



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

FACULTADES DE MEDICINA, ESTOMATOLOGÍA Y ENFERMERÍA

**DEMANDA DE LA CONSULTA ODONTOLÓGICA SEGÚN SECTOR
PÚBLICO Y PRIVADO EN EL PERÚ**

THE DEMAND OF DENTAL CONSULTATION IN THE PUBLIC AND PRIVATE
SECTOR IN PERU

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

ALUMNOS:

Capcha Duymovich, Pamela Jazmin
Sánchez Leyva, Noemi Silvia

LIMA, PERU
2018

RESUMEN

Objetivo: Comparar la demanda de la consulta odontológica en el sector público y privado en familias peruanas durante el año 2016.

Materiales y métodos: El estudio es descriptivo, observacional y de corte transversal. Se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) del año 2016, se analizó de acuerdo con las variables tipo de establecimiento de salud, consulta odontológica, sexo, edad, educación, área de residencia, región y tenencia de seguro. La muestra de estudio fue de 12 365 familias peruanas. Se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics para Mac versión 24 (IBM, Armonk, N.Y) para la extracción y análisis de datos. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado y Odds Ratio.

Resultados: Se observa una mayor demanda de consultas odontológicas en el sector privado, siendo lo contrario a lo que sucede en la demanda por otros profesionales de la salud. Además, es mayormente utilizado en personas de sexo masculino, mediana edad (55–64 años), con un mayor nivel de educación, viviendo en una zona urbana y en Lima Metropolitana. Se observaron patrón educación, existiendo un mayor uso del servicio a mejor nivel de educación.

Conclusión: La demanda de consulta odontológica en familias peruanas durante el año 2016 se encuentran en su mayoría en el sector privado.

Palabras claves: Demanda, consulta odontológica, sector privado, sector público, dentista, Perú

SUMMARY

Objective: Compare the demand of dental consultation in the public and private sector in peruvian families in 2016.

Materials and Methods: It is a descriptive, observational and cross-sectional study. We used the data from the “Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG)” of 2016, which was analyzed according to the variables of health establishment, demand of dental consultation, sex, age, education, area, region and insurance holding. The study sample was 12 365 peruvian families. The Statistical package for the social sciences (SPSS) statistics for Mac version 24 (IBM, Armonk, N.Y) was used for the extraction and analysis of data. The chi-square test was used and Odds Ratio.

Results: A greater demand of dental care in the private sector was observed, being the opposite to what happens in the care provided by another health professional. In addition, it is mostly used in persons of male sex, middle-aged (55–64 years), with a higher level of education, living in an urban area and in Lima. There was a pattern observed in education, being a greater use of the private service at higher level of education.

Conclusion: The demand of dental care in peruvian families during 2016 was found mostly in the private sector.

Keywords: demand, dental care, private sector, public sector, dentist, Perú

Tabla de contenido

1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	7
3. Métodos	7
4. Resultados.....	9
5. Discusión	10
6. Conclusiones.....	13
7. Declaración de conflictos de interés	13
8. Referencias bibliográficas	13
9. Tablas, gráficos y figuras.....	15
9.1 Tabla 1	15
9.2 Tabla 2	16
9.3 Tabla 3	17
9.4 Gráfico 1	18
9.5 Gráfico 2	18

1. Introducción

El uso de la consulta odontológica depende de la necesidad, la percepción de esta la cual se define como demanda y el acto para satisfacer esta necesidad definida como demanda efectiva (1). La consulta odontológica es mayormente privatizada (2–4). Existen factores determinantes en la utilización de servicios dentales tales como la necesidad de atención, factores demográficos y socioeconómicos. Esto genera inequidad para los usuarios al haber mayor uso de la población que se encuentra en una posición económica más favorecida (5). El sistema privado depende de la demanda (6,7) y se encuentra comúnmente localizado en zonas urbanas. En el Perú el mayor número de centros dentales se encuentran en la capital (8). Como resultado, gran parte de la población rural no cuenta con un acceso adecuado al servicio dental. El pago de la atención dental para el paciente consiste en costos directos (pagos-de-bolsillo) e indirectos (tiempo, transporte). La reducción de costos y tarifas de precios podrían mejorar el acceso a la atención dental y la elección entre el sector público y el privado (9). Por otro lado, existen diferentes tipos de pago hacia el dentista, siendo los más comunes el pago por servicio y salario (10). En el Perú, el sector público cuenta con un salario establecido, mientras que en el sector privado es más común ver el pago por servicio (8). Además, la caries dental ocupa el segundo lugar en las principales causas específicas de morbilidad en los servicios públicos del Perú (11).

