



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

ASOCIACIÓN ENTRE DISCAPACIDAD Y ACCESO A
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES
DE 60 AÑOS DE EDAD EN EL PERÚ, 2018.

ASSOCIATION BETWEEN DISABILITY AND ACCESS TO
DENTAL CARE IN ADULTS OVER 60 YEARS OF AGE IN
PERU, 2018.

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN SALUD PÚBLICA ESTOMATOLÓGICA

AUTOR

OSCAR MARTIN OLAYA AGUIRRE

ASESOR

MG. ESP. ROBERTO ANTONIO LEON MANCO

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Mg. Esp. Cesar Eduardo Del Castillo Lopez

Vocal: PhD: John Alexis Dominguez

Secretaria: Mg. Esp. Maria Claudia Garces Elias

Fecha de sustentación: 12 de julio 2023

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

Mg. Esp. Roberto Antonio Leon Manco

Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0001-9641-1047

DEDICATORIA

A mi familia, quienes son parte del sacrificio de superación personal y profesional, especialmente a mis padres quienes me enseñaron y brindaron todo para ser mejor persona y profesional.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor quien me dio las herramientas necesarias para poder lograr culminar con éxitos mi posgrado.

A mi asesor quien fue la guía del presente y arduo trabajo.

A todos los docentes y personas de las sedes docentes que brindaron sus conocimientos y apoyo, logrando sembrar los deseos de superación.

DECLARACIONES Y COMPLICITO DE INTERES

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

ASOCIACIÓN ENTRE DISCAPACIDAD Y ACCESO A ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN EL PERÚ, 2018.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	Jennifer Webb, Brent T. Williams, Korydon H. Smith, Jerry L. Leach. "Actividades actuales y previstas, presencia de discapacidades y repercusiones para el diseño del entorno de las personas mayores", <i>Psychology</i> , 2014 Publicación	1%
3	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
4	libroselectronicos.ilae.edu.co Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS	6
III. MATERIALES Y METODOS.....	7
IV. RESULTADOS	13
V. DISCUSIÓN.....	15
VI. CONCLUSIONES.....	22
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ANEXOS.....	28

RESUMEN

Antecedentes: La accesibilidad y acceso a la asistencia odontológica en adultos con más de 60 años que presentan discapacidad debe considerarse para la formulación, creación e implementación de nuevas políticas de equidad. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la discapacidad y el acceso a la asistencia odontológica en población mayor de los 60 años en Perú, durante el año 2018.

Materiales y métodos: Investigación definida como transversal la que tendrá al finalizar una muestra de 4915 registros los cuales serán personas mayores de 60 años quienes han participado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018. En este estudio la variable dependiente ha sido el acceso a la asistencia odontológica, mientras la variable independiente ha sido la discapacidad y las co-variables fueron, covariable lugar de residencia, covariable región, covariable región natural, covariable área de residencia, covariable edad, covariable quintil de riqueza, covariable tenencia de seguro de salud, y covariable sexo.

Resultados: Existe asociación entre la discapacidad general y el acceso a la atención odontológica con $RP_a=1.11$ (IC95%: 1.04-1.19), de la misma forma, hay asociación entre discapacidad visual y acceso a atención odontológica con $RP_a=1.16$ (IC95%: 1.06-1.26) considerando las co-variables. **Conclusión:** Se encuentra asociación entre la discapacidad y acceso a asistencia o atención odontológica en personas de más de 60 años en el Perú, 2018.

Palabras claves: atención odontológica, adultos mayores, discapacidad física.

ABSTRACT

Background: The accessibility and access to dental care in adults over 60 years of age with disabilities must require the formulation, creation and implementation of new equity policies. **Objective:** To determine the association between disability and access to dental care in the population over 60 years of age in Peru, during the year 2018. **Materials and methods:** Research defined as cross-sectional, which will have at the end of a sample of 4915 records which They will be people over 60 years of age who have improved in the Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2018. In this study, the dependent variable has been access to dental care, while the independent variable has been disability and co-morbidities. Variables were place of residence covariate, region covariate, natural region covariate, area of residence covariate, age covariate, wealth quintile covariate, health insurance possession covariate, and sex covariate. **Results:** There is an association between general disability and access to dental care with $RP_a=1.11$ (95%CI: 1.04-1.19), in the same way, there is an association between visual disability and access to dental care with $RP_a=1.16$ (95%CI): 1.06-1.26) considering the covariates. **Conclusion:** An association is found between disability and access to assistance or dental care in people over 60 years of age in Peru, 2018.

Keywords: dental care, older adults, physical disability.

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene como definición para la accesibilidad o acceso a los servicios de salud, como oferta disponible de servicios de salubridad, a los usuarios, este acceso puede verse influenciado por factores geográficos, financieros, culturales y administrativos. La cobertura universal tiene como significado, el que la totalidad de los pobladores en una nación logren acceder a igual oferta de servicios (de la mejor calidad posible), de acuerdo con sus preferencias y sus propias necesidades, independientemente al nivel de compensación económica, estrato social o lugar donde reside, además que la población pueda estar en la capacidad para realizarlo. Así también, la cobertura universal tiene como significado que los pobladores logren gozar de iguales prestaciones. Nada debería justificar que otras naciones, incluyendo las naciones más pobres, no puedan anhelar que la cobertura universal de salud, sea un logro tangible, teniendo sustento adecuado de forma sostenible en el tiempo (1). Estos factores, dependen en ciertos casos de la demanda y otros de la oferta; siendo esta sinergia entre proveedores de salud, el Estado y la población, son muy importantes para analizar su repercusión en el acceso a estos servicios (2).

La atención de la salubridad, es una determinante de la salud y los sistemas de salubridad serían los responsables para mejorar el estado de salubridad de la población (3). Asimismo, los servicios de salud accesibles, son de mucha importancia dentro de las dimensiones de la equidad. La finalidad es procurar la mejora de servicios de salubridad para adultos mayores, en Perú en el año 2017

del total de personas con discapacidad (3'209,261), las personas adultas de 60 a más años de edad con discapacidad representan el 40.4% (1'236,646) (4), que aumentará a un 13% o 14% para el año 2025. Dada esta proyección, aumenta también la importancia de mejorar el acceso para cumplir las necesidades esenciales de la población en mención (5).

