



**Universidad
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA**

Tesis

Acceso a los servicios de salud dental en pacientes que acuden a la Ciudadela de
Salud Infantil Virgen de Vidawasi, 2025

**Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

Presentado por:

Autora: Chate Agama, Rayito de Sol Eymy


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3468-8303>

Asesora: Mg. Trucios Saldarriaga, Karina Milagritos

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5876-1668>

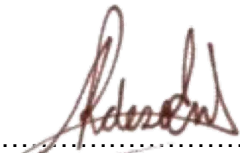
Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022


Yo, **RAYITO DE SOL EYMY CHATE AGAMA** egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Odontología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “ **ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DENTAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CIUDADELA DE SALUD INFANTIL VIRGEN DE VIDAWASI, 2025** ” Asesorado por el docente: **KARINA MILAGRITOS TRUCIOS SALDARRIAGA** DNI **09864634** ORCID **0000-0002-5876-1668** tiene un índice de similitud de **(15) (QUINCE) %** con código **14912:510659276** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin. Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



 Firma de autor 1
RAYITO DE SOL EYMY CHATE AGAMA
 DNI: 71746967

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



 Firma del asesor
KARINA MILAGRITOS TRUCIOS SALDARRIAGA
 DNI: 09864634

Lima, **2** de **Noviembre** de **2025**.....

Dedicatoria

A Aquel quien mantiene su promesa:

«No tengas miedo, pues yo estoy contigo; no te preocupes, pues yo soy tu Dios. Yo te doy fuerzas y te ayudo; te sostengo con mi mano victoriosa.» Isaías 41:10

A mi familia, por ser mi mayor ejemplo de esfuerzo, compañía y amor incondicional en cada etapa de este camino.

A mi asesora, por su guía y compromiso. Su orientación fue clave para la realización de este trabajo.

A mis docentes, quienes a lo largo de mi formación académica me inspiraron, motivaron y con su vocación marcaron mi formación académica.

Gracias por sembrar en mí la pasión por aprender y el deseo de superación.

A todos ustedes, con profundo cariño y gratitud, dedico este trabajo.

Agradecimientos

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi alma mater, la Universidad Privada Norbert Wiener por brindarme una formación académica de calidad, por ser el espacio donde crecí profesional y personalmente, y por el compromiso constante con la excelencia educativa.

Asimismo, agradezco profundamente a la institución VIDAWASI por abrirme sus puertas y permitirme desarrollar este proyecto en un entorno tan humano y comprometido con el bienestar y la salud de los niños y las familias altoandinas. Su labor es inspiradora y me enorgullece haber formado parte, aunque sea brevemente, de su valiosa misión.

A ambas instituciones, mi gratitud por su confianza, apoyo y por ser pilares fundamentales en la culminación de esta etapa.

INDICE

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	2
1.2.1 Problema general	2
1.2.2 Problemas específicos.....	3
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	4
1.4.1 Teórica	4
1.4.2 Metodológica	4
1.4.3 Práctica.....	5
1.5 Limitaciones de la investigación.....	5
1.5.1 Temporal.....	5
1.5.2 Espacial	5
1.5.3 Población.....	5

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.2 Bases teóricas.....	11
2.3 Formulación de hipótesis.....	19
2.3.1. Hipótesis general.....	19
2.3.2. Hipótesis específicas.....	20

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación	22
3.2. Enfoque de la investigación.....	22
3.3. Tipo de investigación.....	22
3.4. Diseño de la investigación	22
3.5. Población, muestra y muestreo	22
3.6. Variables y operacionalización	24

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.7.1. Técnica.....	26
3.7.2. Descripción	26
3.7.3. Validación.....	26
3.7.4. Confiabilidad.....	26
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	26
3.9. Aspectos éticos.....	27

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados	28
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados.....	28
4.1.2 Prueba de hipótesis.....	41
4.1.3 Discusión de resultados.....	50

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	53
5.2 Recomendaciones.....	54

REFERENCIAS

ANEXOS

- Anexo 1: Matriz de consistencia
- Anexo 2: Instrumentos
- Anexo 3: Validez del instrumento
- Anexo 4: Confiabilidad del instrumento
- Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética
- Anexo 6: Formato de consentimiento informado
- Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos
- Anexo 8: Informe del asesor de Turnitin
- Anexo 9: Base de datos
- Anexo 10: Fotos

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Acceso a los servicios de salud dental	28
Tabla 2. Factores socio-demográficos	30
Tabla 3. Acceso a los servicios de salud dental según variables socio-demográficas	31
Tabla 4. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión geográfica según variables socio-demográficas	33
Tabla 5. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión económica según variables socio-demográficas	35
Tabla 6. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión cultural según variables socio-demográficas	37
Tabla 7. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión administrativa según variables socio-demográficas	39
Tabla 8. Modelo regresión logística entre acceso a los servicios de salud dental, según variables socio-demográficas	41
Tabla 9. Modelo regresión logística entre acceso a los servicios de salud dental en la dimensión geográfica, según variables socio-demográficas	43
Tabla 10. Modelo regresión logística entre acceso a los servicios de salud dental en la dimensión económica, según variables socio-demográficas	45
Tabla 11. Modelo regresión logística entre acceso a los servicios de salud dental en la dimensión cultural, según variables socio-demográficas	47
Tabla 12. Modelo regresión logística entre acceso a los servicios de salud dental en la dimensión administrativa, según variables socio-demográficas	48

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Acceso a los servicios de salud dental según variables socio-demográficas.....	31
Gráfico 2. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión geográfica según variables socio-demográficas	33
Gráfico 3. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión económica según variables socio-demográficas	35
Gráfico 4. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión cultural según variables socio-demográficas	37
Gráfico 5. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión administrativa según variables socio-demográficas	39

Resumen

El acceso a los servicios de salud dental sigue siendo un desafío alrededor del mundo. Así mismo, son diversos los factores que envuelven esta problemática. El objetivo de esta investigación fue evaluar el acceso a los servicios de salud dental, según variables socio-demográficas, en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI. Para esta investigación se realizó un cuestionario en 169 pacientes, la investigación fue de tipo hipotético-deductivo, con enfoque cuantitativo, básica, no experimental, observacional, transversal y correlacional. Los resultados evidenciaron que la mayoría de los pacientes (72.19%) presentaron un acceso medio a los servicios de salud dental. La mayoría de los encuestados fueron mujeres (73.37%), y el grupo etario más predominante fue de 29 a 39 años (44.38%), además, en su mayoría, los encuestados tenían un nivel de formación superior (60.36%). El acceso general fue mayormente medio, destacando la dimensión administrativa como la mejor evaluada (70.41%). Así mismo, la dimensión geográfica y económica mostraron acceso medio, aunque esta última presentó más barreras. De igual manera, la dimensión cultural presentó su mayor concentración en el nivel medio. En conclusión, el análisis evidenció una relación significativa entre las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel educativo) y el acceso a los servicios de salud dental, especialmente en sus dimensiones geográfica y económica. Sin embargo, no se halló relación estadísticamente significativa con las dimensiones cultural y administrativa, lo que sugiere que estas no representaron barreras relevantes en el contexto estudiado.

Palabras Clave: Salud Oral, Accesibilidad, Servicios de salud dental, Variables socio-demográficas

Abstract

Access to dental health services remains a challenge around the world. Likewise, there are various factors involved in this issue. The objective of this research was to evaluate access to dental health services, according to socio-demographic variables, in patients who attend the Children's Health Center Virgen de VIDAWASI. For this research, a questionnaire was administered to 169 patients. The research was hypothetical-deductive, with a quantitative, basic, non-experimental, observational, cross-sectional, and correlational approach. The results showed that the majority of patients (72.19%) had average access to dental health services. Most of the respondents were women (73.37%), and the most predominant age group was 29 to 39 years (44.38%). In addition, the majority of respondents had a higher education level (60.36%). Overall access was mostly average, with the administrative dimension receiving the highest rating (70.41%). Likewise, the geographical and economic dimensions showed average access, although the latter presented more barriers. Similarly, the cultural dimension was most concentrated at the average level. In conclusion, the analysis showed a significant relationship between sociodemographic variables (age, gender, and educational level) and access to dental health services, especially in the geographic and economic dimensions. However, no statistically significant relationship was found with the cultural and administrative dimensions, suggesting that these did not represent relevant barriers in the context studied.

Keywords: Oral Health, Accessibility, Dental health services, Socio-demographic variables

INTRODUCCION

La salud bucal es un pilar fundamental del bienestar integral, a menudo subestimado. Una boca sana facilita la alimentación, la comunicación y la socialización, mientras que problemas como caries o enfermedades periodontales generan dolor, infecciones, pérdida de dientes y afectan la autoestima, el rendimiento escolar o laboral y la calidad de vida de las personas.

Las enfermedades bucales no tratadas tienen consecuencias más allá de lo estético. Diversas investigaciones revelan la relación entre la salud bucal y las enfermedades sistémicas; diabetes, afecciones cardiovasculares, neumonía y complicaciones en el embarazo. Esto demuestra que la odontología no debe verse como un área aislada, sino como parte de un enfoque integral de la salud pública.

El acceso limitado a la atención odontológica, especialmente en comunidades vulnerables, debido a los costos elevados, la falta de profesionales en áreas rurales y la escasa educación preventiva llevan a que muchas personas posterguen tratamientos hasta que los problemas se agravan, no solo incrementando el sufrimiento, sino también los costos de los servicios.

Por ello, la prevención es clave. Invertir en servicios de salud dental de prevención y educación desde edades tempranas ayuda a reducir riesgos y fomentar una cultura de autocuidado, además reduce la carga sobre los sistemas de salud a largo plazo. Por ello, es fundamental que las políticas públicas incluyan la salud dental en los planes de atención, garanticen equidad y promuevan programas de promoción y cobertura en zonas rurales y de bajos recursos.

El acceso a la salud bucal no es un lujo, sino un derecho humano. Invertir en odontología, garantiza que toda persona, sin importar su condición, tenga acceso a un servicio de calidad, para así reducir las desigualdades, mejorar la salud integral y construir sociedades más equitativas.

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Según la OMS, la salud es definida como: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” ⁽¹⁾ y claramente esto incluye la salud dental, convirtiéndola en una parte fundamental que integra la salud general y un factor esencial para el bienestar y la calidad de vida de las personas ⁽²⁾.

Según el Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental realizado en el 2022, se estimó que las afecciones bucodentales afectan a 3500 millones de personas, casi el 45% de la población mundial, y en mayor proporción a los adultos mayores y personas social y económicamente desfavorecidas. ⁽³⁾

Los antecedentes históricos en relación a la accesibilidad a los servicios de salud dental en los hospitales públicos indudablemente muestran una serie de desafíos significativos que han impactado negativamente en la calidad de atención brindada a los pacientes. ⁽⁴⁾

Es evidente que la falta de infraestructura adecuada para este propósito, sumado a la escasez de profesionales especializados y la limitada disponibilidad de citas, han sido algunos de los obstáculos. No obstante, estas dificultades no se limitan solamente a aspectos estructurales y logísticos, sino también a una lamentable disparidad en el acceso a estos servicios en función de los distintos estratos sociales, lo cual, refleja de manera irrefutable la existencia de inequidades profundas e injustas en lo que respecta a la atención odontológica. ⁽⁵⁾

Por consiguiente, el acceso a los servicios de salud dental se considera un desafío común y universal. La escasez de hospitales bien equipados y los altos costos asociados con los tratamientos dentales son otro de los factores principales que dificultan la accesibilidad a estos servicios. ⁽⁶⁾

La falta de hospitales públicos con un área odontológica adecuada y equipada es otro obstáculo significativo para el acceso. Muchos países, especialmente aquellos con recursos limitados, pueden carecer de hospitales modernos y bien equipados que puedan brindar una atención dental de calidad. Esto limita la capacidad de las personas para recibir los cuidados necesarios para mantener una buena salud oral. ⁽⁷⁾

Asimismo, en muchos países los servicios dentales son costosos y están fuera del alcance de las personas de bajos recursos económicos. Esto crea barreras financieras significativas que dificultan aún más la accesibilidad y la posibilidad de recibir atención dental adecuada ⁽⁸⁾. Y así lo evidencia la OMS mencionando que en la mayoría de países el tratamiento de las afectaciones dentales es costoso y no suele estar incluido en la cobertura sanitaria universal (CSU) ⁽⁹⁾.

Es importante reconocer que además de los factores anteriormente mencionados existen desigualdades significativas en el acceso a la atención dental debido a la ubicación geográfica y la cultura de la población, lo que incrementa la necesidad urgente de investigar y comprender los antecedentes de este grave problema. ⁽¹⁰⁾

Es fundamental destacar que estos factores, dejan al descubierto las múltiples deficiencias en la accesibilidad a los servicios de salud dental, remarcando las brechas existentes en cuanto a la igualdad de oportunidades e inclusión efectiva ⁽¹¹⁾. Asimismo, la necesidad de implementar políticas de salud pública que promuevan y prioricen la salud bucal, especialmente para aquellos en situaciones de vulnerabilidad. ⁽¹²⁾

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas, en los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión geográfica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI?
- ¿Cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión económica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI?
- ¿Cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión cultural, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI?
- ¿Cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión administrativa, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Evaluar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas, en los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión geográfica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

- Determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión económica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.
- Determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión cultural, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.
- Determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión administrativa, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La presente investigación tuvo significancia teórica debido a que los datos son limitados respecto al acceso a los servicios de salud dental y escasamente descritos, ignorando la problemática que ocurre en nuestro país a lo largo de los últimos años. Por lo tanto, permitirá incrementar los conocimientos previos, adquirir nuevos conocimientos, contrastar resultados, para así formular nuevas hipótesis y actualizar la información relacionada a esta problemática en futuras investigaciones.

1.4.2 Metodológica

El instrumento usado en la presente investigación, la cual tuvo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal y correlacional, fue útil para medir el acceso a los servicios de salud dental y ha sido utilizado en diversos trabajos de investigación y fue actualizado para el desarrollo del presente trabajo. De igual manera, este proyecto puede aportar como

antecedente metodológico para investigaciones futuras en diversas poblaciones con el fin de mejorar el acceso de la población a los servicios de salud dental.

1.4.3 Práctica

Esta investigación pretende beneficiar principalmente a los pacientes que acuden a los distintos centros de salud del Perú, al documentar de manera objetiva su situación actual y visibilizar sus necesidades frente a las autoridades sanitarias y demás actores relevantes, a los profesionales de salud que trabajan en estas instituciones, quienes deberán establecer nuevas estrategias para mejorar los indicadores y, finalmente a la comunidad odontológica pues dispondrá de información objetiva sobre estas problemáticas, lo que favorecerá su actualización sobre estas problemáticas, fortaleciendo su rol en la toma de decisiones y contribuyendo al mejoramiento de la práctica profesional y al desarrollo de estrategias de atención.

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal: Esta investigación se ejecutó entre los meses de abril del 2025 a agosto del 2025.

1.5.2 Espacial: Se llevó a cabo en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI, ubicado en el centro poblado de Yanahuara, provincia de Urubamba, departamento de Cuzco, Perú.

