



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE SALUD ORAL EN NIÑOS
PERUANOS MENORES DE DOCE AÑOS,
2019-2021

ACCESS TO ORAL HEALTH INFORMATION IN PERUVIAN
CHILDREN UNDER
TWELVE YEARS OLD, 2019-2021.

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA ESTOMATOLÓGICA

AUTOR

ARLET ANGELITA GIL BARREDA

ASESORA

MG.ESP. MARIA CLAUDIA GARCES ELIAS

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Mg. Esp. Cesar Del Castillo Lopez.
Vocal: Dra. Lillie Elizabeth Abanto Silva
Secretario: Mg. Esp. Roberto Antonio Leon Manco

Fecha de Sustentación: 14 de julio del 2023

Calificación: Aprobado

ASESORES DE TESIS

Mg. Esp. Maria Claudia Garces Elias
Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0003-4873-7661

DEDICATORIA

A mi mamá, mi hermana y mis tías, las cuales son mi mayor motivación para seguir cumpliendo mis propósitos y sueños, las que siempre me acompañan en cada paso que doy.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora la Mg. Esp. María Claudia Garcés Elías por la paciencia, la dedicación, la constancia, el ánimo y por siempre poder darse un tiempo para brindarme una adecuada retroalimentación durante la realización de esta investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los autores declaran no tener fuentes de financiamiento.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

ACCESO A INFORMACIÓN SOBRE SALUD ORAL EN NIÑOS PERUANOS MENORES DE DOCE AÑOS, 2019-2021

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	19%
2	1library.co Fuente de Internet	1%
3	search.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
4	issuu.com Fuente de Internet	<1%
5	vdocuments.pub Fuente de Internet	<1%
6	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	<1%
7	Emilia Campos de Carvalho, Evelin Capellari Cárnio, Vivian Youssef Khouri, Caroline Guilherme et al. "Exame da cavidade bucal de pacientes com câncer: avaliação clínica e dosagem indireta de óxido nítrico", Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2013	<1%

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	3
III. Materiales y Métodos	4
IV. Resultados	8
V. Discusión	9
VI. Conclusiones	13
VII. Referencias Bibliográficas	14
VIII. Tablas	19
Anexos	21

RESUMEN

Antecedentes: Existe una alta prevalencia de caries dental y otras enfermedades bucales, para remediar esta condición debemos tener mayor conocimiento en cómo prevenirlas desde edad temprana. **Objetivos:** Determinar el acceso a información sobre salud oral en niños peruanos menores de doce años, 2019-2021. **Materiales y Métodos:** Ingreso a la página web de INEI para acceder a la base de la ENDES correspondiente al año 2019, 2020 y 2021, se tomaron en cuenta las interrogantes sobre acceso a la información en salud bucal. Los registros con datos en las variables de estudio fueron 15 974 en total para el 2019, 7 088 para el 2020 y 11 262 para el 2021. Luego se diseñaron tablas y gráficos para describir los resultados obtenidos. **Resultados:** El acceso a la información durante el año 2019 fue 62.03% (n=15 973), para el año 2020 fue de 55.55% (n=7 088) y por último 44.66% (n=11 262) para el 2021. Según el análisis bivariado, hubo diferencias significativas en la asociación entre el acceso a información sobre salud bucal y los años 2019-2021 en niños peruanos menores a 12 años, estando asociado al año, región natural, área de residencia, lugar de residencia, altitud, índice de riqueza, tenencia de seguro y sexo. **Conclusión:** El acceso a información sobre salud oral en niños peruanos menores de doce años en el periodo 2019 al 2021, se redujo en un 18%.

Palabras claves: Acceso a la información, salud bucal , niño (DeCS).

ABSTRACT

Background: There is a high prevalence of dental caries and other oral diseases, to remedy this condition we must have greater knowledge on how to prevent them from an early age. **Objectives:** Determine access to oral health information in Peruvian children under twelve years of age, 2019-2021. **Materials and Methods:** Access to the INEI website to access the ENDES database corresponding to the year 2019, 2020 and 2021, questions about access to oral health information were taken into account. The records with data on the study variables were 15,974 in total for 2019, 7,088 for 2020 and 11,262 for 2021. Tables and graphs were then designed to describe the results obtained. **Results:** Access to information during the year 2019 was 62.03% (n=15,973), for the year 2020 it was 55.55% (n=7,088) and finally 44.66% (n=11,262) for 2021. According to the bivariate analysis, there were significant differences in the association between access to oral health information and the years 2019-2021 in Peruvian children under 12 years of age, being associated with the year, natural region, area of residence, place of residence, altitude, wealth index, insurance ownership and sex. **Conclusion:** Access to information about oral health in Peruvian children under twelve years of age in the period 2019 to 2021 was reduced by 18%.