La OMS define a personas consideradas en el rango de 60 a 74 años como personas de edad avanzada, personas consideradas en el rango de 75 a 90 años como personas viejas o ancianas, y personas por encima de 90 años se considera persona gran longeva. A toda persona que tiene edad por encima de los 60 años se denominara persona de la tercera edad (5).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), durante el tercer trimestre 2019, la cantidad más grande de individuos entre 60 a más años, con por lo menos un tipo de afección de salud, no asistió a una institución prestadora de salud para atenderse porque no lo consideró necesario, optó por remedios caseros o se autorecetó (75,7%) (7). Estos son factores a tomar en cuenta para incrementar los niveles de asistencia, prevención y cuidado de la salud de los adultos mayores. Una de las necesidades de atención en salud que tiene más demanda, es la salud odontológica, siendo esto imperativo se requiere actuar con el interés necesario y lograr el debido acceso y accesibilidad a la asistencia odontológica, y así no encontrarse limitado en alguna manera para esta población (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la discapacidad en forma

genérica donde abarca deficiencias, limitantes de actividad física o mental y delimitaciones en participación que el individuo pueda ejercer. La población que presenta discapacidad (PCD) está considerada como vulnerable porque además de lidiar con condiciones limitantes en su fisiología, también tienen obstáculos, legislativos, y obstáculos políticos, reciben actitudes negativas, sufren por creencias y por prejuicios, que al final terminan en discriminación, afectando su vida cotidiana, el modo de interactuar con el medio social y, como consecuencia final, su salud, la misma que debe integrarse físicamente, socialmente y mentalmente (9).

Dentro de los habitantes que manifestaron padecer una discapacidad, el 61,2% están ligados a la tenencia de Seguro para la asistencia de su salud, según el sexo la porcentualidad se manifiesta diferenciada, resultando que el 48,0% de sexo masculino y el 52,0% de sexo femenino, se encuentran ligados a un seguro de salud. Un 38,8% de los habitantes que padecen una discapacidad no tiene cobertura de un seguro de salud, encontrando que esta población expone una doble vulnerabilidad (6).

Podemos sintetizar la discapacidad en 5 tipos, la discapacidad motriz o física, discapacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad sensorial y la discapacidad múltiple. La motriz o física describe problemas como las paraplejías, las cuadriplejías, amputaciones de brazos y/o piernas, enfermedad de poliomielitis, artrosis; a lo que respecta a discapacidad del intelecto, a límites en la función y desarrollo del intelecto y en el desempeño de habilidades de adaptación; a lo que respecta a discapacidades mentales, a alteración bioquímica que restringen el

pensamiento, el carácter, la sensibilidad y sentimientos, tales como, la conducta frente a las demás personas; a lo que respecta a discapacidad sensitivo-sensorial, a restricciones en la percepción de sonidos externos a través de la audición, percepción de objetos a través de la visión y a lo que respecta a discapacidad variada o múltiple a través de presencia de dos discapacidades o más. (7).

Aun así, tenemos que las cifras de certificación de la discapacidad que son muy bajas (8) en el sector salud, se complica el acceso para atención odontológica, debido a la deficiencia estructural de las instituciones prestadoras de servicios de salud o por otras causas (sexualidad, grupo etario, nivel educacional, economía del hogar, lugar o área donde se reside, región, tendencia o posesión de un seguro de asistencia médica o de salud y también de discapacidad corporal), siendo esta población discapacitada más vulnerable y a la vez una minoría con mayor facilidad a padecer comorbilidades (9). Así, la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS) del año 2012 muestra altas cifras de exclusión en materia de salud (10).

Se considera que la situación actual del acceso a la salud dental del adulto mayor, debe basarse en tres aspectos importantes, primero en fortalecer su investigación para identificar brechas y necesidades como bases de decisiones en implementación de políticas de salud oral; segundo aumentar la oferta de acceso a tratamientos recuperativos para adultos mayores en los establecimientos de salud; tercero, implementar política de recursos humanos para su mejor disposición en zonas alejadas del Perú, de manera transectorial (12).

La literatura obtenida nos brinda estudios realizados en Irlanda (12), en Norteamérica en Oakland (13), y Canadá (14); en Latinoamérica tenemos en Brasil (15), Chile (16) y, reportan problemas en los adultos mayores en su movilización repercutiendo en impedimento para acceder a los servicios de salud y falta de asistencia. La información en el Perú que se logró obtener, es de los resultados de ENEDIS, siendo limitadas las investigaciones de dichas poblaciones vulnerables sobre su acceso a servicios odontológicos (11, 17-20).

En Perú, la información disponible aún no tiene el enfoque que brinde la posibilidad de formular una propuesta firme y sostenible, de políticas de inclusión y equidad, para resolver la problemática la salud bucal y su acceso en adultos mayores que presentan discapacidades físicas. Por ello, el presente estudio, debe servir como base fehaciente, para la propuesta de normas y políticas sostenibles, que mejoren la accesibilidad y acceso a servicios de asistencia odontológica para población de más de 60 años con discapacidad física. Siendo la interrogante de este estudio: ¿Hay asociación entre discapacidad y acceso a atención odontológica para la población mayor de 60 años de edad en el Perú, durante el 2018?

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer y Determinar la asociación entre la discapacidad y accesibilidad o acceso a atención odontológica en población mayor de 60 años de edad en el Perú, durante el 2018.

Objetivos Específicos:

1. Establecer y Determinar la frecuencia de accesibilidad y acceso a la asistencia odontológica y discapacidad en población mayor de 60 años de edad en el Perú, durante el 2018.
2. Establecer y Determinar la accesibilidad y acceso a la asistencia odontológica según discapacidad en población mayor de 60 años de edad en el Perú, durante el 2018.
3. Establecer y Determinar el acceso a atención odontológica según covariable lugar de residencia, covariable región, covariable región natural, covariable área de residencia, covariable edad, covariable quintil de riqueza, covariable tenencia de seguro de salud, y covariable sexo, en población mayor de 60 años de edad en el Perú, durante el 2018.
4. Establecer y Determinar asociación de discapacidad y el acceso atención odontológica en población mayor de 60 años de edad en el Perú, durante el 2018.