1.5.3 Población: Se realizó en los pacientes adultos que acudieron a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes Nacionales:

Namay (2021) En su investigación, el objetivo fue determinar la relación entre el conocimiento sobre salud bucal y el acceso a los servicios odontológicos en adolescentes de un centro de salud en Pucallpa. El mismo fue de tipo aplicado y correlacional, incluyó una muestra de 66 adolescentes que asistían a dicho establecimiento. Como técnica, se aplicó una encuesta, empleándose dos instrumentos para medir las variables: conocimiento sobre salud bucal y acceso a los servicios odontológicos. Los resultados revelaron que el 86.4 % de los adolescentes presentaba un conocimiento moderado sobre salud bucal, y el 89 % tenía acceso a servicios odontológicos. Asimismo, se halló una correlación positiva y estadísticamente relevante entre ambas variables. En conclusión, se evidenció una relación significativa entre el conocimiento de salud bucal y el acceso a los servicios odontológicos. ⁽¹³⁾

Antecedentes Internacionales:

Sidharthan et al. (2024) en el estudio realizado en India tuvieron como objetivo evaluar la utilización de los servicios de salud dental y sus factores asociados junto con las barreras y los facilitadores. Siendo el tamaño de su muestra de 544 adultos mayores de 18 años, emplearon el método de muestreo por conglomerados. Y obtuvieron como resultado que menos del 20% de los participantes en el estudio utilizaron los servicios odontológicos. Se encontró una asociación entre los factores de la edad y la educación con la utilización de asistencia sanitaria dental. En conclusión, el uso de los servicios dentales demostró ser escaso a pesar de la necesidad percibida de atención sanitaria bucodental en la población. ⁽¹⁴⁾

Edlibi et al. (2023) en su estudio plantearon como objetivo investigar las tendencias en el acceso a los servicios dentales entre adultos de una región de Rumania y evaluar los factores que

influyen en el acceso a la atención dental. Utilizaron un cuestionario para evaluar el acceso y utilización de la atención dental entre una muestra de 696 participantes adultos. Dentro de los resultados que influyeron en su acceso a los servicios dentales para las mujeres encuestadas fueron los costos (24,3%) y miedo al dentista (9,8%), mientras que las razones de los hombres fueron los altos costos (26,4%) y la falta de tiempo (5,9%). En relación a la ocupación, hubo diferencias significativas para la mayoría de las variables evaluadas. Se encontró que los servicios dentales eran pagados por el seguro estatal para aquellos con ingresos mensuales bajos y autofinanciados para aquellos con ingresos mensuales más altos. Con frecuencia se accedía a los servicios dentales por motivos de emergencia. En conclusión, el género, la ocupación y los niveles de ingresos mensuales influyeron en el acceso a los servicios de medicina dental de los rumanos. ⁽¹⁵⁾

Vali et al. (2023) en su estudio tuvieron como objetivo investigar las barreras de acceso a los servicios de salud bucodental infantil desde la perspectiva de los padres que acuden a los centros de salud de Kerman, Irán. Se aplicó un diseño descriptivo-analítico de tipo transversal con la participación de 410 padres, utilizando un cuestionario para recopilar información sobre las limitaciones de acceso. Los resultados señalaron que la principal dificultad para acceder a la atención odontológica fue el elevado costo de los tratamientos. También se encontraron asociaciones significativas entre las barreras de acceso y variables como el nivel educativo de los padres, la ocupación materna, la presencia de seguro complementario y los ingresos familiares. En promedio, la satisfacción parental alcanzó un valor de $1,83 \pm 0,34$ en una escala de 1 a 3, donde los valores más bajos reflejan mayor satisfacción. Se concluyó que los costos elevados y otras limitaciones representan obstáculos importantes para acceder a la salud bucal infantil. ⁽¹⁶⁾

Serban et al. (2022) en su estudio realizado en los Estados Unidos, tuvieron como objetivo abordar las deficiencias de la investigación existente sobre el acceso a la atención dental pediátrica.

La población del estudio incluyó a niños, diferenciados por estado de seguro. Se midió el número de visitas de atención dental, estratificado por tipo de proveedor y urbanidad/ruralidad. Mediante el uso de modelos estadísticos, evaluaron las disparidades en la distancia de viaje entre comunidades o por estado de seguro. Obteniendo como resultado que las proporciones de comunidades suburbanas / rurales y urbanas identificadas para intervenciones de acceso variaron del 24% al 66% y del 8% al 86%, respectivamente. Las variaciones en las disparidades de acceso con respecto al estado del seguro entre estados o por ruralidad/urbanidad fueron amplias, y el índice de comunidades identificadas para reducir las disparidades osciló entre el 1% y el 100%. En conclusión, todos los estados mostraron la necesidad de intervenciones en el acceso y de reducir las disparidades debidas a la ubicación geográfica o a la situación del seguro. Las fuentes de las disparidades fueron diferentes en los distintos estados, lo que sugiere la existencia de diferentes políticas e intervenciones en cada uno de ellos. ⁽¹⁷⁾

Uguru et al. (2021) tuvieron como objetivo de estudio determinar el alcance de las desigualdades en el acceso a los servicios de atención de salud bucal y los factores que influyen en el acceso a una atención de salud bucal equitativa en el estado de Enugu, Nigeria. El diseño del estudio fue mixto, utilizaron cuestionarios para obtener información de 774 miembros del hogar y entrevistas a profundidad a los jefes de centros de salud dental seleccionados para investigar los factores que influyen en la prestación de atención dental. Los resultados obtenidos fueron que el 72% de los encuestados buscó atención cuando tenía dolor dental. Hubo inequidad en la utilización de la atención dental entre los diversos grupos socioeconómicos. El costo de los servicios, la ubicación de las instalaciones, la baja conciencia, la escasez de recursos humanos y los métodos de financiamiento de la salud bucal influyeron en el acceso. En conclusión, una mayor concientización e inclusión de la atención de salud bucal en todos los planes de seguro médico

sumado a la expansión de los beneficios actuales de atención de salud bucal mejorarán el acceso a la atención y aún más las posibilidades de lograr una cobertura sanitaria universal. ⁽¹⁸⁾

Hajek et al. (2021) en su investigación tuvieron como objetivo realizar una revisión sistemática orientada a sintetizar la evidencia disponible sobre los determinantes del uso de los servicios odontológicos tomando como base el modelo ampliado de Andersen. La búsqueda se efectuó en tres bases de datos electrónicas reconocidas, incluyendo únicamente investigaciones observacionales centradas en los factores que influyen en la utilización de dichos servicios. En total se incorporaron 41 estudios, de los cuales diez se enfocaron en niños y adolescentes, y 31 en población adulta. Los resultados evidenciaron que, en el caso de los menores, se observó que la edad, los mayores ingresos familiares y la presencia de problemas de salud bucal se relacionaron con un incremento en la utilización de la atención dental. En los adultos, los hallazgos fueron menos consistentes, aunque cerca de la mitad de las investigaciones evidenciaron que un nivel educativo más alto se asociaba con un mayor uso de los servicios. La mayoría de los trabajos incluidos fueron de buena calidad metodológica, aunque muchos no detallaron el manejo de los datos faltantes. En conclusión, la revisión mostró que, en los niños, los factores predisponentes, los recursos habilitadores y las necesidades de salud tienden a influir conjuntamente en la demanda de atención odontológica, mientras que en los adultos los resultados son más heterogéneos, lo que refleja posibles inequidades en el acceso y en el uso de los servicios dentales. ⁽¹⁹⁾

Uguru et al. (2020) En su estudio ejecutado en Enugu, Nigeria tuvieron como objetivo examinar los factores determinantes de la provisión de tratamiento de la caries dental y los retos de proporcionar un acceso equitativo a la atención sanitaria bucodental. Se trató de un estudio descriptivo, transversal, urbano-rural de métodos mixtos realizado en centros de salud bucodental seleccionados que ofrecían atención primaria de salud bucodental en el estado de Enugu.

Inicialmente se recopilaron datos cuantitativos mediante un cuestionario de encuesta y datos cualitativos mediante entrevistas. Obteniendo como resultado cuantitativo que, en mayor medida, el coste de las materias primas (100%), los recursos humanos (98,1%), los recursos para el control de infecciones (98,1%), la ubicación geográfica (98,1), las políticas gubernamentales (88%) y el precio de otros bienes (80,8%) influyeron en la prestación de servicios de tratamiento de la caries dental. Los resultados cualitativos muestran que la ubicación y el número de centros de salud bucodental, la financiación y las políticas gubernamentales en materia de salud bucodental, el coste de los equipos y materiales dentales, la capacidad de pago de los consumidores, la disponibilidad de recursos humanos y la concientización de los consumidores sobre la salud bucodental también fueron factores que influían en la prestación de servicios de tratamiento de la caries dental. En conclusión, el acceso adecuado a los servicios de salud bucodental es una preocupación importante que afecta a todos los aspectos de la atención sanitaria y un factor determinante en el empeño del país por lograr la cobertura sanitaria universal. ⁽²⁰⁾

Bastos et al. (2019) en su estudio realizado en Brasil, tuvieron como objetivo evaluar la relación entre el acceso a la atención bucodental y la calidad de vida. Dicho estudio estuvo conformado por 412 usuarios que visitaron la unidad de salud para un examen o tratamiento bucal. Para la recolección de la información se les realizó una entrevista con preguntas que abordaron factores sociales y económicos, comportamiento, salud general, prótesis dentales y acceso a servicios dentales. La calidad de vida relacionada con la salud bucodental fue medida por el instrumento Perfil de Impacto en la Salud Oral. Posterior a la entrevista, se le realizó un examen clínico para evaluar la cantidad de piezas en boca. Obteniendo como resultado que el acceso a servicios de salud bucal estaba asociado estadísticamente con la calidad de vida, y la tasa de prevalencia estimada fue $PR = 1,17$ con un intervalo de confianza del 95%. Por lo cual, se concluyó

que la falta de acceso a los servicios de salud bucodental ofrecidos por la atención primaria de salud estaba asociada a una mayor prevalencia de impacto en la calidad de vida de los usuarios.

(21)

Almutlaqah et al. (2018) tuvieron como objetivo investigar las dificultades relacionadas con el acceso a los servicios de atención odontológica en la población adulta de la ciudad de Abha, en Arabia Saudí. A través de un cuestionario estructurado, cerrado y autoadministrado se obtuvo el acceso y la utilización de la atención dental entre una muestra total de 499 adultos. Dentro de sus resultados se evidencia que más de la mitad (57,9%) de los participantes utilizaron servicios dentales y los servicios de emergencia (56,7%) fueron el motivo más común para visitar al dentista. El costo (39,1%) y la falta de tiempo (28,7%) fueron las principales barreras para acceder a la atención dental. La educación y los ingresos estuvieron involucrados en la predicción de la no utilización de los servicios dentales entre los participantes del estudio. Por lo cual se concluyó que, el acceso y la utilización de la atención dental son influenciados por muchos factores, el costo y la falta de tiempo fueron las barreras predominantes, además, la educación y los ingresos se consideraron predictores importantes de la no utilización de los servicios dentales. Otros factores como, el estado civil, transporte, problemas de salud y la dificultad de movimiento estaban relacionados con múltiples barreras para acceder a los servicios dentales. (22)

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Sistema de Salud en Perú

El sistema de salud en el Perú es un sistema fragmentado y mixto con escasa integración horizontal en el que se distinguen 2 sectores importantes, el sector público y el sector privado. (23)

2.2.1.1. Sector Público: En nuestro país el sector público de salud está compuesto por hospitales, centros de salud y postas médicas los cuales son financiados y administrados por el

gobierno a nivel nacional, regional y local. Estos establecimientos proporcionan servicios de atención médica primaria y especializada a la población, incluyendo servicios odontológicos, consultas médicas, hospitalización, cirugías, medicamentos y otros tratamientos. ⁽²⁴⁾

Sin embargo, la calidad y la disponibilidad de estos servicios pueden variar significativamente según la región y la infraestructura de cada hospital, centro de salud o posta.

2.2.1.2. Sector Privado: este incluye hospitales, clínicas y consultorios médicos, que son propiedad de empresas privadas, y organizaciones sin fines de lucro. Estos establecimientos ofrecen una amplia gama de servicios médicos y quirúrgicos, así como atención dental, para aquellos que pueden pagar por servicios de salud privados o que tienen seguro de salud privado. ⁽²⁵⁾

2.2.2. Marco de Acceso a la Atención de la Salud de Penchansky y Thomas

Esta es una teoría conceptual que ofrece una comprensión integral de los diversos elementos que influyen en el acceso a la atención médica ⁽²⁶⁾. Desarrollado por Avedis Donabedian, este marco identifica cinco dimensiones interrelacionadas que determinan el acceso a la atención de salud:

2.2.2.1. Accesibilidad geográfica: Se refiere a la disponibilidad física de los servicios de salud y a la distancia entre los proveedores de atención médica y los pacientes. Esto incluye factores como la ubicación de hospitales, clínicas y consultorios médicos, así como el transporte disponible para llegar a estos lugares. La accesibilidad geográfica puede ser un obstáculo significativo, especialmente en áreas rurales o remotas donde los servicios de salud pueden estar escasamente distribuidos. ⁽²⁷⁾

2.2.2.2. Accesibilidad financiera: Hace referencia a la capacidad de los individuos para pagar por los servicios de salud. Esto incluye el costo directo de la atención médica, así como otros

gastos relacionados, como el transporte y los medicamentos recetados. Las barreras financieras pueden impedir que las personas de bajos ingresos accedan a la atención médica necesaria, lo que resulta en desigualdades en el acceso basadas en la capacidad económica. ⁽²⁸⁾

2.2.2.3. Accesibilidad organizacional: Se refiere a la capacidad del sistema de salud para satisfacer las necesidades de los pacientes en términos de horarios de atención, disponibilidad de citas y tiempo de espera. Esto incluye la eficiencia y la accesibilidad de los servicios de salud, así como la facilidad de navegación a través del sistema de atención médica. Las barreras organizacionales pueden obstaculizar el acceso al restringir la disponibilidad o la accesibilidad de los servicios. ⁽²⁹⁾

2.2.2.4. Accesibilidad cultural: Considera los factores culturales, sociales y lingüísticos que influyen en la capacidad de los individuos para acceder y utilizar los servicios de salud. Esto incluye la aceptabilidad de los servicios de salud por parte de la comunidad, así como la sensibilidad cultural y la competencia lingüística de los proveedores de atención médica. Las barreras culturales pueden dificultar la comunicación efectiva y la comprensión mutua entre los proveedores y los pacientes. ⁽³⁰⁾

2.2.3. Salud Oral

La salud oral, también conocida como salud dental o salud bucal, se refiere al estado general de la boca, los dientes, las encías y otras estructuras relacionadas. Incluye tanto la ausencia de enfermedades bucodentales como el bienestar general de la cavidad oral. Esta abarca varios aspectos, como la higiene oral, prevención de enfermedades dentales, dieta saludable, visitas regulares al dentista y educación sobre salud oral ⁽³¹⁾. Lo que en su conjunto contribuye al bienestar físico, y también puede tener un impacto positivo en la autoestima, la confianza y la calidad de vida en general.

La importancia de la salud oral radica en su influencia directa en la salud general del individuo. Problemas dentales no tratados pueden derivar en complicaciones graves, afectando al bienestar global de las personas.

2.2.3.1. Salud Oral en el Perú

La salud dental en el Perú es una preocupación importante, como lo es en muchos otros países. Aunque ha habido avances significativos en la concientización sobre la importancia de la higiene dental y el acceso a la atención dental, todavía existen desafíos en términos de acceso equitativo y calidad de atención. ⁽³²⁾

2.2.4. Acceso a los servicios de Salud Dental

El acceso a la salud dental es un componente fundamental del bienestar general de los individuos y comunidades. A pesar de los esfuerzos del gobierno peruano por mejorar el acceso a los servicios dentales, todavía existen desafíos significativos en la provisión de estos en el sistema público ⁽³³⁾. Por ello es crucial considerar varios factores que influyen en la capacidad de las personas de acceder a los servicios de salud dental.

2.2.5. Determinantes del Acceso a la Salud Dental

Las desigualdades en el acceso a la salud dental en Perú son un problema significativo que afecta a diversos grupos de población, y están influenciadas por una variedad de factores demográficos, económicos, geográficos, culturales, entre otros, los cuales representan un obstáculo y limitan el acceso a la atención dental. ⁽³⁴⁾

2.2.5.1. Demográfico: Las disparidades demográficas, como la edad, género y la etnicidad, también juegan un papel en el acceso a la salud dental en el Perú. Los niños y los ancianos son especialmente vulnerables a la falta de acceso a servicios dentales debido a la falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucal ⁽³⁵⁾. Asimismo, ciertos grupos de población enfrentan

desafíos únicos en el acceso a la salud dental, como las poblaciones rurales y comunidades indígenas quienes enfrentan desafíos adicionales debido a la falta de centros de salud en sus comunidades y a las barreras lingüísticas.