Keywords: Access to information, oral health, child (DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

Según el boletín informativo de salud oral de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante datos recabados concluyeron que para el año 2021, una de las enfermedades más prevalentes es la caries dental, la cual se origina por el consumo constante de alimentos altos en azúcar, la falta de suplementación o topicación de flúor y una inadecuada higiene bucal. Esto puede conllevar a infecciones y a la pérdida de piezas dentarias; por otro lado, también se menciona que, condiciones como la gingivitis y periodontitis afectan al 14% de población adulta, siendo su principal causa fumar y hábitos inadecuados de higiene en la cavidad oral. Asimismo, este boletín menciona que el acceso a los servicios de salud dental tiene falencias en cuanto a su distribución geográfica, debido a que no cumplen con las necesidades de la población, pudiendo generar un gasto de bolsillo al paciente que menoscaba la economía familiar (1). A causa de los hallazgos mencionados previamente, el estado peruano ha establecido diversas normas con el fin de estandarizar la atención de las patologías y condiciones más frecuentes elaborando recomendaciones para actividades de preventivas, de diagnóstico y de tratamiento, en cuanto a edentulismo total, caries dental en niños y gingivitis inducida por placa dental y periodontitis (2-4).

La infancia es una de las etapas tempranas del desarrollo y del curso de vida, siendo un período favorable para realizar cambios significativos en los hábitos de las personas, y estas perduren en el tiempo, es un momento provechoso para incorporar prácticas saludables como la mejora de la dieta e higiene (5). Además, mediante al acceso a la información, la población puede generar su propio conocimiento, habilidades y recursos para cuidar de sí mismos, lo que fomentaría la prevención

primaria en salud bucal. Incluso ayudaría a obtener un diagnóstico apropiado, además de un manejo óptimo de enfermedades y lesiones. Para este fin, la información debe ser confiable, práctica y procesable, además, podría contribuir a cumplir los objetivos planteados del desarrollo sostenible (ODS) para el año 2030, como lo es la cobertura universal de salud (6).

Durante la pandemia por COVID-19, muchos países latinoamericanos, y del mundo ha podido transformar diversas prestaciones de salud presencial a la virtualidad, para cumplir con las restricciones por el confinamiento, dado que estas disposiciones interrumpieron la educación en salud (7). A causa de esto, se implementaron herramientas como la telemedicina, que puede disminuir brechas de acceso a servicios y de conocimiento de las condiciones médicas por parte del paciente médicas, discriminando condiciones de salud como emergencias y urgencias mediante aplicativos informáticos, de esta forma, ayudando a disminuir las visitas innecesarias a consultas presenciales (8).

Es importante conocer si la población tiene a disposición información sobre salud bucal, sobre todo conocimiento para que de esta manera se pueda escoger y adoptar hábitos, con el fin de cambiar los estilos de vida. Por tal motivo, es necesario tener conocimiento de sobre el acceso a información en este campo de estudio comparando antes, durante y después de la pandemia por COVID-19. Por esto, surge la presente pregunta de investigación: ¿Cuál es el acceso a información sobre salud oral en niños peruanos menores de doce años durante 2019-2021?

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el acceso a información sobre salud oral en niños peruanos menores de doce años, 2019-2021.

Objetivos específicos:

1. Determinar el acceso a información sobre salud oral según características sociodemográficas en los niños peruanos menores de doce años, del 2019-2021.
2. Determinar la asociación entre el acceso a información sobre salud oral y los años 2019-2021 en niños peruanos menores de doce años.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Transversal.

Población

Estuvo constituida por la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), que fue proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, correspondiente a los años 2019, 2020 y 2021. Para este estudio, sólo se consideraron los registros tomados a nivel nacional de niños menores de 12 años, siendo 167 560 registros para el 2019, 177 414 registros para el 2020 y 168 145 registro para el 2021. Sin embargo, no todos los participantes tuvieron los datos en las variables de interés para el estudio, por ello, el tamaño muestral final fue de 15 974 registros para el 2019 ,7088 registro para el 2020 y 11 262 registro para el 2021.