III. MATERIALES Y METODOS

La investigación ha sido transversal, con una totalidad de población inicial de 19365 registros de adultos con de 60 años con algún tipo de discapacidad; sin embargo, sólo fueron seleccionados 4915 registros debido a que fueron quienes respondieron respecto al acceso a atención odontológica. Estos datos han sido extraídos de la ENDES del año 2018. La característica de la muestra fue bietápica, probabilística y con tipo equilibrado debido a que permitió la estimación de totales aproximadamente iguales a las características de la población objeto de estudio, de la misma manera fue estratificada e independiente, con sus respectivas características a nivel de sus departamentos y sus respectivas características de su área domiciliaria urbana y por su área domiciliaria rural. Se observó que en el área de tipo urbana estuvo conformada por el aglomerado y por hogares particulares, dentro del área de tipo rural está conformada por hogares particulares y por el área de empadronamiento de tipo rural. Teniendo para el tamaño de la muestra ENDES 2018 un total de registros de 36 mil 760 viviendas, teniendo validez externa al ser representatividad del país, la totalidad de este banco de datos son de libre accesibilidad, encontrándose en página electrónica oficial del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Nuestra variable dependiente es: Acceso a atención odontológica, misma que es definida conceptualmente como el bienestar y satisfacción de una carencia de atención, que causa el menoscabo de la salud bucal, a través de un proceso o procedimiento de diagnóstico, prevención o atención que determine su

mejoramiento. Se obtendrá dicha información de los resultados de la siguiente pregunta de la base de dato ENDES Pregunta N°311 del interrogatorio que se registró en data de ENDES, la cual es: ¿En su vida, ha recibido atención odontológica o en consultorio odontológico o profesional de odontología?, que deviene a una Variable cualitativa, escala dicotómica nominal y que presenta los valores siguientes: valor 1: respuesta Si y valor 2: respuesta No. Además, sólo por temas descriptivos se consideró clasificar al proveedor de atención en: Ministerio de Salud, EsSalud, FFAA/PNP, Sector privado y otros (Anexo 1).

La variable Independiente fue: Discapacidad, la cual es definida conceptualmente como falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona. Esta variable estará compuesta de los siguientes tipos de discapacidad como la auditiva, visual, motriz, sensorial, problemas de lenguaje a nivel comprensivo y receptivo; se evaluará por cada tipo de discapacidad de forma independiente y de forma general. Variable cualitativa, con una escala de tipo dicotómica nominal y que presenta los valores siguientes: valor 1: respuesta Si y valor 2: respuesta No.

Así también se ha considerado las siguientes covariables:

Covariable Región: División de territorio nacional, la cual se encuentra definida por las características de tipo geográficas que presenta, como también las características históricas y las características sociales, la cual presenta dependencia u autoridad que la administra. Esta información se obtendrá de data ENDES 2018 dentro de módulo donde se encuentras datos de características sobre el hogar de la data

RECH1. Variable cualitativa, con escala de tipo politómica nominal y donde se valoran la totalidad de regiones que conforman el estado peruano.

Área de residencia: Estipulado como el entorno donde la población, personas o grupo de personas se desenvuelven e interrelacionan con el medio ambiente a su alrededor. Obteniendo dicha información como lo indica la data ENDES. Variable cualitativa, escala de tipo dicotómica nominal y que presenta los valores siguientes: valor 1: respuesta Urbana y valor 2: respuesta Rural.

Covariable Región natural: Constituida como una unidad de tipo territorial que está delimitada por el tipo de clima, el tipo de vegetación, y por el tipo de relieve de terreno. Obteniendo dicha data como lo indica la información ENDES. Variable cualitativa, escala de tipo politómica nominal y que presenta los valores siguientes: valor 1: respuesta Lima metropolitana, valor 2: respuesta Resto Costa; valor 3: respuesta Sierra y valor 4: respuesta Selva.

Covariable Lugar de residencia: Lugar donde las personas han residido de manera ininterrumpida los últimos 12 meses. Obteniendo dicha información como lo indica la data ENDES. Variable cualitativa, escala de tipo politómica ordinal y que presenta los valores siguientes: valor 1: respuesta Capital, ciudad grande; valor 2: respuesta Ciudad pequeña; valor 3: respuesta Pueblo; valor 4: respuesta Campo.

Covariable Quintil riqueza: Categoría que según las características de la vivienda se le da a un hogar, estas características son disponibilidad de servicios y bienes. Obteniendo dicha información como lo indica la data ENDES. Variable cualitativa,

con escala de tipo politómica ordinal y que presenta los valores siguientes: valor 1: respuesta Muy pobre; valor 2: respuesta Pobre; valor 3: respuesta Medio, valor 4: respuesta Rico y valor 5: respuesta Muy rico.

Covariable Tenencia de seguro de salud: Es la cobertura de gastos en salud de beneficiarios a través del pago de una prima. Esta cobertura es médica, clínica, farmacéutica u hospitalización, con la Dimensión: Inscritos y hábiles dentro de seguro de salud, para recibir la atención de salud. Variable cualitativa, con escala de tipo dicotómica nominal y que presenta los valores siguientes: valor 1: respuesta Si y valor 2: respuesta No.

Covariable Sexo: Características biológicas y fisiológicas que van a definir y caracterizar a al hombre y a la mujer, siendo una totalidad de peculiaridades van a caracterizar a los sujetos de una especie. Se obtendrá información según lo indicado en data ENDES. Obteniendo dicha información como lo indica la data ENDES. Variable cualitativa, con escala de tipo dicotómica nominal y que presenta los valores siguientes: valor 1: respuesta Hombre y valor 2: respuesta Mujer.

Covariable Edad: Se refiere a periodo o tiempo que se inicia en el nacimiento hasta la actualidad de una persona. Se considerará a Adultos mayores desde 60 años cumplidos. Obteniendo dicha información como lo indica la data ENDES. Variable cualitativa, con escala de tipo politómica ordinal y que presenta los valores siguientes: valor 1: respuesta Edad avanzada (60 a 74 años), valor 2: respuesta Ancianos (75 a 90 años) y valor 3: respuesta Grandes longevos (90 a más años).

La información obtenida fue el resultado de preguntas investigadas en la encuesta ENDES del año 2018, de la página electrónica del INEI, para posterior descarga del banco de data de atención odontológicas como también de discapacidad, específicamente de la población de personas de más de 60 años. Por consiguiente, se realiza depuración del banco de datos mencionado, considerando covariables en cada variable.