2.2.5.2. Geográfico: En muchas regiones, especialmente en áreas rurales y remotas, la falta de centros de salud cercanos puede dificultar el acceso de las personas a la atención odontológica. En caso exista un hospital o centro de salud cercano, la ruralidad de este en comparación con las zonas urbanas, produce una escasez de profesionales capacitados. Esta disparidad también se refleja en la provisión de servicios de salud dental, donde las áreas urbanas tienden a tener una mejor infraestructura y acceso a servicios odontológicos en comparación con las zonas rurales. ⁽³⁶⁾

2.2.5.3. Económico: Las barreras financieras son uno de los principales obstáculos para el acceso a la salud dental. Muchas personas no pueden permitirse pagar por tratamientos dentales, especialmente aquellos que no cuentan con seguro médico o cuyos seguros no cubren completamente los servicios dentales que ellos requieren. Como resultado, es más probable que posterguen o eviten la atención dental preventiva y solo busquen tratamiento cuando tienen problemas graves. ⁽³⁷⁾

2.2.5.4. Cultural: La aceptabilidad cultural juega un papel importante en el acceso a la salud dental, ya que las creencias culturales y las prácticas de cuidado bucal pueden influir en la disposición de las personas para buscar tratamiento. Por ejemplo, en algunas comunidades, existe ciertos mitos o estigmas asociados con la atención dental, creencias culturales sobre la salud bucal y prácticas de cuidado bucal tradicionales que pueden diferir de las recomendaciones de un profesional, lo que puede disuadir a las personas de buscar atención odontológica. De igual forma, la falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucal puede llevar a una falta de búsqueda de atención dental preventiva y temprana. Muchas personas pueden no comprender la importancia

de la higiene dental y los chequeos regulares, lo que puede resultar en problemas bucales más graves y complicados. Además, las barreras lingüísticas y las diferencias culturales pueden dificultar la comunicación efectiva entre el profesional odontológico y los pacientes. ⁽³⁸⁾

2.2.5.5. Administración Hospitalaria: La administración hospitalaria desempeña un papel clave en la organización y entrega de servicios de salud dental. Una gestión eficiente y transparente puede mejorar la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la atención odontológica. Sin embargo, la falta de recursos, la mala planificación y la corrupción pueden obstaculizar la prestación de servicios de salud dental de calidad y afectar negativamente el acceso de las personas a la atención odontológica. ⁽³⁹⁾

2.2.5.6. Escasez de Personal Capacitado: La escasez de personal capacitado en odontología es otro desafío importante en contextos hospitalarios públicos. La falta de dentistas, higienistas dentales y otros profesionales de la salud dental puede resultar en largos tiempos de espera para citas, una atención limitada y una carga de trabajo excesiva para el personal disponible. Asimismo, la mala contratación de personal, que entra por recomendación o vara y no por meritocracia, experiencia y capacidad, afecta la calidad y la eficiencia de los servicios dentales. ⁽⁴⁰⁾

2.2.5.7. Falta de Infraestructura: La falta de infraestructura adecuada especialmente en los hospitales públicos puede limitar la capacidad de proporcionar servicios dentales de calidad. La escasez de equipos modernos, instalaciones adecuadas y recursos suficientes puede dificultar la prestación de una amplia gama de tratamientos dentales, lo que afecta negativamente la accesibilidad a una atención integral y de calidad. ⁽⁴⁰⁾

2.2.6. Experiencias Internacionales

El acceso a la salud dental es un desafío global que enfrentan muchos países, y la situación en Perú puede compararse con la de otros países para identificar similitudes, diferencias y mejores prácticas para la mejora del acceso a la atención odontológica.

2.2.6.1. Chile: Chile tiene un sistema de salud mixto similar al de Perú, que combina el sector público y privado. Chile ha implementado políticas exitosas para mejorar el acceso a la salud dental, incluida la expansión de la cobertura dental a través del sistema público de salud y la incorporación de la atención dental en programas de atención primaria. Además, Chile ha priorizado la capacitación de profesionales de la salud dental y ha promovido la participación comunitaria en la promoción de la salud bucal. ⁽⁴¹⁾

2.2.6.2. Brasil: Brasil también enfrenta desafíos similares a Perú en términos de acceso a la salud dental, especialmente para poblaciones de bajos ingresos y residentes rurales. Sin embargo, Brasil ha implementado políticas exitosas, como el Programa de Salud Bucal, que ha ampliado el acceso a la atención dental a través de la atención primaria y la atención domiciliaria. Además, Brasil ha priorizado la prevención de enfermedades dentales a través de campañas de educación y fluorización del agua. ⁽⁴²⁾

2.2.6.3. Escocia: Aunque Escocia tiene un sistema de salud público diferente al de Perú, ha implementado políticas efectivas para mejorar el acceso a la salud dental, especialmente para grupos desfavorecidos. Escocia ha eliminado los costos de la atención dental para ciertos grupos de población, como niños, embarazadas y personas de bajos ingresos, lo que ha aumentado significativamente la utilización de servicios dentales preventivos y ha reducido las desigualdades en salud bucal. ⁽⁴³⁾

2.2.7. Políticas y Programas de Salud Dental actuales

En el Perú, gracias al principio de la cobertura universal, el sistema de salud debe garantizar el acceso a la atención médica básica para todos los ciudadanos, es por ello que existen políticas y programas relacionados con la atención odontológica en hospitales públicos que buscan mejorar el acceso y la calidad de la atención dental para la población.

2.2.7.1. Seguro Integral de Salud (SIS): Es un programa gubernamental que brinda cobertura gratuita de salud a la población más vulnerable que no cuenta con seguro de salud. El SIS permite a los beneficiarios acceder a servicios de salud en establecimientos públicos y algunos privados sin costo alguno, cubriendo una amplia gama de servicios médicos, incluyendo atención odontológica, medicamentos, exámenes de laboratorio y hospitalización. ⁽⁴⁴⁾

Este programa ha ampliado el acceso a la atención odontológica para personas de bajos recursos, reduciendo las barreras financieras que impiden a muchas personas recibir tratamiento dental. Además, a partir del año 2013 el MINSA anunció los convenios establecidos con los servicios de salud de la Marina de Guerra del Perú, el Ejército del Perú y la Policía Nacional del Perú (PNP), con el fin de brindar atención a sus asegurados en los centros de salud de la FAP y la PNP. ⁽⁴⁵⁾

2.2.7.2. Seguro Social de Salud (EsSalud): Es un programa que proporciona cobertura de salud a los trabajadores formales y sus familias. Es administrado por el Estado y financiado por las contribuciones de los empleadores y los trabajadores. EsSalud ofrece servicios de salud en sus propios establecimientos, incluyendo hospitales y clínicas, que brindan atención médica integral, incluida la atención dental. ⁽⁴⁴⁾

2.2.7.3. Organizaciones No Gubernamentales: Las ONG que aportan en el área de salud dental son entidades sin fines de lucro que trabajan para mejorar el acceso a la atención odontológica y la salud bucal, especialmente en comunidades desfavorecidas o en países en

desarrollo. Estas organizaciones suelen ofrecer una variedad de servicios, como atención dental gratuita o a bajo costo, programas educativos sobre higiene bucal, campañas de prevención de enfermedades dentales y capacitación para profesionales de la salud en áreas de bajos recursos. Ayudando a reducir las disparidades en el acceso a la atención odontológica y contribuyen significativamente a la mejora de la salud bucal en comunidades vulnerables. ⁽⁴⁶⁾

2.2.7.4. Programas de Promoción y Prevención: El MINSA implementa programas de promoción y prevención de salud bucal, que incluyen campañas de concientización sobre la importancia de la higiene dental, la prevención de enfermedades bucales y la promoción de hábitos saludables. Estos programas tienen como objetivo educar a la población sobre la importancia de la salud bucal y prevenir enfermedades dentales antes de que se vuelvan graves. ⁽⁴⁷⁾

A pesar de estos esfuerzos, aún existen áreas de mejora en los programas y políticas relacionadas con el acceso a la atención odontológica. Por ello, es necesario trabajar en la eliminación de estas barreras, ya sea mediante la implementación de nuevos programas de atención dental asequibles, la mejora del acceso a servicios en zonas apartadas y la promoción de la diversidad cultural en los centros de atención. Todos estos factores son clave para garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud dental y puedan mantener una buena salud bucal a lo largo de su vida.

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas, en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Ho: No existe relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas, en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi¹: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión geográfica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Ho¹: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión geográfica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Hi²: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión económica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Ho²: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión económica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Hi³: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión cultural, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Ho³: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión cultural, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Hi⁴: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión administrativa, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

H₀⁴: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión administrativa, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación:

De tipo hipotético - deductivo porque el objetivo principal de este proyecto es evaluar el acceso a los servicios de salud dental en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI. ⁽⁴⁸⁾

3.2. Enfoque de la investigación:

Enfoque cuantitativo porque el instrumento de la presente investigación busca analizar datos cuantificables para comprobar la hipótesis con base numérica y un análisis estadístico. ⁽⁴⁹⁾

3.3. Tipo de investigación:

De tipo básica, ya que se tiene como finalidad resolver un problema específico, y es posible realizarla mediante el conocimiento previo que se obtuvo. ⁽⁵⁰⁾

3.4. Diseño de la investigación:

No experimental ya que las variables no fueron manipuladas de forma intencional, observacional porque los fenómenos se pueden percibir en su entorno natural para ser analizados, transversal ya que la información se recolectó en un solo momento determinado y de tipo correlacional debido a que pretende evaluar la relación entre dos o más conceptos o variables. ⁽⁵¹⁾

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

La población total está establecida por 300 pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

3.5.2 Muestra

La muestra está establecida por 169 pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Fórmula:

$$n_{opt.} = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times q}$$

En donde:

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza,

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso

d² = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

Aplicación de la fórmula:

$$n_{opt.} = \frac{300 \cdot (1.960)^2 \cdot 0.50 \cdot 0.50}{(0.05)^2 \cdot (300 - 1) + (1.960)^2 \cdot 0.50 \cdot 0.50}$$

$$n_{opt} = \frac{288.12}{1.7079} \approx 168.6984$$

- Tamaño muestral calculado: ≈ 168.70
- Redondeo por seguridad (siempre se redondea hacia arriba en muestras):
 $n = 169$.

3.5.3 Criterios de inclusión:

- Personas que acudan a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI
- Personas dispuestas a firmar el consentimiento informado
- Personas de ambos sexos

3.5.4 Criterios de Exclusión

- Personas que requieran la autorización de un apoderado
- Personas con discapacidad mental

3.5.5 Muestreo**3.5.5.1 Tipo de Muestreo:** Probabilístico - Aleatorio simple

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Escala Valorativa
V: ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DENTAL	La presente variable está dividida en 4 dimensiones, se formularon 4 preguntas por cada dimensión y todas fueron evaluadas en la escala ordinal.	Geográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Distancia entre el usuario y el establecimiento de salud • Disponibilidad de transporte 	Ordinal	(1) Nunca (2) Casi nunca (3) A veces (4) Casi siempre (5) Siempre
		Económica	<ul style="list-style-type: none"> • Situación económica del hogar • Capacidad de la familia para asumir los costos asociados 		
		Cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias y costumbres locales • Contexto cultural • Práctica religiosa 		
		Administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de citas • Disponibilidad de personal • Disponibilidad de mobiliario 		
CV1: GRADO DE INSTRUCCIÓN	El grado más elevado de estudio realizado		Encuesta	Ordinal	(1) Primaria (2) Secundaria (3) Técnico / Superior
CV2: EDAD	Años de vida del individuo desde su nacimiento		Encuesta	Ordinal	(1) 18 a 28 años (2) 29 a 39 años (3) 40 a 50 años (4) 51 a 61 años (5) 62 a 73 años
CV3: GÉNERO	Características orgánicas sexuales del individuo		Encuesta	Nominal	(1) Masculino (2) Femenino

3.6.1 Definición operacional

Variable 1:

Acceso a los servicios de salud dental:

Se define como el proceso por el cual se logra que una necesidad de atención odontológica se satisfaga. ⁽⁵²⁾

Dimensiones:

- **Geográfica:** Hace referencia a la ubicación del centro de salud, que en muchas ocasiones constituye un obstáculo para los usuarios. Debido a diversos factores como, las largas distancias que deben recorrer para poder llegar al mismo, los medios de transporte que utilizan y el estado de los caminos. ⁽⁵³⁾
- **Económica:** Es aquella determinada por la capacidad económica de la población en relación con las tarifas y precios de servicios y medicamentos. ⁽⁵⁴⁾
- **Cultural:** Son las creencias, comportamientos y acciones de las personas en cuanto a la salud, las costumbres, y la visión que tienen respecto a la enfermedad, así como las restricciones que estos generan en el acceso a los servicios de salud. ⁽⁵⁵⁾
- **Administrativa:** Se refiere a la dificultad que representa el propio centro de salud en cuanto a horarios de atención, abastecimiento de personal capacitado y especializado, espacios adecuados, etc. ⁽⁵⁶⁾

Co-Variables:

Variables socio-demográficos:

Son aquellos indicadores empleados para caracterizar a las personas en aspectos como edad, raza/etnicidad, **sexo, género, grado de instrucción**, situación laboral, ingresos, ocupación, estado civil, entre otros factores similares. ⁽⁵⁷⁾

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

En el presente trabajo de investigación se empleó una encuesta como técnica de recolección de datos, la cual recopiló información mediante un cuestionario previamente diseñado.

3.7.2. Descripción de instrumentos

1. Cuestionario:

- El instrumento versa de 16 preguntas, dividido en 04 dimensiones, donde cada dimensión constará de 4 preguntas, las cuales se cuentan con una valoración de escala tipo Likert del 1 al 5, donde *1* equivale *Nunca*, *2* equivale *Casi Nunca*, *3* equivale *A veces*, *4* equivale *Casi Siempre* y *5* equivale *Siempre*, de los cuales se definirán niveles y rangos generales; *Alto:59- 80*, *Medio: 37-58*, *Bajo:16-36* y específicos por cada dimensión; *Alto:16-20*, *Medio: 9-15*, *Bajo:4-8*, y ha sido adaptado de Namay (2021).

3.7.3. Validación

El presente instrumento ha sido usado en investigaciones anteriores, para este trabajo se realizó una revalidación del mismo a través del juicio de expertos, el cual estuvo conformado por 5 docentes de la Universidad Norbert Wiener con la finalidad de validar el instrumento.

3.7.4. Confiabilidad

Para el presente trabajo se realizó la prueba de confiabilidad a través de una prueba piloto, aplicando el cuestionario a 30 pacientes y posterior a ello se efectuó la prueba estadística, denominada Alpha de Cronbach.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Finalizado el proceso de obtención de datos, con la información adquirida se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo mediante el software Microsoft Office Excel. Posteriormente,

se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos, mediante tablas de frecuencia, gráficos, entre otros, con la herramienta SPSS versión 27. Asimismo, para el análisis inferencial se aplicó la prueba Chi-cuadrado para poder establecer la relación entre las variables, mediante una asociación significativa ($p < 0,05$) con un nivel de confianza del 95%.

3.9. Aspectos éticos

Esta investigación estuvo regida según los “Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación”⁽⁵⁸⁾, de Belmont:

- Respeto por las personas implica reconocer y garantizar la autonomía de los individuos, permitiéndoles tomar decisiones libres e informadas respecto a su participación en la investigación.
- Principio de beneficencia, orientado a maximizar los beneficios para el bienestar físico, social y emocional de los participantes, asegurando también que no se produzcan daños y que los beneficios derivados del estudio se distribuyan de manera equitativa.
- Justicia, entendida como la obligación de proteger adecuadamente a los participantes, asegurar que la investigación sea útil tanto para ellos como para la comunidad en general, minimizar posibles riesgos, y salvaguardar la privacidad de los involucrados a través del uso adecuado del consentimiento informado.

4. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Para la elaboración de este estudio se realizó un cuestionario a un total de 169 pacientes que acudieron a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI, siendo estos los resultados obtenidos.

Tabla 1. Acceso a los servicios de salud dental

		RECUESTO	%
DIMENSIÓN GEOGRÁFICA	Alto	56	33.14%
	Medio	110	65.09%
	Bajo	3	1.78%
DIMENSIÓN ECONÓMICA	Alto	39	23.08%
	Medio	115	68.05%
	Bajo	15	8.88%
DIMENSIÓN CULTURAL	Alto	2	1.18%
	Medio	127	75.15%
	Bajo	40	23.67%
DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA	Alto	119	70.41%
	Medio	47	27.81%
	Bajo	3	1.78%
ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DENTAL	Alto	45	26.63%
	Medio	122	72.19%
	Bajo	2	1.18%

En términos generales, se observó que la mayoría de los pacientes (72.19%) presentaron un acceso medio a los servicios de salud dental, seguido por un 26.63% con acceso alto y apenas un 1.18% con acceso bajo, lo cual reflejó una percepción predominantemente favorable, aunque no óptima en la experiencia de atención odontológica.

Al desagregar por dimensiones, la dimensión administrativa fue la mejor evaluada, ya que el 70.41% de los encuestados manifestó un acceso alto, evidenciando satisfacción en aspectos como la organización, atención y eficiencia del servicio. Solo el 1.78% reportó dificultades en este aspecto.

En la dimensión geográfica, el 65.09% de los pacientes consideró que el acceso fue medio, mientras que el 33.14% lo percibió como alto, lo que indica que para la mayoría no existieron barreras severas de localización, aunque aún hubo un pequeño porcentaje (1.78%) con percepción de dificultad.

La dimensión económica mostró también una tendencia al acceso medio (68.05%), pero presentó una mayor proporción de pacientes con acceso bajo (8.88%), lo que sugiere que los costos, ingresos o disponibilidad de recursos económicos fueron un obstáculo para una parte de la población atendida.

Por último, la dimensión cultural fue la que presentó mayores limitaciones: solo el 1.18% de los pacientes reportó un acceso alto, mientras que un 23.67% manifestó acceso bajo y el 75.15% lo ubicó en un nivel medio. Esto evidenció que las barreras culturales, tales como creencias, desconocimiento o hábitos arraigados, afectaron significativamente la relación entre la población y el uso de los servicios dentales.

