



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**IMPACTO DE LOS QUINTILES DE RIQUEZA EN EL
ACCESO A INFORMACIÓN EN SALUD BUCAL EN EL PERÚ**

Trabajo de investigación para obtener el Título
Profesional de Cirujano Dentista

Autores:

Jimena Victoria, Camarena Navarrete

Angie Nicol, Cáceres Bolívar

Karina Alexandra, Guerra Bautista

Lima - Perú

2019

JURADO EXAMINADOR

Coordinador : Mg. Esp. Jorge Beltrán Silva

Calificador : Mg. Roberto A. León Manco

Calificador : C.D. Natalie Hadad Arrascue

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 19 de Febrero de 2019

CALIFICATIVO : Aprobado

ASESOR

Mg. Esp. César Del Castillo López

Departamento Académico de Odontología Social

Dedicatoria

A Dios, a nuestros padres por el apoyo incondicional durante nuestra carrera y formación profesional; a nuestros abuelos por ser segundos padres y acompañarnos siempre en la tierra y en el cielo.

Agradecimientos

A nuestras familias por guiarnos en la etapa de vida universitaria, por confiar y darnos fuerzas para culminar satisfactoriamente.

A nuestros asesores por orientarnos en cada paso de este proyecto.

A todos quienes de alguna manera se involucraron en este proceso, por su ayuda desinteresada.

RESUMEN

Antecedentes: El acceso a la información en salud bucal repercute en las condiciones de vida en la población a esto se une las inequidades que influyen en el acceso a servicios de salud oral. **Objetivo:** Determinar el acceso a información en salud bucal por quintiles de riqueza en el Perú en el año 2015. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo observacional y descriptivo. Se empezó ingresando a la base de datos de la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) donde se obtuvo encuestas de salud y se eligieron preguntas relativas al acceso a información de salud bucal en la población de niños de 0 a 11 años en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondiente al único periodo del año 2015, se obtuvo una muestra de 27828 niños, se analizó los resultados de acuerdo a las variables , acceso a la información en salud bucal el cual se presentó según quintiles de riqueza, departamentos, región natural y ámbito geográfico, donde se obtuvo la frecuencia entre acceso y quintiles de riqueza ajustado a las variables. **Resultados:** Se puede evidenciar el impacto del quintil de riqueza Muy rico en el acceso a información de salud bucal el mismo que se encuentra asociado a la comparación que se hace con la información recibida de los quintiles más pobres (RP: 1.29; IC 95%:1.26-1.33). Habiéndose considerado por departamento, región natural y ámbito geográfico, igualmente, se encontró que el quintil Muy rico se encuentra asociado a recibir información en comparación con los Muy pobres (RPa: 1.24; IC 95%:1.16-1.32). **Conclusiones:** Existe impacto de los quintiles de riqueza en el acceso a información en salud bucal en el Perú en el año 2015.

Palabras clave: Acceso a la información, quintiles de riqueza, salud bucal, ámbito geográfico, región natural.

ABSTRACT

Background: Access to oral health information has an impact on the living conditions of the population, as well as the inequities that influence access to oral health services. **Objective:** Determine the impact of wealth quintiles on access to oral health information in Peru in 2015. **Materials and methods:** It is observational and descriptive study. It began by entering the database of the website of the National Institute of Statistics and Informatics (INEI) where health surveys were obtained and questions were asked about access to oral health information in the population of children from 0 to 11 years old in the Demographic and Family Health Survey (ENDES) corresponding to the single period of 2015, a sample of 27828 children was obtained, the results were analyzed according to the variables, access to oral health information which was presented according to quintiles of wealth, departments, natural region and geographic area, where the frequency between access and wealth quintiles adjusted to the other variables was obtained **Results:** The impact of Very rich wealth quintile can be seen in access to information of oral health, which is associated with the comparison made with the information received from the poorest quintiles (PR: 1.29, 95% CI: 1.26-1.33) . Having been considered by department, natural region and geographical area, it was also found that the Very rich quintile is associated with receiving information in comparison with the Very poor (RPa: 1.24, IC95%: 1.16-1.32) **Conclusions:** There is an impact of wealth quintiles on access to oral health information in Peru in 2015.

Key words: Access to information, Oral health, Wealth quintile, natural region, geographical area.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Acceso a información en salud bucal según departamentos en niños menores de 12 años de edad, Perú, 2015.	30
Tabla 2. Acceso a información en salud bucal según quintiles de riqueza, región natural y ámbito geográfico en el Perú en el año 2015.	31
Tabla 3. Impacto de los quintiles de riqueza en el acceso a información en salud bucal en el Perú en el año 2015.	32

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	8
III. Materiales y métodos	9
IV. Resultados	12
V. Discusión	13
VI. Conclusiones	22
VII. Referencia Bibliográficas	24
VIII. Anexos	28

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

CIE – UPCH :	Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
ENDES :	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
SIS :	Sistema Integrado de Salud
INEI :	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA :	Ministerio de Salud del Perú

I. INTRODUCCIÓN

En décadas pasadas se empezó a conocer a la salud desde una perspectiva general, que repercute en el ser humano en su completo bienestar físico, mental y social, haciendo que aquella población tome conciencia y valore que la principal deficiencia está en la prevención, con lo cual inició una nueva fase en la evolución de la salud pública. La caries dental es la patología más prevalente entre las enfermedades orales, en el Perú, la prevalencia de caries dental se ha estimado en el 90,4% (1) de la población escolar menor de 15 años quienes son los más vulnerables a contraer enfermedades de salud bucal en consecuencia es muy frecuente en la infancia , tiene un gran impacto en el bienestar social de las personas, y cada vez se evidencia más, en la población rural quien no tiene un fácil acceso a la información del cuidado oral (2,3).

Lo que se busca es la mejora en los hábitos de salud bucal, recomendando realizar una visita al odontólogo cada seis meses para garantizar un acceso a la información a través de consultas odontológicas y métodos de prevención (3).

Pero se sabe que la idea de recibir una atención de calidad está relacionada a las condiciones socioeconómicas, por ello se ve vulnerable la persona que vive en condiciones de pobreza ya que los costos del manejo de ciertas enfermedades e incluso de medidas de prevención por lo general no se incorporan en los sistemas de atención de salud (2).

El acceso a la salud compromete al estado, para que todas las comunidades tengan acceso a la salud integral, de calidad, sin discriminación alguna de acuerdo a las necesidades que presenten y, a la vez que sea segura, que no exponga a los usuarios al gasto de bolsillo, en particular a los grupos vulnerables (9). El compromiso de todo sector de salud es priorizar el aumento de servicios y la información básica, completa y enriquecedora para prevenir enfermedades (6).

Sin embargo, existe un problema en el bajo acceso a la atención en servicios odontológicos para pacientes de la tercera edad, que ya no tienen las facilidades para poder migrar de su lugar de origen hacia el centro médico y en el cual en muchas oportunidades no existe atención medico odontológica, haciendo que accedan a algún tipo de ritual casero para poder calmar los dolores de su enfermedad; por consiguiente, conseguir una adecuada atención en servicios odontológicos es fundamental para la aplicación de medidas preventivas y tratamientos bucales (9).