Teniendo completa la base de datos se hizo la exportación para realizar el análisis de los datos. Una vez terminado de seleccionar la base de datos con las variables relacionadas con la investigación, se procede al análisis estadístico del banco de datos. Se elaboró la estadística de los datos considerando las frecuencias absolutas y relativas para la población con una edad mayor de 60 años tomando en cuenta las variables sociodemográficas. El análisis descriptivo de las variables se realizó a través de una tabla de frecuencias relativas y absolutas, para estimar las asociaciones entre la atención odontológica y la discapacidad se usó la prueba estadística de Chi cuadrado y prueba estadística conocida como Regresión de Poisson la cual se utilizó para obtener Razones de Prevalencia así como crudas y como ajustadas, en conjunto de todas las demás co-variables, la razón de prevalencia con un intervalo de confianza de 95%. Es importante señalar que los datos a nivel general se han analizado con el software STATAv15 empleando el comando svy por ser una base de datos de muestras complejas, con nivel de significancia de 95% y un margen de error de 0.5.

La presente investigación inició su ejecución posteriormente a su aprobación por

parte de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología, que pertenece a Facultad de Medicina, Estomatología y Enfermería, así como posterior a la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH), la misma que data del 08 de octubre del 2020, que presenta código SIDISI N°202473, así también ha recibido la conformidad de su ampliación para su continuidad, mediante aprobación en CONSTANCIA R-282-48-22. En esta investigación se utilizó la data electrónica de la ENDES 2018, obtenida en el portal electrónico del Instituto Nacional de Estadística e Informática y tiene accesibilidad pública manteniendo el anonimato de los participantes (Anexo 2 y Anexo 3).

IV. RESULTADOS

Según la base de datos del estudio, los adultos de más de 60 años; el 21.38% (n=1051) tuvo acceso a la atención odontológica y el 78.62% (n=3864) no tuvo acceso a la atención odontológica, El mayor proveedor atención odontológica es el sector privado con 61.93% (n=2372), seguido por el Ministerio de Salud con 26.63% (n=1020), luego por EsSalud con 9.09% (n= 348), y continua otros 7.70% (n=1202), para finalizar con las FFAA/PNP con el 0.76% (n=29). Del total de personas discapacitadas mayores a 60 años podemos apreciar que solo tienen acceso a atención odontológica el 3.09% (n=596), observando que la discapacidad visual presenta el 1.86% (n=360), la discapacidad auditiva 1.00% (n=193), la discapacidad comunicativa 0.20% (n=39), la discapacidad motriz 1.19% (n=231), y la discapacidad comprensiva 0.38% (n=73), debiendo aclarar que 300 personas presentan 2 discapacidades a la vez (Tabla 1).

En accesibilidad y acceso a asistencia odontológica de los adultos de más de 60 años con discapacidad, los que tuvieron acceso a atención odontológica fueron 71.43% (n=280), y el 28.57% (n= 112) no tuvo acceso a atención odontológica. Encontrándose asociación en accesibilidad y acceso a asistencia odontológica con los adultos de más de 60 años sin discapacidad ($p < 0.01$). De la misma manera se encontró asociación en accesibilidad y acceso a asistencia odontológica en los adultos de más de 60 años con discapacidad visual 68.5% (n=2174), y el 31.50 % (n= 112) sin accesibilidad y acceso a asistencia odontológica, comparada con los adultos de más de 60 años sin discapacidad visual ($p < 0.01$), así también

encontrando asociación en el accesibilidad y acceso a asistencia odontológica en adultos mayores con discapacidad auditiva 70.27% (n=104), y el 29.73% (n= 44) sin accesibilidad y acceso a asistencia odontológica, con los adultos de más de 60 años sin discapacidad visual auditiva (p=0.01) (Tabla 2).

El análisis desarrollado ha sido multivariado en el cual se identificó covariables con significancia estadística, encontrándose asociación entre las variables tenencia de seguro de salud, región, lugar de residencia, área de residencia, región natural, con (p<0.01) y edad (p=0.01). La mayor frecuencia a accesibilidad y acceso a asistencia odontológica, en los adultos de más de 60 años con discapacidad, se encontró en la región de Lambayeque con 94.78% (n=157); en la covariable área de residencia hubo mayor frecuencia en ámbito urbano con 79.55% (n=2559); en la covariable región natural se observa a Lima metropolitana con 85.34% (n=594); según covariable lugar de residencia, la mayor frecuencia se encontró en capital ciudad grande con 85.34% (n=594), en la covariable tenencia de seguro encontramos mayor frecuencia en personas con seguro con 79.61% (n=3248), finalmente en la covariable Edad el grupo de mayor frecuencia fueron los de Edad avanzada con 79.69% (n=2864) (Tabla 3)

Se halló asociación entre accesibilidad y acceso a asistencia odontológica y discapacidad general (RP=1.11; IC95%: 1.04-1.19), visual (RP=1.16; IC95%: 1.06-1.26) y auditiva (RP=1.12; IC95%:1.01-1.25). Sin embargo, sólo se encontró asociación ajustada con discapacidad general (RP=1.08; IC95%: 1.01-1.15) y visual (RP=1.12; IC95%: 1.03-1.21) considerando covariable región, covariable área de

residencia, covariable región natural, covariable lugar de residencia, covariable tenencia de seguro de salud y covariable edad (Tabla 4).

V. DISCUSIÓN

La discapacidad en Perú representa el 10.3% de la población total, hasta la actualidad la accesibilidad a los servicios sanitarios hasta la fecha, ha sido abordado de una forma no decidida y ni contundente, siendo una materia pendiente para los gobiernos y la misma sociedad. De esta manera, aún persiste la deuda social con esta población y su respectiva legislación, como también el poner en práctica de políticas públicas que den respuesta y solucionen la presente situación. Nada debería justificar que otras naciones, incluyendo las naciones más pobres, no puedan anhelar que la cobertura universal de salud sea un logro tangible, teniendo sustento adecuado de forma sostenible en el tiempo (1).

Estos factores, dependen en ciertos casos de la demanda y otros de la oferta; siendo esta sinergia entre proveedores de salud, el Estado, y la población, muy importantes para analizar su repercusión en el acceso a estos servicios (2). La discapacidad en adultos mayores que por lo general presenta características con los problemas sensoriales, auditivos y físicos, especialmente también abarca temas de la salud oral, estas condiciones hacen que existe mayor demanda en esta clase de intervenciones en esta población, sin embargo, aún existen dificultades en la implementación de políticas para estas demandas en la salud (4,5). Al estudiar la discapacidad como correlato en la asistencia de la población mayor de 60 años, se

han encontrado importantes hallazgos.

