud bucal ($p < 0,05$); este parámetro consideró aspectos como la negativa de atención de salud bucal, que la forma de atención sea no presencial o que el tiempo de atención sea muy prolongado; en esta perspectiva, en el

Perú fue novedoso la tele atención y que bajo una normativa formó parte de un tipo de atención,(52) que para nuestro estudio consideramos una limitante a pesar de ser una forma de provisión de salud. En ese sentido, Garcés-Elias et al. (12) analiza el tiempo en el que transcurre una visita de atención dental durante el periodo de la pandemia y compara con un periodo anterior en una población peruana infantil, encontrando que este tiempo aumentó en 1.39 años para el periodo del confinamiento; por su parte, Eggmann et al.(15) demostró que la provisión de servicios de salud bucal de forma virtual (teleconsulta) aumento significativamente ($p<0,01$) en comparación del periodo antes del confinamiento, por su parte Choi et al.(16) refiere que el aumento de la teleconsulta odontológica aumento 60 veces en comparación a un periodo regular, como contraste nuestro estudio encuentra que un 45,7% de los encuestados indica haber recibido atención de salud bucal exclusivamente de forma no presencial. Asimismo, las limitaciones por consulta externa también significan que las atenciones de tipo urgencia y emergencia en salud bucal fueron preferentemente priorizados;(11,19,21) aunque en algunos casos muchas propuestas incluían una reapertura periódica tal como lo evidencia Hopcraft et al.(17) donde revela que durante periodos de confinamiento estricto se redujo la capacidad de prestar servicios de salud bucal hasta en 86%, mientras que en periodos flexibles solo una disminución de 14,6%; también enfatiza que tratamientos no urgentes disminuyen hasta en 50% en comparación de un descenso de 0,4% en tratamiento endodónticos y 2,8% de cirugía bucal; lo que significa que la mayor provisión de servicios de salud bucal corresponden a casos de urgencia odontológica; lo cual corrobora nuestra evidencia de que la limitaciones en la atención por consulta externa afecta negativamente en el acceso a la salud bucal. En contraste, con un análisis más amplio, se pone en debate la factibilidad de la atención de salud virtual en el campo de la odontología que debiera ajustarse como una forma complementaria de provisión de atención primaria (53), de esta manera se podría complementar atenciones no solo priorizadas (urgencias y emergencias); aunque, en la línea de nuestro análisis la atención virtual en el campo odontológico no es concepto favorable para el entendimiento de un real acceso a la salud bucal.

También en nuestro estudio se analizó las acciones gubernamentales puestas en marcha sobre el sistema sanitario, esta acción, se vio reflejada con la priorización del sistema sanitario para la atención por la COVID-19, donde se demostró que dichas acciones se relacionaron negativamente sobre el acceso a la salud bucal ($p<0,05$); dicha consecuencia se refleja en nuestro estudio puesto que el 59,1% de los que poseen enfermedades crónicas

considera que fueron desatendidas, además, el 63,6% considera que se agravo su problema de salud por la desatención oportuna cabe resaltar que en nuestro análisis las preguntas fueron enfocadas en forma genérica de problemas de salud crónicos; mas no en una indagación de un seguimiento de un tratamiento odontológico en específico. Este suceso con caso de seguimiento de enfermedades crónicas bucales lo reporta Sandhu et al.(14) donde evidenció que el cierre de establecimientos para atención primaria en centros especializados de lesiones malignas orales conllevó a la severidad de las lesiones tardíamente diagnosticados. Por su parte Bustai et al.(20) reportaron que el 69% de sus pacientes dejaron de asistir a sus controles regulares de tratamiento ortodóntico, debido a que se priorizo solo atención de urgencia y emergencia en los establecimientos de salud. En un análisis más extenso Gómez-Costa et al.(54) evidenció que tratamientos se dejaron de proveer debido a la priorización del sistema sanitario por la COVID-19; encabezando por 58,67% de tratamientos conservativos, 47,45% de tratamientos periodontales, 27,3% de tratamientos de prostodoncia afectando notablemente una desatención de problemas bucal no urgente.

Mediante un análisis estratificado se evidencio que de aquellas personas que optaron por una atención en establecimientos públicos la relación de las acciones gubernamentales y el acceso a la salud obtuvo una mayor fuerza de correlación ($r = -0,4$) que con aquella que optación por establecimientos de salud privado ($r = -0,36$), bajo esa observación se puede resaltar que la atención odontológica en el Perú es mayoritariamente ofrecida por el sector privado como lo demuestra nuestro estudio, puesto que el 70,2% indica que opta por un establecimiento de salud bucal privado y solo el 29,8% por uno público; además, es importante destacar que los servicios de salud odontológico en el sector público no necesariamente cuenta con personal capacitado y ambientes adecuados,(9) lo cual limita el acceso a la salud bucal en su dimensión disponibilidad, pues, en nuestro estudio se demuestra que solo el 30,3% considera que no se le brindó atención de salud bucal en espacios equipado para su atención, además que el 25% considera haber sido atendido por personal no capacitado para la atención de salud bucal. En esa misma línea Garcés-Elias et al. (12), también en un contexto peruano encuentra que el tipo de establecimiento de salud público para la atención dental es el preferido con diferencia significativa ($p < 0,05$) esto en una encuesta nacional urbano rural ; como ello se infiere que la provisión de atención dental es preferentemente en el sector público, por lo que, en nuestros resultados encontramos una mayor fuerza de correlación negativa hacia dicho sector lo

que implica una desventaja mayor para el acceso a la salud bucal en su dimensión disponibilidad.