Ahora bien, a las limitaciones que existen en el acceso a la salud, se unen las inequidades, considerándolas temas que comprometen la salud de la población. Sobre el particular cabe señalar que, la inequidad se refiere a desigualdades que afectan a la otra persona., dirigidas a disparidades sistemáticas, que son inevitables entre comunidades con relación al nivel de salud, además de ello, el no tener acceso a recursos básicos para su mantenimiento, recuperación, promoción y a la participación de evolución del desarrollo de la salud (5).

También podemos recalcar que las brechas de inequidad que existen (nivel de ingresos de la familia, vivir en un entorno rural o urbano, e incluso la pertenencia a un grupo étnico determinado). Las cuales refieren a la diferencia que existen en este caso entre los quintiles de riqueza establecidos debido a que en por ejemplo si se logra una mejoría socioeconómica equitativa en todos los quintiles de riqueza seguirá predominando estas brechas de inequidad.

Refiere a la clasificación en el cual se le asigna un valor dependiendo de la disponibilidad de ciertos bienes, características de viviendas, ingresos y otros factores que tienen una relación estrecha con el nivel económico, la cual es generada a través de la metodología de análisis dependiendo de dichos factores y componentes, como son: disponibilidad de bienes en el hogar, fuente y almacenamiento de agua potable, tipo de desagüe para lavaderos y baños, tipo de servicio sanitario, sistema de eliminación de basura, material del piso y paredes, material del techo, combustible que utiliza para cocinar, tipo de alumbrado, tipo de vivienda, propiedad de la vivienda y otros indicadores como: número de personas por cuarto; posesión de tierra agrícola, entre otros. Esta clasificación se puede plasmar en una pirámide, la cual representa una distribución de los cinco quintiles de riqueza establecidos en nuestro país, según el estatus económico, basándose en los componentes mencionados. Encabezando la pirámide se encuentra el quintil más rico con menor población y en la base se encuentra el quintil más pobre, representando la mayor población en nuestro país (24).

En relación a ello, cabe destacar que, respecto a la salud bucal en América, la “Carta de Brasilia sobre salud bucal en las Américas” que surge del Encuentro Latinoamericano de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal llevado a cabo en Brasilia del 06 al 10 de octubre

del año 2009, y que *“tuvo como objetivo principal el avance de la integración con el fin común de mejorar la salud y la calidad de vida de la población de los países de América Latina”*, contiene diversos acuerdos en el que se advierte la urgencia de contar con una política pública en salud bucal en los países que conforma América Latina, en el cual predomine, entre otros, la equidad, debiendo considerarse acciones preventivas y asistenciales que beneficien a todos los estratos sociales con la participación primordial y activa de todos los involucrados en odontología, tanto a nivel público como privado, con la obligación de emplear todos los recursos necesarios para conseguir el objetivo y garantizar el derecho a la salud bucal, acuerdo al que se arribó al haberse reconocido la existencia de altos niveles de inequidad social (5).

Las condiciones en que viven las personas no contribuyen a una buena calidad de vida a ello se agrega que muchos de los establecimientos de salud, médicos existentes en diversas partes del Perú no cuentan con las herramientas necesarias para tratar a toda la población (4), menos aún, tienen previsto un plan informativo que contribuya a lograr un proyecto preventivo a los problemas de salud bucal y evitar así complicaciones graves. Estos factores constituyen barreras que impiden que el poblador tenga acceso a servicios en salud, es decir, a información básica preventiva que promocióne la importancia de buena higiene oral la que no se da por desconocimiento, debido a falta de la información acotada, además, porque carecen de servicios necesarios en la vivienda como servicios higiénicos, agua, desagüe, etc., así mismo, se encuentran en lugares inhóspitos ya que por su condición de agricultor, se encuentran lejos de los establecimientos médicos. Dicha situación deja a las comunidades vulnerables a adquirir enfermedades mortales. Por tanto, la identificación de estas barreras o

determinantes para del acceso y uso de los servicios de salud resulta ser un requisito imprescindible para abordar las inequidades en el acceso al sistema sanitario (10).

En el estudio realizado por Alarcón y León sobre Acceso a la atención odontológica e inequidad en el Perú en el año 2015, respecto a ámbitos geográficos, el que obtuvo mayor acceso a atención odontológica fue en la zona urbana (51.3%), a diferencia de las zonas rurales (40.9%) con mayor inequidad, lo cual se puede inferir que en zonas urbanas si hay acceso a información y de una u otra manera los beneficiaría para la mejora de su salud bucal (8).

Tratándose que los ingresos son la causa de una buena salud, las personas viven más años y son más saludables en países más desarrollados que en países pobres, la gente vive más y se encuentran en mejor condición que sus abuelos y bisabuelos que vivieron en épocas de pobreza, así es que ese ingreso tiene un mayor efecto en salud y longevidad sobre los pobres que los ricos. Por lo tanto, la redistribución del ingreso de ricos a pobres dentro de los países o entre países, mejorara la salud de la población (4). Hablando de que puede influir en estas **dos brechas sociales** (Pobreza y educación) (25), se puede decir que el nivel socioeconómico, posición social, la ocupación, los ingresos y riqueza determinan su estatus social.

Un ejemplo claro seria la alta tasa de mortalidad y los sufrimientos que preceden la llegada a un servicio de salud en Asia, África y Latinoamérica (11). También están los grupos de personas que de por si tienen instalada una condición social pobre ya sea por, estereotipos de

género, o grupos privados de sus derechos ya sea por cuestiones de etnias, religión o costumbres. Por las condiciones de salud vistas en diferentes sectores de la población, se puede deducir que la exclusión social y las inequidades se dan repetidas veces en la distribución de la riqueza y en el acceso y utilización de los servicios (7).

El derecho a la salud, como derecho de todo ser humano, implica igualdad y equidad en el entendido que todo ser humano tiene el derecho de acceder a los servicios salud en iguales condiciones, sin discriminación y equitativamente. La inequidad como problema para los sectores de la población repercute en el acceso a los servicios médicos, como se ha manifestado precedentemente, quedando estos limitados para ciertas minorías, lo que conlleva un menor nivel de desarrollo cultural y económico y mayor aparición de patologías orales (10).

Según refiere el artículo “Health Inequality - determinants and policies. Scandinavian Journal of Public Health”, (7) la mala condición de salud de una persona, por lo general se rige en la posición económica y a esto se le denomina gradiente social de la salud (7); por lo que las inequidades en salud nos afectan a todos. Según el estudio realizado por Alarcón y León, cuando se habla de equidad en salud, se toma un concepto complejo, englobando desde el punto socioeconómico, la condición de salud de las personas y filosofías, pero además de ello también se habla de justicia social, todas las personas tienen derecho equitativamente a acceder a una estabilidad en salud y ninguna debe tener ventajas o prioridad al intentar conseguirla. En ese sentido, teniendo un concepto claro de equidad en salud, se debe recalcar

que equidad no se refiere a las mismas condiciones en salud de las personas, ni acceso a ciertos servicios, sino que depende de las necesidades de cada persona (10).