Al respecto de las observaciones antes mencionadas, es importante mencionar que la odontología, como especialidad sanitaria, tiene que precisar los desafíos esta población requiere en su atención. Los mismo que inician desde el área de infraestructura (9), porque se necesitan especificaciones arquitectónicas y equipamiento de tipo especial; la capacitación profesional es esencial para consolidar he implementar los conocimientos para el tratamiento desde el inicio hasta el fin de patologías más frecuentes en este sector de la población acompañadas de política públicas que se puedan sostenerse en el tiempo de forma oportuna y adecuada. La implementación y desarrollo de estrategias comunicativas con la finalidad de mejorar la asistencia sanitaria odontológica con nuevos y mejores protocolos de atención. El estudio y uso de estas variables ayudará a los profesionales con la dificultad actual de asistencia de estos pacientes con más de 60 años discapacidad en la rutina de un consultorio y así brindar una atención especializada con calidad y calidez. (10).

Se ha encontrado que solo el 21.38% tuvo acceso a la atención odontológica y el 78.62% no tuvo accesibilidad y acceso a la asistencia odontológica. En cuanto a establecimientos que proveyeron mayor atención, se observa que es el sector privado con 61.93% de casos atendidos, seguido por el Ministerio de Salud con 26.63%, y un menor porcentaje 9,09% fueron atendidos en EsSalud. Específicamente, la población mayor de 60 años que presenta algún tipo de discapacidad ha tenido dificultades para acceder a este tipo de atención, ya que solo

el 3.09% tuvo acceso a estos servicios. Respecto al tipo de discapacidad, un 1.86% presento discapacidad visual, el 1% problemas de audición y un 1,19% presentó discapacidad relacionado con la motricidad. Estos resultados significan que la atención hacia los adultos mayores presenta dificultades lo cual implica que las autoridades desarrollen políticas que respondan a estas necesidades que presenta la población adulta (6,7).

Análogos son los resultados encontrados en Irlanda, Oakland, Canadá y países de Latinoamérica donde se ha encontrado que existen problemas los adultos mayores en su movilización repercutiendo en impedimento para acceder a los servicios de salud y falta de asistencia (13, 12, 14, 15). Debido a estas deficiencias que presentan los Centros de Salud, los adultos mayores prefieren atenderse en el sector privado donde se les brinda una mejor atención, en tanto que los centros del MINSA presentan dificultades en la infraestructura, la cantidad de documentos que tienen que presentar para las atenciones y otros factores asociados (10,11). Esto permite reflexionar que las personas de esta edad, son las más vulnerables debido a las comorbilidades que presentan en su salud (9), por lo tanto, se tienen que priorizar mejor las atenciones en este sector.

Se evidencia que, de una muestra de 280, el 71,43% tuvo acceso en atención odontológica mientras que un 28,57% no accedió a esta clase de atención, lo que ha permitir establecer una de asociación entre el número de atenciones a los adultos mayores que no presentan discapacidad con los que si lo presentan, de igual forma se encontró asociación entre la atención según el tipo de discapacidad visual. Estos

resultados significan que, de alguna forma se da preferencia en los servicios de odontología a los adultos demás de 60 años que presentan discapacidad, probablemente esto se dé con mayor frecuencia en el sector privado que es donde la gente se atiende en mayor porcentaje, pero aún existe deficiencias en la atención porque hay un número de personas que no han tenido acceso a este tipo de servicios.

Para mejorar estas condiciones, se deben mejorar tres cosas fundamentalmente: identificar las necesidades más apremiantes para proponer políticas de reformas, incrementar el nivel de oferta las atenciones, y finalmente mejorar la atención a las personas que son de zonas alejadas (10). Por otro lado, debido a la correlación entre estas variables, se puede decir que mientras más sean las atenciones con adultos que no tienen discapacidad, también mejora la atención en los adultos que, si tienen discapacidades, por tal razón, es importante que se siga priorizando a este tipo población puesto que son más vulnerables a contraer otras enfermedades asociadas (14,15). Al reflexionar en estos datos, se comprende que el acceso a la salud, es un derecho fundamental de todas las personas, ante cualquier situación que acontezca, sean económicas y sociales, se tienen que priorizar y garantizar el cuidado de la salud de las personas, especialmente las personas adultas mayores. Los Centros de Salud como son las postas, necesitan desarrollar protocolos donde se busque fortalecer la calidad del servicio en esta área.

Se ha encontrado asociación entre las variables y covariable región, covariable área de residencia, covariable región natural, covariable lugar de residencia, covariable tenencia de seguro de salud con ($p < 0.01$) y covariable edad ($p = 0.01$). Esto significa

que las atenciones que se brinda, dependen de la región o lugar de procedencia, es decir, las zonas más cercanas a las ciudades tienen mayores posibilidades de ser atendidos, en tanto que los que son de lugares más distanciados de los Centros de Salud, las atenciones son menores. Mientras más alejadas sean las zonas donde viven estos adultos que presentan discapacidad, menor serán el número de atenciones reportadas en los Centros de Salud. Se ha encontrado que la región Lambayeque ha sido la que ha brindado el mayor porcentaje de atención a los adultos que presentaban algún tipo de discapacidad, atendiendo a un 94,78% de esta población, ahora al analizar las zonas, se observa que los adultos de las zonas urbanas son los que se han atendido en mayor cantidad 79.55%, precisamente esto se corrobora con las correlaciones encontradas entre la región y el número de atenciones. Se evidencia que un 79.61% se atendió mediante el seguro, y son los adultos en edad muy avanzada los que han tenido el mayor porcentaje en las atenciones.