Desde la perspectiva de nuestro análisis se hace énfasis en que la relación que se establece entre las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal, comprende de que este último concepto es medido de manera más amplia y que en este estudio se toma como limitante por la ausencia de investigaciones que comprendan aspectos como sus dimensiones que componen a esta medición; más aún, en esta coyuntura mundial que afecta el acceso a la salud no solo de problemas bucales sino de muchas patologías que afectan a la población vulnerable.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera conclusión: En cuanto a la relación entre las acciones sanitarias gubernamentales por COVID-19 y el acceso a la salud bucal en la provincia de Chíncha en el año 2022, hay significancia estadística en las variables de estudio (valor “p” 0,00; es decir, inferior a 0,05) y hay correlación media y negativa ($r=-0,39$).

Segunda conclusión: En cuanto a la relación entre la restricción en el libre tránsito y reunión por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chíncha, 2022 hay significancia estadística en las variables de estudio (valor “p” 0,03; es decir, inferior a 0,05) y hay correlación media negativa ($r=-0,15$).

Tercera conclusión: En cuanto a la relación entre las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chíncha, 2022 hay significancia estadística en las variables de estudio (valor “p” 0,00; es decir, inferior a 0,05) y hay correlación media y negativa ($r=-0,31$).

Cuarta conclusión: En cuanto a la relación entre la priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chíncha, 2022 hay significancia estadística en las variables de estudio (valor “p” 0,00; es decir, inferior a 0,05) y hay correlación media y negativa ($r=-0,34$).

5.2 Recomendaciones

Recomendación 1:

Al ministerio de salud se recomienda reevaluar las estrategias sanitarias bajo posibles nuevos confinamientos con propuestas bajo un rigor científico sin la afectación del acceso a la salud bucal o atenuando su afectación con medidas preventivas y estratégicas.

Recomendación 2:

A las autoridades de las FFAA, Policía Nacional del Perú y Serenazgo, se recomienda que, en el cumplimiento de sus funciones en el orden ciudadano según los lineamientos legales, durante los periodos de confinamiento con las restricciones en el libre tránsito y reunión reconocer y promover el acceso a la salud bucal puesto que una provisión o necesidad de atención de salud son excepciones en las restricciones dispuestas por el

gobierno; de esta manera, no afectar a el acceso a la salud bucal; sobre todo en su dimensión de disponibilidad de acceso.

Recomendación 3:

Al ministerio de salud y autoridades regionales de salud, se recomienda enfocar las atenciones de salud mediante estrategias sanitarias que permitan que el establecimiento de salud públicos no solo brinde atenciones referidas a la COVID-19, sino, también promueva y refuerce la atención de salud bucal.

Recomendación 4:

A los establecimientos de salud, se recomienda proponer estrategias y protocolos de atención de salud bucal durante periodos de posibles confinamientos por pandemia y postpandemia.

REFERENCIAS

1. Yen-Hao Chu I, Alam P, Larson HJ, Lin L. Social consequences of mass quarantine during epidemics: A systematic review with implications for the COVID-19 response. *Journal of Travel Medicine* [Internet]. 2020 [acceso en: 10/03/2022]; 27(7): 1–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7649384/>
2. Sohrabi C, Alsafi Z, O’Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery* [Internet]. 2020 [acceso en: 11/03/2022]; 76(2): 71–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034>
3. Johns Hopkins Center for Systems Science and Engineering. Coronavirus Resource Center [Internet]. Maryland: JHU.edu; 2022 [acceso en: 29/06/2021]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. Perú. Ministerio de Salud: Sala Situacional COVID-19 Perú. Lima: Dirección General de Epidemiología, MINSA; 2020 [acceso: 29/06/2021]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
5. Mújica OJ, Pachas PE. Desigualdades sociales en la mortalidad durante la Covid-19 en Lima y Callao. *Rev Peru Med Exp Salud publica* [Internet]. 2021 [acceso en: 23/01/2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6740>.
6. Decreto Supremo que declara Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control de la COVID-19, Decreto Supremo N° 008-2020-SA. *Diario El Peruano*; 11/03/2020 [acceso en: 29/06/2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-declara-en-emergencia-sanitaria-a-nivel-decreto-supremo-n-008-2020-sa-1863981-2/>.
7. Decreto Supremo que Prorroga la Emergencia Sanitaria declarada por Decreto Supremo N° 008-2020-SA, prorrogada por Decreto Supremo N° 020-2020-SA – Decreto Supremo - N° 027-2020-SA – Poder Ejecutivo - Salud [Internet]. *Diario oficial “El Peruano.”* 2020 [acceso en: 29/06/2021]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-prorroga-la-emergencia-sanitaria-declara-decreto-supremo-n-009-2021-minsa-1929103-4/>

8. Serra M. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Revista Finlay* [Internet]. 2020 [acceso en: 14/03/2022]; 10(2):78–88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000200078
9. Quincho-Rosales DA, Castro-Rodríguez Y, Grados-Pomarino S. Considerations about dental care in peru during the COVID-19 pandemic. *Rev Cub de Estomatolog* [Internet]. 2020 [acceso en: 14/03/2022];57(3):1–11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072020000300005
10. Long L, Corsar K. The COVID-19 effect: number of patients presenting to The Mid Yorkshire Hospitals OMFS team with dental infections before and during The COVID-19 outbreak. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* [Internet]. 2020 [acceso en: 14/03/2022]; 58(6):713–4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.04.030>
11. Guo H, Zhou Y, Liu X, Tan J. The impact of the COVID-19 epidemic on the utilization of emergency dental services. *Journal of Dental Sciences* [Internet]. 2020 [acceso en: 14/03/2022]; 15(4):564–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jds.2020.02.002>
12. Garcés-Elías MC, Castillo-López CE del, León-Manco RA, Agudelo-Suárez AA. Impact of the COVID-19 pandemic on the timing of dental care in Peruvian children. *Dental and Medical Problems*. 2022 Jan 1;59(1):37–44.
13. Sofi-Mahmudi A, Shamsoddin E, Ghasemi P, Mehrabi Bahar A, Shaban Azad M, Sadeghi G. Association of COVID-19-imposed lockdown and online searches for toothache in Iran. *BMC Oral Health*. 2021 Dec 1;21(1).
14. Sandhu P, Grossman S, Beneng K. The impact of the cessation of primary dental care services on oral cancer diagnosis at a single institution in the UK’s epicentre during the COVID-19 pandemic. *Oral Surgery* [Internet]. 2021 [acceso en: 14/03/2022]; 14(4):328–34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8251372/>
15. Eggmann F, Haschemi AA, Doukoudis D, Filippi A, Verna C, Walter C, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on urgent dental care delivery in a Swiss university center for dental medicine. *Clinical Oral Investigations* [Internet]. 2021 [acceso en: 14/03/2022]; 5711–21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7952257/>
16. Choi SE, Simon L, Basu S, Barrow JR. Changes in dental care use patterns due to COVID-19 among insured patients in the United States. *Akrab Juara* [Internet]. 2020

