



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN NIÑOS MENORES DE 12
AÑOS DE EDAD EN EL PERÚ

ACCESS TO DENTAL CARE FOR CHILDREN UNDER 12 YEARS OF AGE
IN PERU

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORES

KATERIN SHEILA CASTILLO GARCÍA

STEFANIE GIOVANNA LEÓN CALDERÓN

ARIANNA NICOLE MARRESE DEL CASTILLO

ASESOR

MG. ESP. ROBERTO ANTONIO LEÓN MANCO

LIMA – PERÚ

2021

ASESOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mg. Esp. Roberto Antonio León Manco

Departamento académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0001-9641-1047

Fecha de aprobación: 06 de diciembre de 2021

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo a nuestro querido asesor Mg. Esp. Roberto Antonio León Manco por su orientación, paciencia y dedicación. Todo el apoyo que nos brindó fue esencial para la realización de este proyecto.

Gracias a las personas especiales de nuestra vida: A nuestros padres, quienes, a pesar de todas las dificultades, nos ayudaron a hacer realidad nuestros sueños. A nuestro equipo de investigación por toda la ayuda y el apoyo durante este período tan importante de nuestra educación académica. A todas las personas que directa o indirectamente contribuyeron a que esta investigación de frutos.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a Dios, por darnos la oportunidad de vivir, por permitirnos disfrutar cada momento de nuestras vidas y guiarnos por el camino que tiene trazado para nosotras. A nuestros padres, por darnos la vida y apoyarnos en todo lo que nos hemos propuesto. Por ser nuestro apoyo incondicional durante nuestra educación universitaria, ya que sin ellos nunca habiéramos logrado nuestros sueños y metas. Por ser nuestro ejemplo para seguir, por motivarnos a seguir aprendiendo sin importar el tiempo y las circunstancias.

A nuestro asesor Mg. Esp. Roberto Antonio León Manco, quien con sus conocimientos y apoyo nos guio a través de cada una de las etapas de este proyecto. Además, de agradecer su paciencia, tiempo y dedicación que tuvo para alcanzar los resultados que obtuvimos como equipo. Gracias por su apoyo y ser a columna vertebral de este proyecto de investigación.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Contexto	1
II. Objetivos	4
III. Procesos de búsqueda de información	4
IV. Análisis de la evidencia	8
V. Conclusiones	12
VI. Referencias bibliográficas	13
Anexos	15

RESUMEN

Contexto: El acceso a los servicios de atención odontológica en niños menores de 12 años es uno de los retos más importantes que tiene el sistema de salud en todos los países, especialmente en países en vía de desarrollo donde la barrera a la atención al primer nivel de salud y la promoción y prevención no son de fácil acceso. **Objetivo:** Determinar el acceso a la atención odontológica en niños menores de 12 años de edad en el Perú entre 2010 y 2020. **Procesos de Búsqueda de información:** Fue una revisión literaria, en primer lugar se procedió a seleccionar las palabras claves en MeSH con operadores booleanos lógicos “OR” y ”AND”, en segundo lugar fueron empleadas en la búsqueda de artículos en PubMed con los criterios de selección. Estas palabras se añadieron al cuadro de búsqueda para posteriormente seleccionar las revistas adecuadas para la revisión en un rango de tiempo de 10 años (2010-2021). **Análisis de evidencia:** Se seleccionaron 3 artículos que se emplearán para la revisión, uno de los cuales fue agregado manualmente en revistas científicas de acceso virtual de la especialidad con mayor factor de impacto según Scimago en el año 2020. **Conclusión:** La frecuencia del acceso a la atención odontológica fue entre 30 % y 40% en niños menores de 12 años en el Perú entre 2010 y 2020. Y los factores identificados al acceso a la atención odontológica fueron nivel socioeconómico, demográfico y nivel educacional de los tutores. en niños menores de 12 años entre 2010 y 2020.