Según información proporcionada por la ENDES 2019, 2020 y 2021, la muestra se consiguió de la información de los Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda del año 2007 y el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) 2012-2013, se obtuvo un muestreo de análisis de conglomerados en dos fases, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, por departamento según área rural y urbana. Para el año 2019, se cuenta con un tamaño muestral final de 36 760 viviendas, que se distribuyó de la siguiente forma: 14 780 viviendas de capitales de departamento y distritos de Lima, 9 320 viviendas del restante urbano y 12 660 viviendas rurales. Mientras que, para el 2020, se poseía un tamaño muestral final de 37 390 viviendas, clasificadas en: 15 098 viviendas de capitales de

departamento y distritos de la Provincia de Lima, 9 490 viviendas del restante urbano y 12 802 viviendas rurales. Para el 2021, el tamaño muestral final fue de 36 760 viviendas, organizadas en: 14 840 viviendas de capitales de departamento y distritos de Lima, 9 260 viviendas del restante urbano y 12 660 viviendas rurales (9-11). Cabe señalar que, la metodología de recolección de datos de la ENDES fue diferente durante el 2020 debido al contexto de pandemia por COVID-19, transformando el cuestionario y entrevista a ser empleados en la presencialidad a la virtualidad.

Criterios de selección

Se usó registros de niños menores de 12 años que respondieron sobre el acceso a información sobre salud oral en la ENDES para el año 2019, 2020 y 2021. Como criterios de exclusión, no se tomaron en cuenta los registros que no tuvieran la información completa.

Definición operacional de variables

La variable independiente fue el año, mientras que, la variable dependiente al acceso a información sobre salud oral; además, se presentaron algunas co-variables como son la región natural de residencia, el área de la residencia, lugar de la residencia, altitud de residencia, índice de riqueza, acceso a los seguros de salud, edad y sexo de los niños que cumplieron con el requisito de tener menos de doce años cumplidos (Anexo 1).

Procedimientos y técnicas

Para realizar la investigación, como primer paso se accedió a la web del Instituto Nacional de Estadística e Informática, después se optó por seleccionar “Base de

datos”, luego de “Microdatos”, después se dió clic a “Consulta por encuestas”. En esa ventana se procedió a escribir en el navegador “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” y, por último, se escogió la información correspondiente a los años 2019, 2020 y 2021.

Posteriormente a ello, se descargó cada una de las bases de datos correspondientes según las variables de estudio:

MÓDULO	BASE DE DATOS	NOMBRE	PREGUNTA
		QS806	Acceso a información sobre salud bucal
		QS20	Sexo
		QS23	Edad
Características de Vivienda	RECH23	SHREGION	Región natural
Características del Hogar	RECH0	HV025	Área de residencia
		HV026	Lugar de residencia
		HV040	Altitud de la residencia
		SH11	Tenencia de seguro de salud
Datos Básicos de MEF	REC0111	V190	Índice de riqueza

Con las bases de datos descargadas se realizó la fusión de estas (merge) utilizando el software de estadísticas STATA 15.1, al tener lista la nueva data se prosiguió a diferenciar los registros incompletos para finalmente llevar a cabo el análisis de datos. Es importante señalar que el programa estadístico STATA se encuentra licenciado y apto para uso de estudiantes y docentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).

Plan de análisis

Aplicamos el programa estadístico STATA SE/15.1 empleando un intervalo de confianza de 95% y un $p < 0.05$. Comenzamos analizando de manera descriptiva cada

una de las variables para lograr frecuencias absolutas y relativas. Después, se realizó el análisis bivariado mediante la Prueba de Chi-cuadrado, con el fin de valorar la asociación de las variables de estudio. En cuanto, al análisis multivariado se empleó la Regresión de Poisson con el fin de obtener las razones de prevalencia (RP) y las razones de prevalencia ajustadas (RPa). La variable año fue una variable independiente; mientras que la variable dependiente fue el acceso a información sobre salud bucal. Para los modelos ajustados, se tomaron en cuenta como covariables a las reportadas previamente que hayan logrado asociación bivariada: lugar de residencia, región natural, área de residencia, lugar de residencia, índice de riqueza, tenencia de seguro de salud, sexo y edad. El comando svy se usó para tener estimaciones representativas porque al análisis de datos se incorporó el diseño de la encuesta donde los patrones del muestreo que fueron especificados en el estrato, unidad primaria de muestreo y pesos.