En conjunto, aunque el acceso general fue mayoritariamente medio y alto, la dimensión cultural representó la principal brecha en el aprovechamiento de la atención odontológica, mientras que el componente administrativo destacó como el más fortalecido.

Tabla 2. Factores socio-demográficos

		RECuento	%
EDAD	18 a 28 años	44	26.04%
	29 a 39 años	75	44.38%
	40 a 50 años	31	18.34%
	51 a 61 años	12	7.10%
	62 a 73 años	7	4.14%
SEXO	Masculino	45	26.63%
	Femenino	124	73.37%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	8	4.73%
	Secundaria	59	34.91%
	Superior (T/U)	102	60.36%

La población encuestada estuvo compuesta por 169 pacientes, entre quienes predominó el grupo etario de 29 a 39 años, que representó el 44.38% del total. Le siguieron los pacientes de 18 a 28 años (26.04%) y de 40 a 50 años (18.34%). Los grupos de mayor edad, como los de 51 a 61 años y 62 a 73 años, tuvieron una participación más reducida, con 7.10% y 4.14%, respectivamente.

Respecto al sexo, la muestra fue mayoritariamente femenina, con un 73.37%, mientras que los varones representaron el 26.63%. Esta diferencia notable podría atribuirse a una mayor participación de mujeres en actividades preventivas de salud o a una mayor disposición a responder encuestas de este tipo.

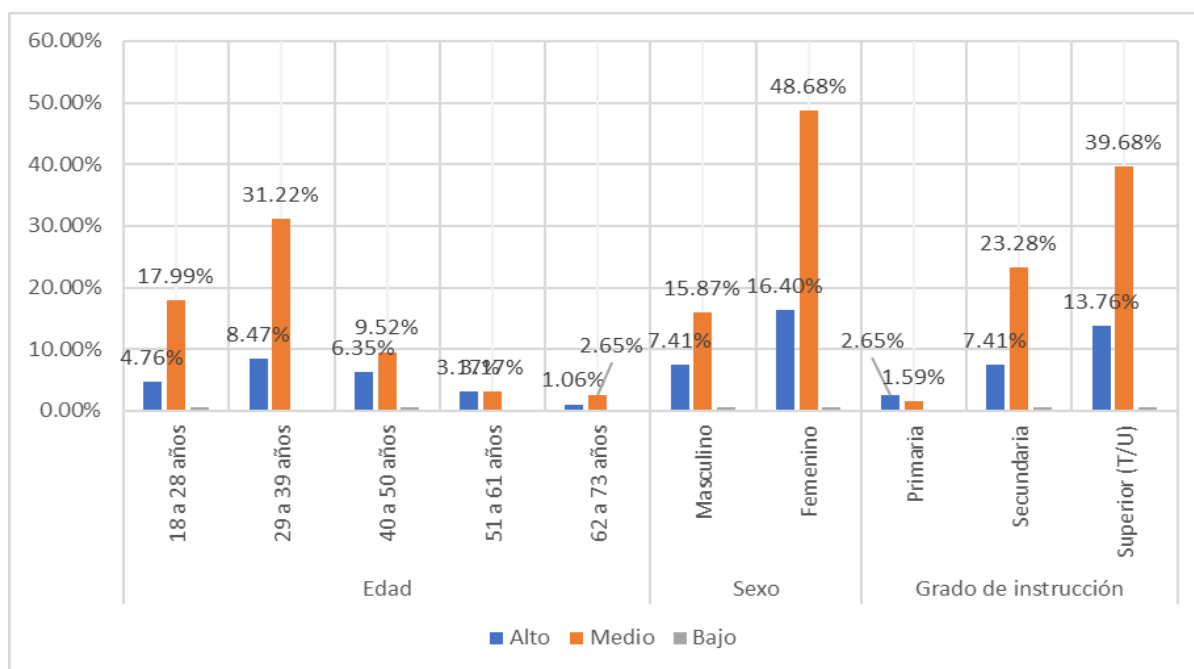
En cuanto al grado de instrucción, se observó que más de la mitad de los participantes (60.36%) contaban con formación superior (técnica o universitaria), lo cual sugiere una población con niveles educativos relativamente altos. El 34.91% tenía educación secundaria y apenas el 4.73% alcanzó solo el nivel primario.

Estos datos permitieron caracterizar a la población como mayoritariamente joven-adulta, femenina y con un nivel educativo medio a alto, lo cual resulta relevante para analizar cómo estas condiciones influyeron en su percepción del acceso a los servicios de salud dental.

Tabla 3. Acceso a los servicios de salud dental según variables socio-demográficas

		Acceso a los servicios de salud dental					
		Alto		Medio		Bajo	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18 a 28 años	9	4.76%	34	17.99%	1	0.53%
	29 a 39 años	16	8.47%	59	31.22%	0	0.00%
	40 a 50 años	12	6.35%	18	9.52%	1	0.53%
	51 a 61 años	6	3.17%	6	3.17%	0	0.00%
	62 a 73 años	2	1.06%	5	2.65%	0	0.00%
Sexo	Masculino	14	7.41%	30	15.87%	1	0.53%
	Femenino	31	16.40%	92	48.68%	1	0.53%
Grado de instrucción	Primaria	5	2.65%	3	1.59%	0	0.00%
	Secundaria	14	7.41%	44	23.28%	1	0.53%
	Superior (T/U)	26	13.76%	75	39.68%	1	0.53%

Gráfico 1. Acceso a los servicios de salud dental según variables socio-demográficas



Fuente: Elaboración propia

Del total de 169 pacientes que acudieron a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI, se observó que el acceso a los servicios de salud dental presentó variaciones según las variables socio-demográficas. En cuanto a la edad, la mayoría de los pacientes con acceso medio se concentraron en el grupo de 29 a 39 años (31.22%), seguido por los de 18 a 28 años (17.99%). En los niveles alto y bajo, se registraron porcentajes menores, destacando el grupo de 29 a 39 años con 8.47% de acceso alto, y apenas un 0.53% con acceso bajo en el grupo de 18 a 28 y de 40 a 50 años.

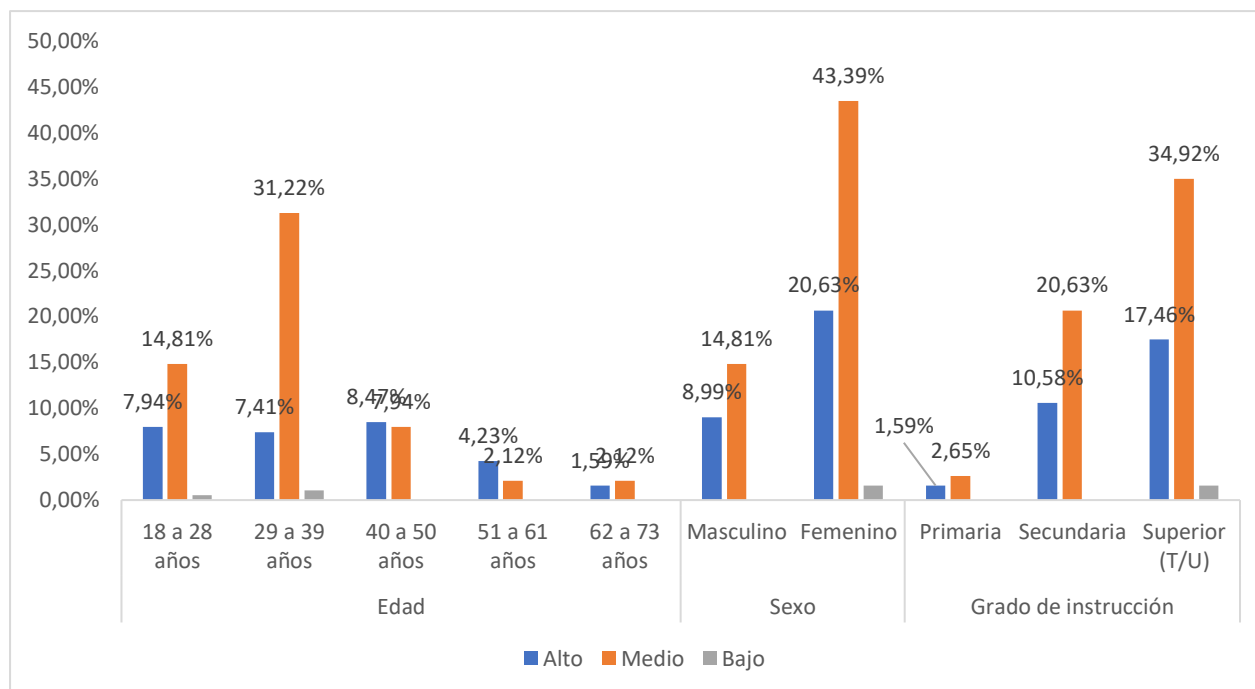
Respecto al sexo, el acceso medio fue mayor en pacientes femeninos (48.68%), en comparación con los masculinos (15.87%). El acceso alto también fue más frecuente en mujeres (16.40%) que en hombres (7.41%), mientras que el acceso bajo fue mínimo y prácticamente igual para ambos sexos (0.53%).

En relación con el grado de instrucción, quienes contaban con formación superior (técnica o universitaria) presentaron el mayor porcentaje de acceso medio (39.68%) y también el nivel más alto de acceso alto (13.76%). Los pacientes con educación secundaria alcanzaron un 23.28% de acceso medio y 7.41% de acceso alto. En contraste, quienes tenían solo primaria mostraron los porcentajes más bajos tanto en acceso medio (1.59%) como en acceso alto (2.65%). El acceso bajo fue muy bajo en todos los niveles educativos, con solo un caso (0.53%) en cada uno de los tres niveles.

Tabla 4. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión geográfica según variables socio-demográficas

		Dimensión geográfica					
		Alto		Medio		Bajo	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18 a 28 años	15	7.94%	28	14.81%	1	0.53%
	29 a 39 años	14	7.41%	59	31.22%	2	1.06%
	40 a 50 años	16	8.47%	15	7.94%	0	0.00%
	51 a 61 años	8	4.23%	4	2.12%	0	0.00%
	62 a 73 años	3	1.59%	4	2.12%	0	0.00%
Sexo	Masculino	17	8.99%	28	14.81%	0	0.00%
	Femenino	39	20.63%	82	43.39%	3	1.59%
Grado de instrucción	Primaria	3	1.59%	5	2.65%	0	0.00%
	Secundaria	20	10.58%	39	20.63%	0	0.00%
	Superior (T/U)	33	17.46%	66	34.92%	3	1.59%

Gráfico 2. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión geográfica según variables socio-demográficas



Fuente: Elaboración propia

Del total de 169 pacientes que acudieron a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI, se observó que la dimensión geográfica presentó mayores concentraciones en el nivel

medio, especialmente en el grupo etario de 29 a 39 años, que representó el 31.22%. Le siguió el grupo de 18 a 28 años con 14.81%. El nivel alto fue predominante en los pacientes de 40 a 50 años (8.47%) y 18 a 28 años (7.94%), lo cual indica que estos grupos percibieron menor dificultad geográfica para acceder al servicio. El nivel bajo fue prácticamente inexistente en todos los rangos de edad, con apenas un 0.53% en los más jóvenes (18 a 28 años) y un 1.06% en el grupo de 29 a 39 años.

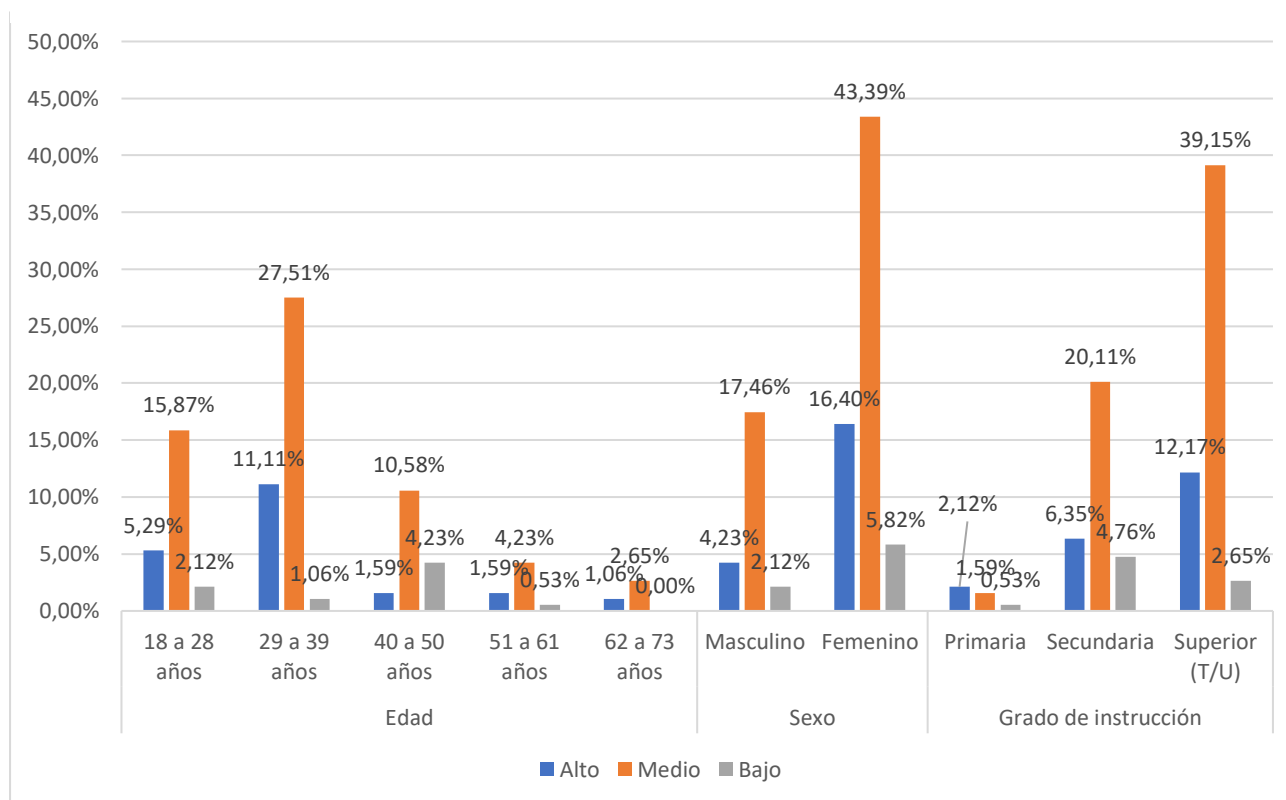
En cuanto al sexo, las pacientes femeninas registraron mayor acceso medio (43.39%) y alto (20.63%) en comparación con los varones, quienes reportaron 14.81% de acceso medio y 8.99% de acceso alto. Solo las mujeres reportaron algún nivel bajo de acceso (1.59%), lo cual podría sugerir brechas puntuales de desplazamiento o localización territorial.

Respecto al grado de instrucción, se identificó que los pacientes con formación superior concentraron los mayores porcentajes tanto en el nivel alto (17.46%) como en el medio (34.92%). Aquellos con educación secundaria también alcanzaron porcentajes relevantes (10.58% alto y 20.63% medio), mientras que quienes contaban solo con formación primaria mostraron valores muy bajos en ambas categorías. El acceso bajo se presentó únicamente en el grupo con educación superior (1.59%), lo que podría asociarse más a condiciones territoriales específicas que al nivel educativo.

Tabla 5. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión económica según variables socio-demográficas

		Dimensión económica					
		Alto		Medio		Bajo	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18 a 28 años	10	5.29%	30	15.87%	4	2.12%
	29 a 39 años	21	11.11%	52	27.51%	2	1.06%
	40 a 50 años	3	1.59%	20	10.58%	8	4.23%
	51 a 61 años	3	1.59%	8	4.23%	1	0.53%
	62 a 73 años	2	1.06%	5	2.65%	0	0.00%
Sexo	Masculino	8	4.23%	33	17.46%	4	2.12%
	Femenino	31	16.40%	82	43.39%	11	5.82%
Grado de instrucción	Primaria	4	2.12%	3	1.59%	1	0.53%
	Secundaria	12	6.35%	38	20.11%	9	4.76%
	Superior (T/U)	23	12.17%	74	39.15%	5	2.65%

Gráfico 3. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión económica según variables socio-demográficas



Fuente: Elaboración propia

Del total de 169 pacientes que acudieron a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI, se identificó que, en la dimensión económica la mayor proporción de pacientes se ubicó en el nivel medio. En particular, el grupo de 29 a 39 años representó el porcentaje más alto en esta categoría (27.51%), seguido por los de 18 a 28 años (15.87%) y los de 40 a 50 años (10.58%). El nivel alto fue más frecuente en los pacientes de 29 a 39 años (11.11%), mientras que el nivel bajo alcanzó su mayor concentración en el grupo de 40 a 50 años (4.23%).