Por consiguiente, cuanto más se conozca como la inequidad rodea a la población, se velará por brindar información de salud como también por una igualdad en acceso a servicios de salud y la salud bucal no será un lujo sino un derecho (4). _ Se ha abordado la inequidad, la igualdad y justicia social, como una problemática, necesidad y derecho. Se sabe que la falta de información respecto a las enfermedades orales y prevención de estas conllevará a recibir pacientes que no fueron tratados en su debido momento o simplemente, carezcan de conocimiento del cuidado preventivo con lo cual redundará en su propia salud, situación que se torna en el peldaño más importante en la salud bucal (10).

Cuando se habla de inequidad se hace alusión a la ausencia de equidad, en el cual no hay una situación de equilibrio o existe falta de imparcialidad; la moral y la ética, son vinculados con la inequidad y equidad por algunos pensadores, estos conceptos son apartados del terreno de la estadística en la cual queda la desigualdad y la igualdad; en ese sentido, se tiene que la inequidad no siempre equivale a la desigualdad. En lo referente al acceso de derechos, la inequidad se puede decir que es comúnmente condenada por el nivel social (26).

Por otro lado la igualdad comprende la base común de responsabilidades y derechos en el ámbito social a los que pertenecen los miembros de la sociedad rigiéndose de las pautas para su funcionamiento, siendo un aspecto inherente a la condición humana (27).

Finalmente, respecto a la justicia social que en tiempos pasados se definía como la justicia de la sociedad que gobernaba las relaciones entre individuos, cabe señalar que hoy en día el

concepto ha variado fundamentalmente debido a los requerimientos de la vida actual, tanto económico como espiritual (28).

Para el presente estudio, uno de los conceptos ante el escenario expuesto, surgió la pregunta de investigación, la cual está referida al medio que enlaza a la población con una mejor salud bucal a través de la prevención, cuya carencia afecta a la gran mayoría: **el acceso a la información en salud**, lo cual permitirá a las personas mantener una buena salud bucal o identificar el problema oportunamente y buscar la solución pronta y adecuada, evitando llegar a complicaciones que podrían, incluso, ser graves.

Por ello, se formula la siguiente pregunta ¿De qué manera se evidencia el impacto de los quintiles de riqueza en el acceso a información en salud bucal en el Perú?

II. OBJETIVOS

II.1 Objetivo General

Determinar el impacto de los quintiles de riqueza en el acceso a información en salud bucal en el Perú en el año 2015.

II.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el acceso a información en salud bucal según departamentos, región natural y ámbito geográfico en niños menores de 12 años de edad, Perú, 2015.
2. Determinar los quintiles de riqueza según departamentos, región natural y ámbito geográfico en niños menores de 12 años de edad, Perú, 2015.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo. Se analizó los registros de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2015, la cual tiene un total de 27828 registros de niños menores de 12 años de edad con datos sobre acceso a información de salud bucal, la base de datos es del Instituto Nacional de Estadística Informática del 2015, esta base de datos tenía acceso a información en salud bucal, quintiles de riqueza, departamentos, región natural y ámbito geográfico. Se eligió este año porque se cuenta con información de los quintiles de riqueza y salud bucal en una misma base.

Las variables de estudio fueron:

1) Acceso a información del cuidado de salud bucal: Proceso mediante el cual un individuo recibe información sobre el cuidado de su salud oral para beneficio propio o de su comunidad. Es variable cualitativa dicotómica, tomando valores de 1: Si y 2: No. La pregunta del cuestionario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú a considerarse fue la

siguiente: En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación?, lo restante de preguntas están en el cuestionario.

2) Quintiles de riqueza: Ingreso se calcula ordenando la población (de una región, país, etc.) desde el individuo más pobre al más adinerado, para luego dividirla en 5 partes de igual número de individuos. Es variable cualitativa politómica, tomando valores de 1: Quintil Muy rico, 2: Quintil Rico, 3: Quintil Moderado; 4: Quintil Pobre y 5: Quintil Muy pobre.

3) Departamentos: Dicha palabra hace referencia a partes o lugares en las que se divide una institución, entidad o territorio. Es variable cualitativa politómica, tomando valores de todos los 24 departamentos del Perú y una provincia constitucional (Callao).

4) Región natural: Engloba cada una de las unidades territoriales determinadas por el relieve, el clima y la vegetación. Es variable cualitativa politómica, tomando valores de 1: lima metropolitana 2: resto de costa 3: Sierra y 4: Selva.

5) Ámbito geográfico: Se puede definir como un espacio físico organizado por la sociedad o bien a la organización de la sociedad vista desde una óptica espacial. Es variable cualitativa dicotómica, tomando valores de 1: Urbano, 2: Rural.

Como primer paso para la realización del estudio, se obtuvo los datos ingresando a la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) www.inei.gob.pe se

obtendrá la base de datos que fueron empleados para el presente estudio. Se dio click a la opción base de datos luego la opción microdatos para posteriormente entrar a consultas por encuestas. Al ingresar a esta selección se optó por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondiente al único periodo del año 2015, de la que se recurrió a la opción “encuestas de salud” la que fue descargada y de la cual se elegirán preguntas relativas al acceso a información de salud bucal en la población de niños menores de 12 años, las cuales fueron respondidas por sus tutores. Luego se procedió a analizar las respuestas de la base de datos para obtener registros finales los cuales se fueron evaluando de acuerdo a las variables establecidas para el estudio donde por último se fueron elaborando tablas en función a los resultados obtenidos.

Se realizó un análisis descriptivo mediante la obtención de las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas. Esta distribución de acceso a información se presentó según quintiles de riqueza, departamentos, región natural y ámbito geográfico. Se procedió luego a hacer un análisis bivariado para evaluar la asociación existente entre el acceso a información y las demás co-variables, de encontrarse esta asociación se procedió a obtener las razones de prevalencias entre el acceso a información y quintiles de riqueza, se usó este análisis estadístico debido a que este estudio es de tipo transversal y se requería evaluar el riesgo, a diferencia de un estudio de casos y controles en el cual se evalúa la relación de un factor de exposición y el efecto, para ello se usa el análisis Odds Ratio, en nuestro estudio se usó la razón de prevalencia (RP) para hallar la probabilidad de que ocurra el evento. La cual se ajustó posteriormente con departamentos, región natural y ámbito geográfico (Rpa). El estudio contó con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$. y los programas empleados fueron Excel 2016 y SPSS v. 24.0.