Diversos estudios refieren que la población opta por usar con mayor frecuencia la consulta odontológica en el sector privado (2,3,12). Así, un estudio en Estados Unidos mostró que la consulta odontológica en el sector público es usado por uno de cada veinte personas, mientras que el uso del sector privado es mayormente utilizado (más de la mitad de la población) (12). Servicios dentales previamente públicos en países de la Unión

Europea han sido privatizados, de ahí que en Nueva Zelanda más de dos tercios de la población hacen uso de la consulta odontológica privada. Lo mismo podemos observar en un estudio realizado en Australia (3,13,14). En Canadá las políticas públicas en salud dental tienen poca prioridad, por lo cual es más usada la consulta odontológica privada (3). Adicionalmente estudios realizados en Finlandia y Tailandia mostraron que las visitas a dentistas públicos fueron hechas en mayor proporción por grupos de bajos ingresos, mientras que en la atención privada los usuarios tenían ingresos más elevados, siendo la consulta odontológica privada la más usada (9,15). Por el contrario, una investigación realizada en Chandigarh, una ciudad de la India, mostró que la población utiliza con mayor frecuencia el sector público por ser más económico y asequible que la atención privada (16). Así mismo, en Dinamarca un estudio en jóvenes de 16 años refiere que se hace un mayor uso del sistema público, esto puede relacionarse a que reciben un enfoque preventivo desde niños y a que la atención dental es gratuita (17). Además, estudios realizados en Brasil mostraron que hay un mayor uso de la consulta odontológica privada en el sector público, dado que el Sistema Único de Salud cubre la atención básica y especializada para toda la población (18–20). En el Perú un estudio realizado en Cajamarca obtuvo como resultado que la población utiliza frecuentemente la consulta odontológica privada, siendo el servicio dental solo usado por uno de cada veinte personas (21). Otro estudio realizado en niños menores de doce años muestra que el acceso a la consulta dental pública es mayor que el privado (22). Sin embargo, el único otro estudio realizado es una carta al editor que refiere que más de la mitad de adultos mayores (60 años a más) utilizan la consulta odontológica privada puesto que generalmente necesitan tratamientos especializados que solo pueden conseguirlos en consultorios y/o clínicas privadas (23).

Existe información de estudios similares que se han realizado en otras partes del mundo. Sin embargo, en el Perú hay una falta de evidencia en la diferencia que existe entre la demanda del servicio dental en el sector público y el sector privado.

2. Objetivos

Objetivo general:

Comparar la demanda de la consulta odontológica en el sector público y privado en familias peruanas durante el año 2016.

Objetivos específicos:

Describir la demanda de la consulta odontológica en ambos sectores según las características del jefe de familia (sexo, edad, educación) y las características de la familia (área de residencia, región).

Comparar la demanda de la consulta odontológica con otras consultas (médicos y otros profesionales) en el sector público y privado.

Determinar la asociación entre ser atendido por un dentista, médico u otro profesional con el tipo de establecimiento.

3. Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, en base a un análisis secundario de los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) llevada a cabo en el año 2016 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Se realizaron entrevistas directas a domicilio en el ámbito nacional, tanto en el área urbana como rural en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao. El estudio incluye información sobre características de los miembros del hogar, educación y salud. La muestra fue extraída de la población que está definida como el conjunto de todas las viviendas particulares y ocupantes residentes en el área tanto urbana como rural del Perú. El ENAH determinó el tamaño de la muestra se utilizando

unidades de muestreo: primaria, secundaria y terciaria tanto en el área urbana como rural. De los 35 785 datos de las familias, se perdieron datos cuando los registros con las variables de interés no se encontraban completos y por exclusión, cuando una familia tuvo atención en ambos establecimientos. En total se perdieron 23 420 datos de la muestra total del ENAHO, quedándonos con una muestra final del estudio de 12 365 familias. El presente estudio se realizó luego de recibir la aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, Estomatología y Enfermería y la posterior aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH).