Respecto al sexo, las mujeres registraron mayores niveles tanto de acceso medio (43.39%) como alto (16.40%), superando notablemente a los hombres (17.46% y 4.23%, respectivamente). Además, el nivel bajo también fue más frecuente en mujeres (5.82%) que en varones (2.12%), lo cual sugiere una posible mayor vulnerabilidad económica en este grupo.

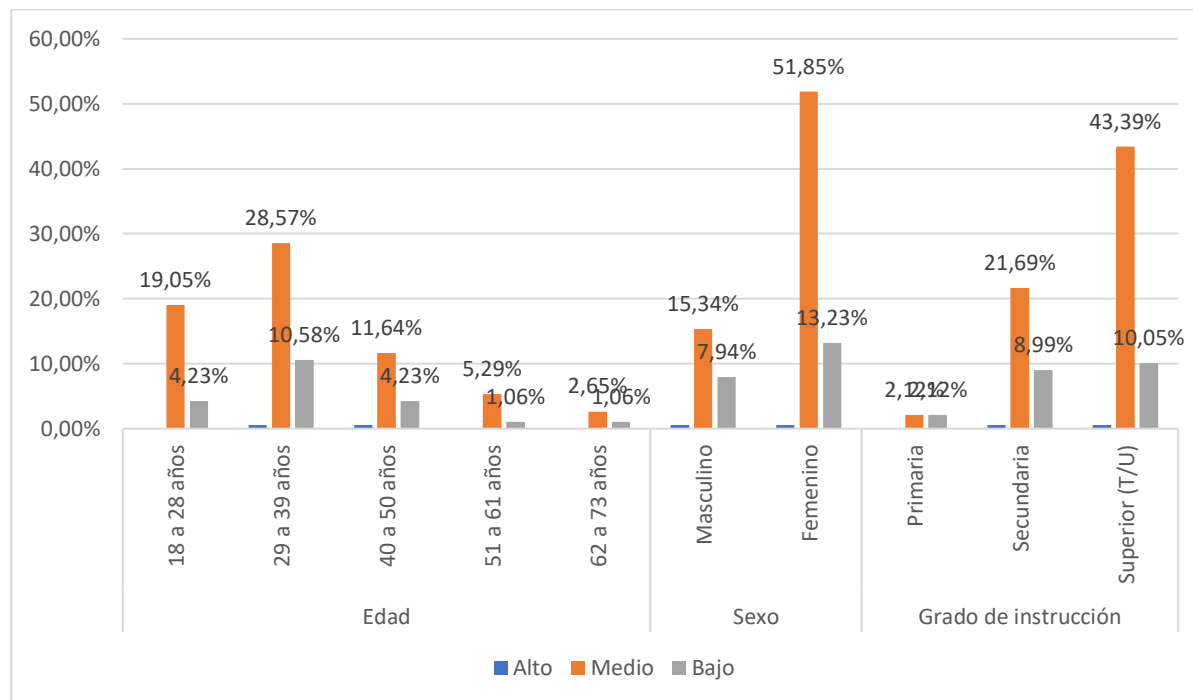
En cuanto al grado de instrucción, los pacientes con formación superior concentraron los mayores porcentajes en los niveles alto (12.17%) y medio (39.15%), mientras que el acceso bajo fue relativamente bajo en este grupo (2.65%). Por su parte, aquellos con educación secundaria mostraron un acceso medio del 20.11% y un nivel bajo más elevado (4.76%). Los pacientes con nivel primario registraron porcentajes bajos en todos los niveles, destacando un acceso alto de apenas 2.12% y un acceso bajo del 0.53%.

En conjunto, los resultados evidenciaron que el nivel educativo y el grupo etario influyeron en la percepción de barreras económicas para acceder a los servicios odontológicos, siendo más favorable el acceso en quienes tenían mayor instrucción y se encontraban en edades económicamente activas.

Tabla 6. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión cultural según variables socio-demográficas

		Dimensión cultural					
		Alto		Medio		Bajo	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18 a 28 años	0	0.00%	36	19.05%	8	4.23%
	29 a 39 años	1	0.53%	54	28.57%	20	10.58%
	40 a 50 años	1	0.53%	22	11.64%	8	4.23%
	51 a 61 años	0	0.00%	10	5.29%	2	1.06%
	62 a 73 años	0	0.00%	5	2.65%	2	1.06%
Sexo	Masculino	1	0.53%	29	15.34%	15	7.94%
	Femenino	1	0.53%	98	51.85%	25	13.23%
Grado de instrucción	Primaria	0	0.00%	4	2.12%	4	2.12%
	Secundaria	1	0.53%	41	21.69%	17	8.99%
	Superior (T/U)	1	0.53%	82	43.39%	19	10.05%

Gráfico 4. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión cultural según variables socio-demográficas



Fuente: Elaboración propia

Del total de 169 pacientes atendidos en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI, se evidenció que el acceso a los servicios de salud dental en la dimensión cultural

presentó su mayor concentración en el nivel medio, especialmente en el grupo de edad de 29 a 39 años (28.57%), seguido por el de 18 a 28 años (19.05%) y el de 40 a 50 años (11.64%). Los niveles alto fueron escasos en todos los grupos etarios, con apenas un caso (0.53%) en los pacientes de 29 a 39 y de 40 a 50 años. El acceso bajo fue más notorio en los grupos de 29 a 39 años (10.58%) y de 18 a 28 años (4.23%), lo que podría reflejar la presencia de barreras culturales como el desconocimiento, creencias o actitudes frente a la atención odontológica.

En cuanto al sexo, se observó que las mujeres concentraron los mayores porcentajes en el acceso medio (51.85%) y también registraron el porcentaje más alto en el acceso bajo (13.23%), mientras que en los varones estos niveles fueron de 15.34% y 7.94%, respectivamente. El nivel alto fue mínimo para ambos sexos (0.53%), lo cual evidencia la presencia generalizada de limitaciones culturales, aunque con mayor impacto en el grupo femenino.

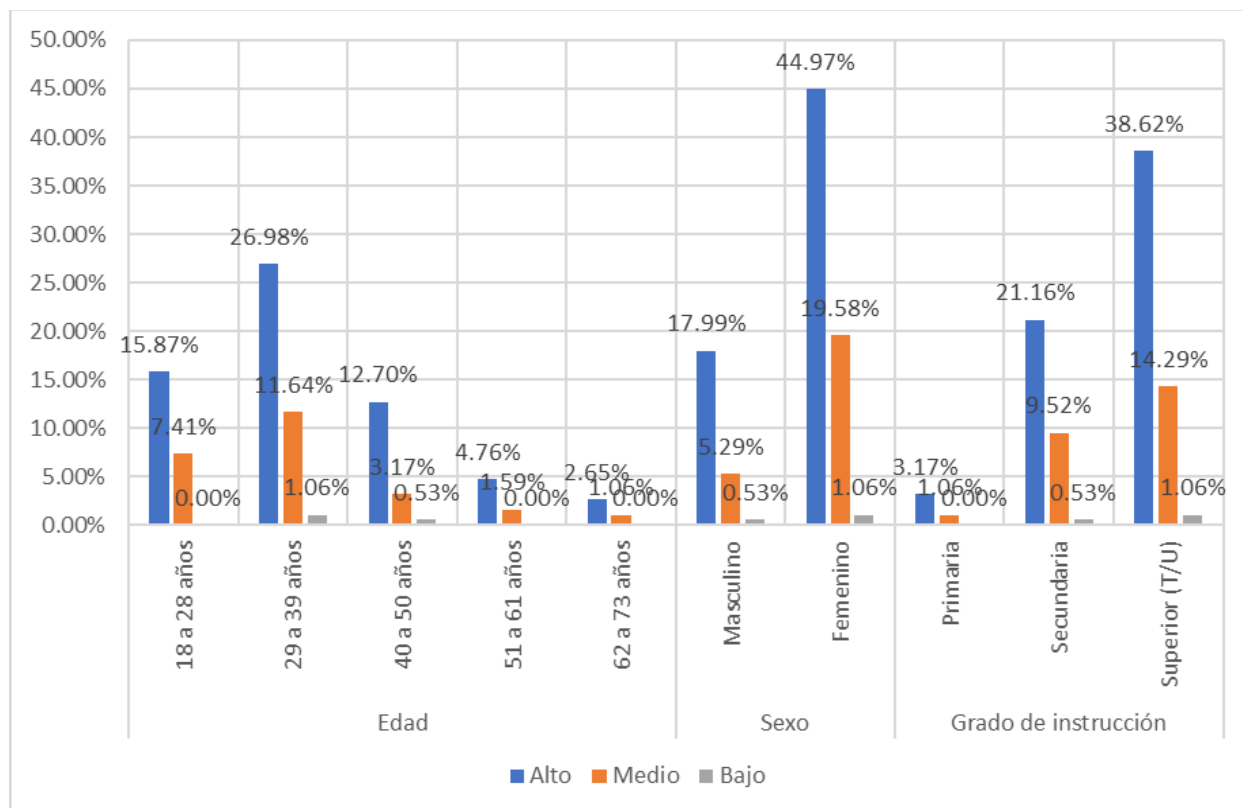
Respecto al grado de instrucción, los pacientes con formación superior alcanzaron el mayor porcentaje en el nivel medio (43.39%), seguidos por quienes tenían educación secundaria (21.69%). No obstante, el acceso bajo también fue mayor en estos dos grupos, especialmente en los de formación superior (10.05%) y secundaria (8.99%). Los pacientes con nivel primario mostraron bajos porcentajes tanto en el acceso medio (2.12%) como en el bajo (2.12%), sin casos en el nivel alto.

En conjunto, estos resultados sugirieron que las barreras culturales en el acceso a la salud dental afectaron incluso a los pacientes con mayores niveles educativos, y que el impacto fue más visible en mujeres y en grupos etarios jóvenes y adultos, posiblemente por la persistencia de percepciones o prácticas tradicionales frente a la atención odontológica.

Tabla 7. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión administrativa según variables socio-demográficas

		Dimensión administrativa					
		Alto		Medio		Bajo	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18 a 28 años	30	15.87%	14	7.41%	0	0.00%
	29 a 39 años	51	26.98%	22	11.64%	2	1.06%
	40 a 50 años	24	12.70%	6	3.17%	1	0.53%
	51 a 61 años	9	4.76%	3	1.59%	0	0.00%
	62 a 73 años	5	2.65%	2	1.06%	0	0.00%
Sexo	Masculino	34	17.99%	10	5.29%	1	0.53%
	Femenino	85	44.97%	37	19.58%	2	1.06%
Grado de instrucción	Primaria	6	3.17%	2	1.06%	0	0.00%
	Secundaria	40	21.16%	18	9.52%	1	0.53%
	Superior (T/U)	73	38.62%	27	14.29%	2	1.06%

Gráfico 5. Acceso a los servicios de salud dental en la dimensión administrativa según variables socio-demográficas



Fuente: Elaboración propia

Del total de 169 pacientes que acudieron a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI, se observó que el acceso en la dimensión administrativa se concentró principalmente en el nivel alto, destacando el grupo etario de 29 a 39 años con 26.98%, seguido por el grupo de 18 a 28 años (15.87%) y el de 40 a 50 años (12.70%). Esto evidenció que estos pacientes percibieron favorablemente aspectos administrativos como la atención del personal, el tiempo de espera y la facilidad en los procedimientos. El acceso medio fue menor en todos los grupos, siendo más notorio en los de 29 a 39 años (11.64%) y 18 a 28 años (7.41%). El nivel bajo fue escaso, reportándose únicamente en los grupos de 29 a 39 años (1.06%) y de 40 a 50 años (0.53%).

Con respecto al sexo, las mujeres alcanzaron los porcentajes más altos de acceso alto (44.97%) y medio (19.58%), en comparación con los varones (17.99% y 5.29%, respectivamente). En cuanto al acceso bajo, este fue mínimo en ambos sexos, con un 1.06% en mujeres y 0.53% en hombres.

En relación con el grado de instrucción, los pacientes con formación superior obtuvieron los porcentajes más altos de acceso alto (38.62%) y medio (14.29%), y solo el 1.06% reportó acceso bajo. Aquellos con educación secundaria también reflejaron un buen nivel de acceso, con un 21.16% en el nivel alto y 9.52% en el medio, mientras que los pacientes con nivel primario alcanzaron valores mínimos en ambas categorías (3.17% alto, 1.06% medio), sin casos de acceso bajo.

En conjunto, estos resultados reflejaron una percepción predominantemente positiva del acceso en la dimensión administrativa a los servicios odontológicos, con ligeras variaciones según edad, sexo y nivel educativo, y con una incidencia muy baja de dificultades en este aspecto.

4.1.2. Prueba de Hipótesis

Hipótesis general

Hi: Existe relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas, en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Ho: No existe relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas, en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Estadístico de prueba: Dado que la variable dependiente es de tipo ordinal y las variables independientes —edad y grado de instrucción— también son ordinales, mientras que sexo es una variable nominal, se optó por aplicar el modelo de regresión logística ordinal, con el fin de evaluar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas.

Tabla 8. Modelo regresión logística entre acceso a los servicios de salud dental, según variables socio-demográficas

MODELO	LOGARITMO DE LA VEROSIMILITUD -2	CHI-CUADRADO	GL	SIG.
SÓLO INTERSECCIÓN	78.557			
FINAL	68.047	10.510	7	0.04

Nagelkerke: 0.184

Con el propósito de contrastar la hipótesis general, que planteaba una relación entre las variables socio-demográficas (edad, grado de instrucción y sexo) y el acceso a los servicios de salud dental, se aplicó un modelo de regresión logística ordinal, dado que la variable dependiente era de tipo ordinal, y las variables independientes incluían tanto variables ordinales como nominales.

Los resultados mostraron que el modelo con sólo intersección presentó un logaritmo de la verosimilitud de $-2LL = 78.557$, mientras que el modelo final arrojó un valor de 68.047. La diferencia entre ambos modelos fue significativa, con un estadístico Chi-cuadrado de 10.510, 7 grados de libertad y un valor de $p = 0.040$, el cual resultó menor al nivel de significancia establecido de 0.05. En consecuencia, se rechazó la hipótesis nula, concluyéndose que sí existió una relación estadísticamente significativa entre las variables socio-demográficas y el acceso a los servicios de salud dental en los pacientes atendidos en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Además, el coeficiente Nagelkerke R^2 fue de 0.184, lo que indicó que el modelo explicó aproximadamente el 18.4% de la variabilidad del acceso a los servicios de salud dental. Este valor, aunque no alto, refleja una capacidad explicativa aceptable dentro del contexto de investigaciones en salud pública, donde múltiples factores contextuales influyen en el comportamiento de las variables.

En resumen, los resultados respaldaron la hipótesis general, evidenciando que las condiciones sociodemográficas —edad, sexo y nivel educativo— se relacionaron de manera significativa con el acceso a los servicios odontológicos por parte de los pacientes evaluados.

Hipótesis 1:

H₁₁: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión geográfica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

H01: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión geográfica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Estadístico de prueba: Dado que la variable dependiente es de tipo ordinal y las variables independientes —edad y grado de instrucción— también son ordinales, mientras que sexo es una variable nominal, se optó por aplicar el modelo de regresión logística ordinal, con el fin de evaluar la relación entre las variables socio-demográficas y el nivel de acceso a los servicios de salud dental.

Tabla 9. Modelo regresión logística entre acceso a los servicios de salud dental en la dimensión geográfica, según variables socio-demográficas

MODELO	LOGARITMO DE LA VEROSIMILITUD	CHI-CUADRADO	GL	SIG.
SÓLO INTERSECCIÓN	79.681			
FINAL	60.688	18.993	7	0.008

Nagelkerke: 0.14

Para evaluar la hipótesis específica que postulaba la existencia de una relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión geográfica y las variables socio-demográficas (edad, grado de instrucción y sexo), se empleó el modelo de regresión logística ordinal, considerando que la variable dependiente era de tipo ordinal, mientras que las variables independientes eran de tipo ordinal y nominal.

El análisis evidenció que el modelo final obtuvo un logaritmo de la verosimilitud (-2LL) de 60.688, en contraste con el modelo de sólo intersección que alcanzó un valor de 79.681. Esta reducción representó una mejora estadísticamente significativa del modelo, con un Chi-cuadrado = 18.993, 7 grados de libertad y un valor de significancia $p = 0.008$. Al ser menor al nivel crítico

de 0.05, se rechazó la hipótesis nula, concluyéndose que sí existió una relación significativa entre el acceso geográfico a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas consideradas.