El estudio se realizó luego de recibir la aprobación Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con fecha 16 de enero 2019, Con código SIDISI N°103228

IV. RESULTADOS

Del análisis de la base de datos, depurando los registros se obtuvo una muestra final de 27828 registros de niños menores a 12 años de edad, de 24 departamentos y 1 provincia Constitucional del Perú. De la muestra, según el acceso a información de salud bucal por departamentos, el que tuvo mayor acceso a la información es Apurímac con 81.44% (n=768), seguido por Arequipa 76.86% (n=711) y los departamentos con menor acceso fueron Piura 46.77% (n=522) y Ucayali con 37.52% (n=460), marcando la diferencia de porcentajes como un no acceso a información de salud bucal (Tabla N°1).

El acceso a la información según quintiles de riqueza, región natural y ámbito geográfico se encontró que el quintil de riqueza con mayor acceso a información de salud bucal fue muy rico con 73.75% (n=2351) y no acceso de 26.25% (n=837), y el quintil con menor acceso fue Muy pobre con 57.00% (n=4276) y 43.00% (n=3226) de no acceso a información de salud bucal. El acceso a la información según región natural, la región sierra con 69.94% (n=6550) tuvo mayor porcentaje de acceso y 30.06% (n=880) no acceso a diferencia de la región Selva que tuvo menor acceso con 52.00% (n=3724) y 48.00% (n=3437) no acceso. Según ámbito geográfico la zona con mayor información a salud bucal fue el ámbito Urbano con 64.27%

(n=12090) y 35.73% (n=6721) no acceso, a diferencia de la zona con menor acceso, es decir; Rural con 59.29% (n= 5346) y 40.71% (n= 3671) de no acceso. (Tabla N°2).

Según el impacto del quintil de riqueza en el acceso a información, se encontró que el quintil Muy rico se encuentra asociado al recibir información en comparación con los muy pobres que si reciben información (RP: 1.29; IC95%:1.26-1.33); el quintil muy rico está asociado a recibir información en comparación con los pobres que si reciben información (RP: 1.22; IC95%:1.19-1.25). De forma ajustada considerando por departamento, región natural y ámbito geográfico se encontró que el quintil Muy rico se encuentra asociado a recibir información en comparación con los Muy pobres que si reciben información (RPa: 1.24; IC95%:1.16-1.32); el quintil muy rico está asociado a recibir información en comparación con los pobres que si reciben información (RPa: 1.18; IC95%:1.14-1.22). (Tabla N° 3).

V. DISCUSIÓN

El quintil de riqueza se puede usar para clasificar hogares respecto a su estatus socioeconómico, para ello se divide la puntuación en quintiles de riqueza para un análisis cuantitativo por ello son útiles para comparar la salud y bienestar en grupos de igual tamaño en una población determinada, esto es diferente cuando se trata de medir por países, en cuanto a los niveles de ingreso y la desigualdad de cada país, en los hogares el primer quintil y quinto quintil varían (15).

Aparte del acceso a los servicios, los principales factores que contribuyen a la salud en estas áreas incluyen determinantes sociales, como la educación, ingresos y seguridad laboral, que son inadecuados en estas comunidades (14).

El gradiente social en la enfermedad demuestra que las personas de las poblaciones con más bajos recursos sufren de manera desproporcionada. La calidad de vida de las personas se ve afectada negativamente por los problemas de salud, que en conjunto con el funcionamiento social tienen un impacto negativo a lo largo de la vida de las personas (11).

Las acciones para reducir estas desigualdades deben centrarse en las condiciones de vida materiales / estructurales, ya que configuran las condiciones de los recursos psicosociales y el comportamiento de salud (14).

La prevalencia de personas que no tienen acceso a información son muy variables de acuerdo a los estudios, posiblemente porque tal prevalencia es influida en la realidad del contexto. Estudios nacionales muestran que la falta de acceso de información en salud bucal es 11,9% de adolescente (20) que provienen de una niñez en la que no han tenido acceso a dicha información. En ese orden, los ahora adolescentes son los que están en más contacto con cualquier tipo de acceso a información en salud, sin embargo, nuestro país no cuenta con un método con el cual la información pueda abarcar a todos los departamentos del Perú, originando que no tengan interés en cuanto a su salud y, en un porcentaje menor, a la salud bucal.

El acceso a información de salud es vulnerable específicamente en lo que se refiere a salud

bucal, situación que hoy en día es considerada como un hecho perjudicial debido a la cantidad de enfermedades bucales que presenta la población en todas las etapas de vida, con más frecuencia en la niñez que no recibe información al respecto o la recibe de forma inadecuada lo que hace que tal desconocimiento se prolongue hasta la adolescencia. (12).

En el aspecto de ámbito geográfico o accesibilidad geográfica juega un papel importante en la accesibilidad a los servicios de salud y otras dimensiones que incluyen la disponibilidad, asequibilidad y aceptabilidad de los servicios y que tan acomodados sean los servicios para la población (14).

Según la Encuesta de Demografía y Salud 2015 el 29,2 % de la población son menores de 15 años; sin embargo, la reducción de la pobreza es desigual a nivel territorial, los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica y Huánuco, la pobreza total continúa siendo mayores a 50 % (17).

En un estudio previamente reportado, según el acceso a información de salud bucal por departamentos, el que tuvo mayor acceso a información fue Huancavelica con 86.03% (n=739), seguido por Apurímac

81.37% (n=690) y los departamentos con menor acceso fueron Ucayali 35.07%

(n=397) y Madre de Dios con 44.82% (n=415) (23).

En cuanto a la pobreza extrema, se presenta en 4,07 %, por regiones, 69 % de la población en pobreza extrema se da en la sierra; 20,6 %, en la selva y 10,3 %, en la costa (18)(20) En la distribución de información en salud bucal, se denota que los departamentos que presentan menos acceso a información en salud son los que pertenecen a la Selva, esto hace

comparación que los quintiles en nivel pobre se encuentra en esas regiones siendo las más vulnerables y así las comunidades tengan un acceso libre a lo que es información en salud, no tienen los recursos necesarios para poder obtenerlas, es por eso que desconocen lo que les está sucediendo en salud, además que la Selva es una zona donde no hay mucha facilidad de accesibilidad por las diversas culturas, socioeconómicas y las barreras geográficas, pero si constan de programas para que puedan obtener información de ellas , solo quedaría capacitar en promoción y prevención de salud que es lo básico

En el estudio de Nor Faezah.et al, la mayoría de personas con mayor inaccesibilidad a servicios dentales reside en malasia borneo, el cual tiene mayor incidencia de pobreza en comparación con otros estados. (14). En este estudio uno de los lugares más alejados de la ciudad, Ucayali tuvo el menor porcentaje en recibir acceso a información en salud con un 37,52 % (n=460), como limitaciones para difundir la información de salud bucal, se puede decir que el transporte fluvial se presenta como una barrera geográfica, debido a que no hay un fácil acceso a las zonas más inhóspitas. La etnicidad con respecto a la lengua que presenta el departamento de Ucayali como lo son las lenguas shipibo, amahuaca, asháninka, entre otros, los cuales no permiten una fácil comunicación con los profesionales de la salud. Los resultados indican una gran concentración de clínicas dentales en áreas con alta población, como ciudades, pero es mucho más desafiante incrementar la accesibilidad de los servicios dentales en áreas rurales, debido a la falta de caminos accesibles o transporte. (14)

Saber sobre salud oral es muy importante sobre todo en la población que recién empieza a incluir hábitos de dieta, higiene y conocimiento sobre enfermedades prevalentes orales, técnica de cepillado, fluorización, entre otros. Por ello, los padres tienen el deber de solicitar y

buscar información en los centros de salud más cercanos o directamente con los profesionales de la salud utilizando los programas promocionales y preventivos existentes en nuestro país.