Aspectos éticos del estudio

Para iniciar con los procesos administrativos solicitó la confirmación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería. Posteriormente, se solicitó la confirmación por parte del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) , luego se obtuvo la aprobación el día 30 de setiembre del 2022 con el código SIDISI 209616. Cabe resaltar que las bases de datos son de acceso público y las podemos encontrar en la web oficial del INEI, es importante incidir que todos los registros son codificados manteniendo el anonimato de los encuestados.

IV. RESULTADOS

El acceso a la información durante el año 2019 fue 62.03% (n=15 973), para el año 2020 fue de 55.55% (n=7 088) y por último 44.66% (n=11 262) para el 2021. La muestra correspondió en su mayoría a Lima metropolitana con 59.39% (n=3 557), el 56.38% (n=18 824) fue de área urbana, el 59.39% (n=3 557) fue de la capital y el 60.03 % (n=8 528) de 2500 msnm a más. Según el índice de riqueza, el 67.96% (n=3 264) fue catalogados como muy rico, por otro lado, el 56.96% (n=27 747), contaban con algún seguro de salud. El 56.33% (n=22 214) fue hombres (Tabla N°1).

Según el análisis bivariado, hubo diferencias significativas en la asociación entre el acceso a información sobre salud bucal y los años 2019-2021 en niños peruanos menores a 12 años, estando asociado al año, región natural, área de residencia, lugar de residencia, altitud, índice de riqueza, tenencia de seguro y sexo ($p < 0.001$). En cuanto al análisis multivariado, hubo diferencias significativas analizando solo la variable año entre los tres grupos cuando que fueron ajustadas a las otras covariables de estudio, con una razón de prevalencia ajustada para el año 0.89 y un intervalo de confianza 0.85-0.92 comparándolo con el año 2020, mientras que para el 2021 con una prevalencia ajustada 0.73 y un intervalo de confianza 0.70-0.76 ($p < 0.001$) (Tabla N°2).

V. DISCUSIÓN

La infancia es una etapa importante para cultivar hábitos y costumbres favorables sobre todo para la salud oral (5). Fomentar estas prácticas generaría que la población pueda tomar decisiones asertivas para el cuidado de la salud. Para lograrlo se necesita proporcionar información amigable y precisa. El propósito del estudio fue determinar el acceso a información sobre salud oral en niños peruanos menores de doce años, 2019-2021. Cabe señalar, que mientras nos encontramos en el contexto de pandemia, se tuvieron que transformar actividades presenciales a la virtualidad (12).

Hubo diferencias significativas entre los tres años que se evaluaron (2019, 2020 y 2021) y el acceso a información sobre salud oral. Estos resultados coinciden con el estudio de Lyu & Wehby, donde analizaron los años 2018, 2019 y 2020, destacan diferencias significativas entre los datos recabados del año 2019 y 2020, lo que demuestra que los primeros meses de pandemia se recibieron menos actividades de información de salud bucal hacia menores de edad (13).

Se pudo observar diferencias significativas entre las variables región natural, área y lugar de residencias; y altitud, con respecto a el acceso a información sobre salud oral. La publicación realizada por Crouch et al. concluyen que al disminuir las diferencias entre los niños que habitan zonas urbanas y rurales, el acceso a la atención dental mejorará ya que habrá mayor disposición de los servicios preventivos en salud bucal (14). Según la investigación de Giacamán et al. realizado en una comuna chilena, se examinó alrededor de 1000 adolescentes para obtener los principales indicadores de salud bucal, como: índices de dientes cariados, perdidos,

obturados (CPOD), el índice de higiene bucal (OHI) y el índice periodontal comunitario (IPC), entre otros. Demostrando las desigualdades de la comunidad que vive en zonas urbanas y rurales, siendo la más afectada la población rural que obtuvo mayor porcentaje de CPOD (15). En cuanto a lo antes mencionado, en el artículo de Hernández-Vargas et al. en el 2020, indican que los niños peruanos que se encuentran viviendo en zonas urbanas tienen mayor disponibilidad a información en salud oral en comparación con los del área rural (16).