La variable independiente fue el tipo de establecimiento siendo una variable cualitativa nominal politómica. Según la encuesta, se registró el tipo de establecimiento de salud utilizado en base a la pregunta. “¿A dónde acudió para consultar por esta enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente?” durante las últimas cuatro semanas. La consulta odontológica como variable dependiente de acuerdo con el profesional que lo atendió respondiendo a la pregunta. “¿Quién lo atendió durante la consulta?”, pudiendo responder médico, dentista/odontólogo, obstetrix, enfermera, auxiliar técnica en salud, y promotor. Ambas variables, dependiente e independiente fueron obtenidas a nivel familiar y era suficiente una respuesta afirmativa dentro de la familia para ser considerada como atención. Algunas co-variables fueron obtenidas a nivel individual (el jefe de familia) como sexo, edad, educación y otras a nivel familiar (área de residencia, región y tenencia de seguro). Algunas variables se re-categorizaron para el análisis. Las atenciones realizadas por obstetrix, técnicos, enfermeros y promotores fueron agrupadas como otros profesionales. Los establecimientos de salud se agruparon en sector público (puesto de salud MINSA, centro de salud MINSA, centro o puesto de salud CLAS, Posta o policlínico ESSALUD, hospital MINSA, hospital del Seguro–ESSALUD, hospital de las

FF. AA y/o Policía Nacional) y privado (consultorio médico particular, clínica particular, domicilio del paciente u otros). La edad se agrupó en rangos de 18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-7 y más de 75 años. Educación se agrupó sin nivel, primaria (inicial, primaria incompleta – completa), secundaria (incompleta – completa), superior (universitario o no universitaria completa o incompleta, postgrado). En el área de residencia se agruparon los centros poblados con 2000 o más habitantes como área urbana, y con menos a 2000 habitantes como área rural. Con respecto a la región se categorizo en Costa Norte, Costa Centro, Costa Sur, Sierra Norte, Sierra Centro, Sierra sur, Selva y Lima metropolitana. La tenencia de seguro de salud fue considerada cuando al menos una persona dentro de la familia contaba con algún tipo de seguro de salud ya sea público (ESSALUD, FFAA, SIS, Policiales) o privado (seguros privados, escolar y/o universitario u otra entidad prestadora de servicios de salud).

Se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics para Mac versión 24 (IBM, Armonk, N.Y) para la extracción y análisis de datos. Se utilizarán los pesos para cada uno de los análisis para así tener una estimación representativa de toda la población peruana. El primer paso fue describir la distribución de las frecuencias absolutas y relativas de cada co-variable y a su vez la demanda de la consulta odontológica según el tipo de establecimiento. Las diferencias se estimaron utilizando la prueba estadística de Chi-cuadrado. Finalmente, también se determinó la asociación entre la atención de un profesional de salud (odontólogo, médico u otros profesionales) y el servicio privado. Para ello, se realizó una regresión logística binaria, en donde la unidad de medición fueron Odds Ratio, la cual tomará de referencia no ser atendido por un profesional de salud (odontólogo, médico u otros profesionales) en el sector privado cuando el resultado es menor a 1. Las diferencias estadísticamente

significativas fueron reportadas cuando el valor $p < 0.05$ con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Se utilizaron tablas y gráficos.

4. Resultados

La muestra de estudio fue de 12 365 familias. Se encontraron diferencias significativas entre la muestra del estudio y la muestra de los participantes con datos incompletos en la encuesta. En comparación a los datos incompletos, nuestra muestra tuvo más jefes de familia de sexo masculino, adultos mayores de 75 años o más, con educación primaria, familias residentes de una zona rural, pertenecientes a la región costa centro y sin tenencia de seguro.