Palabras claves: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Atención Odontológica Infantil y Perú

ABSTRACT

Context: Access to dental care services in children under 12 years of age is one of the most important challenges facing the health system in all countries, especially in developing countries where the barrier to first level health care and promotion and prevention are not easily accessible. **Objective:** To determine access to dental care in children under 12 years of age in Peru between 2010 and 2020. **Information search process:** It was a literature review, firstly the keywords were selected in MeSH with logical Boolean operators "OR" and "AND", secondly they were used in the search for articles in PubMed with the selection criteria. These words were added to the search box to subsequently select appropriate journals for review over a time range of 10 years (2010-2021). **Evidence analysis:** 3 articles were selected to be used for the review, one of which was manually added in virtual access scientific journals of the specialty with the highest impact factor according to Scimago in the year 2020. **Conclusion:** The frequency of access to dental care was between 30% and 40% in children under 12 years of age in Peru between 2010 and 2020 And the factors identified for access to dental care were socioeconomic level, demographics and educational level of guardians in children under 12 years of age between 2010 and 2020.

Key words: Accessibility to Health Services, Children's Dental Care and Peru.

I. CONTEXTO

El acceso a los servicios de salud es uno de los desafíos más importantes que enfrentan lo del sistema de salud en todos los países, especialmente de países en vía de desarrollo donde la barrera a la atención al primer nivel de salud y la promoción y prevención no son de fácil acceso. Por lo cual, el derecho del ciudadano al tener acceso a servicios de salud se encuentra alejado de la realidad. Mediante la satisfacción, calidez y calidad de la atención percibida se logra el acceso a los servicios de salud. Se sabe también que la necesidad de salud y atención a menudo tiene muchas barreras, ya sean económicas, físicas o psicológicas, como también de carácter administrativo como resultado de la organización del sistema de salud, los niveles de atención, sectorización, costo y cobertura (1).

La accesibilidad al sistema de salud enfrenta diferentes dimensiones, que son: geográfica (es la facilidad que el usuario tiene al sistema de salud al momento en que necesite de él. Probablemente, sea proporcional a la distancia y las diferentes vías de acceso), económica (se define como la posibilidad de uso de un servicio hacia la atención, relacionado a la capacidad adquisitiva y tarifas, destacando oportunidades y amenazas), administrativa (referida a brechas administrativas vinculadas con el acceso a los servicios de salud) y simbólico-cultural (los países en vía de desarrollo por lo general arrastran un linaje cultural amplio donde cuenta mucho que la ciencia haga cambios en los hábitos y costumbres. Donde la promoción y prevención deben de jugar un rol importante) (2).

Los componentes del sistema de prestación de accesos a los servicios de salud son por lo general los presentados por Andersen, los cuales se caracterizan por dos elementos principales: recursos y organización. Los recursos son la mano de obra y el capital dedicados al cuidado de la salud donde se encuentran incluidos el personal de salud, estructuras en las que se da la atención de salud, la educación que se proporciona y los equipos materiales utilizados; mientras tanto la organización específica lo que realiza este sistema con esos recursos, cómo coordinan y controlan al personal y las instalaciones médicas en el desarrollo de prestación de servicios médicos (3). Por otro lado el autor Tanahashi detalla el acceso a los servicios de salud como una cobertura apta, entendida como la relación de la población que recibe atención eficaz. Esto ocurre cuando el servicio Transmitido se percibe como productivo en la medida que logra un resultado definido (4). El prototipo de Tanahashi tiene en cuenta cuatro fases para que se puedan alcanzar a tener un acceso de salud efectiva. I) Disponibilidad: el cual describe a los servicios brindados, centros de salud, recursos, infraestructura, insumos, equipos, e información. II) Accesibilidad: Coligado a la distancia, conectividad, tiempo de transporte y requisitos administrativos para realizar la atención de salud. III) Aceptación de los servicios: Referente a cómo comprenden las prestaciones de servicio respaldado por circunstancias sociales, religiosas, culturales, normativas, privadas. IV) Comunicación con el servicio: La atención que brinda por parte de los servicios y el personal de salud. Todas estas etapas en conjunto conforman una cobertura efectiva según Tanahashi (5).

Un problema de salud pública importante en la mayoría de los países en vías de desarrollo es el bajo acceso a la atención odontológica y se acentúa más en grupos vulnerables y en edades extremas como niños menores de 12 años (6). Es fundamental obtener una adecuada cobertura de atención a los servicios odontológicos para la aplicación de medidas preventivas y tratamientos bucales.