Entre el índice de riqueza de los encuestados y el acceso a información sobre salud oral hubo diferencias significativas. En contraste con el estudio de Lyu & Wehby, en el cual utilizaron la Encuesta Nacional de Salud Infantil en Estados Unidos, también obtuvieron diferencias significativas entre los años 2020 y 2019 entre umbral de pobreza (13). Mientras que, en el artículo de Burgette et al. en el cual realizaron encuestas familiares en Pittsburgh, Pensilvania en EE.UU., sobre la necesidad de atención dental y la pérdida de ingresos económicos relacionados con la pandemia, concluyen que el cuidado dental en los infantes no satisfecho fue más común en los hogares donde se produjo la pérdida de empleo o de ingresos, relacionada con la pandemia. Estos últimos autores, sugieren la implementación de estrategias innovadoras como la teleodontología para poder realizar prestaciones de salud a distancia con el objetivo de mejorar la atención primaria (17).

Se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo y el acceso a la información en salud oral, lo que concuerda con el artículo de Rajeh et al. sobre diferencias de género en el conocimiento y prácticas de salud bucal entre adultos en Yeda, Arabia Saudita en el 2022. Esto demuestra que las mujeres tenían mayores conocimientos sobre salud oral y realizan mejores prácticas en comparación a los

hombres (18). Mientras que, en el estudio de Lee et al. sobre diferencias de género en la asociación entre alfabetización y calidad de vida usando un cuestionario relacionado con la salud bucal (OHRQoL) en adultos mayores, observaron que la relación entre estos solo fue significativa para el género masculino. Ellos proponen que la educación sea enfocada en el género (19).

En cuanto a las limitaciones del estudio, sabemos que la ENDES es retrospectiva, por lo tanto, se puede incurrir en diferentes sesgos de información, como de recuerdo o de memoria, existiendo la posibilidad de olvidar hechos de forma completa o precisa del pasado. También, se pueden cometer sesgo de acatamiento, al alterar los resultados en cuanto a la forma de plantear las preguntas por parte del encuestador, lo cual nos llevaría a que el encuestado responda no necesariamente conforme a su realidad, sino mencionando la respuesta que crea más conveniente. Además, las condiciones de recolección de datos del año 2020, pudo ser un factor importante para considerar por las dificultades en la conectividad a telefonía del encuestado y encuestadores, esto a causa de diversos factores como la producción de interferencias debido a la geografía, clima, la tecnología de los dispositivos móviles o fijos, capacidad de servidores, entre otros. Por otro lado, se recaudó solo datos de niños menores de 12 años, por lo que se necesitaría evaluar a otro grupo etario y así comparar datos entre ellos.

Los niños en etapa escolar deberían tener mayores posibilidades a poder adquirir información sobre salud oral, teniendo como alternativa implementar conceptos de salud oral en la curricula de la educación básica regular y especial del país, como se realizó en Plan de Salud Escolar 2013-2016 (20). Además, se ha comprobado que el uso de internet puede utilizarse para educar a cerca de promoción de salud bucal

obteniendo buenos resultados (21), se puede usar los diferentes medios de comunicación de alta difusión y de alcance de todo el país como la radio o la televisión, así como optando por Tecnología de Información y Comunicación (TIC's) en las redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter o Youtube (22). Esto ayudaría a reducir las desigualdades entre la población que vive en diferente área geográfica. Además, de contrarrestar los alcances de información fraudulenta, incorrecta, falsa o engañosa que se proporcionó durante el contexto de COVID-19 (23). Cabe resaltar, que al ser una investigación reciente se pudo contrastar con pocos artículos de diferentes realidades.

VI. CONCLUSIONES

Se redujo en un 18% el acceso a información sobre salud oral en niños peruanos menores de doce años en el periodo 2019 al 2021.

Los habitantes de Lima Metropolitana, Capital y zonas ubicadas en una altitud de 2 500 msnm a más, tuvieron diferencias significativas en cuanto al acceso a la información sobre salud oral. Esto demuestra que, existen desigualdades entre los habitantes de zona urbana y zona rural. Los habitantes de la zona urbana tienen mayor disponibilidad a este recurso.