Haciendo una relación en acceso a la información en salud bucal según departamentos, se encontró que el que tiene más acceso es Apurímac con 81.44% y Arequipa con 76.86%. y los de menos accesos a información son Piura con 46.77% y Ucayali con 37.52%, los departamentos mencionados con escasa información en cuanto a prevención en salud bucal, cuentan con un Seguro Integral de Salud (SIS), el cual es de mucho beneficio para aquella población en cuanto a promoción y prevención de salud bucal. También debemos considerar que en los departamentos cuyo acceso geográfico es dificultoso, la información en salud bucal difícilmente se da mediante instituciones educativas en las cuales se imparten capacitaciones a docentes y alumnos, de la misma manera se brinda información en las postas más cercanas y mediante el trabajo de Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUM) que se realiza por profesionales de la salud cada año.

En aquellos departamentos los cuales se tiene un buen acceso geográfico, la información en salud bucal llega a través de medios de comunicación (televisión, radio, internet, entre otros), además de los programas preventivo, promocional y recuperativo que se han ido brindando y actualizando a través de los años en centros de salud, instituciones educativas, hogares etc.

En este estudio uno de los lugares más alejados de la ciudad es el departamento de Ucayali tuvo el menor porcentaje en recibir acceso a información en salud bucal con un 37,52 % (n=460), de un total de 27822 personas. De igual forma, Hernández V et al. (Perú; 2016) evaluó el acceso en niños menores de 12 años de edad con los datos de la ENDES del año 2014, sin embargo, consideraron la atención en los últimos 6 meses de realizada la encuesta, hallando un acceso de 26.7% (n= 6751) (18).

En salud bucal es esencial la información para todas las personas sin importar a los quintiles que pertenezcan, de lo contrario aparecen las enfermedades orales una de las más prevalentes es la caries dental, las cuales son costosas de tratar y no toda la población tiene los recursos necesarios para asumirlo y estos costos del tratamiento dental son considerables para el sistema de salud que se rige en el Perú (SIS) al igual que para las personas afectadas. (13) Además de ello, debemos mencionar el programa ‘Juntos’, programa por el cual beneficia a las personas de bajos recursos con un monto de dinero y alimentación y se encuentra funcionamiento la cual a su vez contribuye con la difusión de la información de salud bucal.

En salud bucal los quintiles influyen de manera importante lo que permite comprender porque existe inequidades en salud, y que factores son los responsables para que exista poca información en algunos lugares que tienen un quintil muy rico como otros que tiene quintil muy pobre de estos la diferencia es sustancial, si analizamos los resultados el acceso a información en salud alcanza un 61.9% en el año 2016 a nivel nacional según el Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI), es fundamental que cada persona sea consciente de la información que puede poseer, según la Constitución Política de 1993 y La Ley General de Salud N°26842 de 1997 (16).

La población vulnerable siempre va a presentar mayor necesidad en lo que en son servicios básicos que por gastos en salud y más si es salud bucal, para ello se aplica medidas eficaces de promoción y prevención en salud bucal, la cual con R. M. N° 649-2007/MINSA se establece a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud

de las Personas; la cual se reestructura con R.M. N° 525-2012/MINSA, teniendo entre sus principales funciones actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida en el marco de la atención integral de salud (16). Se busca llegar a zonas más recónditas del país para poder llevar información y atención odontológica, y de esta manera prevenir enfermedades orales como la caries dental que es nuestro principal objetivo y que aqueja a la mayoría de la población.

El departamento de Piura, que es el que menos recibe información de salud bucal, paradójicamente, es el que se encuentra más beneficiado, en algunas de sus poblaciones, con información de salud bucal tanto en prevención como en promoción que cada año recibe debido al internado rural que lleva a cabo la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Este bajo porcentaje nos hace reflexionar de el por qué en un departamento donde llega la información de salud bucal a la vez tiene poco acceso a la misma; así, se ha investigado que Piura, además de tener una zona urbana, tiene una zona rural a la cual, la información de prevención que es trabajada por los internos, no llega, advirtiéndose que por más trabajo y seguimiento que se realice en algunas zonas rurales, la información no logra llegar para que cumpla su objetivo.

A lo largo de los años Apurímac paso de ser uno de los departamentos más pobres a uno con necesidad de desarrollo, debido al impulso de la inversión privada y como también a que pertenece al VRAEM, formada por el valle del río Apurímac, zona más cocalera, sin embargo existe protección con el medio ambiente, por ende se tiene mucha expectativa como zona agrícola a pesar de los impedimentos con el narcotráfico.

Hoy en día, según el Plan de Desarrollo Regional Concertado Apurímac 2017-2021, Apurímac cuenta con importantes yacimientos minerales de plata, hierro, plomo, etc., además de áreas mineralizadas de sal, arcilla y yeso. Se plantea que para el 2021 se tenga consolidado la minería responsable y la agricultura, por cómo se ha estado llevando los valores, la región de Apurímac lidera el crecimiento económico del país junto con una tasa de pobreza que para el 2016 fue de 38% y en el 2017 la desnutrición crónica infantil cerca del 21%, por lo tanto se puede decir que Apurímac está en crecimiento y en busca de un desarrollo sostenible (25).

La idea del resultado en cuanto tener más acceso a la información en salud bucal el quintil Muy Rico tiene más probabilidad de recibir información en salud bucal que los de quintil Muy Pobre. Cabe mencionar que los ingresos de los quintiles mencionados tienen relevancia en cuanto acceso a centros de salud privados, mientras que los muy pobres no cuentan con presupuesto para acceder a estas clínicas y recurren a las postas más cercanas.

El quintil muy rico aún enfatiza en el amplio acceso a la información, además de ello se debe recalcar la discriminación que existe en nuestro país en cuanto a salud en general. Sólo un porcentaje de personas tienen interés en su salud oral, por lo que recurren a estas postas mencionadas en los que se puede acceder al SIS (Seguro Integral de Salud) para tratarse y además de ello solicitar información sobre las enfermedades prevalentes en salud oral.

Además de ello, no omitir quintil moderado, el cual puede acceder a centros de salud privados y económicos de acuerdo a su presupuesto. Puede observarse una diferencia en cuanto acceso a información en salud bucal, no obstante, el quintil muy rico sigue liderando los resultados siendo este último el quintil con más predisposición a obtener información. El siguiente

artículo de Gunther Fink et al, tuvo como resultados que los ingresos económicos de los diferentes quintiles en efecto tienen impacto en el progreso y crecimiento de país, de lo que debemos acentuar la atención y acceso de información de salud bucal en nuestro país (15).