No obstante, se presentan grandes desigualdades territoriales en los indicadores de salud oral de la población en los países con una diversidad demográfica marcada e índice de riqueza (7,8). Bajo recomendación de La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD), para el mantenimiento de una buena salud oral se requiere de exámenes y métodos preventivos, al igual que acudir al odontólogo por lo menos una vez cada seis meses (9). Sin embargo, las visitas odontológicas deberían basarse en el riesgo de caries de cada niño, donde aquellos que presenten un riesgo alto deberán acudir mensualmente a los controles odontológicos (10).

Se debe conocer el estado del problema en el Perú y a pesar de la importancia de este, en el país se han realizado muy pocos estudios sobre el acceso a la atención odontológica. Sin embargo, existe un interés en hallar cuáles son los factores asociados a la utilización del servicio. Así mismo, cómo diferenciar qué tipos de pacientes acuden al servicio por dolor, restauraciones, infección o aquellos que acuden a sus controles. Por lo expuesto anteriormente es importante realizar esta investigación porque en el país el acceso a la atención odontológica en niños menores de 12 años es muy variada a nivel nacional tanto urbana, como rural, Es por ello que la pregunta de investigación fue ¿Cuál es el acceso a la atención odontológica en niños menores de 12 años en el Perú?

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el acceso a la atención odontológica en niños menores de 12 años de edad en el Perú entre 2010 y 2020.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia del acceso a la atención odontológica en niños menores de 12 años en el Perú entre 2010 y 2020.
2. Determinar los factores asociados al acceso a la atención odontológica en niños menores de 12 años entre 2010 y 2020.

III. PROCESOS DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Tipo del estudio

El presente trabajo de investigación es una revisión de literatura.

Búsqueda bibliográfica

La población estuvo constituida por artículos originales de tipo transversal publicados en revistas científicas indexadas internacionalmente que describen el acceso a la atención odontológica, es importante mencionar que se eligieron este tipo de estudios porque son aquellos que permitirán conocer la frecuencia y los factores asociados al acceso a la atención odontológica.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos electrónica de PubMed teniendo límites para los años de publicación (2010-2020). De igual forma se realizó una búsqueda manual en revistas científicas de acceso virtual de la especialidad que tengan mayor factor de impacto según Scimago del año 2020.

Las revista de acceso manual fueron Journal of Dental Research (1.979; Q1), Journal of Dentistry (1.504; Q1), Caries Research (1.355; Q1), International Journal of Paediatric Dentistry (1.183; Q1), Clinical Oral Investigations (1.088; Q1), Community Dentistry and Oral Epidemiology (1.061; Q1), Oral Diseases (0.953; Q1), BMC Oral Health (0.868; Q1) e International Dental Journal (0.840; Q1).

Se emplearon los siguientes términos Medical Subject Headings (MeSH) para la búsqueda bibliográfica: Health Services Accessibility, Dental Care for Children, Peru

Criterios de selección

Criterios de Inclusión: Artículos originales de tipo transversal publicados en revistas indexadas internacionalmente que describan el acceso a la atención odontológica. Todos los documentos seleccionados fueron en español e inglés entre los periodos 2010-20.

Criterios de exclusión: Se excluyeron artículos que no hayan podido accederse completamente, o aquellos que a la revisión completa no contribuyan con información suficiente para el estudio.

Pregunta de la revisión sistemática

Para la presente revisión sistemática, se emplea la siguiente pregunta PERO (adaptada de la pregunta PICO por el tipo de estudio):

P	Población Niños menores de 12 años en el Perú
E	Exposición Acceso al servicio odontológico
O	Resultado Frecuencia de atención y factores asociados

Procedimientos de búsqueda

En primer lugar, se seleccionaron las palabras en MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>) con operadores booleanos lógicos “OR” (indica que el operador puede aparecer en los resultados tanto la primera palabra como la segunda, indiferentemente) - “AND” (indica que ambas palabras aparecerán en los resultados de la búsqueda). En segundo lugar, fueron empleadas para la búsqueda en PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), con los criterios de selección estas palabras se añadieron al cuadro de búsqueda para posteriormente seleccionar las revistas adecuadas para la revisión en un rango de tiempo de 10 años (2010-2021), de las cuales se hallaron 144 artículos, de los cuales se seleccionaron 3 artículos que se emplearon para la revisión, además, uno de ellos fue agregado manualmente (Anexo 1).