- [acceso en: 14/03/2022]; 5(1):43–54. Disponible en: <http://www.akrabjuara.com/index.php/akrabjuara/article/view/919>
17. Hopcraft M, Farmer G. Impact of COVID-19 on the provision of paediatric dental care: Analysis of the Australian Child Dental Benefits Schedule. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* [Internet]. 2021 [acceso en: 14/03/2022]; 49(4):369–76. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdoe.12611>
 18. Yang Y, Zhou Y, Liu X, Tan J. Health services provision of 48 public tertiary dental hospitals during the COVID-19 epidemic in China. *Clinical Oral Investigations* [Internet]. 2020 [acceso en: 14/03/2022]; 24(5): 1-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03267-8>
 19. Bai J, Xu T, Ji AP, Sun W, Huang MW. Impact of COVID-19 on Oral Emergency Services. *International Dental Journal* [Internet]. 2021 [acceso en: 14/03/2022]; 71(1):27–31. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/idj.12603>
 20. Bustati N, Rajeh N. The impact of COVID-19 pandemic on patients receiving orthodontic treatment: An online questionnaire cross-sectional study. *Journal of the World Federation of Orthodontists* [Internet]. 2020 [acceso en: 28 /06/2021] 9(4):159–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33221177/>
 21. Chisini LA, Costa F dos S, Demarco GT, da Silveira ER, Demarco FF. COVID-19 pandemic impact on paediatric dentistry treatments in the Brazilian Public Health System. *International Journal of Paediatric Dentistry* [Internet]. 2021 [acceso en: 14/03/2022]; 31(1):31–4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7754557/>
 22. Quispe-Salcedo A. An overview of Peruvian dental research in time of COVID-19. *Revista Científica Odontológica* [internet]. 2020 [acceso en: 14/03/2022]. 10;8(3):e027. Disponible en: <https://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologica/article/view/758>
 23. Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Pomar L, Favre G. Real estimates of mortality following COVID-19 infection. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet]. 2020 [acceso en: 14/03/2022]; 20(7):773. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30195-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30195-X/fulltext)
 24. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *New England*

- Journal of Medicine [Internet]. 2020 [Acceso en: 14/03/2022]; 382(10):970–1. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2001468>
25. Peng X, Xu X, Li Y, Cheng L, Zhou X, Ren B. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. International Journal of Oral Science [Internet]. 2020 [Acceso en: 14/03/2022]; 12(1):1–6. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41368-020-0075-9>
 26. Rosenbaum L. The Untold Toll — The Pandemic’s Effects on Patients without Covid-19. New England Journal of Medicine [Internet]. 2020 [Acceso en: 14/03/2022]; 382(24):2368–71. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms2009984>
 27. Vermund SH, Pitzer VE. Asymptomatic Transmission and the Infection Fatality Risk for COVID-19: Implications for School Reopening. Clin Infect Dis [Internet]. 2021 [Acceso en: 22/03/2022]; 72(9):1493–6. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/72/9/1493/5862668?login=true>
 28. Gonzales-Castillo JR, Varona-Castillo L, Domínguez-Morante MG, Ocaña-Gutierrez VR. COVID-19 pandemic and public health policies in Peru: March-May 2020. Revista de Salud Pública [Internet]. 2020 [Acceso en: 14/03/2022]; 22(2):1–9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v22n2/0124-0064-rsap-22-02-e387373.pdf>
 29. Haque M, Sartelli M, Haque SZ. Dental infection and resistance-global health consequences. Dentistry Journal [Internet]. 2019 [Acceso en: 14/03/2022]; 7(1):1–19. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2304-6767/7/1/22>
 30. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades: investigación epidemiológica de campo: aplicación al estudio de brotes. Organización Panamericana de la Salud; 2002.
 31. OMS. Orientaciones para el público [Internet]. Medidas de protección básicas contra el nuevo coronavirus. 2020 [Acceso en: 03/02/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public%0Ahttps://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public%0Ahttps://www.who.int/es/emergencias/dise>
 32. Gianella C, Iguíñiz-Romero R, Romero MJ, Gideon J. Good Health Indicators are Not Enough: Lessons from COVID-19 in Peru. Health Hum Rights [Internet]. 2020 [Acceso