Se analizó el acceso a información sobre salud oral y el índice de riqueza de los encuestados, demostrando que existe diferencias significativas. En cuanto al acceso a la información sobre salud oral y sexo, se observaron diferencias significativas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Organización Mundial de la Salud; 2021(Consultado el 1 de julio del 2022). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N°027-2015/MINSA. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del edentulismo total. Ministerio de Salud del Perú; 2015.(Consultado el 1 de julio del 2022).Disponible en: [https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202015-5/RM027-2015-Minsa%20Dx%20y%20Tratamiento%20del%20Edentulismo.pdf](https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC%202015/RM027-2015-Minsa%20Dx%20y%20Tratamiento%20del%20Edentulismo.pdf)
3. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N°422-2017/MINSA. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas. Ministerio de Salud del Perú; 2017.(Consultado el 1 de julio del 2022).Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322902/Gu%C3%ADa_de_pr%C3%A1ctica_cl%C3%ADnica_para_la_preveni%C3%B3n_diagn%C3%B3stico_y_tratamiento_de_la_caries_dental_en_ni%C3%B1os_y_ni%C3%B1as_Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica20190621-17253-1sj2h61.pdf
4. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N°324-2019/MINSA. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la gingivitis inducida por placa dental y

periodontitis. Ministerio de Salud del Perú; 2019. (Consultado el 1 de julio del 2022). Disponible en:

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306236/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_324-2019-MINSA.PDF

5. De Silva AM, Hegde S, Akudo Nwagbara B, Calache H, Gussy MG, Nasser M, et al. Community-based population-level interventions for promoting child oral health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 ;9(9):CD009837.
6. Royston G, Pakenham-Walsh N, Zielinski C. Universal access to essential health information: accelerating progress towards universal health coverage and other SDG health targets. *BMJ Glob Health.* 2020 ;5(5): e002475.
7. Aboubakr RM, Tounsi A. Impact of School-based Online Oral Health Education Programme during COVID-19 Pandemic: An Interventional Study in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Clinical & Diagnostic Research;*16(2):35–40.
8. Villa A, Sankar V, Shiboski C. Tele(oral)medicine: Un nuevo enfoque durante la crisis del COVID-19. *Oral Dis .* 2021; 27:744–5.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2019. (Consultado el 7 de Agosto de 2022).Disponible en:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/

10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2020. (Consultado el 7 de Agosto de 2022).
Disponible
en:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2021. (Consultado el 7 de Agosto de 2022).
Disponible
en:https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/INFORME_PRINCIPAL/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2021.pdf
12. Martínez Ventura KA. La COVID-19 y sus repercusiones en la práctica odontológica. *Revista ADM* . 2022 ;79(3):152–5.
13. Lyu W, Wehby GL. Effects of the COVID-19 pandemic on children's oral health and oral health care use. *J Am Dent Assoc*. 2022 ;153(8):787-96.
14. Crouch E, Nelson J, Merrell MA, Martin A. The oral health status of America's rural children: An opportunity for policy change. *J Public Health Dent*. 2021;81(4):251-60.
15. Giacaman RA, Bustos IP, Bazán P, Mariño RJ. Oral health disparities among adolescents from urban and rural communities of central Chile. *Rural Remote Health*. 2018;18(2):4312.
16. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Azañedo D. Rural and urban disparities in oral hygiene practices among Peruvian children aged

less than 12 years: Demographic and Family Health Survey 2018. Rural Remote Health. 2020 ;20(4):5933.

17. Burgette JM, Weyant RJ, Ettinger AK, Miller E, Ray KN. What is the association between income loss during the COVID-19 pandemic and children's dental care? J Am Dent Assoc. 2021; 152(5):369-76.

18. Rajeh MT. Gender Differences in Oral Health Knowledge and Practices Among Adults in Jeddah, Saudi Arabia. Clin Cosmet Investig Dent. 2022; 14:235-44.

19. Lee CJ, Ho MH, Joo JY, Montayre J, Lin YK, Chang CC, Liu MF. Gender differences in the association between oral health literacy and oral health-related quality of life in older adults. BMC Oral Health. 2022;22(1):205.

20. Ministerio de Salud del Perú. Decreto Supremo N°010-2013/SA. Plan de Salud escolar 2013-2016. Ministerio de Salud del Perú; 2013.(Consultado el 6 de Octubre delm2022).Disponibleen:https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/268938/240043_DS010_2013_SA.pdf20190110-18386-cx0kvj.pdf?v=1547156017

21. Gowdar IM, Arishi FO, Ateen AM, Alzuabi AA, AL-Ahmari AA, Khojah AB. Use of Internet as a Source of Oral Health Information in Riyadh Region, Saudi Arabia. Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 13];14:S331–4.

22. Aksoy M, Topsakal KG. YouTube™ for information on paediatric oral health instructions. Int J Dent Hyg. 2022 ; 20(3):496-503.