Si se compara a los quintiles 5 (Muy rico) y 4 quintil (rico), podemos hacer referencia para diferencia a los ingresos que tienen en sus hogares. Los bienes que pueden poseer las familias en el 5to quintil (muy rico) no están enteramente relacionadas a sus ingresos, esto quiere que decir que pueden poseer pocos bienes, pero un buen ingreso económico, así como muchos bienes que hayan podido obtener en el pasado, pero un bajo ingreso económico. (15) Por tanto, en los resultados obtenidos arrojan que el quintil más rico en comparación con el rico obtuvo más acceso a información de salud bucal. Lo que podemos observar es la reducida diferencia comparando los quintiles muy ricos y ricos debido a que tienen más acceso a información en comparación con los quintiles que poseen bajos ingresos económicos (quintiles pobre y muy pobre) (15).

En el estudio de se puede decir que los padres que presentaron educación superior mostraron mayor puntaje en conocimiento de salud bucal, sin embargo, el puntaje menos significativo en prácticas de higiene y dieta, el estado financiero mostró que tanto el puntaje del conocimiento de los padres como las prácticas de higiene son más en los participantes que tienen un mayor ingreso económico. Entonces alguna disminución en el conocimiento de salud oral entre padres puede influenciar en mantener la dieta y prácticas de higiene en sus hijos (21).

Son varios componentes asociados con la baja información y pobres actitudes como el estatus socioeconómico, vida en áreas pobres, etnicidad o condición migratoria, educación que

conllevan a una falta de acceso a información en salud bucal, por lo tanto, esto se puede lograr al concentrarse a nivel de base llevando a cabo varios programas educativos entre los padres para lograr un objetivo principal (21).

El presente estudio reveló que el acceso a información de salud bucal en niños menores de 12 años específicamente, es una realidad en el Perú, pero no se da de manera equitativa haciendo referencia a las brechas en cuanto al acceso en departamentos, regiones y ámbitos geográficos. Es importante tener en cuenta los resultados encontrados para afrontar la problemática del déficit de los programas preventivos y promocionales existentes, con el fin de lograr mayor cobertura a nivel nacional.

Por último, el impacto de saber que los niños deberían tener mayor acceso a información mediante instituciones educativas, familiares, vecinos, amigos y medios de comunicación, nos lleva a concluir que los resultados del estudio son que el quintil muy rico se encuentra asociado a recibir información en comparación con los muy pobres y que la inequidad repercute en el acceso a información en salud bucal y a los servicios es por ello que no existe un enfoque correcto en cuanto a las políticas de salud bucal nacionales, de esta manera se debe de proponer una mejora en ellos para poder conseguir el alcance que pueden generar estos.

VI. CONCLUSIONES

De forma general se concluye que:

Existe impacto de los quintiles de riqueza en el acceso a información en salud bucal en el Perú en el año 2015.

Y de forma más específica que:

El departamento con mayor acceso a información en salud bucal según departamentos en niños menores de 12 años de edad, fue Apurímac.

El quintil que obtuvo mayor acceso a información en salud bucal fue el muy rico, la región con mayor acceso a información en salud bucal fue la Sierra y la de menor la Selva y el ámbito geográfico que tuvo mayor acceso a la información en salud bucal fue la zona urbana y la de menor acceso la zona rural.

El quintil con más impacto de riqueza en el acceso a información de salud bucal en niños menores de 12 años de edad, fue el muy rico en comparación con el muy pobre.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere que se implementen programas educativos preventivos y promocionales adicionales a los programas existentes en nuestro país actualmente.
- Se advierte de la deficiencia que de dichos programas educativos que se dan a través de los profesionales de la salud, por tanto se sugiere capacitación a dichos profesionales de todos los centros de salud, instituciones educativas, familiares, amigos etc.
- Se recomienda implementar más herramientas para facilitar la promoción de salud oral que realizan los profesionales de la salud con el objetivo de mejorar la difusión de información en salud bucal.
- Se sugiere una evaluación de la intervención realizada en los lugares del internado rural para dar un seguimiento, así como, implementar una estrategia estandarizada de educación para la salud. Se puede realizar, considerando que en este estudio evaluamos el déficit de información de salud bucal en niños menores de 12 años, un juego

didáctico de computadora sobre higiene en salud bucal a los lugares que cuentan con equipos tecnológicos proporcionados por el estado, conjuntamente con videos educativos que se pueden transmitir en televisores, además de una actualización de base de datos de su condición de salud bucal.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú 2001-2002 [Internet]. Lima: Oficina General de Epidemiología, MINSA; 2005 [citado 20 mayo 2018]. Disponible en: <http://goo.gl/x6prdM>.
2. Martínez-Abreu J, Capote-Femenias J, Bermúdez-Ferrer G, Martínez-García Y. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. *Medisur*. 2014; 12: 4.
3. Hernández A, Azañedo D, Díaz D. Access to oral health services in children under twelve years of age in Peru, 2014. *Salud colectiva*. 2016; 12(3):429-441.
4. Fu X, Sun N, Xu F, et al. Influencing factors of inequity in health services utilization among the elderly in China. *Int J Equity Health*. 2018; 17(1):144.
5. García-Zavaleta C. Equidad y Salud Bucal. *Revista Estomatológica Herediana*. 2015; 25: (2)

6. Espinoza I. Inequidades en salud bucal de adultos: conceptos claves y herramientas para monitorear el efecto de los programas y políticas de salud bucal en Chile. Chile: Universidad de Chile; 2016.
7. Finn Diderichsen, Ingelise Andersen, Manual and the Working group of the Danish review on social determinants of health. Health Inequality determinants and policies. Scandinavian Journal of Public Health. 2012; 40: 22
8. Alarcón Cruzado, R, León Manco, R. Acceso a la atención odontológica e inequidad en el Perú en el año 2015. Revista OACTIVA UC Cuenca. 2018; 3: 13-20.
9. Canadian Academy of Health Sciences, 2014 Improving Access to oral health care for vulnerable people living in Canada.
10. Andrade Fabíola Bof de, Antunes José Leopoldo Ferreira, Souza Junior Paulo Roberto Borges de, Lima-Costa Maria Fernanda, Oliveira Cesar de. Life course socioeconomic inequalities and oral health status in later life: ELSI-Brazil. Rev. Saúde Pública. 2018; 52(Supl 2): 7s.
11. Anderson Rocha-Buelvas. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Gerencia y Políticas de Salud: Uni. Javeriana. 2013; 12: 12(25): 96-112
12. Módulo de promoción de la salud bucal / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud -- Lima: Ministerio de Salud; 2013.
13. G Watt, Richard; Listl, Stefan; Peres, Marco; Heilmann. Social Inequalities in oral health: from evidence to action. International Centre for oral health inequalities research & (ICOHIRP); policy. 2015; 3
14. Nor Fezaah Md Bohari et al. Analysis of dental services distribution in Malaysia: geographic information systems-based approach. International dental journal. 2018 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3358.pdf>