Se evaluó la prevalencia de la demanda de la consulta odontológica en los sectores públicos/privados según las co-variables. Se observa que el sector público fue comúnmente utilizado en personas de sexo femenino, adultos de 75 a más años, sin educación, viviendo en una zona rural, de la región sierra centro y con tenencia de seguro. Por otro lado, el sector privado fue mayormente utilizado por personas de sexo masculino, entre 55–64 años, con educación superior, viviendo en una zona urbana y de Lima Metropolitana. (Tabla 1. y Gráfico 1.) Con los datos obtenidos se pueden observar un patrón en educación, existe un mayor uso del servicio privado a mejor nivel de educación. Respecto a la demanda de la consulta odontológica en el sector público o privado, se encontró que la más común fue en el sector privado (54.6%, 95% IC: 46.3–62.6) en comparación al sector público (45.4%, 95% IC: 37.4–53.7), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Esto es contrario a lo que se encontró en la demanda de otros profesionales de la salud (mayormente en el sector público) (Tabla 2. y Gráfico 2.). Respecto a la asociación entre la atención por cada profesional de la salud y el tipo de establecimiento, se encontró una asociación positiva entre ser atendidos por un dentista y el sector privado (3.115) y al ajustar las covariables esta asociación aumenta (3.599).

Respecto a ser atendidos por un médico y el sector privado se encontró una asociación positiva (6.261), pero al ajustar con las covariables esta asociación desaparece (1.303). Por último, se encontró una asociación negativa (0.94) entre ser atendido por otro profesional en el sector privado y al ajustar con las covariables esta aumenta (0.210).

5. Discusión

El presente estudio demostró que en la consulta odontológica hay una mayor demanda en el sector privado, aproximadamente poco más de la mitad, comparado con el sector público en el Perú durante el año 2016. Además, la demanda por otros profesionales de la salud es mayormente en el sector público.

Ciertas limitaciones de este estudio necesitan ser consideradas y abordadas. Primero, este estudio se basa en datos transversales, por lo cual no nos permite evaluar inferencias de causalidad (23). Sin embargo, pudimos investigar la diferencia entre la demanda por consulta odontológica en el sector público y privado, sugiriendo una posible relación entre ser atendido por un dentista y el tipo de establecimiento (público o privado). Segundo, las encuestas fueron realizadas de forma directa (cara-cara), lo que puede llevar a producir un sesgo de deseabilidad social. Además, puede haber información sensible que la persona no esté dispuesta a brindar. No obstante, este tipo de encuesta asegura mayor cobertura, incluyendo personas que no saben leer y/o escribir y comparado con otro tipo de encuestas (i.e. vía internet, telefónicas) nos asegura que sea respondida en su totalidad (25). Tercero, se tomó en cuenta la demanda de la consulta odontológica en las últimas cuatro semanas, siendo este un periodo corto. Sin embargo, nos asegura la fiabilidad de la respuesta (26). Finalmente, la atención realizada por el dentista en el servicio público no significa específicamente que la persona haya querido ser atendido por uno o que haya sido por una dolencia de origen dental ya que en los establecimientos de salud público en zonas rurales en algunas ocasiones se encuentra bajo la

responsabilidad de un odontólogo u otro especialista. A pesar de esto, nuestros hallazgos no fueron afectados ya que en otros estudios podemos observar los mismos patrones, tales como un estudio realizado en Australia (13) y un estudio en Finlandia (8). Además, esto nos permite una mejor comparación con las atenciones de los médicos u otros profesionales.