23. Gupta R, Mohanty V, Balappanavar AY, Chahar P, Rijhwani K, Bhatia S. Infodemiology for oral health and disease: A scoping review. Health Info Libr J. 2022 ;39(3):207-24.

VIII. TABLAS

Tabla 1. Acceso a información sobre salud bucal según características en los niños peruanos menores de 12 años.

Variables	n	%	Acceso a información de salud bucal				p*
			Si		No		
			n	%	n	%	
Total	63764	100.00	34323	55.20	29441	44.80	
Año							
2019	26138	46.04	15973	62.03	10165	37.97	
2020	12983	23.39	7088	55.55	5895	44.45	<0.001
2021	24643	30.57	11262	44.66	13381	55.34	
Proveedor de información de salud bucal							
Ministerio de Salud	18857	47.22	18857	100.00	0	0.00	
Seguridad Social (EsSalud)	2847	9.15	2847	100.00	0	0.00	
FF.AA / PNP	71	0.37	71	100.00	0	0.00	
Sector Privado	4371	19.56	4371	100.00	0	0.00	NR
Medios de comunicación	3685	13.71	3685	100.00	0	0.00	
Otros	2212	9.98	2212	100.00	0	0.00	
Región natural							
Lima metropolitana	5970	31.76	3557	59.39	2413	40.61	
Resto Costa	14272	26.19	7478	50.07	6794	49.93	
Sierra	15995	26.14	9988	58.91	6007	41.09	<0.001
Selva	12282	15.91	6068	49.18	6214	50.82	
Área de residencia							
Urbano	33442	76.96	18824	56.38	14618	43.62	
Rural	15077	23.04	8267	51.26	6810	48.74	<0.001
Lugar de residencia							
Capital	5970	31.76	3557	59.39	2413	40.61	<0.001
Ciudad pequeña	14160	21.05	7853	55.63	6307	44.37	
Pueblo	13312	24.15	7414	53.07	5898	46.93	
Campo	15077	23.04	8267	51.26	6810	48.74	
Altitud							
Menos de 2500msnm	35027	78.35	18563	53.87	16464	46.13	<0.001
De 2500msnm a más	13492	21.65	8528	60.03	4964	39.97	
Índice de riqueza							
Muy pobre	12658	20.57	6723	50.17	5935	49.83	<0.001
Pobre	12253	22.83	6603	51.79	5650	48.21	
Medio	9288	21.79	5184	54.34	4104	45.66	
Rico	6904	18.88	4090	58.23	2814	41.77	
Muy rico	4925	15.94	3264	67.96	1661	32.04	
Tenencia de seguro de salud							
Si	50607	76.03	27747	56.46	22860	43.54	<0.001
No	13157	23.97	6576	51.22	6581	48.78	
Sexo							
Hombre	40142	72.73	22214	56.33	17928	43.67	0.004
Mujer	23622	27.27	12109	52.19	11513	47.81	
Edad							
De 0 a 5 años	32546	40.50	17319	55.04	15227	44.96	
De 6 a 11 años	31218	59.50	17004	55.31	14214	44.69	0.728

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa. p: Significancia estadística.

*Prueba de Chi-cuadrado.

Tabla 2. Asociación entre el acceso a información sobre salud bucal y años 2019-2021 en niños peruanos menores de 12 años.

Variables	Acceso a información de salud bucal (Sí)					
	RP	IC95%	p	RPaa	IC95%	p
Año						
2019	Ref.			Ref.		
2020	0.89	0.86-0.93	<0.001	0.89	0.85-0.92	<0.001
2021	0.72	0.69-0.75	<0.001	0.73	0.70-0.76	<0.001
Región natural						
Lima metropolitana	Ref.					
Resto Costa	0.84	0.81-0.88	<0.001	-	-	-
Sierra	0.99	0.95-1.04	0.711	-	-	-
Selva	0.83	0.79-0.87	<0.001	-	-	-
Área de residencia						
Urbano	Ref.					
Rural	0.91	0.87-0.94	<0.001	-	-	-
Lugar de residencia						
Capital	Ref.					
Pequeña ciudad	0.94	0.89-0.98	0.004	-	-	-
Pueblo	0.89	0.85-0.94	<0.001	-	-	-
Campo	0.86	0.82-0.91	<0.001	-	-	-
Altitud						
Menos de 2500msnm	Ref.					
De 2500msnm a más	1.11	1.08-1.15	<0.001			
Índice de riqueza						
Muy pobre	Ref.					
Pobre	1.03	0.98-1.09	0.170	-	-	-
Medio	1.08	1.03-1.14	0.002	-	-	-
Rico	1.16	1.10-1.22	<0.001	-	-	-
Muy rico	1.35	1.29-1.43	<0.001	-	-	-
Tenencia de seguro de salud						
Si	Ref.					
No	0.91	0.87-0.94	<0.001	-	-	-
Sexo						
Hombre	Ref.					
Mujer	0.93	0.89-0.96	<0.001	-	-	-
Edad						
De 0 a 5 años	Ref.					
De 6 a 11 años	1.01	0.98-1.03	0.728	-	-	-