Estos resultados significan que, efectivamente quienes viven en departamentos donde hay mayores Centros de Salud que brindan servicios de odontología se registran mayor cantidad de atenciones. Son los adultos de las zonas urbanas los que reciben mayor atención en comparación con los de las zonas rurales. Por lo tanto, es importante que se pueda ampliar y facilitar el acceso a estos servicios, mediante la descentralización de las atenciones de tal forma que las atenciones puedan ser distribuidas para toda la población sin distinción alguna (1,2). Haciendo un análisis reflexivo de estos hallazgos, podemos inferir que los adultos de más de 60 años que presentan discapacidad que viven en las zonas urbanas tienen más

posibilidades de recibir atención en la odontología, pueden estar más tiempo haciendo gestiones porque no gastan en pasajes, en tanto que los que vienen de las zonas urbanas invierten en pasaje y otros viáticos. Otra cosa que meceré especial atención, es el seguro, en algunos lugares la gente no cuenta economía y aún los seguros no están bien regularizados, esto puede ser otra causa de las atenciones en el servicio de odontología. Las asociaciones halladas denotan que estas deficiencias expresadas en discapacidad motriz o física, discapacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad sensorial y la discapacidad múltiple (7,8) tendrán un impacto en el acceso en la atención odontológica que tiene que ver con la salud bucal de las personas repercutiendo en la salud bucal de los adultos mayores que son quienes pueden tener más limitaciones físicas (6).

Dicho de otra forma, a mayor discapacidad, mayores atenciones en el servicio de odontología, por el contrario, a menor casos de discapacidad, menor será la demanda en estos servicios. Se ha tenido limitación para acceder a bases de datos donde se analicen estas variables, los únicos datos con los que se cuenta son los proporcionados por ENDES (17,18). Con estos datos es que se han analizado estas variables, permitiendo entender que, la relación encontrada, implica gestionar mayor oferta en los servicios de odontología, puesto que según el número de casos de con discapacidad, aumentan las atenciones, pero también se ha evidenciado que existe un porcentaje de personas que no han tenido acceso a los servicios en la salud bucal, por lo tanto, urge la necesidad de articular políticas que permitan alcanzar a estas personas y poder atenderlos.

En este estudio se han encontrado las siguientes limitaciones.

- Los datos recabados por el INEI datan del año 2018, siendo hasta ese momento es la única fuente que registra información relacionada con la atención en la odontología y la discapacidad en personas mayores de 60 años.
- Así también la información registrada se ha considerado todas las regiones, pero aún existen muchas personas de la tercera edad que presentan discapacidades, los cuales no se registran, dado al acceso a la certificación de su discapacidad mediante los medios oficiales. sumado a esto aún se tiene limitación a trabajos actuales que den cuenta se estas problemáticas.
- Los estudios nacionales tampoco nos brindan información asociada a la atención dental en adultos mayores con discapacidad, así como también es escasa la información a nivel internacional asocien ambas variables.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones y dificultades encontrada, los resultados encontrados en este estudio tienen una singular importancia debido a que permiten conocer las características de la atención en los servicios de odontología en adultos mayor de 60 años que presentan diversas discapacidades, y bajo el análisis de estos resultados se pueden plantear medidas de intervención orientadas a incrementar la calidad de vida en la población. Además, este estudio constituye un antecedente regional, que orientará a futuros investigadores para seguir estudiando estas variables considerando bases de datos más actualizadas, y de esta manera promover cambios de políticas en las demandas de estos servicios.

VI. CONCLUSIONES

Se concluye de manera general:

Existe asociación entre la discapacidad y accesibilidad y acceso a asistencia odontológica en personas de más 60 años en el Perú, 2018.

Se concluye de manera específica:

- El acceso a atención odontológica fue mayoritario y la discapacidad minoritaria.
- El acceso a atención odontológica se asoció a discapacidad general, visual, auditiva y motriz.
- El acceso a atención odontológica se asoció a covariable región, covariable área de residencia, covariable región natural, covariable lugar de residencia, covariable tenencia de seguro de salud, covariable sexo, y covariable edad.
- La discapacidad general y visual se asoció positivamente al acceso a atención odontológica considerando la covariable región, covariable área de residencia, covariable región natural, covariable lugar de residencia, covariable tenencia de seguro de salud y covariable edad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comes Y et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología-UBA Anuario de Investigaciones. 2006; 14: 201-8.
2. Suarez R, Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. Rv Panamericana de Salud Pública. 2005; 17: 5-6.
3. Ministerio de salud. Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. Lima: Ministerio de Salud: 2012. (Consultado 18 de septiembre del 2016) Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
4. OMS. Resumen informe mundial sobre la discapacidad. 2011. Disponible en <https://www.oas.org/es/sedi/ddse/paginas/documentos/discapacidad/DESTACADOS/ResumenInformeMundial.pdf>
5. OMS. Programa de envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. Revista especial. Geriátrica de gerontología; 37 (supl.2):74-105.
6. Maya J. Sistemas de servicios de salud. Fundamentos de salud pública. Medellín. 2003; 2 (2): 1 - 8.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor: instituto nacional de estadística e informática; 2016. (consultado: 26 de septiembre del 2016) Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población

Adulta Mayor: Jul-Ago-Set2019. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-jul-ago-set2019.pdf

9. INEI. Perú: características de la población con discapacidad. Lima-Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015.

10. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005; 83 (9): 644. <https://doi.org/S0042-96862005000900004>

11. Giraldo-Zuluaga MC, Martínez-Delgado CM, Cardona-Gómez N, Gutiérrez-Pineda JL, Giraldo- Moncada KA, Jiménez-Ruíz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. CES Odontología. 2017; 30(2): 23–36. <http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3>

12. Azañedo D, Díaz D, Hernández-Vásquez A. Salud oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana [carta]. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2016;33(2):373-5.

13. Castro A. Metodología de la investigación en odontología para profesionales en salud. Lima: Ars Dent; 2003.

14. Anglas CA. Evaluación del nivel de información sobre las medidas preventivas de Salud Bucal en la población de Lima Metropolitana y Callao.[Tesis de bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2000.

15. Goto E, Ishikawa H, Okuhara T, Kiuchi T. Relationship of health literacy with utilization of health-care services in a general Japanese population. Prev Med Rep. 2019;14(1):1-5.

16. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Baja alfabetización en salud y resultados en salud: una revisión sistemática actualizada.

Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107.

17. Berkman, D. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann. Intern. Med.* 2011;155(2):97–107.

18. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient Educ. Couns.* 2016;99(7):1079– 86.

19. Al Sayah, F. Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *J. Gen. Intern. Med.* 2013;28(3):444–52.

20. Firmino RT, Ferreira FM, Paiva SM, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, Martins CC. Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2017;148(8):604-13.

21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018. (Consultado el 20 de abril de 2020). Disponible en: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos>.