- en: 03/02/2022] ;22(2):317–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7762920/>
33. Seclén Santisteban SN. Impacto de la pandemia de la Covid-19 sobre el manejo y control de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Médica Herediana* [Internet]. 2021 [Acceso en: 03/02/2022]; 32(3):141–3. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/4056>
 34. Restrepo-Zea JH, 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* [Internet]. 2014 [Acceso en: 03/02/2022];13(27):236–59. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>
 35. Acosta Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud* [Internet]. 2010 [Acceso en: 03/02/2022]; (1985):1–34. Disponible en: <https://archivo.alde.es/encuentros.alde.es/anteriores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf>
 36. Aday MH, Angulo LP, Sepúlveda AMJ, Sanhueza XA, Becerra ID, Morales JV. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa. Vol. 33, *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* [Internet]. 2013 [Acceso en: 03/02/2022]. p. 223–9. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/es/>
 37. Sección a cargo del Centro de Investigaciones en Salud Pública. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2014 [Acceso en: 03/02/2022]; 28(1):93. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/393>
 38. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does “access to health care” mean? *Journal of Health Services Research and Policy* [Internet]. 2002 [Acceso en: 02/03/2022]; 7(3):186–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12171751/>
 39. Agudelo-Suárez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera É, Posada-López A, et al. 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. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2014 [Acceso en: 03/02/2022]; 13(27):175–93. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a11.pdf>

40. Medina-Gómez OS. Vulnerability of access to health services for informal workers in Mexico in the face of the SARS-CoV-2 pandemic. *Ciencia e Saude Coletiva* [Internet]. 2021 [Acceso en: 03/02/2022]; 27(12):5897–904. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dsgC3p5znY8zVw84rKGRCjv/abstract/?lang=en>
41. Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, Salazar De La Cruz M, Cuba-Fuentes MS. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2020 [Acceso en: 03/03/2022]; 81(3):337–41. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v81n3/1025-5583-afm-81-03-00337.pdf>
42. Sáez Moreno MÁ, Carreño Zeta AC, Castaño Díaz M, López-Torres Hidalgo J. Abordaje de las infecciones odontogénicas por el Médico de Familia. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [Internet]. 2019 [Acceso en: 03/02/2022];12(2):82–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000200082
43. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. *Metodología de la investigación*. 6ta ed. Mexico: McGraw-Hill Education; 2014. 589p.
44. Esteban NN. Tipos de Investigación.UNISDG-Institucional [Internet]. 2018 [Acceso en: 29/06/2021]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNIS_5b55a9811d9ab27b8e45c193546b0187
45. Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology* [Internet]. 2014 [Acceso en: 29/06/2022]; 32(2):634–45. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042
46. Park C, Ng BP, Kim K. Inability to Access Health Care Due to COVID-19 Among Medicare Beneficiaries. *American Journal of Managed Care*. 2022 Feb 1;28(2):75–80
47. Bonilla-Asalde C, Rivera-Lozada IC, Rivera-Lozada O. Barriers to accessing health services and their association with treatment adherence in tuberculosis patients at a hospital in Peru. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences* [Internet]. 2020[Acceso en: 03/02/2022] ;14(3):1296–304. Disponible en: <https://pjmhsonline.com/2020/july-sep/1296.pdf>

48. Vicuña-Huaqui LA, Riquelme-Arenas FA, Silva-Queiroz W, Vicuña-Huaqui LA, Riquelme-Arenas FA, Silva-Queiroz W. Agravamiento de enfermedades crónicas en el contexto del COVID-19: Implicación en la salud oral. *Revista Estomatológica Herediana* [Internet]. 2021 [Acceso en: 01/05/2022];31(3):237–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552021000300237&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
49. Gonzáles L, Lafargue F, Borges M, Romero L. La atención a pacientes con problemas bucales durante la COVID-19: un reto para los profesionales del sector de la salud. *MEDISAN* [Internet]. 2020 [Acceso en: 01/05/2022];4(24):593. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000400593
50. Burgette JM, Weyant RJ, Ettinger AK, Miller E, Ray KN. What is the association between income loss during the COVID-19 pandemic and children’s dental care? *Journal of the American Dental Association* [Internet]. 2021 [Acceso en: 01/05/2022]; 152(5):369–76. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2021.02.001>
51. Médica Peruana A, Walter Curioso CH, Curioso WH, Galán-Rodas E. El rol de la telesalud en la lucha contra el COVID-19 y la evolución del marco normativo peruano. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2020 [Acceso en: 02/05/2022]; 37(3):366–75. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300366&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Carrer FC de almeida, Matuck B, Lucena EHG de, Martins FC, Junior GAP, Galante ML, et al. Teleodontologia e SUS: uma importante ferramenta para a retomada da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria e Clínica Integrada* [Internet]. 2020 [Acceso en: 03/05/2022]; Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/837>
53. Gómez-Costa D, Ramírez JM, García Guerrero I, Giovannini G, Rojo R, Gómez-de Diego R. A retrospective study on the effect of the COVID-19 pandemic on dental treatments in adults. *BMC Oral Health* [Internet]. 2022 [Acceso en: 05/05/2022] 12;22(1):122. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-022-02160-y>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Acciones gubernamentales sanitarias por COVID-19 y su relación con el acceso a la salud bucal en la provincia de Chincha. 2022					
Autor: Dilmer Armando Quincho Rosales					
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores		
<p>Problema General: ¿Cuál es la relación entre las acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022?</p> <p>Problemas Específicos: ¿Cuáles es la relación entre la restricción en el libre tránsito y reunión por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022? ¿Cuál es la relación entre las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa y el acceso a la salud bucal en</p>	<p>Objetivo general: Analizar la relación entre las acciones sanitarias gubernamentales por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la relación entre la restricción en el libre tránsito y reunión por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022 Determinar la relación entre las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022 Determinar la relación entre la priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en</p>	<p>Hipótesis general: Las acciones sanitarias gubernamentales por la COVID-19 se relacionan con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2021</p> <p>Hipótesis específicas: La restricción en el libre tránsito y reunión por la COVID-19 se relaciona con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2021</p>	Variable 1: Acciones gubernamentales sanitarias por COVID-19		
			Dimensiones	Indicadores	Escala
			Restricción en el libre tránsito y reunión	<ul style="list-style-type: none"> •Cuarentena •Toque de queda •Limite en el aforo 	Nominal
			Limitaciones en la oferta de servicios de salud bucal por consulta externa.	<ul style="list-style-type: none"> •Atención tarida •Provisión de salud no recibida •Atención no presencial (tele atención) 	Nominal
			Priorización del sistema sanitario por la COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> •Atención de urgencias y emergencias en salud bucal •Participación del odontólogo en la atención de urgencias y emergencia en salud bucal 	Nominal
			Variable 2: Acceso a salud bucal		
			Dimensiones	Indicadores	Escala
Disponibilidad	<ul style="list-style-type: none"> •Servicios en EESS •Ambientes cómodos y limpios 	Nominal			