Proceso de análisis

El estudio es una revisión de literatura con el objetivo de determinar el acceso a la atención odontológica en niños menores de 12 años de edad en el Perú, por lo cual no se emplea ningún análisis estadístico porque el análisis será descriptivo de los artículos encontrados (Anexo 2).

IV. ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA

Evidencia

Aravena-Rivas Y, Carbajal-Rodríguez G (Perú; 2020), tuvieron como objetivo del estudio explorar la presencia de desigualdades en el uso de servicios dentales entre los niños menores de 12 años que residen en Perú, según su quintil de riqueza y región natural de residencia. Se observaron desigualdades en el uso de los servicios dentales entre los niños de acuerdo con el quintil de riqueza y su región natural. Una gradiente social estaba presente en la Cordillera de los Andes, la costa y la selva. Las mayores desigualdades se observaron en la costa (quintil más rico frente a quintil más pobre $RP = 1,81$ $IC\ 95\% = 1,56-2,11$) y en las regiones selváticas (quintil más rico frente a quintil más pobre $RP = 1,81$ $IC\ 95\% = 1,53-2,14$). La selva presentaba la proporción más baja de niños que usaban servicios dentales, mientras que Lima Metropolitana tenía la proporción más alta. No se observaron diferencias significativas entre los quintiles de riqueza entre los niños de Lima Metropolitana.

Se concluyó que las diferencias en las desigualdades socioeconómicas en el uso de los servicios dentales entre las regiones naturales. La distribución de los centros y del personal odontológico, así como las características geográficas y demográficas de cada región, pueden desempeñar un papel importante en la presencia de las desigualdades observadas (11).

Azañedo D, Hernández-Vásquez A (Perú; 2017), tuvieron como objetivo evaluar los factores que determinan el acceso a los servicios de salud bucal en niños menores de 12 años en el Perú entre 2014 y 2015. Evaluaron que de todos los niños, el 51% eran varones, el 56% tenían menos de 5 años y el 62.6% vivían en zonas urbanas. El tipo más común de seguro de salud fue el Seguro Integral de Salud (57.8%), y la mayoría de los encuestados se encontraban en el primer quintil de riqueza (31.6%). En cuanto a los padres de familia, el nivel educativo más común fue la escuela secundaria (43.02%) y el idioma más hablado fue el español (88.4%). El análisis univariable reveló que todas las variables, excepto el sexo y el nivel educativo primario, eran estadísticamente significativas. Después del ajuste, el sexo, el área de residencia y el lenguaje fueron insignificantes, mientras que las variables restantes fueron estadísticamente significativas. El índice de riqueza, el nivel de educación de los cuidadores, el área de residencia natural, la edad y el tipo de seguro de salud son factores que determinan el acceso a los servicios de salud oral de los niños menores de 12 años en el Perú. Estos factores deben tenerse en cuenta al elaborar estrategias para mitigar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud oral (12).

Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Díaz-Seijas D, Bendejú-Quispe G (Perú; 2014), el objetivo fue analizar los patrones de acceso a los servicios de salud dental entre los niños menores de 12 años en el Perú. Durante el último semestre estimaron que el 26,7% de la muestra tenía acceso a servicios de salud dental. El 39.6% corresponde al grupo de edad de 0 a 4 años, el 40.6% reside en la región andina y el 58.3% reside en zonas urbanas. Las regiones de Ayacucho, Pasco, Huancavelica, Lima y Apurímac tuvieron la mayor proporción de población con acceso a servicios de salud dental en el país. Se concluyó que la población de menores de 12 años en el Perú tiene escaso acceso a los servicios de salud dental. La asignación del acceso a los servicios de salud dental ayudará a identificar y agrupar áreas de acuerdo con los patrones de acceso de rutina para orientar las acciones de salud pública (13).