22. Federación Dental Internacional (FDI). El desafío de las enfermedades bucodentales una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. Segunda Edición. Ginebra: Editorial Myriad Editions Brigton; 2015.

23. World Organización Health. Salud y Derechos Humanos. Ginebra, 2017. (Consultado el 10 de agosto del 2020). Disponible en : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.

24. Ministerio de salud. Programas presupuestales. (Consultado el 9 de agosto del 2020). Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/index.asp>.

25. Ortíz-Barrios LB, Granados-García V, Cruz-Hervert P, Moreno-Tamayo K, Heredia-Ponce E, Sánchez-García S. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status

- through a latent class analysis. BMC Oral Health. 2019;19(141):1-10.
26. Contreras Rengifo Adolfo. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2016;9(2):193-202.
 27. MINSA. Resolución Ministerial N° 422-2017-MINSA. Lima: Gobierno del Perú, 2017.
 28. MINSA. Resolución Ministerial N° 834-2019-MINSA. Lima: Gobierno del Perú, 2019.
 29. Dirección General de Personal de Salud. Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2018.1ª edición. Lima, 2019.
 30. Gobierno del Perú. R.M N°546-2011/MINSA. NTS N°021-MINSA/dgsp-v.03.Lima: Gobierno del Perú;2011. (consultado el 15 de agosto de 2020). Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>.
 31. Gobierno del Perú. D.S 026-2020-SA.Politica Nacional Multisectorial de salud al 2030. “Perú, País Saludable”. Lima: Gobierno del Perú,2020.
 32. Organización Mundial de la Salud. 60° Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y Decisiones.Ginebra,2007.
 33. Brickhouse TH. Family oral health education. Gen Dent. 2010;58(3):212-9.
 34. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucal.25 marzo del 2020. (Consultado el 10 de agosto del 2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.Ginebra,2020.
 35. Leal R, Durães N, Oliveira S, Primo M, De Barros Lima M, Batista P, et

al. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(3):823-35.

36. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194):249-60.

ANEXOS

Tabla 1. Frecuencia de acceso a atención odontológica y discapacidad en adultos mayores de 60 años de edad en el Perú, 2018.

VARIABLES	n	%
Acceso a atención odontológica		
Si	1051	21.38
No	3864	78.62
Proveedor de atención		
Ministerio de Salud	1020	26.63
EsSalud	348	9.09
FFAA/PNP	29	0.76
Sector privado	2372	61.93
Otros	61	1.59
Discapacidad		
Si	596	3.09
No	18663	96.91
Discapacidad visual		
Si	360	1.86
No	19005	98.14
Discapacidad auditiva		
Si	193	1.00
No	19172	99.00
Discapacidad comunicativa		
Si	39	0.20
No	19326	99.80
Discapacidad motriz		
Si	231	1.19
No	19134	98.81
Discapacidad comprensiva		
Si	73	0.38
No	19292	99.62

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

Tabla 2. Acceso a atención odontológica según discapacidad en adultos mayores de 60 años de edad en el Perú, 2018.

DISCAPACIDAD	ACCESO A ATENCIÓN ODONTOLÓGICA				p*
	Si		No		
	n	%	n	%	
Discapacidad					
Si	280	71.43	112	28.57	<0.01
No	3531	79.44	914	20.56	
Discapacidad visual					
Si	174	68.5	80	31.50	<0.01
No	3690	79.17	971	20.83	
Discapacidad auditiva					
Si	104	70.27	44	29.73	0.01
No	3760	78.88	1007	21.12	
Discapacidad comunicativa					
Si	16	72.73	6	27.27	0.50
No	3848	78.64	1045	21.36	
Discapacidad motriz					
Si	102	72.86	38	27.14	0.09
No	3762	78.79	1013	21.21	
Discapacidad comprensiva					
Si	27	72.97	10	27.03	0.40
No	3837	78.66	1041	21.34	

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de Chi-cuadrado.

Tabla 3. Acceso a atención odontológica según región, área de residencia, región natural, lugar de residencia, quintil de riqueza, tenencia de seguro de salud, sexo y edad de adultos mayores de 60 años de edad en el Perú, 2018.

VARIABLES	ACCESO A ATENCIÓN ODONTOLÓGICA				p*
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Región					
Amazonas	166	74.11	58	25.89	
Ancash	161	88.95	20	11.05	
Apurímac	182	79.48	47	20.52	
Arequipa	133	70.74	55	29.26	
Ayacucho	195	83.33	39	16.67	
Cajamarca	100	55.56	80	44.44	
Callao	191	84.51	35	15.49	
Cusco	146	69.86	63	30.14	
Huancavelica	176	79.28	46	20.72	
Huánuco	184	83.64	36	16.36	
Ica	146	86.39	23	13.61	
Junín	158	82.72	33	17.28	
La Libertad	167	90.76	17	9.24	<0.01
Lambayeque	157	94.58	9	5.42	
Lima	521	83.90	100	16.10	
Loreto	152	86.36	24	13.64	
Madre de Dios	137	70.26	58	29.74	
Moquegua	163	73.09	60	26.91	
Pasco	101	65.58	53	34.42	
Piura	134	68.72	61	31.28	
Puno	108	78.83	29	21.17	
San Martín	108	68.35	50	31.65	
Tacna	62	81.58	14	18.42	
Tumbes	45	64.29	25	35.71	
Ucayali	71	81.61	16	18.39	
Área de residencia					
Urbana	2559	79.55	658	20.45	0.03
Rural	1305	76.86	393	23.14	
Región natural					
Lima metropolitana	594	85.34	102	14.66	
Resto Costa	953	80.15	236	19.85	<0.01
Sierra	1531	77.72	439	22.28	
Selva	786	74.15	274	25.85	
Lugar de residencia					
Capital, ciudad grande	594	85.34	102	14.66	
Ciudad pequeña	1025	80.71	245	19.29	<0.01
Pueblo	940	75.14	311	24.86	
Campo	1305	76.86	393	23.14	
Quintil de riqueza					
Muy pobre	1062	76.96	318	23.04	
Pobre	938	77.84	267	22.16	0.20
Medio	762	79.54	196	20.46	
Rico	588	79.67	150	20.33	
Muy rico	514	81.07	120	18.93	
Tenencia de seguro de salud					
Si tiene	3248	79.61	832	20.39	<0.01
No tiene	616	73.77	219	26.23	
Sexo					
Hombre	1724	77.34	505	22.66	0.05
Mujer	2140	79.67	546	20.33	
Edad					
Edad avanzada	2864	79.69	730	20.31	
Ancianos	955	75.67	307	24.33	0.01
Grandes longevos	45	76.27	14	23.73	

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

p: Significancia estadística.