15. Gunther Fink, et al. Measuring socioeconomic inequalities with predicted absolute income rather than wealth quintiles: A comparative assessment using child stunting data from national surveys. *Am J Public Health*. 2017; 107:550- 55
16. Ministerio de Salud. Prevención para la salud. Estrategias Sanitarias. Salud Bucal [Internet] Ministerio de Salud. 2012. (Consultado el 04 de febrero) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2#Prevención%20para%20la%20Salud>
17. Lazo O, Alcalde J, Espinosa O. El sistema de salud en Perú, situación y desafíos [Internet]. Lima: REP; 2016 (Consultado el 04 de febrero del 2018).84p. Disponible en: <http://cmp.org.pe/wpcontent/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf>
18. Alegre Mambietova, A. Acceso a los servicios odontológicos en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015 [tesis en Internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016 (Consultado el 17 de enero del 2019) Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/885/Acceso_AlegreMambietova_Alina.pdf?sequence=1
19. Saenz Porteros Carla. Compendio estadístico 2017. INEI. Huacho 2017.
20. Roberto Luana Leal, et al . Lack of access to information on oral health problems among adults: an approach based on the theoretical model for literacy in health. *Ciênc. saúde coletiva*.2018. 23(3): 823-835.
21. Kotha, S. B. et al. The Influence of Oral Health Knowledge on Parental Practices among the Saudi Parents of Children Aged 2-6 Years in Riyadh City, Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*. 2018.8(6), 565-571.
22. Li Z, Li M, Subramanian SV, Lu C. Assessing levels and trends of child health inequality in 88 developing countries: from 2000 to 2014. *Glob Health Action*. 2017;10(1):1408385.

23. Alemán M. Roman M. Stucchini C. acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años según la encuesta demográfica y de salud familiar en el peru en el año 2016 [tesis de título].[lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia;2016.
24. D. R. Gwatkin, S. Rutstein, K. Johnson, R. P. Pande y A. Wagstaff. Socio Economic Differences in Health, Nutrition and Population in Nicaragua. The World Bank, Mayo 2000.
25. Comisión de Planeamiento Estratégico. Plan de Desarrollo Regional Concertado Apurímac 2017-2021. Apurímac: Gobierno Regional ; 2016
26. Porto Pérez, Julián. Definición de inequidad. Definición. De; 2018 (Consultado:19 de Febrero del 2019). Disponible en URL: <https://definicion.de/inequidad/>
27. Arrupe, Olga Elena. Igualdad, diferencia y equidad en el ámbito de la educación. Argentina. (Consultado: 19 de Febrero del 2019). Disponible en URL: <http://campus-oei.org/equidad/Arrupe.PDF>
28. Gago Guerrero Pedro Francisco. Los Principios de Justicia Social. Cuadernos de trabajo social. Ed. Universidad Complutense. Madrid; 1994;87

	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPOS	ESCALA	VALORES
Quintiles de riqueza	ingreso se calcula ordenando la población (de una región, país, etc.) desde el individuo más pobre al más adinerado, para luego dividirla en 5 partes de igual número de individuos	Según lo indicado en la base de datos	cualitativo	Polinómica ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy pobre 2. Pobre 3. Normal 4. Rico 5. Muy rico

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPOS	ESCALA	VALORES
Acceso a información del cuidado de salud bucal	Proceso mediante el cual un individuo recibe información sobre cuidado de salud oral para beneficio propio o de su comunidad.	En los últimos 12 meses, es decir, desde __ del año pasado hasta __ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación?	Cuantitativa	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. SI 2. NO

Departamentos	Palabra que hace referencia a partes o lugares en las que se divide una institución, entidad o territorio	Según lo indicado en la base de datos	Cualitativa	Politómica	Los 24 departamentos del Perú y una provincia constitucional (Callao).
Región natural	Engloba cada una de las unidades territoriales determinadas por el relieve, el clima y la vegetación.	Según lo indicado en la base de datos	Cualitativo	Polinómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lima Metropolitana 2. Resto de la Costa 3. Sierra 4. Selva
Ámbito geográfico	Se puede definir como un espacio físico organizado por la sociedad o bien a la organización de la sociedad vista desde una óptica espacial.	Según lo indicado en la base de datos	Cualitativo	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Rural

Tabla 1. Acceso a información en salud bucal según departamentos en niños menores de 12 años de edad, Perú, 2015.

Departamentos	Recibió información higiene bucal			
	Si		No	
	n	%	n	%
Amazonas	555	48.05	600	51.95
Ancash	598	61.21	379	38.79
Apurímac	768	81.44	175	18.56
Arequipa	711	76.86	214	23.14
Ayacucho	913	75.39	298	24.61
Cajamarca	563	59.64	381	40.36
Callao	774	72.34	296	27.66
Cusco	626	69.02	281	30.98
Huancavelica	654	70.70	271	29.30
Huánuco	841	71.45	336	28.55
Ica	762	70.95	312	29.05
Junín	699	68.73	318	31.27
La Libertad	522	51.03	501	48.97
Lambayeque	641	57.64	471	42.36
Lima	2172	71.61	861	28.39
Loreto	577	47.37	641	52.63
Madre de Dios	520	53.83	446	46.17
Moquegua	557	63.37	322	36.63
Pasco	690	68.73	314	31.27
Piura	522	46.77	594	53.23
Puno	507	63.45	292	36.55
San Martín	640	56.09	501	43.91
Tacna	638	71.21	258	28.79
Tumbes	526	48.26	564	51.74
Ucayali	460	37.52	766	62.48
Nacional	17436	62.66	10392	37.34

Tabla N°2. Acceso a información en salud bucal según quintiles de riqueza, región natural y ámbito geográfico en el Perú en el año 2015.

Variables	Recibió información higiene bucal				p*
	Si		No		
	n	%	n	%	
Quintiles de riqueza					
Muy rico	2351	73.75	837	26.25	
Rico	2957	68.10	1385	31.90	
Moderado	3506	62.46	2107	37.54	<0.01
Pobre	4346	60.50	2837	39.50	
Muy pobre	4276	57.00	3226	43.00	
Región natural					
Lima metropolitana	2193	71.36	880	28.64	
Resto Costa	4969	60.38	3260	39.62	
Sierra	6550	69.94	2815	30.06	<0.01
Selva	3724	52.00	3437	48.00	
Ámbito geográfico					
Urbano	12090	64.27	6721	35.73	
Rural	5346	59.29	3671	40.71	<0.01

Tabla N°3. Impacto de los quintiles de riqueza en el acceso a información en salud bucal en el Perú en el año 2015.