<p>los pobladores de la provincia de Chincha, 2022? ¿Cuál es la relación entre la priorización del sistema sanitario por la COVID-19 y el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2022?</p>	<p>los pobladores de la provincia de Chincha, 2022.</p>	<p>Las limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa se relacionan con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2021</p> <p>La priorización del sistema sanitario por la COVID-19 se relaciona con el acceso a la salud bucal en los pobladores de la provincia de Chincha, 2021</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Equipos y materiales adecuados •Recurso humano capacitado •Recurso humano suficiente •No recibió atención por falta de personal •Horario de atención adecuado •Atención oportuna •Información oportuna 		
			Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> •Tiempo de demora de llegar al EESS •Medio de transporte (propio, publico, caminando) •Dificultad con trámites administrativos para la atención •Dificultades para solicitar atención •Tiempo transcurrido desde la fecha de solicitud de cita o atención •Consideración del tiempo adecuado de espera •Pago por consulta o pruebas diagnosticas •Falta de consulta por razones económicas •Compra de medicamentos para su tratamiento •No tomo medicamentos por falta de dinero •Dificultades con fecha y horario de consulta •Negación de atención el último año 	Nominal
			Aceptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> •Sentir temor o vergüenza de atenderse en el EESS •Sentir discriminación o rechazo •Sentir dificultad de que un vecino o familiar sepa que tiene un problema de salud. •Considera que el tratamiento lo va a curar •Considera que los RRHH tiene conocimientos •Confía en el personal que lo atiende •Relación con el personal 	Nominal
			Contacto	<ul style="list-style-type: none"> •Calificación de la calidad en el servicio de salud 	Nominal

Tipo y diseño	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística para utilizar
<p>Tipo: Aplicado</p> <p>Diseño: Correlacional</p>	<p>Población: La población está comprendida por pobladores de un grupo virtual de la plataforma Facebook en la provincia de Chincha.</p> <p>Muestra: La muestra está comprendida por aquellas personas con necesidades de acceso de salud bucal en establecimientos de salud público o privado de la provincia de Chincha.</p>	<p>Variable 1: Implicancias de la pandemia por COVID-19</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario cerrado dicotómico</p> <hr/> <p>Variable 2: Acceso a salud a salud bucal</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario cerrado dicotómico</p>	<p>Análisis de datos descriptivos</p> <p>Análisis de datos relacionales mediante la prueba Spearman.</p>

Anexo 2: Instrumentos

Instrumento de recolección de datos

I. Datos descriptivos:

Apellidos y nombres: .

Edad: . Sexo: .

Dirección actual: _____

II. Criterio determinan los criterios inclusión y exclusión.

¿Residió usted en la provincia de Chíncha durante los periodos de confinamiento obligatorio y emergencia sanitaria dictaminada por el gobierno? Sí () No ()

¿Durante el periodo de confinamiento, usted fue diagnosticado de COVID-19? Si () No ()

¿Ha tenido usted necesidades de salud bucal durante este periodo de confinamiento y emergencia sanitaria? Sí () No ()

¿A que tipo de establecimiento de salud acudió?

Establecimiento público () Establecimiento Privado ()

Regularmente, ante sus necesidades de atención en salud bucal, ¿a qué tipo de establecimiento de salud suele acudir?

Establecimiento de salud público () Establecimiento de salud privado () Ambos ()

Instrumento de medición: variable “acciones gubernamentales sanitarias por COVID-19”

Dimensión: Restricción en el libre tránsito y reunión		Si	No
01	¿Considera que la cuarentena decretada por el gobierno para la prevención del COVID-19 afectó la provisión de servicios en establecimientos de salud?		
02	¿Considera que el “ toque de queda ” decretada por el gobierno para la prevención del COVID-19 afectó la provisión de servicios en establecimientos de salud?		
03	¿Considera que la medida nacional de reducción del aforo decretada por el gobierno para la prevención del COVID-19 afectó la provisión de servicios en establecimientos de salud?		

Dimensión: Limitaciones en la oferta de servicios por consulta externa (atención de salud de tipo no urgente)		Si	No
04	¿Cuándo requirió de una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, le negaron cualquier alternativa de atención?		
05	¿Cuándo requirió de una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, la atención fue exclusivamente de forma no presencial (mediante llamada telefónica o vía web)?		

06	¿Cuándo requirió de una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, la atención fue de forma mixta (presencial y virtual)?		
07	¿Cuándo requirió de una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, la atención fue de forma presencial?		
08	¿Cuándo requirió de una atención de salud no urgente durante el confinamiento por la COVID-19, recibió una atención que usted considera prolongado en el tiempo de espera en comparación de la espera antes de la pandemia?		

Dimensión: Priorización del sistema sanitario por la COVID-19		Si	No
09	¿Usted sabe que es una urgencia o emergencia de salud?		
10	¿Usted recibió atención de urgencia o emergencia de salud no relacionada con el COVID-19 durante el confinamiento por la pandemia?		
11	¿Cuándo requirió una atención de salud durante el confinamiento por la COVID-19, le negaron la atención puesto que el establecimiento de salud atendía solo casos de COVID-19?		
12	¿Padece usted un problema de salud crónico (por ejemplo: diabetes, HTA, hipotiroidismo, cáncer)?		
13	¿Le brindaron soporte o control de su enfermedad crónica durante el confinamiento por la COVID-19?		
14	¿Tuvo complicaciones o progresión de su enfermedad crónica debido a que el establecimiento de salud no le brindó soporte o control durante el confinamiento por la COVID-19?		