*: Prueba de Chi-cuadrado.

Tabla 4. Asociación entre discapacidad y acceso a atención odontológica en adultos mayores de 60 años de edad en el Perú, 2018.

DISCAPACIDAD	ACCESO A ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	
	RP (IC95%)	RPa (IC95%)
Discapacidad		
Si	Ref.	Ref.
No	1.11 (1.04-1.19)	1.08 (1.01-1.15)
Discapacidad visual		
Si	Ref.	Ref.
No	1.16 (1.06-1.26)	1.12 (1.03-1.21)
Discapacidad auditiva		
Si	Ref.	Ref.
No	1.12 (1.01-1.25)	1.08 (0.98-1.20)
Discapacidad comunicativa		
Si	Ref.	Ref.
No	1.08 (0.84-1.40)	1.12 (0.87-1.43)
Discapacidad motriz		
Si	Ref.	Ref.
No	1.08 (0.98-1.20)	1.06 (0.97-1.17)
Discapacidad comprensiva		
Si	Ref.	Ref.
No	1.08 (0.89-1.31)	1.11 (0.93-1.33)

RP: Razón de prevalencia.

RPa: Razón de prevalencia ajustada.

a: Ajustado por región, área de residencia, región natural, lugar de residencia, tenencia de seguro de salud y edad.

Anexo 1. Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	VALOR
Acceso a atención odontológica	Es el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención bien sea por el deterioro en el estado de salud dental, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente.	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud, pregunta N° 311: ¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Sí 2: No
Proveedor de atención	Lugar donde recibió la atención de odontológica, según la institución que se la brinda.	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud, pregunta N° 313: ¿Dónde le atendieron la última vez?	Cualitativa	Politómica nominal	1: Ministerio de Salud 2: EsSalud 3: FFAA/PNP 4: Sector privado 5: Otros
Discapacidad general	La discapacidad es un término genérico que incluye deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad, y/o restricciones de participación en la sociedad	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud, si indica tener alguna discapacidad.	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Sí 2: No
Discapacidad visual	La discapacidad es un término genérico que incluye deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad, y/o restricciones de participación en la sociedad	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud, pregunta N° 25C1: ¿Tiene alguna dificultad o limitación permanente para Ver, aun usando anteojos?	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Sí 2: No
Discapacidad auditiva	La discapacidad es un término genérico que incluye deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad, y/o restricciones de participación en la sociedad	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud, pregunta N° 25C2: ¿Tiene alguna dificultad o limitación permanente para oír, aun usando audífonos?	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Sí 2: No
Discapacidad comunicativa	La discapacidad es un término genérico que incluye deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad, y/o restricciones de participación en la sociedad	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud, pregunta N° 25C3: ¿Tiene alguna dificultad o limitación permanente para hablar o comunicarse aun usando la lengua de señas u otros?	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Sí 2: No

Discapacidad motriz	La discapacidad es un término genérico que incluye deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad, y/o restricciones de participación en la sociedad	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud, pregunta N° 25C4: ¿Tiene alguna dificultad o limitación permanente para moverse o caminar para usar brazos y/o piernas?	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Sí 2: No
Discapacidad comprensiva	La discapacidad es un término genérico que incluye deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad, y/o restricciones de participación en la sociedad	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud, pregunta N° 25C5: ¿Tiene alguna dificultad o limitación permanente para Entender o aprender (concentrarse y recordar)?	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Sí 2: No
Región	División de territorio nacional, definida por características geográficas, históricas y sociales la cual tiene una dependencia u autoridad que la administra.	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo de la base de datos Características del hogar.	Cualitativa	Politómica nominal	1: Amazonas 2: Ancash 3: Apurímac 4: Arequipa 5: Ayacucho 6: Cajamarca 7: Callao 8: Cuzco 9: Huancavelica 10: Huánuco 11: Ica 12: Junín 13: La Libertad 14: Lambayeque 15: Lima 16: Loreto 17: Madre de Dios 18: Moquegua 19: Pasco 20: Piura 21: Puno 22: San Martín 23: Tacna 24: Tumbes 25: Ucayali

Área de residencia	Estipulado como el entorno donde la población, personas o grupo de personas se desenvuelven e interrelacionan con el medio ambiente a su alrededor.	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo de la base de datos Características del hogar.	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Urbano 2: Rural
Región natural	Constituye una unidad territorial que está determinada por, la vegetación, el clima y el relieve.	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo de la base de datos Características del hogar.	Cualitativa	Politémica nominal	1: Lima metropolitana 2: Resto costa 3: Sierra 4: Selva
Lugar de residencia	Lugar donde la población o personas han residido de manera ininterrumpida los últimos 12 meses.	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo de la base de datos Características del hogar.	Cualitativa	Politémica ordinal	1: Capital, ciudad grande 2: Ciudad pequeña 3: Pueblo 4: Campo
Quintil de riqueza	Categoría que se le da a un hogar según las características de la vivienda, como son la disponibilidad de bienes y servicios	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo de la base de datos del MEF.	Cualitativa	Politémica ordinal	1: Muy pobre 2: Pobre 3: Medio 4: Rico 5: Muy rico
Tenencia de seguro de salud	Es la cobertura de gastos en salud de beneficiarios a través del pago de una prima. Esta cobertura es médica, clínica, farmacéutica u hospitalización, con la Dimensión: Inscritos y hábiles dentro de seguro de salud, para recibir la atención de salud.	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud, pregunta N° 26: ¿Tiene usted seguro de salud?	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Sí 2: No
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que van a definir y caracterizar a al hombre y a la mujer Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie.	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud	Cualitativa	Dicotómica nominal	1: Hombre 2: Mujer
Edad	Se refiere a periodo o tiempo que se inicia en el nacimiento hasta la actualidad de una persona	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud, pregunta N° 23: ¿Cuántos años cumplidos tiene?	Cualitativa	Politémica ordinal	1: Edad avanzada 2: Ancianos 3: Grandes longevos