Análisis

De la presente revisión se encontró que el acceso a los servicios de atención odontológica fue de un 25 - 35% en los últimos 6 meses en los estudios analizados, este bajo acceso se puede deber a las barreras geográficas existentes en el Perú, donde las zonas rurales la dificultad del transporte genera limitaciones en el acceso a la atención odontológica. También se puede deber a la disponibilidad de los centros de salud debido a la carencia de atención en los servicios odontológicos, la asequibilidad por la demanda de tiempo y dinero; al igual que la aceptabilidad de la población por la desigualdad del índice de riqueza (11, 12, 13). Sin embargo, se puede evidenciar un ligero aumento en los años provocado por los diversos programas enfocados en la población infantil. El objetivo principal siempre será

romper todas las barreras y que la población tenga un mayor acceso a los centros de salud, no solo a atenciones odontológicas sino crear y tener la facilidad de participar en diferentes programas de salud.

Los factores asociados al acceso odontológico fueron el índice de riqueza, el nivel de educación de los cuidadores, la región natural de residencia, la edad y el tipo de seguro de salud. Donde se asocia al índice de riqueza con las zonas rurales de las diferentes regiones donde los quintiles más pobres presentan menor acceso a los servicios de atención odontológica. El nivel de educación de los cuidadores tiene un impacto negativo en la salud bucal del niño por falta de conocimiento sobre el tema, los que presentaban un nivel de educación superior tenían más probabilidades de haber accedido a los servicios de atención odontológica. La región natural de residencia se asocia a los niveles de acceso a los servicios representando a la Selva como región de menor acceso comparado con la Costa y Sierra, atribuido a las barreras geográficas mencionadas anteriormente. La edad se correlaciona con el acceso a los servicios odontológicos siendo más alto en niños mayores de 6 años, esto puede deberse a la mayor necesidad de atención y por ende, la búsqueda de satisfacción de esa necesidad, más aún, eso se puede ver favorecido cuando los niños cuentan con seguro de salud, para el caso peruano, no se cuenta con cobertura universal efectiva.

Esta revisión es muy importante porque genera una evidencia sobre el carente acceso y desigualdades que existe en el Perú en los niños menores de 12 años, sin embargo, sería importante evaluar otros grupos de edades para conocer lo que está

pasando en otros grupos etarios que son también importantes. Se reafirma la necesidad de actualizar la información disponible para que los decisores de políticas puedan emplear datos recientes en el diseño de intervenciones efectivas para el aumento de la cobertura de salud bucal considerando todas las variables que puedan perjudicar a la población en mayor riesgo.

V. CONCLUSIONES

Se concluye de la revisión de literatura que:

La frecuencia del acceso a la atención odontológica fue entre 25 % y 35% en los últimos 6 meses en niños menores de 12 años en el Perú entre 2014 y 2020.

Los factores asociados al acceso a la atención odontológica fueron el índice de riqueza, el nivel de educación de los cuidadores, la región natural de residencia, la edad y el tipo de seguro de salud en niños menores de 12 años en el Perú entre 2014 y 2020

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc.Polít. Salud.* 2014; 13(27): 242-265.
2. Susset F. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2017;43(2).
3. Aday, L A, and R Andersen. "A framework for the study of access to medical care." *Health services research* vol. 9,3 (1974): 208-20.
4. Arrivillaga, Marcela y Borrero, Yadira Eugenia. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, v. 32, n. 5
5. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmén Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(3):223–9.
6. *Diccionario de la Lengua Española.* Madrid: RAE, 2020.
7. Fajardo-Dolci G y col. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública de México* / vol. 57, no. 2, marzo-abril de 2015
8. OMS. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA62.14. Ginebra: OMS, 2009.

9. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc.Polít. Salud.* 2014; 13(27): 242-265.
10. Edelstein BL, Chinn CH. Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Academic Pediatrics.* 2009;9(6):415-419.
11. Aravena-Rivas Y, Carbajal-Rodríguez G. Geographical and socioeconomic inequalities in dental attendance among children in Peru: Findings from the Demographic and Family Health Survey 2017. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2020;00:1–9. DOI: 10.1111/cdoe.12580
12. Azañedo D , Hernández-Vásquez A, Factors determining access to oral health services among children aged less than 12 years in Peru. *1000Research* 2017, 6:1680 Last updated: 19 FEB 2018 DOI: 10.1111/cdoe.12580
13. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Díaz-Seijas D, Bendezú-Quispe G. Access to oral health services in children under twelve years of age in Peru. *Salud Colectiva.* 2016;12(3):429-441. DOI: 10.18294/sc.2016.912