Además, el pseudo R^2 de Nagelkerke fue de 0.14, lo cual indicó que el modelo explicó aproximadamente el 14% de la variabilidad en la dimensión geográfica del acceso. Aunque este valor es moderado, refleja una capacidad explicativa aceptable, especialmente en estudios sociales y de salud donde múltiples factores externos pueden incidir.

En conjunto, los resultados permitieron validar la hipótesis H_{i1} , demostrando que las condiciones socio-demográficas influyeron de forma significativa en el acceso geográfico a los servicios odontológicos entre los pacientes atendidos en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Hipótesis 2:

H_{i2} : Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión económica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

H_0 : No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión económica, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Estadístico de prueba: Dado que la variable dependiente es de tipo ordinal y las variables independientes —edad y grado de instrucción— también son ordinales, mientras que sexo es una variable nominal, se optó por aplicar el modelo de regresión logística ordinal, con el fin de evaluar

la relación entre las variables socio-demográficas y el nivel de acceso a los servicios de salud dental.

Tabla 10. Modelo regresión logística entre acceso a los servicios de salud dental en la dimensión económica, según variables socio-demográficas

MODELO	LOGARITMO DE LA VEROSIMILITUD -2	CHI-CUADRADO	GL	SIG.
SÓLO INTERSECCIÓN	96.851			
FINAL	77.926	18.924	7	0.008

Nagelkerke: 0.132

Con el objetivo de contrastar la hipótesis que planteaba una relación significativa entre el acceso económico a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas (edad, grado de instrucción y género), se aplicó un modelo de regresión logística ordinal, dado que la variable dependiente presentaba una escala ordinal y las variables independientes eran de tipo ordinal y nominal.

Los resultados mostraron que el modelo final obtuvo un valor de logaritmo de la verosimilitud (-2LL) de 77.926, mientras que el modelo nulo (sólo intersección) presentó un valor de 96.851. Esta diferencia representó un estadístico Chi-cuadrado de 18.924 con 7 grados de libertad, y un valor de significancia $p = 0.008$. Como este valor fue menor al nivel de significación establecido (0.05), se rechazó la hipótesis nula, concluyéndose que sí existió una relación estadísticamente significativa entre las variables socio-demográficas y el nivel de acceso a los servicios de salud dental en su dimensión económica.

Asimismo, el coeficiente Nagelkerke R^2 fue de 0.132, lo que indicó que el modelo explicó aproximadamente el 13.2% de la variabilidad en el acceso económico. Aunque este valor no es

alto, se considera aceptable en estudios sociales y de salud pública, donde múltiples factores externos intervienen en los resultados.

En consecuencia, los hallazgos permitieron aceptar la hipótesis Hi2, evidenciando que las condiciones sociodemográficas —en especial la edad, el nivel educativo y el sexo— tuvieron un impacto significativo en la percepción de barreras económicas para acceder a los servicios odontológicos en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Hipótesis 3:

Hi3: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión cultural, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Ho: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión cultural, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Estadístico de prueba. Dado que la variable dependiente es de tipo ordinal y las variables independientes —edad y grado de instrucción— también son ordinales, mientras que sexo es una variable nominal, se optó por aplicar el modelo de regresión logística ordinal, con el fin de evaluar la relación entre las variables socio-demográficas y el nivel de acceso a los servicios de salud dental.

Tabla 11. Modelo regresión logística entre acceso a los servicios de salud dental en la dimensión cultural, según variables socio-demográficas

MODELO	LOGARITMO DE LA VEROSIMILITUD	CHI-CUADRADO	GL	SIG.
SÓLO INTERSECCIÓN	75.943			
FINAL	65.778	10.165	7	0.179

Nagelkerke: 0.083

Para contrastar la hipótesis que proponía una relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión cultural y las variables socio-demográficas (edad, grado de instrucción y sexo), se aplicó un modelo de regresión logística ordinal, dado el carácter ordinal de la variable dependiente y la naturaleza ordinal y nominal de las variables independientes.

El análisis del modelo evidenció que el logaritmo de la verosimilitud del modelo nulo fue de 75.943, mientras que el del modelo final fue de 65.778, lo cual representó una mejora de 10.165 puntos. No obstante, el valor de Chi-cuadrado (10.165) con 7 grados de libertad presentó una significancia de $p = 0.179$, siendo mayor al umbral de 0.05, por lo tanto, no fue estadísticamente significativo.

En consecuencia, no se pudo rechazar la hipótesis nula (H_0), lo cual implicó que no se encontró evidencia suficiente para afirmar que las variables edad, sexo y grado de instrucción estuvieran significativamente relacionadas con el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión cultural.

Adicionalmente, el coeficiente Nagelkerke R^2 fue de 0.083, lo que indicó que el modelo explicó aproximadamente el 8.3% de la variabilidad en dicha dimensión del acceso. Este valor reflejó una baja capacidad explicativa, lo cual sugiere que existen otras variables, que podrían influir con mayor peso en la percepción del acceso desde esta dimensión.

En resumen, los resultados permitieron mantener la hipótesis nula, concluyéndose que las variables sociodemográficas analizadas no se asociaron de forma significativa con la dimensión cultural del acceso a los servicios odontológicos en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Hipótesis 4:

Hi4: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión administrativa, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Ho: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental, en su dimensión administrativa, según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Estadístico de prueba: Dado que la variable dependiente es de tipo ordinal y las variables independientes —edad y grado de instrucción— también son ordinales, mientras que sexo es una variable nominal, se optó por aplicar el modelo de regresión logística ordinal, con el fin de evaluar la relación entre las variables socio-demográficas y el nivel de acceso a los servicios de salud dental.

Tabla 12. Modelo regresión logística entre acceso a los servicios de salud dental en la dimensión administrativa, según variables socio-demográficas

MODELO	LOGARITMO DE LA VEROSIMILITUD -2	CHI-CUADRADO	GL	SIG.
SÓLO INTERSECCIÓN	67.675			
FINAL	65.880	1.796	7	0.970

Nagelkerke: 0.01

Con la finalidad de evaluar la hipótesis que proponía una relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión administrativa y las variables socio-demográficas (edad, grado de instrucción y sexo), se aplicó un modelo de regresión logística ordinal, dado el carácter ordinal de la variable dependiente y la naturaleza de las variables explicativas, tanto ordinales como nominal.

Los resultados mostraron que el modelo nulo (sólo intersección) obtuvo un valor de logaritmo de la verosimilitud (-2LL) de 67.675, mientras que el modelo final presentó un valor de 65.880. La diferencia entre ambos modelos fue de 1.796 puntos de Chi-cuadrado, con 7 grados de libertad, y un valor de significancia $p = 0.970$. Dado que este valor fue muy superior al nivel de significación de 0.05, se concluyó que la mejora del modelo no fue estadísticamente significativa.

Asimismo, el coeficiente de determinación Nagelkerke R^2 fue apenas de 0.010, lo que evidenció que el modelo explicó sólo el 1% de la variabilidad en la dimensión administrativa del acceso a los servicios odontológicos. Esta escasa capacidad explicativa indicó que las variables sociodemográficas no ejercieron influencia sustancial sobre esta dimensión del acceso.

En resumen, los hallazgos permitieron mantener la hipótesis nula, concluyéndose que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad, el grado de instrucción y el género de los pacientes con la dimensión administrativa en el acceso a los servicios de salud dental en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI. Estos resultados sugieren que otras variables contextuales podrían estar condicionando el acceso.

4.1.3. Discusión de resultados

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas en pacientes que acudieron a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI. En función a los resultados obtenidos mediante el modelo de regresión logística ordinal, se observó que existió una relación estadísticamente significativa entre el acceso general a los servicios de salud dental y las variables sociodemográficas, con un valor de significancia de $p = 0.04$, inferior al nivel establecido de 0.05. Esta evidencia respaldó la aceptación de la hipótesis alternativa general, en concordancia con el estudio de Sidharthan et al. (2024), quienes hallaron una asociación entre la edad, la educación y la utilización de servicios odontológicos en India. Ambos hallazgos resaltaron la influencia del contexto educativo y etario sobre el uso de la atención dental. Sin embargo, a diferencia del presente estudio, Sidharthan et al. documentaron una utilización muy baja (menos del 20%) pese a la necesidad percibida, lo que podría atribuirse a diferencias culturales, de infraestructura o del sistema sanitario entre ambos países. ⁽¹⁴⁾

En relación con la primera dimensión específica, correspondiente al acceso geográfico, se encontró una relación significativa entre esta y las variables sociodemográficas ($p = 0.008$; Nagelkerke = 0.14). Este hallazgo indicó que el lugar de residencia, en combinación con factores como el nivel educativo, el sexo y la edad, influyó en la facilidad o dificultad para acceder a la atención odontológica. El resultado fue consistente con el estudio de Serban et al. (2022), quienes concluyeron que las disparidades geográficas, especialmente en zonas rurales o suburbanas, afectaron el acceso a la atención dental en Estados Unidos, debido a la distancia o localización de los centros de salud ⁽¹⁷⁾. Asimismo, Uguru et al. (2020) coincidieron al identificar la ubicación geográfica como un determinante crucial para la prestación de servicios odontológicos en Nigeria

(20). Ambos estudios enfatizaron la necesidad de políticas que reduzcan las inequidades territoriales, lo cual es extrapolable al contexto de VIDAWASI, donde se atiende a población proveniente de zonas altoandinas.

En cuanto a la segunda dimensión, el acceso económico, también se encontró una relación significativa ($p = 0.008$; Nagelkerke = 0.132), lo cual confirmó que el nivel de ingresos, estrechamente ligado al grado de instrucción y a la ocupación, determinó en gran medida la posibilidad de acceder a servicios odontológicos. Este hallazgo se alinea con los resultados de Edlibi et al. (2023), quienes hallaron que los altos costos fueron una barrera significativa tanto para hombres como mujeres en Rumania ⁽¹⁵⁾. Del mismo modo, Almutlaqah et al. (2018) en Arabia Saudí identificaron el costo y la falta de tiempo como los principales impedimentos para acudir al dentista ⁽²²⁾. Estos hallazgos refuerzan el argumento de que, pese a la cobertura parcial de salud dental en algunos sistemas, la capacidad de pago sigue siendo un obstáculo persistente, sobre todo en comunidades de bajos recursos, como las que atiende VIDAWASI.

Respecto a la dimensión cultural, los resultados del análisis no mostraron una relación estadísticamente significativa entre esta y las variables sociodemográficas ($p = 0.179$; Nagelkerke = 0.083). Este hallazgo indicó que, en este contexto específico, las diferencias culturales no representaron un factor determinante para el acceso a la salud dental. Esta conclusión difirió parcialmente de los estudios de Uguru et al. (2021), quienes evidenciaron que la baja concientización y el desconocimiento cultural influían negativamente en el acceso ⁽¹⁸⁾. La divergencia podría explicarse por la estrategia educativa y comunicacional de VIDAWASI, que mediante programas de sensibilización y programas radiales sobre salud ha logrado reducir la brecha cultural en su población usuaria, promoviendo la salud bucal desde una perspectiva inclusiva y participativa.

Finalmente, respecto a la dimensión administrativa, no se encontró relación significativa ($p = 0.970$; Nagelkerke = 0.01), lo que indicó que los factores administrativos (como tiempos de espera, atención del personal o disponibilidad de citas) no presentaron variaciones en función del nivel educativo, edad o sexo. Este hallazgo contrastó con el estudio de Uguru et al. (2020), donde se identificó que la falta de recursos humanos y políticas institucionales limitaban el acceso ⁽²⁰⁾. La discrepancia podría deberse al modelo de atención que sigue VIDAWASI, basado en atención humanizada y con alto compromiso social, lo cual podría haber minimizado los efectos de las barreras administrativas.

Entre las limitaciones de esta investigación se encontró el tamaño muestral, el cual no permitió una generalización amplia a otras poblaciones rurales del Perú. Otra limitación fue el uso de un solo centro de atención (VIDAWASI), lo que restringió la diversidad institucional. Sin embargo, pese a estas limitaciones, el estudio aportó evidencia relevante sobre la influencia de los factores socio-demográficos en el acceso a servicios odontológicos, contribuyendo a llenar un vacío teórico y práctico en el ámbito de la salud bucal comunitaria.

En términos de aportes, este trabajo permitió generar información contextualizada que puede orientar la formulación de estrategias de intervención a nivel local, considerando la diversidad sociodemográfica de la población objetivo. Asimismo, sirvió de base para futuros estudios que analicen el impacto de reformas en salud bucal desde un enfoque intercultural.

En síntesis, esta información resultará esencial para el desarrollo de políticas que busquen mejorar el acceso equitativo a los servicios odontológicos y garantizar el bienestar bucodental de poblaciones vulnerables en el Perú.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Del análisis efectuado mediante regresión logística ordinal, se concluyó que existe una relación significativa entre las variables socio-demográficas (edad, grado de instrucción y sexo) y el nivel de acceso a los servicios de salud dental en los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI. Esta relación fue estadísticamente significativa ($p = 0.040$), y el modelo explicó el 18.4% de la variabilidad del fenómeno, lo que evidencia que los factores sociodemográficos desempeñaron un rol importante, aunque no exclusivo, en las condiciones de acceso a dichos servicios.

Se halló una relación estadísticamente significativa ($p = 0.008$) entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión geográfica y las variables sociodemográficas. Esto evidenció que la ubicación y la distancia del establecimiento, en conjunto con factores como la edad, el sexo y el nivel educativo de los pacientes, condicionaron el acceso geográfico a la atención dental.

Los resultados mostraron una relación significativa ($p = 0.008$) entre el acceso económico y las variables sociodemográficas, por lo que se concluyó que el costo de los servicios odontológicos, junto con la capacidad adquisitiva de los pacientes, influye directamente en el acceso. Las personas con menor nivel educativo y edad productiva mostraron mayor limitación económica.

No se encontró evidencia estadísticamente significativa ($p = 0.179$) que relacione el acceso a la salud dental en su dimensión cultural con las variables sociodemográficas. Esto sugiere que,

en este contexto específico, las barreras culturales no fueron determinantes para explicar el acceso, aunque no deben ser descartadas.

No se halló relación significativa ($p = 0.970$) entre las variables socio-demográficas y el acceso en la dimensión administrativa. Esto indica que, para los pacientes encuestados, los trámites, tiempos de espera o atención administrativa no representaron barreras relevantes.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda que las autoridades de salud, tanto locales como regionales, diseñen e implementen estrategias integrales que consideren las características socio-demográficas de la población como parte fundamental en la planificación de los servicios odontológicos. Estas estrategias deben incluir la expansión geográfica de los servicios, programas de acceso económico, promoción intercultural de la salud bucal y fortalecimiento administrativo, de modo que se garantice un acceso equitativo y sostenido a la atención odontológica, en especial en comunidades vulnerables como las que atiende la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.

Además, se sugiere realizar estudios complementarios que incorporen otras variables contextuales (como cobertura del seguro, nivel de conocimiento en salud bucal o presencia de enfermedades crónicas), con el fin de profundizar en los determinantes reales que dificultan o favorecen el acceso.

Se recomienda mejorar la distribución territorial de los servicios odontológicos mediante unidades móviles o convenios interinstitucionales, especialmente orientados a poblaciones alejadas o con dificultades de desplazamiento, así como establecer horarios flexibles que se adapten a las necesidades de distintos grupos etarios.

Es necesario implementar políticas de subsidio o tarifas diferenciadas para grupos vulnerables, así como campañas de atención gratuita periódicas, con enfoque en población con menor grado de instrucción o recursos limitados.

Aunque no se evidenció una relación estadística, se sugiere continuar promoviendo la pertinencia cultural de los servicios, incorporando enfoques interculturales, material informativo en lenguas originarias, y personal capacitado en atención con enfoque inclusivo y respetuoso de creencias y costumbres.

Se recomienda mantener y fortalecer los procesos administrativos eficientes, y realizar encuestas de satisfacción para asegurar que los procedimientos sigan siendo accesibles, ágiles y centrados en el usuario, evitando que se conviertan en barreras futuras.