Con respecto a la demanda de consulta odontológica en el servicio privado, un estudio en Lima Metropolitana muestra que el 81.2 % de odontólogos se dedican a la práctica privada (27), esto puede estar relacionado a que el sector privado opera como un mercado libre y competitivo. Sin embargo, otro estudio muestra que los dentistas no explotan el poder del mercado por factores como normas profesionales y preocupación afectiva de los pacientes (28). Además, las causas más frecuentes de consultas son por tratamientos rehabilitadores, los cuales no son cubierto en su mayoría en el sector público en el país. Estos hallazgos son similares a los encontrados en otros estudios, en países como Canadá y Estados Unidos donde la consulta odontológica se encuentra privatizada, los dentistas tienen preferencia por abocar su atención en los sectores privados, siendo así, el 0.8% de profesionales activos en el sector público en EE. UU (12). Al no haber cobertura dental por el sector público en Canadá surgió la atención dental pre pagada la cual contaba con planes cubriendo diversos tratamientos dependiendo de la tarifa pagada (29). Según nuestro estudio el sector público fue utilizado mayormente por poblaciones en zonas rurales, esto coincide con un estudio realizado en Australia, donde los sectores públicos se encuentran más accesibles en zonas rurales alejadas que los sectores privados, además de existir muy pocos de este último en estas zonas ya que la localización de prácticas dentales privadas es impulsada por las fuerzas del mercado y la economía (30). Además, en el Perú alrededor de la tercera parte de dentistas están en la capital, a comparación con los otros departamentos que cuentan cada uno con un porcentaje menor al 4.6% de

dentistas (11). También se observó que en los grupos de mediana edad (45–64 años) hubo un mayor uso del sector privado lo que coincide con los hallazgos de un estudio en Finlandia (31), esto puede estar relacionado a que esta población requiere mayormente tratamientos especializados los cuales no son cubiertos en su mayoría en el sector público. Por otro lado, a mayor edad es más usado el sector público, esto se puede deber a la creciente demanda de atención de este grupo, la mayor accesibilidad en zonas rurales y al costo (31). Del mismo modo, se observó que a un mayor nivel de educación el sector privado es el más utilizado, esto puede estar asociado a la necesidad de atención, factores demográficos y socioeconómicos.

El presente estudio nos permite tener una visión general acerca de los servicios utilizados por adultos peruanos a nivel nacional, generando evidencia para facilitar futuras toma de decisiones, así como políticas en salud en determinados grupos de edad y regiones. Es así como, una manera de aumentar el número de atenciones en el servicio público sería reorganizando el sistema de atención del servicio dental haciendo responsable de las atenciones de prevención y promoción a los higienistas dentales, sistema usado ya en otros países (30), dejando así al profesional las atenciones de mayor complejidad (atenciones por afecciones agudas) que requieren en su mayoría operatoria dental y/o extracciones, aumentando así el número de pacientes atendidos y disminuyendo el tiempo de espera. Además, nos permite tener información actual lo que permitirá realizar comparaciones con escenarios futuros y orientar futuras investigaciones que ayuden a complementar los resultados obtenidos como los factores determinantes en la toma de decisión entre el uso de un servicio público o privado lo que nos ayudaría a explicar las diferencias y/o patrones observados.

6. Conclusiones

- La demanda por consulta odontológica en familias peruanas durante el año 2016 se encuentra en su mayoría en el sector privado.
- La demanda de la consulta odontológica en el sector privado concentra mayores porcentajes en adultos de sexo masculino, de mediana edad, viviendo en una zona urbana y con mayor nivel de educación y de Lima Metropolitana y en el sector público en adultos de sexo femenino, de 75 a más años, viviendo en una zona rural, sin educación, de la región sierra centro y con tenencia de seguro.
- La demanda de la consulta médica y otros profesionales se encuentra en su mayoría en el sector público.
- Existe una asociación positiva entre ser atendido por un dentista y el sector privado.

7. Declaración de conflictos de interés

- Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

8. Referencias bibliográficas

1. Pradeep Y, Chakravarty K, Simhadri K, Ghenam A, Naidu G, Vundavalli S. Gaps in need, demand, and effective demand for dental care utilization among residents of Krishna district, Andhra Pradesh, India. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016;6(8):116.
2. Vujicic M. How affordable is health care in the United States and other countries? *J Am Dent Assoc.* 2014;145(5):482-3.
3. Birch S, Anderson R. Financing and delivering oral health care: what can we learn from other countries? *J Can Dent Assoc.* 2005;71(4):243, 243a-243d.
4. Culyer AJ, Newhouse JP, editores. *Handbook of health economics.* 1st ed. New York: Elsevier; 2000.
5. Abadía Barrero CE. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioethica.* 2006;12(1).
6. Grossman MI. Letter: Should the proceedings of symposia be published? *Gastroenterology.* 1976;70(5 PT.1):821.
7. Somkotra T, Detsomboonrat P. Is there equity in oral healthcare utilization: experience after achieving Universal Coverage. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(1):85-96.
8. Pardo K, Andia M, Rodriguez A, Perez W. Remuneraciones, beneficios e incentivos laborales percibidos por trabajadores del sector salud en el Perú: análisis