ANEXOS

Anexo 1: Estrategias de búsqueda electrónica

Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed	((;Health Services Accessibility "[Mesh]) OR ;Dental Care for Children"[Mesh]) AND ;Peru "[Mesh]

Anexo 2. Cuadro resumen de artículos

N°	Año	Autores	País	Objetivos	Resultados	Conclusiones
1	2020	Aravena-Rivas Y, Carbajal-Rodríguez G.	Perú	Explorar la presencia de desigualdades en el uso de servicios dentales entre los niños de <12 años que residen en Perú, según su quintil de	Se observaron desigualdades en el uso de los servicios dentales entre los niños de acuerdo con el quintil de riqueza y su región natural. Una gradiente social estaba presente en la Cordillera de los Andes, la costa y la selva. Las mayores desigualdades se observaron en la costa (quintil más rico frente a quintil más pobre RP = 1.81 IC 95% = 1.56-2.11) y en las regiones selváticas (quintil más rico frente a quintil más pobre RP = 1.81 IC 95% = 1.53-2.14). La selva presentaba la proporción más	Se observaron diferencias en las desigualdades socioeconómicas en el uso de los servicios dentales entre las regiones naturales. La distribución de los centros y del personal odontológico, así como las características geográficas y demográficas de cada región, pueden desempeñar un papel importante en la presencia de las desigualdades observadas.

				riqueza y región natural de residencia.	baja de niños que usaban servicios dentales, mientras que Lima Metropolitana tenía la proporción más alta. No se observaron diferencias significativas entre los quintiles de riqueza entre los niños de Lima Metropolitana.	
2	2018	Azañedo D , Hernández- Vásquez A, Casas- Bendezú M, Gutiérrez C, Agudelo-Suárez A.A, Cortés S.	Perú	Evaluar los factores que determinan el acceso a los servicios de salud bucal en niños menores	De todos los niños, el 51% eran varones, el 56% tenían menos de 5 años y el 62.6% vivían en zonas urbanas. El tipo más común de seguro de salud fue el Seguro Integral de Salud (57.8%), y la mayoría de los encuestados se encontraban en el primer quintil de riqueza (31.6%). En cuanto a los padres de familia, el nivel educativo más	El índice de riqueza, el nivel de educación de los cuidadores, la región natural de residencia, la edad y el tipo de seguro de salud son factores que determinan el acceso a los servicios de salud oral de los niños menores de 12 años en el Perú. Estos factores deben

				de 12 años en el Perú entre 2014 y 2015	común fue la escuela secundaria (43.02%) y el idioma más hablado fue el español (88.4%). El análisis univariable reveló que todas las variables, excepto el sexo y el nivel educativo primario, eran estadísticamente significativas. Después del ajuste, el sexo, el área de residencia y el lenguaje fueron insignificantes, mientras que las variables restantes fueron estadísticamente significativas.	tenerse en cuenta al elaborar estrategias para mitigar las desigualdades en el acceso a los servicios de salud oral.
3	2016	Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Díaz-Seijas D, Bendezú-	Perú	Explorar los patrones de acceso a servicios de	Los resultados muestran que el 26.7% de la muestra tuvo acceso a los servicios de salud dental en los últimos seis meses. El 39.6% pertenecía al grupo etario de 0 a 4 años, el	En conclusión, existe un bajo acceso a los servicios de salud dental para la población menor de 12 años en Perú. La distribución espacial del acceso a los servicios de

	QuispeG, Arroyo- Hernández H, Vilcarromero S,Agudelo-Suárez A A.	salud dental en menores de doce años en Perú.	40.6% habitaba en la zona andina y un 58.3% residía en zonas urbanas. Las regiones de Huancavelica, Apurímac, Ayacucho, Lima y Pasco tuvieron los mayores porcentajes de población que accedió a servicios de salud dental a nivel nacional.	salud dental permitiría identificar y agrupar regiones según patrones comunes de acceso para enfocar acciones en materia de salud pública.
--	--	--	---	---