Instrumento de medición: variable “acceso a la salud bucal”

Disponibilidad

Dimensión: Disponibilidad		Si	No
1	¿Conoce lugares donde hay establecimientos de salud para la atención odontológica?		
2	¿Considera cómodos y limpios los ambientes dónde recibe la atención odontológica?		
3	¿Considera que se cuenta con los equipos y materiales adecuado para recibir la atención odontológica (sillón dental, radiografía dental, etc.)?		
4	¿El establecimiento de salud cuenta con personal capacitado para realizar su atención odontológica?		
5	¿Considera que hay suficiente personal para garantizar la atención odontológica en el establecimiento de salud?		
6	¿En algún momento, no recibió atención por falta de personal de salud?		
7	¿Considera adecuado el horario de atención para su atención en el servicio odontológico?		
8	¿Recibió atención oportuna para sus consultas odontológicas y controles?		
9	¿Recibió alguna información acerca de su enfermedad de la boca por parte del personal de salud?		

Accesibilidad

Dimensión: Accesibilidad		Si	No
10	¿El tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud es mayor a 30 minutos?		
11	¿Usted utiliza el transporte público para llegar al establecimiento de salud odontológico?		
12	¿Usted utiliza transporte propio para llegar al establecimiento de salud odontológico?		
13	¿Usted llega caminando al establecimiento de salud odontológico?		
14	¿Tuvo dificultades administrativas para recibir la atención dental?		
15	¿Desde el día que solicito la última cita hasta la fecha de la atención, transcurrió más de dos semanas?		
16	¿Considera adecuado el tiempo de espera desde el momento que sacó la cita, hasta el momento de atención dental?		
17	¿Considera adecuado el tiempo de espera para recibir la atención en los servicios de laboratorio y radiodiagnóstico del establecimiento de salud?		
18	¿Realizó algún pago por la consulta odontológica?		
19	¿Realizó algún pago por el servicio de diagnóstico/tratamiento?		
20	¿En algún momento no asistió a una consulta dental por falta de dinero?		
21	¿Compró medicamentos para su tratamiento odontológico?		
22	¿En algún momento no tomó los medicamentos por falta de dinero para comprarlo?		
23	¿Tuvo alguna dificultad con las fechas y horarios de la consulta dental?		
24	¿En el último año le han negado la prestación en los servicios de salud dental?		

Aceptabilidad

Dimensión: Aceptabilidad		Si	No
25	¿En algún momento sintió temor o vergüenza de atenderse en el establecimiento de salud odontológico?		
26	¿En algún momento se ha sentido discriminado o rechazado por su condición de salud bucal?		
27	¿Sería difícil para usted que un vecino o un familiar sepa que usted tiene un problema de salud bucal?		
28	¿Considera usted que el tratamiento dental ofrecido lo va a curar o aliviar?		
29	¿Considera que el personal de salud que lo atiende tiene el suficiente conocimiento para que usted se cure?		
30	¿Confía en el personal de salud que lo atiende?		
31	¿Su relación con el personal de salud que lo atendió fue buena?		

Contacto

Dimensión: Contacto		Si	No
32	¿Califica como buena la calidad en el servicio de salud odontológico?		
33	¿Califica como buena la calidad del tratamiento dental recibido?		

34	¿El personal de salud resolvió sus inquietudes frente a su enfermedad y/o tratamiento?		
35	¿Ha presentado alguna molestia atribuible a la medicación o tratamiento odontológico que estuvo recibiendo?		
36	¿El personal de salud, le explicó en qué consistía su enfermedad bucal?		
37	¿El personal de salud, le explicó en qué consistía el tratamiento?		
38	¿Quedó satisfecho(a) con la explicación?		
39	¿Dejó de continuar su tratamiento odontológico en algún momento? Si su respuesta fue afirmativa responder las alternativas siguientes		
40	¿La razón para dejar el tratamiento odontológico fue porque el tratamiento es molesto o doloroso?		
41	¿La razón para dejar el tratamiento odontológico fue que no siente mejoría?		
42	¿La razón para dejar el tratamiento odontológico fue porque el tratamiento es a largo plazo (tarda mucho)?		

Anexo 3: Validez del instrumento

INFORME DE VALIDEZ	
Nombre del instrumento	
Cuestionario sobre “acciones gubernamentales sanitarias por COVID 19 y su relación con el acceso a la salud bucal en la provincia de Chincha, 2022.	
Identificación de características a evaluar	
Datos descriptivos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad: Mayores de 18 años. 2. Sexo: Masculino - Femenino 3. Criterios de inclusión y exclusión 4. Datos de acciones gubernamentales sanitarias por la COVID-19 5. Datos sobre acceso a la salud bucal 	
Criterios de selección de la muestra para prueba piloto	
Criterio de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> ● Adultos mayores de 18 años. ● Haber tenido necesidades de salud bucal durante los periodos de confinamiento estricto en la provincia de Chincha. ● Haber habitado en la provincia de Chincha durante el periodo de marzo del 2020 a marzo del 2021. Criterio de exclusión <ul style="list-style-type: none"> ● Personas con diagnóstico o tratamiento por COVID-19 ● Personas trabajadoras en el sector salud. ● No estar de acuerdo con el consentimiento informado 	
Numero de expertos y criterio de selección	
Se estableció un grupo de 5 jueces especialistas para la evaluación de manera independiente del instrumento de investigación, valorando: la pertinencia, la relevancia y la claridad de cada ítem o reactivo. Cada uno de los expertos recibieron información de los objetivos, conceptualización del contenido de la prueba; además, la tabla de operacionalización de las variables de estudio.	