REFERENCIAS

1. OMS. Constitución [Internet]. Who.int. 1946; [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/accountability/governance/constitution>
2. De la Rosa M, Tavizón J, Dolores M, Martínez R, Deligorje M. El papel de la salud bucal en el desarrollo integral del ser humano [Internet]. Contexto Odontológico. 2021; [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/contextoodontologico/article/download/1123/1025/>
3. OMS. La OMS destaca que el descuido de la salud bucodental afecta a casi la mitad de la población mundial [Internet]. Who.int. 2022; [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>
4. Hernández-Vásquez A, Bendezu-Quispe G, Azañedo D, Santero M. Use of oral health care services in Peru: trends of socio-economic inequalities before and after the implementation of Universal Health Assurance. BMC Oral Health [Internet]. 2019; [citado el 17 de abril de 2024]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-019-0731-7>
5. Kailembo A, Preet R, Stewart Williams J. Socioeconomic inequality in self-reported unmet need for oral health services in adults aged 50 years and over in China, Ghana, and India. Int J Equity Health [Internet]. 2018; [citado el 17 de abril de 2024]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-018-0812-2>
6. Uguru N, Onwujekwe O, Uguru CC, Ogu UU. Achieving universal health coverage in Nigeria: the dilemma of accessing dental care in Enugu state, Nigeria, a mixed methods study. Heliyon [Internet]. 2021; [citado el 17 de abril de 2024]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33532639/>

7. Rossi TRA, Lorena Sobrinho JE de, Chaves SCL, Martelli PJ de L. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. Cien Saude Colet [Internet]. 2019; [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31778493/>
8. Verheire F, De Visschere L, Fernandez C, Lambert M, Marks L. Accessibility to oral health care for people on social assistance: a survey of social service providers from Public Welfare Centers in Flanders. Int Dent J [Internet]. 2018; [citado el 17 de abril de 2024]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/wo1/doi/10.1111/idj.12395/fullpdf>
9. Jashni YK, Emari F, Morris M, Allison P. Indicators of integrating oral health care within universal health coverage and general health care in low-, middle-, and high-income countries: a scoping review. BMC Oral Health [Internet]. 2023; [citado el 17 de abril de 2024]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-023-02906-2>
10. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Haikal DS, Martins AME de BL. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. Cien Saude Colet [Internet]. 2019; [citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDsdw6HVZw5MJK7QkPjtDQR/>
11. Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG de, Cavalcanti YW. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2021; [citado el 17 de abril de 2024]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34495041/>
12. Glick M, Williams DM, Ben Yahya I, Bondioni E, Cheung WWM, Clark P, et al. Proporcionar una salud bucodental óptima para todos [Internet]. Fdiworlddental.org.

[citado el 17 de abril de 2024]. Disponible en:

https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-04/vision-2030-esp_0.pdf

13. Namay V, Margarita E. Conocimiento de salud bucal y acceso a los servicios odontológicos en adolescentes del Centro de Salud Monte Alegre, Pucallpa 2021. Universidad César Vallejo; 2021. [Internet]. [citado el 02 de abril de 2024] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/72803>
14. Sidharthan S, Ramanarayanan V, Karuveetil V, Ravindran GC. Utilization of dental health services and its associated factors among adult population in Ernakulam district, Kerala, India: A mixed-method analysis. *J Oral Biol Craniofac Res* [Internet]. 2024;14(2):133–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jobcr.2024.01.010>
15. Edlibi Al Hage W, Dascălu CG, Balçoş C, Agop-Forna D, Forna NC. Trends in access to oral health care among adults from the N-E region of Romania. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2022 [cited 2024 May 15];59(1):74. Available from: <https://www.mdpi.com/1648-9144/59/1/74>
16. Vali L, Zare Z, Jahani Y, Kalavani K. Investigating the access barriers to oral and dental health services for children from the perspective of parents attending the health centers of Kerman. *Dent Res J (Isfahan)* [Internet]. 2023;20(1):49. Available from: <http://dx.doi.org/10.4103/1735-3327.374806>
17. Serban N, Ma S, Pospichel K, Yang L. Evaluating access to pediatric oral health care in the southeastern states. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2022 [cited 2024 May 15];153(4):330-341.e12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35123774/>
18. Uguru N, Onwujekwe O, Uguru CC, Ogu UU. Achieving universal health coverage in Nigeria: the dilemma of accessing dental care in Enugu state, Nigeria, a mixed methods

- study. Heliyon [Internet]. 2021;7(1):e05977. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e05977>
19. Hajek A, Kretzler B, König H-H. Factors associated with dental service use based on the Andersen model: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(5):2491. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18052491>
20. Uguru N, Onwujekwe O, Ogu UU, Uguru C. Access to Oral health care: a focus on dental caries treatment provision in Enugu Nigeria. *BMC Oral Health* [Internet]. 2020;20(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-020-01135-1>
21. Bastos LF, Hugo FN, Hilgert JB, Cardozo DD, Bulgarelli AF, Santos CM dos. Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. *Braz Oral Res* [Internet]. 2019;33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2019.vol33.0018>
22. Almutlaqah M, Baseer M, Ingle N, Assery M, Al Khadhari M. Factors affecting access to oral health care among adults in Abha city, Saudi Arabia. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2018 [cited 2024 May 15];8(5):431. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30430071/>
23. Alcalde-Rabanal J, Lazo-Gonzales O, Macias N, Contreras-Ochoa C, Espinosa-Henao O. Sistema de salud en el Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 21];4(3):8–18. Available from: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/108>
24. Análisis de Situación de Salud del Perú 2019 [Internet]. Gob.pe. 2019. Disponible de: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf

25. Altamirano L. Salud pública y sector privado: pendientes de mediano y largo plazo [Internet]. AmCham News. 2020 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://amcham.org.pe/news/salud-publica-y-sector-privado-pendientes-de-mediano-y-largo-plazo/>
26. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care [Internet]. 1981 [cited 2024 Jun 21];19(2):127–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7206846/>
27. Valbuena GJP. Accesibilidad geográfica a los servicios de salud: un estudio de caso para Barranquilla [Internet]. Scielo. 2015 [cited 2024 Jun 21]. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-63572015000100010
28. Carballo-Quesada L. Accesibilidad a los servicios de salud como un componente de la calidad de la atención. Acta méd costarric [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 21];64(2):1–3. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022022000200001&lng=en
29. Tapia J de, Encina R, Piangatelli M del C, Pirola J, González GP, Moscoso NS. Barreras al acceso según las etapas del proceso de atención de la salud de los adultos mayores. Gerokomos [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 21];34(3):183–7. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000300006&lng=es
30. Eroza, E, Carrasco, M. La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. LiminaR. [Internet]. 2020. 18(1), 112-128. Available from: <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>

31. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de aquí a 2030: resumen ejecutivo [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2022 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240061569>
32. Echevarria-Goche A, Solis-Sánchez G, Tuesta-Orbe LV, Andamayo-Flores C, Vidal-Anzardo M. Prioridades nacionales de investigación en salud bucal, Perú 2022-2026: proceso, experiencias y perspectivas. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 21];40(3):354–63. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342023000300354&lng=es
33. Hernández-Vásquez A, Bendezu-Quispe G, Azañedo D, Santero M. Use of oral health care services in Peru: trends of socio-economic inequalities before and after the implementation of Universal Health Assurance. BMC Oral Health [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 21];19(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-019-0731-7>
34. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú [Internet]. Gob.pe. [cited 2024 Jun 21]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0387
35. de Abreu MHNG, Cruz AJS, Borges-Oliveira AC, Martins R de C, Mattos F de F. Perspectives on social and environmental determinants of oral health. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 21];18(24):13429. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/24/13429>
36. Ghanbarzadegan A, Balasubramanian M, Luzzi L, Brennan D, Bastani P. Inequality in dental services: a scoping review on the role of access toward achieving universal health

- coverage in oral health. BMC Oral Health [Internet]. 2021;21(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-021-01765-z>
37. Ruiz JAH, Pisfil-Benites N, Azañedo D, Hernández-Vásquez A. Impact of health insurance on the use of oral health services in the Peruvian population 2015–2019. BMC Oral Health [Internet]. 2024;24(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-024-04441-0>
38. Tiwari T, Rai N. Oral Health of African Immigrants: A participatory approach to needs assessment. Community Dent Health [Internet]. 2021 [cited 2024 Jun 21];38(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33507651/>
39. Verheire F, De Visschere L, Fernandez C, Lambert M, Marks L. Accessibility to oral health care for people on social assistance: a survey of social service providers from Public Welfare Centers in Flanders. Int Dent J [Internet]. 2018 [cited 2024 Jun 21];68(6):393–404. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/idj.12395>
40. Espinoza-Portilla Elizabeth, Gil-Quevedo Walter, Agurto-Távora Elvia. Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 2024 Jun 21] ; 46(4) : . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400012&lng=es
41. Mayanz S. Eficiencia del sistema de salud chileno: análisis comparativo entre los servicios de salud. Rev Med Chil [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 21];150(11):1501–12. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022001101501&lng=es
42. Ribeiro et al. Progress and challenges in potential access to oral health primary care services in Brazil: A population-based panel study with latent transition analysis. PLoS

- One [Internet]. 2021;16(3):e0247101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0247101>
43. Winkelmann J, Rossi JG, van Ginneken E. Oral health care in Europe: Financing, access and provision [Internet]. Who.int. 2022 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/oral-health-care-in-europe-financing-access-and-provision>
44. Cetrángolo et al. EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva [Internet]. Gob.pe. 2013 [cited 2024 Jun 21]. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>
45. SIS anuncia acuerdos con sanidades de FFAA y PNP para mejorar servicio a sus asegurados [Internet]. Gob.pe. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/33545-sis-anuncia-acuerdos-con-sanidades-de-ffaa-y-pnp-para-mejorar-servicio-a-sus-asegurados>
46. Dickson K. Colaboración entre organizaciones no gubernamentales y los gobiernos en la reforma del sector de la salud [Internet]. Scielosp.org. [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n4/0426.pdf>
47. Programas de Salud bucal en la Primera Infancia en Perú. Rev. Odontopediatr. Latinoam. [Internet]. 2021. [cited 2024 Jun. 21];11(Suplemento). Available from: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/480>
48. Vizcaíno Zúñiga PI, Cedeño Cedeño RJ, Maldonado Palacios IA. Metodología de la investigación científica: guía práctica. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar [Internet]. 2023 [citado 2024 Nov 25];7(4):9723–62. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658>

49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6.^a ed. México: McGraw-Hill; 2014. [citado 2024 Nov 25] Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
50. OCDE. Manual de Frascati: Directrices para la recogida y presentación de información sobre la investigación y el desarrollo experimental. París: OCDE; 2015 [Internet] [citado 2024 Nov 25] Disponible en: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/es/publications/reports/2015/10/frascati-manual-2015_g1g57dcb/9789264310681-es.pdf
51. Arias Galicia F. El proyecto de investigación: guía para su elaboración [Internet]. Caracas: Episteme; 2012. [citado 2024 Nov 25] Disponible en: <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>
52. Improving access to oral healthcare [Internet]. Fdiworlddental.org. 2021 [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/improving-access-oral-healthcare>
53. Ponce BE. Análisis de la accesibilidad geográfica en la atención primaria de la salud: estudio aplicado en los Centros Regionales de Referencias del Gran Resistencia (Chaco, Argentina). Rev salud pública [Internet]. 2015 [cited 2024 Sep 20];19(3):32–44. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/13068>
54. Mauro M, Solitario R, Comes y Pamela Garbus. Y. La construcción del concepto de Accesibilidad en los Sistemas de Salud [Internet]. Aacademica.org. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://cdsa.aacademica.org/000-034/629.pdf>

55. Landini F, Cowes VG, DAmore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014;30(2):231–44. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2014.v30n2/231-244/es>
56. Stolkner P y. La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años [Internet]. *Aacademica.org*. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.aacademica.org/000-039/179.pdf>
57. Alves B/. O/. DeCS [Internet]. *Bvsalud.org*. [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59890>
58. Office for Human Research Protections (OHRP). Read the Belmont report [Internet]. *Hhs.gov*. US Department of Health and Human Services; 2018 [cited 2024 Sep 20]. Available from: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas, en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI?</p> <p>Problemas específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión geográfica según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI? 2. ¿Cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión de economía según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI? 3. ¿Cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión cultural según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI? 4. ¿Cuál es la relación entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión de administración según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI? 	<p>Objetivo general:</p> <p>Evaluar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas, en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión geográfica según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI. 2. Determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión de economía según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI. 3. Determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión cultural según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI. 4. Determinar la relación entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión de administración según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI. 	<p>Hipótesis general:</p> <p>Hi: Existe relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas, en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Ho: No existe relación entre el acceso a los servicios de salud dental y las variables socio-demográficas, en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Hi¹: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión geográfica según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión geográfica según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Hi²: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión de economía según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión de economía según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Hi³: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión cultural según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión cultural según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Hi⁴: Existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión de administración según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre el acceso a los servicios de salud dental en su dimensión de administración según las variables socio-demográficas de los pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p>	<p>Variable:</p> <p>ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DENTAL: Se define como el proceso por el cual se logra que una necesidad de atención odontológica se satisfaga.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geográfica ➤ Económica ➤ Cultural ➤ Administrativa <p>Co-Variables:</p> <p>VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS:</p> <p>Grado de instrucción: La presente covariable evalúa el grado más elevado de estudio realizado.</p> <p>Edad: La presente covariable evaluará la cantidad en años de cada persona que realice la encuesta.</p> <p>Género: La presente covariable evaluará la el sexo de cada persona, a través del DNI del encuestado.</p>	<p>Tipo de investigación: El presente trabajo de investigación es de tipo básica, ya que se tiene como finalidad resolver un problema específico, y es posible realizarla mediante el conocimiento previo que se obtuvo.</p> <p>Método y diseño de la investigación: Método: Esta investigación es de tipo hipotético - deductivo porque el objetivo principal de este proyecto es evaluar el acceso a los servicios de salud dental en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI.</p> <p>Diseño: El diseño de la investigación es no experimental ya que las variables no fueron manipuladas de forma intencional, observacional porque los fenómenos se pueden percibir en su entorno natural para ser analizados y transversal ya que la información se recolectó en un solo momento determinado.</p>

ANEXO 2: INSTRUMENTO

TITULO	ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DENTAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CIUDADELA DE SALUD INFANTIL VIRGEN DE VIDAWASI, 2025						
Edad	_____ años		Sexo	Masculino	Femenino		
Grado de instrucción	Primaria		Secundaria	Superior (Técnico/Universitario)			
Fecha							
INSTRUCCIONES: Marque con un aspa (X) la alternativa que usted crea conveniente.							
DIMENSION: GEOGRAFICA			Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
			1	2	3	4	5
01	¿Existe suficiente número de consultorios dentales en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI?						
02	¿Existe suficiente cantidad de odontólogos para atender a todos los pacientes?						
03	¿La distancia de su domicilio al centro de salud es impedimento para su correcta atención dental?						
04	¿El tiempo que demora en ir al centro de salud se justifica en aras de su salud bucal?						
DIMENSION: ECONOMICA			Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
			1	2	3	4	5
05	¿Todos sus tratamientos dentales han sido cubiertos por algún seguro? (SIS, ESSALUD, Sanidad, Entidad Prestadora de salud)						
06	¿Tiene la capacidad de asumir el gasto que generan los medicamentos que no cubre su seguro?						
07	¿Los costos por la atención odontológica le resulta accesibles?						
08	¿Tiene la capacidad económica de asumir el transporte para acudir al centro de salud?						
DIMENSION: CULTURAL			Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
			1	2	3	4	5
09	¿Acude al consultorio dental solo cuando presenta molestias o dolores dentales?						
10	¿Acude de manera preventiva al consultorio dental?						
11	¿Tienes temor a realizarte tratamientos dentales?						
12	¿Su creencia religiosa o costumbres no le impiden realizarse algún tratamiento dental?						
DIMENSION: ADMINISTRATIVA			Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
			1	2	3	4	5
13	¿Obtener una cita para una consulta dental le toma poco tiempo?						
14	¿Consigue fácilmente una nueva cita para continuar con su atención dental?						
15	¿El personal que labora en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI es rápido y amable?						
16	¿El personal que labora en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI en el área de Admisión atiende oportunamente los requerimientos?						

ANEXO 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL ACCESO A LOS
SERVICIOS DE SALUD DENTAL**

DIMENSION 1: GEOGRAFICA		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
01	¿Existe suficiente número de consultorios odontológicos en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI ?							
02	¿Existe suficiente cantidad de odontólogos para atender a todos los pacientes?							
03	¿La distancia de su domicilio al centro de salud no es impedimento para su correcta atención odontológica?							
04	¿El tiempo que demora en ir al centro de salud se justifica en aras de su salud bucal?							

DIMENSION 2: ECONOMICA		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
05	¿Todos sus tratamientos dentales han sido cubiertos por algún seguro? (SIS, ESSALUD, Sanidad, Entidad Prestadora de salud)							
06	¿Tiene la capacidad de asumir el gasto que generan los medicamentos que no cubre su seguro?							
07	¿Los costos por la atención odontológica le resulta accesibles?							
08	¿Tiene la capacidad económica de asumir el transporte para acudir al centro de salud?							