RP: Razón de prevalencias.

RPa: Razón de prevalencias ajustada.

IC95%: Intervalos de confianza al 95%.

p: Significancia estadística.

a: Ajustado por región natural, área de residencia, lugar de residencia, altitud, índice de riqueza, tenencia de seguro de salud y sexo.

ANEXOS

Anexo 1. Definición operacional de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala	Valores
Acceso a información sobre salud bucal	Proceso por el cual una persona recibe o busca información para beneficio propio y para una mejora de su salud bucal.	Información obtenida del módulo Encuesta de Salud de la ENDES, de la base de datos CSALUD08, de la pregunta QS806: 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?	Cualitativa	Nominal dicotómica	1: Si 2: No
Año	Tiempo cronológico de 365 días.	Valor obtenido en función de la base de datos analizada.	Cualitativa	Ordinal politómica	1: 2019 2: 2020 3: 2021
Región natural	Unidades territoriales determinadas por el relieve, el clima y la vegetación constituye una región natural	Información obtenida del módulo Características de la Vivienda de la ENDES, de la base de datos RECH23, del indicador SHREGION.	Cualitativa	Nominal politómica	1: Lima metropolitana 2: Resto de la costa 3: Sierra 4: Selva
Área de residencia	Entorno en el que se desenvuelven los grupos humanos en su interrelación con el medio ambiente.	Información obtenida del módulo Características del Hogar de la ENDES, de la base de datos RECH0, del indicador HV025.	Cualitativa	Nominal dicotómica	1: Urbano 2: Rural

Lugar de residencia	Espacio físico donde reside una persona según desarrollo poblacional.	Información obtenida del módulo Características del Hogar de la ENDES, de la base de datos RECH0, del indicador HV026.	Cualitativa	Ordinal politómica	1: Capital, ciudad grande 2: Ciudad pequeña 3: Pueblo 4: Campo
Altitud de residencia	Distancia vertical entre cualquier punto en la tierra y el nivel del mar.	Información obtenida del módulo Características del Hogar de la ENDES, de la base de datos RECH0, del indicador HV040	Cualitativa	Ordinal dicotómica	1: <2500 msnm 2: >2500 msnm
Índice de riqueza	Quinta parte de una población ordenada de menor a mayor según el individuo más pobre al más rico de la población	Información obtenida del módulo Datos Básicos de MEF de la ENDES, de la base de datos RECH11, del indicador V190.	Cualitativa	Ordinal politómica	1: 1er quintil 2: 2do quintil 3: 3er quintil 4: 4to quintil 5: 5to quintil
Tenencia de seguro de salud	Condición de contar con aseguramiento en salud público o privado.	Información obtenida del módulo Características del Hogar de la ENDES, de la base de datos RECH0, de la pregunta SH11: ¿(NOMBRE) está afiliado(a) o inscrito(a) en: ESSALUD, Seguro Integral de Salud o en algún otro seguro de salud?	Cualitativa	Nominal politómica	1: Si 2: No
Sexo	Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie.	Información obtenida del módulo Encuesta de Salud de la ENDES, de la base de datos CSALUD08, de la pregunta QS20/QSSEXO: ¿Cuántos años cumplidos tiene?	Cualitativa	Nominal dicotómica	1: Hombre 2: Mujer

Edad	Números de años cumplidos cronológicamente	Información obtenida del módulo Encuesta de Salud de la ENDES, de la base de datos CSALUD08/CSALUD01, de la pregunta QS802D/QS23: ¿Cuántos años cumplidos tiene?	Cualitativa	Nominal dicotómica	1: De 0 a 5 años 2: De 6 a 11 años
------	--	---	-------------	--------------------	---------------------------------------