Diseño del instrumento de recolección de datos

Se elaboró el instrumento de recolección de datos en base a las disposiciones técnicas del Decreto Supremo N° 008-2020-SA⁶ para la variable: Acciones gubernamentales sanitarias por COVID-19. Para la variable Acceso a la salud bucal, se consideró la definición y dimensiones que establece Tanahashi⁴³.

Descripción de la evaluación de jueces

Los expertos evaluaron a los ítems como positivo y pertinente para todos los reactivos.

Procesamiento de la información, análisis de resultados y sus implicaciones

Luego de realizar el análisis de los expertos, se proceder a vaciar las puntuaciones obtenidas para la valoración donde las columnas son los jueces y las filas los ítems o reactivos. Se continua a realizar una sumatoria de los puntajes obtenidos por cada ítems o reactivo y se promedia para decidir sobre la permanencia de acuerdo con el resultado obtenido por cada uno de ellos.

Tabla de valoración y formula de aplicación

Ítem.	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	Σ	V Aiken	Decisión.
1						
2						
3						
4						

$$V = \frac{S}{n(c-1)}$$

Siendo:

S = La sumatoria de los valores asignados por el juez

n= Número de jueces (3)

c= Número de valores de la escala de valoración (0, 1, 2 ,3 ,4 según responda sí o no a los criterios de pertinencia relevancia o claridad)

Aplicación de resultados

PERTINENCIA								RELEVANCIA								CLARIDAD								
ITEM	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	SUMA	V AIKEN	ITEM	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	SUMA	V AIKEN	ITEM	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	SUMA	V AIKEN	
1	0	1	1	1	1	4	0.8	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	1	
2	1	1	1	1	1	5	1	2	1	1	1	1	1	5	1	2	1	1	1	1	1	5	1	
3	1	1	1	1	1	5	1	3	1	1	1	1	1	5	1	3	1	1	1	1	1	5	1	
4	0	1	1	1	1	4	0.8	4	1	1	1	1	1	5	1	4	1	1	1	1	1	5	1	
5	1	1	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	5	1	
6	1	1	1	1	1	5	1	6	1	1	1	1	1	5	1	6	1	1	1	1	1	5	1	
7	1	0	1	1	1	4	0.8	7	1	1	1	1	1	5	1	7	1	1	1	1	1	5	1	
8	1	1	1	1	1	5	1	8	1	1	1	1	1	5	1	8	1	1	1	1	1	5	1	
9	1	1	1	1	1	5	1	9	1	1	1	1	1	5	1	9	1	1	1	1	1	5	1	
10	1	1	1	1	1	5	1	10	1	1	1	1	1	5	1	10	1	1	1	1	1	5	1	
11	1	1	1	1	1	5	1	11	1	1	1	1	1	5	1	11	1	1	1	1	1	5	1	
12	1	1	1	1	1	5	1	12	1	1	1	1	1	5	1	12	1	1	1	1	1	5	1	
						V AIKEN	0.98							V AIKEN	1							V AIKEN	1	
														V AIKEN TOTAL	0.98									

Todos los ítems o reactivos mediante la Validez por Experto se consideran válidos.

Resultado de la prueba de validez

Los 12 ítems correspondiente a las variables de estudio se consideran válidos por los expertos. Con un resultado favorable correspondiente a 0.98.

Descripcion del proceso de detalle de la validación

Para el proceso de validación se contó con 5 jueces . Los expertos cuentan con el grado de Magister/Doctor, son especialistas en el tema a estudiar; a cada uno de ellos se les proporcionó el instrumento.

Con ello se determina lo siguiente:

1. Si los ítem o reactivos poseen relevancia, claridad y pertinencia.
2. Si el ítem o reactivo sería de fácil comprensión para el promedio de la población en estudio, de ser así, se le clasifica en una escala de 0 a 1 en la que 0 (valores dicotómicos) representa que el ítem o reactivo no es comprendido y, si el ítem o reactivo es comprendido por la población estudiada se le clasificará 1.

Obtenida la clasificación proporcionada por los jueces, se procede a tabular los datos con la siguiente fórmula:

$$V = \frac{S}{n(c-1)}$$

Siendo:

S= La sumatoria de los valores asignados por el juez.

n= Número de jueces (5)

c= Número de valores de la escala de valoración (2)

Mediante este coeficiente obtenemos valores entre 0 y 1, siendo el valor más cercano 1 que define la mayor validez del contenido.

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

INFORME DE CONFIABILIDAD
Objetivo de la confiabilidad
Precisar el grado de que los puntajes de la medición se encuentren libre de error de medida.
Nombre del instrumento de estudio
Cuestionario sobre implicancias de la pandemia por la COVID-19 sobre el acceso salud bucal
Criterio de selección de la muestra en la prueba piloto
Criterio de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> ● Mayores de 18 años. ● Haber tenido necesidades de salud bucal desde el inicio de la cuarentena a la actualidad.
Criterio de exclusión <ul style="list-style-type: none"> ● Personas con discapacidades
Personas involucradas en el sistema de salud
Análisis estadístico
Los datos obtenidos de la aplicación del instrumento durante la prueba piloto. Se procesará la base de datos para establecer los ítems más discriminativos y menos discriminativos. El fin es establecer el grado de confiabilidad y, como consecuencia la validez del instrumento incrementado durante la medición. Las bases de datos fue procesado a través de la herramienta estadística SPSS versión 19.
Calculo del coeficiente de Alfa de Crombach

Como primer paso, los datos obtenidos de la aplicación del instrumento fueron registrados en una hoja de cálculo Excel donde se realizó una matriz para el ordenamiento de los datos a introducir para su posterior proceso. La matriz tuvo la siguiente distribución:

1. La primera corresponde a la ubicación de los sujetos participantes del estudio.
2. Las columnas posteriores corresponden a los ítems o reactivos.
3. Las filas corresponden a los sujetos participantes de la muestra para la ejecución de la prueba piloto.