DIMENSION 3: CULTURAL		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
09	¿Acude al consultorio dental solo cuando presenta molestias o dolores dentales?							
10	¿Acude de manera preventiva al consultorio dental?							
11	¿Tienes temor a realizarte tratamientos dentales?							
12	¿Su creencia religiosa o costumbres no le impiden realizarse algún tratamiento dental?							

DIMENSION 4: ADMINISTRATIVA		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
13	¿Obtener una cita para una consulta odontológica le toma poco tiempo?							
14	¿Consigue fácilmente una nueva cita para continuar con su atención dental?							
15	¿El personal que labora en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI es rápido y amable?							
16	¿El personal que labora en la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI en el área de Admisión atiende oportunamente los requerimientos?							

Observación (precisar si hay suficiencia): _____

Opción de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de su corrección [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./Mg: _____ DNI: _____

Especialidad del validador: _____

Fecha: _____

Firma del Experto

¹**PERTINENCIA:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**RELEVANCIA:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión del constructo.

³**CLARIDAD:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.



FICHA DE VALIDEZ POR JUECES EXPERTOS

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimada Mg. Esp. CD. Erika Ruth Alvarado Muñoz

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Observación (precisar si hay suficiencia): _____

Opción de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de su corrección No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./Mg. Erika Ruth Alvarado Muñoz DNI: 40100819

Especialidad del validador: Magister en Gestión de los Servicios de la Salud- Esp. Odontología Forense

Fecha: 01 de octubre del 2024

Firma del Experto



FICHA DE VALIDEZ POR JUECES EXPERTOS ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimada Mg. Esp. CD. Davila Rosado, Monica

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Observación (precisar si hay suficiencia): SI presenta suficiencia

Opción de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de su corrección No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. Mg. Davila Rosado, Mónica G DNI: 10301652

Especialidad del validador: Odontopediatra

Fecha: 16/oct/24

Firma del Experto

Monica G. Davila Rosado
Código Dentista - Odontopediatra
C.O.P. 12704 - R.R.L. 000



FICHA DE VALIDEZ POR JUECES EXPERTOS

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimada Mg. Esp. CD. Villacorta Molina, Mariela

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Observación (precisar si hay suficiencia): _____

Opción de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de su corrección No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./Mg: __Mariela Villacorta Molina_ DNI: 10081274

Especialidad del validador: _____

Fecha: _____

VillacortaMM

Firma del Experto

FICHA DE VALIDEZ POR JUECES EXPERTOS

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimada Mg. Esp. CD. Alvino Vales María Isabel

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Observación (precisar si hay suficiencia): Instrumento adecuado y suficiente para su aplicación

Opción de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de su corrección No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./Mg: ALVINO VALES MARIA ISABEL DNI: 44354345

Especialidad del validador: ODONTOPEDIATRA

Fecha: 1-10-24



Firma del Experto

FICHA DE VALIDEZ POR JUECES EXPERTOS

ESCALA DE CALIFICACIÓN

Estimada Mg. Esp. CD. Llerena Meza de Pastor Verónica

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

Observación (precisar si hay suficiencia):_Ninguna

Opción de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de su corrección [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./Mg Esp. Verónica Llerena Meza de Pastor DNI: 09920986

Especialidad del validador: Esp en Carielogia y endodoncia

Fecha: 1.10.2024



Mg Esp CD Verónica Meza de Pastor
COP 16483
CARIELOGIA Y ENDODONCIA
R.N.E. 241

Firma del Experto

ANEXO 4: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

I. DATOS INFORMATIVOS

1.1. ESTUDIANTE :	CHATE AGAMA, RAYITO DE SOL EYMY
1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN :	Acceso a los servicios de salud dental en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI, 2025
1.3. CARRERA :	Odontología
1.4. TIPO DE INSTRUMENTO :	Cuestionario
1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD EMPLEADO:	<i>Alfa de Cronbach.</i>
1.6. MUESTRA APLICADA:	30 adultos

II. CONFIABILIDAD

ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ALCANZADO:	0,8811
------------------------------------	--------

III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO

El instrumento de medida "Cuestionario" tiene una confiabilidad "Muy buena", debido a que el coeficiente Alfa de Cronbach (**0,811**) está en el rango de 0.8 a 0.9, por lo tanto, el instrumento de medición es confiable para su aplicación.

Estadísticos de fiabilidad

Nº de elementos	Alfa de Cronbach
16	,811

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	Análisis de fiabilidad
ITEM1	30,50	19,155	,298	,816
ITEM2	30,67	18,368	,442	,829
ITEM3	30,67	18,575	,392	,832
ITEM4	30,73	18,202	,477	,828
ITEM5	30,70	18,148	,491	,807
ITEM6	30,73	17,926	,545	,824
ITEM7	30,70	18,010	,525	,805
ITEM8	30,60	18,248	,487	,811
ITEM9	30,43	18,806	,442	,830
ITEM10	30,43	19,840	,145	,801
ITEM11	30,77	17,978	,533	,825
ITEM12	30,60	17,903	,575	,803
ITEM13	31,00	18,690	,445	,829
ITEM14	30,50	19,224	,280	,807
ITEM15	30,57	17,289	,755	,814
ITEM16	30,73	18,202	,477	,828

ANEXO 5: APROBACION DEL COMITÉ DE ETICA



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD
CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 30 de junio de 2025

Investigador(a)
Rayito De Sol Eymy Chate Agama
Exp. N°: 1200-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: “Acceso a los servicios de salud dental en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASL, 2025” con fecha **19/06/2025**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Rayito De Sol Eymy Chate Agama

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. La **vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, la **Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.
4. La constancia de aprobación por el CIEIC no garantiza la aceptación por parte de las instituciones donde pretende ejecutar el trabajo de investigación.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidenta
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

ANEXO 6: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador: Rayito de Sol Eymy Chate Agama

Título: Acceso a los servicios de salud dental en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI, 2025

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en el estudio llamado: "Acceso a los servicios de salud dental en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI, 2025". Este es un estudio desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, Rayito de Sol Eymy Chate Agama. El propósito de este estudio es evaluar el acceso a los servicios de salud dental en pacientes que acuden a la Ciudadela de Salud Infantil Virgen de VIDAWASI. Su ejecución permitirá aportar información relevante para investigaciones futuras en diversas poblaciones con el fin de mejorar el acceso de la población a los servicios de salud dental.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

- Se le pedirá que lea atentamente el presente documento y en caso este de acuerdo de participar del estudio, firme el consentimiento informado que se encuentra en la parte inferior.
- En caso usted haya decidido, a voluntad propia, participar del estudio, se le brindará una encuesta que consta de 16 ítems, los cuales deberá responder de forma veraz, marcando con una "X" en el cuadro con la opción que usted considere apropiado según su criterio y realidad.

La encuesta puede demorar unos 20 minutos. Los resultados de la encuesta se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en este estudio no generará ningún tipo de riesgo.

Beneficios

Usted se beneficiará ya que la información adquirida ayudará al investigador a generar mayor interés sobre el tema en las autoridades, quienes podrán entender mejor la situación actual de la población con respecto al acceso a los servicios de salud.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la encuesta, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con el investigador principal, Rayito de Sol Eymy Chate Agama, tel. +51 958 361 168 o al comité que validó el presente estudio, Dra. Angélica Karina Minaya Galarreta presidente del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 981 000 689
E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigador

Nombres:

DNI:

ANEXO 7: CARTA DE APROBACION DE LA INSTITUCION PARA LA RECOLECCION DE DATOS



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Urubamba, 02 de julio del 2025

CARTA N°20-2025-CM/VIDAWASI

Srta:

Rayito de Sol Eymy Chate Agama
Interna del área de Odontología
Universidad Norbert Wiener

Presente. –

ASUNTO: Carta de aceptación para proyecto de tesis en VIDAWASI

De nuestra mayor consideración.

Nos es grato dirigirnos a usted para comunicarle que ha sido aceptada su solicitud de campo clínico para la realización de la tesis "ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DENTAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CIUDADELA DE SALUD INFANTIL VIRGEN DE VIDAWASI, 2025", así mismo requerimos que se informe del avance y desarrollo del proyecto, así como una copia del resultado final.

Hago propicia la oportunidad para expresar los sentimientos de estima personal.


Atentamente.

ANDREA MIMBELA PALMA
DIRECCION MEDICA - CENTRO MEDICO VIRGEN DE
VIDAWASI

www.vidawasiperu.org

Lima: Calle Micaela Bastidas 155, San Isidro
Cusco: Yanahuara - 5to. Paradero, Urubamba
☎ (+511) 422-5905 | ✉ info@vidawasiperu.org

ANEXO 8: INFORME DEL ASESOR DE TURNITIN

 **turnitin** Página 2 de 95 - Descripción general de Integridad Identificador de la entrega: tmoaid::14912510659276




15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe


- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)


Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
5 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

 **turnitin** Página 2 de 95 - Descripción general de Integridad Identificador de la entrega: tmoaid::14912510659276

ANEXO 9: BASE DE DATOS

N°	EDAD	SEXO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	DIMENSION GEOGRAFICA	DIMENSION ECONOMICA	DIMENSION CULTURAL	DIMENSION ADMINISTRATIVA	TOTAL
1	31	2	3	16	14	9	17	56
2	45	1	3	19	13	11	20	63
3	37	2	2	11	11	11	14	47
4	32	2	2	15	8	7	16	46
5	34	2	3	15	11	8	11	45
6	24	2	2	16	15	8	20	59
7	37	2	3	13	11	13	14	51
8	25	1	2	16	8	8	19	51
9	21	2	2	16	7	7	17	47
10	34	2	3	15	12	13	17	57
11	40	1	3	14	16	10	20	60
12	26	2	3	15	11	9	17	52
13	30	2	3	15	11	9	17	52
14	49	2	2	12	8	12	20	52
15	28	2	3	15	14	11	15	55
16	20	2	2	12	14	10	17	53
17	37	2	2	14	12	12	13	51
18	42	1	3	10	9	7	15	41
19	25	1	3	12	14	10	14	50
20	21	1	3	16	14	9	18	57
21	35	1	2	10	14	8	12	44
22	22	2	3	17	14	10	16	57
23	29	2	3	10	16	9	18	53
24	29	2	2	17	13	13	16	59
25	73	1	3	17	12	10	20	59
26	31	2	3	12	15	9	16	52
27	43	2	3	16	15	14	20	65
28	47	2	2	20	4	16	19	59
29	23	2	3	15	10	12	15	52
30	26	2	3	12	12	9	17	50
31	29	2	3	13	16	10	18	57
32	41	1	3	16	10	8	20	54
33	29	2	2	15	16	9	19	59
34	35	2	2	12	11	12	18	53
35	22	2	3	13	11	10	17	51
36	23	2	2	11	16	10	14	51
37	36	2	2	12	12	12	16	52
38	42	2	3	15	13	10	16	54
39	44	2	3	16	14	10	17	57
40	40	2	3	12	8	10	19	49
41	38	2	3	12	12	13	13	50
42	37	2	3	10	11	8	15	44
43	38	2	3	13	12	10	16	51
44	41	2	3	16	11	13	15	55
45	29	2	1	12	20	8	20	60
46	34	1	2	12	20	8	20	60
47	31	1	2	12	14	10	20	56
48	37	1	3	12	13	9	17	51
49	33	2	3	16	16	12	19	63
50	38	2	3	14	11	12	13	50

51	36	2	3	13	15	10	18	56
52	30	2	1	14	9	12	17	52
53	30	2	2	10	13	10	16	49
54	18	1	2	10	11	11	12	44
55	21	2	2	16	13	9	20	58
56	34	2	2	12	15	9	20	56
57	34	1	3	19	14	16	18	67
58	58	1	2	16	15	15	16	62
59	33	2	2	16	14	8	20	58
60	38	2	3	13	16	8	20	57
61	53	1	3	16	11	12	17	56
62	43	2	2	9	9	13	12	43
63	48	1	3	15	13	8	20	56
64	25	2	3	12	15	9	19	55
65	43	2	1	12	7	6	15	40
66	41	2	3	16	12	15	20	63
67	22	2	2	15	11	9	16	51
68	31	2	2	10	11	8	12	41
69	25	1	2	10	11	8	12	41
70	44	2	3	12	13	4	19	48
71	35	1	3	15	19	4	19	57
72	37	2	1	18	17	8	18	61
73	53	1	3	17	14	11	20	62
74	35	1	3	14	19	11	17	61
75	30	2	3	14	17	9	18	58
76	45	2	2	18	14	13	16	61
77	28	2	2	10	12	10	16	48
78	30	2	3	8	12	11	16	47
79	27	2	2	16	13	8	14	51
80	32	2	2	12	11	12	14	49
81	40	2	1	18	11	11	20	60
82	50	2	1	13	18	15	17	63
83	28	2	3	13	18	14	17	62
84	47	2	3	16	15	12	17	60
85	21	2	3	13	11	9	16	49
86	62	1	2	16	12	9	18	55
87	37	2	3	13	11	8	10	42
88	26	1	3	13	9	12	16	50
89	35	2	1	9	13	9	15	46
90	30	1	3	13	15	11	20	59
91	39	2	3	15	14	9	19	57
92	33	2	2	12	12	11	10	45
93	29	1	3	13	12	13	14	52
94	65	1	3	13	11	9	17	50
95	30	2	3	4	11	10	18	43
96	38	2	2	11	13	10	15	49
97	54	1	3	13	16	9	18	56
98	20	2	3	16	19	15	20	70
99	35	2	3	14	15	14	12	55
100	30	2	3	13	17	10	16	56
101	38	2	3	14	14	7	17	52
102	34	1	3	9	14	8	16	47
103	40	1	3	17	15	9	20	61
104	38	1	3	13	14	8	15	50
105	63	1	2	10	10	8	16	44
106	51	1	3	12	13	9	15	49
107	21	2	3	18	13	10	20	61
108	29	2	2	14	16	8	16	54
109	37	2	2	15	16	10	16	57
110	23	2	2	15	11	10	16	52

111	46	1	3	13	12	10	16	51
112	33	2	2	11	12	10	13	46
113	45	2	3	16	14	8	20	58
114	31	2	3	17	16	7	13	53
115	40	2	2	18	12	12	17	59
116	47	1	3	14	7	9	9	39
117	39	2	3	19	8	13	8	48
118	29	2	3	12	12	10	15	49
119	26	2	3	12	11	9	14	46
120	52	1	3	18	13	11	17	59
121	32	1	3	14	18	12	16	60
122	28	1	2	12	16	12	20	60
123	36	2	2	15	18	12	16	61
124	46	1	2	17	14	11	16	58
125	57	2	3	17	17	13	18	65
126	63	2	3	11	16	12	12	51
127	27	2	3	14	13	13	14	54
128	29	2	2	19	20	12	14	65
129	28	2	3	11	17	10	17	55
130	49	1	2	10	5	7	7	29
131	51	2	2	15	5	12	14	46
132	22	2	3	11	6	11	12	40
133	25	2	3	8	6	11	11	36
134	41	2	2	19	7	10	17	53
135	42	1	2	19	8	8	17	52
136	31	2	3	16	15	10	18	59
137	35	2	2	15	13	11	17	56
138	35	2	3	14	11	9	16	50
139	30	1	3	18	12	8	20	58
140	32	2	3	10	17	8	20	55
141	33	2	2	12	17	13	17	59
142	38	2	3	12	12	9	16	49
143	24	2	2	11	10	10	12	43
144	29	2	3	10	9	10	8	37
145	33	2	3	15	10	10	18	53
146	34	2	3	12	14	11	16	53
147	22	2	2	14	13	9	20	56
148	25	2	3	16	20	12	20	68
149	40	2	3	13	17	15	15	60
150	31	2	3	18	15	14	17	64
151	52	2	2	12	15	10	13	50
152	23	2	2	9	18	13	16	56
153	26	2	3	15	15	10	17	57
154	33	1	3	12	11	15	11	49
155	23	2	3	10	13	7	16	46
156	23	2	2	20	16	8	20	64
157	52	2	3	18	12	11	20	61
158	43	1	3	14	14	13	17	58
159	27	2	3	16	12	15	18	61
160	24	2	3	11	11	10	14	46
161	39	2	2	16	11	11	20	58
162	19	2	3	18	17	8	12	55
163	67	2	2	10	14	10	15	49
164	57	2	1	20	20	8	17	65
165	53	2	2	17	11	8	16	52
166	25	1	3	17	11	11	19	58
167	62	1	2	20	20	8	17	65
168	38	2	3	16	16	8	19	59
169	21	2	3	17	17	11	17	62

ANEXO 10: FOTOS (RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN)






15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe


- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
5 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 4% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	1%
3	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-07-18	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2023-10-29	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-08-03	<1%
7	Internet	dspace.esoch.edu.ec	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-01-14	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Científica del Sur on 2024-03-01	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2024-01-18	<1%
11	Internet	www.coursehero.com	<1%