Quintiles de riqueza	Recibió información higiene bucal (Sí)	
	RP (IC 95%)	RPa (IC 95%)
Muy rico vs. Muy pobre	1.29 (1.26-1.33)	1.24 (1.16 - 1.32)
Muy rico vs. Pobre	1.22 (1.19-1.25)	1.18 (1.14 - 1.22)
Muy rico vs. Moderado	1.18 (1.15-1.22)	1.13 (1.10-1.17)
Muy rico vs. Rico	1.08 (1.05-1.12)	1.07 (1.04-1.10)

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD

801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	TERCERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	CUARTA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA	Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR _____ 1	Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR _____ 1
802A	RESULTADO DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO	RESPONSABLE PRESENTE _____ 1 RESPONSABLE NO PRESENTE _____ 2 RESPONSABLE RECHAZÓ _____ 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA _____ 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(O) _____ 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)	RESPONSABLE PRESENTE _____ 1 RESPONSABLE NO PRESENTE _____ 2 RESPONSABLE RECHAZÓ _____ 4 INFORMACIÓN INCOMPLETA _____ 5 RESPONSABLE DISCAPACITADA(O) _____ 6 OTRA _____ 9 (ESPECIFIQUE)
802B	ANOTE LA HORA DE INICIO DE LA ENTREVISTA POR CADA NIÑO O NIÑA DE 0 A 11 AÑOS	HORA _____ <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	HORA _____ <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS _____ <input type="text"/> <input type="text"/>
802C	¿En que mes y año nació (NOMBRE)?	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO	FECHA DE NACIMIENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DÍA MES AÑO
802D	¿Cuántos años cumplidos tiene (NOMBRE)?	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>	EDAD (EN AÑOS) <input type="text"/> <input type="text"/>
803	¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendido en un servicio dental o por un odontólogo?	SI _____ 1 NO _____ 2 (PASE A 806) ←	SI _____ 1 NO _____ 2 (PASE A 806) ←
804	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) _____ 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DOS O MÁS AÑOS _____ 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA _____ 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS) _____ 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DOS O MÁS AÑOS _____ 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA _____ 8
805	¿Dónde le atendieron la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MNSA _____ 10 ESSALUD _____ 11 FFAA Y PNP _____ 12 OTRO MUNICIPAL _____ 13 CENTRO/ PUESTO DEL MNSA _____ 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP _____ 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR _____ 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG _____ 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA _____ 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MNSA _____ 40 CAMPAÑA DE ESSALUD _____ 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA _____ 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MNSA _____ 10 ESSALUD _____ 11 FFAA Y PNP _____ 12 OTRO MUNICIPAL _____ 13 CENTRO/ PUESTO DEL MNSA _____ 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP _____ 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR _____ 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG _____ 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA _____ 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MNSA _____ 40 CAMPAÑA DE ESSALUD _____ 41 OTRAS CAMPAÑAS _____ 42 (ESPECIFIQUE) OTRO _____ 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA _____ 98

	N° DE ORDEN Y NOMBRE DE LA PREGUNTA 801	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O)
		N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOMBRE _____	NOMBRE _____
806	<p>En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación?</p> <p>A PARTIR DE LA SEGUNDA COLUMNA: SI ES LA MISMA/O INFORMANTE CIRCULE EL CÓDIGO "3" Y PASE A LA PREGUNTA 808</p>	SI _____ 1 NO _____ 2 NO SABE / NO RECUERDA _____ 8 (PASE A 808) ←	SI _____ 1 NO _____ 2 NO SABE / NO RECUERDA _____ 8 MISMA/O INFORMANTE _____ 9 (PASE A 808) ←
807	<p>¿Dónde recibió la información?</p> <p>¿En algún otro lugar?</p>	MINISTERIO DE SALUD _____ A ESSALUD _____ B FF. AA. Ó FF. PP. _____ C MUNICIPALIDAD _____ D SECTOR PRIVADO _____ E ONG / IGLESIA _____ F ORGANIZACIONES DE BASE _____ G MEDIOS DE COMUNICACIÓN _____ H INSTITUCIÓN EDUCATIVA _____ I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS _____ J OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA _____ Y	MINISTERIO DE SALUD _____ A ESSALUD _____ B FF. AA. Ó FF. PP. _____ C MUNICIPALIDAD _____ D SECTOR PRIVADO _____ E ONG / IGLESIA _____ F ORGANIZACIONES DE BASE _____ G MEDIOS DE COMUNICACIÓN _____ H INSTITUCIÓN EDUCATIVA _____ I FAMILIARES/ VECINOS/ AMIGOS _____ J OTRO _____ X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA _____ Y

SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 1 A 11 AÑOS DE EDAD

808	VERIFIQUE PREGUNTA 802D	DE 1 A 11 AÑOS	MEJOR DE 1 AÑO	DE 1 A 11 AÑOS	MEJOR DE 1 AÑO
		<input type="text"/>	<input type="text"/> PASE A 838A	<input type="text"/>	<input type="text"/> PASE A 838A
809	¿(NOMBRE) se lava los dientes con cepillo dental?	SI _____ 1 NO _____ 2 (PASE A 810) ←		SI _____ 1 NO _____ 2 (PASE A 810) ←	
810	¿(NOMBRE) se cepilla los dientes todos los días?	SI _____ 1 NO _____ 2 NO SABE/ NO RECUERDA _____ 8 (PASE A 812) ←		SI _____ 1 NO _____ 2 NO SABE/ NO RECUERDA _____ 8 (PASE A 812) ←	
811	¿(NOMBRE) cuántas veces al día se cepilla los dientes?	UNA VEZ AL DÍA _____ 1 DOS VECES AL DÍA _____ 2 TRES VECES AL DÍA _____ 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA _____ 4		UNA VEZ AL DÍA _____ 1 DOS VECES AL DÍA _____ 2 TRES VECES AL DÍA _____ 3 CUATRO O MÁS VECES AL DÍA _____ 4	
812	<p>¿Cuánto tiempo tiene el cepillo que (NOMBRE) usa para lavarse los dientes?</p> <p>SI NO TIENE CEPILLO DENTAL, PREGUNTE: ¿Cuánto tiempo usó el cepillo dental?</p> <p>REGISTRE EN "MESES", SI ES < DE 1 AÑO</p>	MESES (SI ES < DE 1 AÑO) _____ 1 <input type="text"/> <input type="text"/> UNO O MÁS AÑOS _____ 2 NO SABE/ NO RECUERDA _____ 8		MESES (SI ES < DE 1 AÑO) _____ 1 <input type="text"/> <input type="text"/> UNO O MÁS AÑOS _____ 2 NO SABE/ NO RECUERDA _____ 8	
813	¿Cuántas personas usan el cepillo dental de (NOMBRE)?	SOLO LA NIÑA O EL NIÑO _____ 1 MÁS DE UNA PERSONA _____ 2		SOLO LA NIÑA O EL NIÑO _____ 1 MÁS DE UNA PERSONA _____ 2	
814	¿(NOMBRE) usa crema dental cuando se cepilla los dientes?	SI _____ 1 NO _____ 2		SI _____ 1 NO _____ 2	