Se realiza los cálculos estadísticos previos para la reemplazarlos en la fórmula.

Tabla de valoración y formula de aplicación

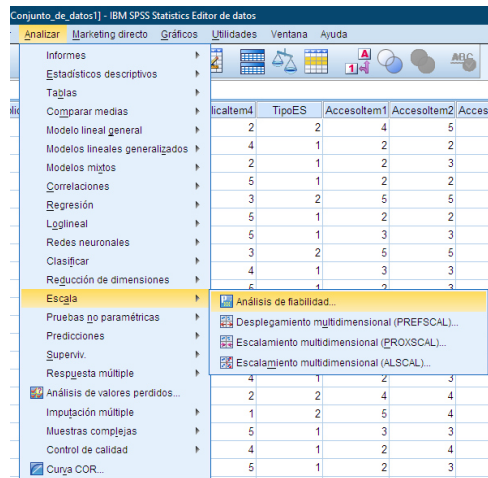
$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Rango	Confiabilidad/Dimensión
De 0.0 a 0.20	Muy baja (rehacer instrumento)
De 0.21 a 0.40	Baja (revisión de reactivos)
De 0.41 a 0.60	Media (instrumento poco confiable)
De 0.61 a 0.80	Alta (instrumento confiable y aceptable)
De 0.81 a 1	Muy alta (instrumento altamente confiable)

Aplicación de resultados

Se analiza los ítems con los datos de la prueba piloto mediante el software estadístico SPSS V. 19:

1. Herramienta Analizar
2. Seleccionar Escala
3. Análisis de fiabilidad



a) Mediante la varianza de los ítems

b) Mediante la matriz de correlacion

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$

α = Alfa de Cronbach

K = Número de ítems

V_i = Varianza de cada ítem

V_t = varianza del total

$$\alpha = \frac{np}{1 + p(n-1)}$$

α = Alfa de Cronbach

K = Número de ítems

p = Promedio de las correlaciones

lineales de cada uno de los ítems

Resultado de la prueba de confiabilidad de las 2 variables con Alfa de Crombach

Variable 1

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.775	4

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Implicatem1	10.65	7.818	.608	.707
Implicatem2	11.10	9.042	.462	.775
Implicatem3	10.85	6.345	.770	.607
Implicatem4	10.45	7.418	.506	.766

Variable 2

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.627	8

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
AccesoItem1	23.20	8.484	.830	.398
AccesoItem2	22.95	9.208	.770	.437
AccesoItem3	23.00	12.947	.621	.568
AccesoItem4	22.80	15.747	-.198	.723
AccesoItem5	22.30	10.432	.747	.479
AccesoItem6	22.05	21.313	-.849	.835
AccesoItem7	23.25	9.776	.660	.479
AccesoItem8	23.15	9.818	.750	.460

Descripción del proceso de confiabilidad

El proceso para la obtención del cálculo de la prueba alfa de Cronbach fue a través de la herramienta SPSS 19. Está establecido como parámetro que la puntuación de este procedimiento se encuentra entre 0 y 1; la aproximación al 1 señala mayor grado de confiabilidad.

El método de consistencia interna el cual se basa en el alfa de Cronbach nos permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida mediante un conjunto de ítems. Para el presente estudio se empleó este método en instrumento de 4 ítems para la variable 1 y 8 para la variable 2, donde se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach igual a 0.75 y 0.62 con lo cual se indica una alta consistencia interna de los ítems del instrumento. Se concluye que la fiabilidad del instrumento es alta.

Anexo 5: Formato de consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador: Dilmer Armando Quincho Rosales

Título de la investigación: ACCIONES GUBERNAMENTALES SANITARIAS POR COVID-19 Y SU RELACIÓN CON EL ACCESO A LA SALUD BUCAL EN LA PROVINCIA DE CHINCHA, 2022

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Estamos invitando a usted a participar en el presente estudio (el título puede leerlo en la parte superior) con fines de investigación.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará que llene un formulario con preguntas directas que usted deba seleccionar. El tiempo para emplear no será mayor a 15 minutos.

RIESGOS: Usted no estará expuesto(a) a ningún tipo de riesgo en el presente estudio.

BENEFICIOS: Los beneficios del presente estudio no serán directamente para usted, pero le permitirán al investigador(a) y en favor de la situación de salud pública del país. Si usted desea comunicarse con el investigador para conocer los resultados del presente estudio puede hacerlo vía telefónica al siguiente contacto: Av. Alfonso Ugarte 1430 distrito Breña, Lima. Cel. 987600720 Correo: dilarmy@gmail.com.

COSTOS E INCENTIVOS: Participar en el presente estudio no tiene ningún costo ni precio. Así mismo **no recibirá ningún beneficio económico** ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD: Le garantizamos que sus resultados serán utilizados con absoluta confidencialidad, ninguna persona, excepto la investigadora tendrá acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados ni en alguna publicación.

USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA: Los resultados de la presente investigación serán conservados durante un periodo de 5 años para que de esta manera dichos datos puedan ser utilizados como antecedentes en futuras investigaciones relacionadas.

AUTORIZO A TENER MI INFORMACIÓN OBTENIDA Y QUE ESTA PUEDA SER ALMACENADA

SI _____ NO _____

DERECHOS DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN (PACIENTE): Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con el investigador, **Dilmer Armando Quincho Rosales**; correo dilarmy@gmail.com.

CONSENTIMIENTO

He escuchado la explicación del (la) investigador(a) y he leído el presente documento por lo que **ACEPTO** voluntariamente a participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque ya haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Anexo 6: Informe de asesor de Turnitin