- comparativo entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social. 2011. 28(2):342-51.
9. Nguyen L, Häkkinen U. Choices and utilization in dental care: Public vs. private dental sectors, and the impact of a two-channel financed health care system. *Eur J Health Econ.* 2006;7(2):99-106.
 10. Grytten J. Payment systems and incentives in dentistry. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017;45(1):1-11.
 11. MINSA. Análisis de situación de salud del Perú. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2013 p. 136.
 12. Mertz E, O'Neil E. The Growing Challenge Of Providing Oral Health Care Services To All Americans. *Health Aff (Millwood).* 2002;21(5):65-77.
 13. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European union. *Oral Health Prev Dent.* 2004;2(3):155-94.
 14. Brennan DS, Luzzi L, Roberts-Thomson KF. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(1).
 15. Kikwilu EN, Frencken JE, Mulder J, Masalu JR. Barriers to restorative care as perceived by dental patients attending government hospitals in Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(1):35-44.
 16. Aggarwal A, Mohanty U, Verma H, Rattan V. Access to public dental care facilities in Chandigarh. *Indian J Dent Res.* 2012;23(1):121.
 17. Christensen LB, Petersen PE, Bastholm A, Lone L. Utilization of dental health services by Danish adolescents attending private or public dental health care systems. *Acta Odontol Scand.* 2002;60(2):103-7.
 18. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(3):586-96.
 19. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RT de C, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saúde Pública.* 2012;28(suppl):s90-100.
 20. SB Brasil 2010: pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. 1ª edição. Brasília - DF: Ministério da Saúde : Secretaria de Atenção à Saúde : Secretaria de Vigilância em Saúde; 2014. 116 p.
 21. Maite Veliz. Demanda de Atención Científica en el País. *Odontol Sanmarquina.* 1994;3(3):21-3.
 22. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Díaz-Seijas D, Bendezú-Quispe G, Arroyo-Hernández H, Vilcarromero S, et al. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. *Salud Colect.* 2016;12(3):429.
 23. Azañedo D, Díaz-Seijas D, Hernández-Vásquez A. Salud oral del adulto mayor: Acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2016;33(2):373.
 24. Sedgwick P. Cross sectional studies: advantages and disadvantages. *BMJ.* 2014;348:2276.
 25. Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Public Health.* 2005;27(3):281-91.
 26. Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *J Clin Nurs.* 2007;16(2):234-43.
 27. Rafael E. Actitud hacia el ejercicio profesional y a los servicios odontológicos. [Lima]: UNMSM; 2009.
 28. Grytten J, Sørensen R. Competition and dental services. *Health Econ.* julio de 2000;9(5):447-61.

29. Quiñonez C. Why was dental care excluded from Canadian Medicare? NCOHR Working Papers Series. 2013;1:1.
30. Kruger E, W-SJ, Tennant M. Public and private dental services in NSW: a geographic information system analysis of access to care for 7 million Australians. New South Wales Public Health Bull. 2014;24(4).
31. Suominen AL, Helminen S, Lahti S, Vehkalahti MM, Knuuttila M, Varsio S, et al. Use of oral health care services in Finnish adults – results from the cross-sectional Health 2000 and 2011 Surveys. BMC Oral Health. 2017;17(1).

9. Tablas, gráficos y figuras

Tabla 1. Demanda de la consulta odontológica en el sector privado según sexo, edad, área de residencia, región y tenencia de seguro

Co-variables	Público			Privado			Valor-p ¹
	n*	%	[95%CI]	n*	%	[95%CI]	
<i>Sexo</i>							0.752
Masculino	6972	71.5	[70.1–72.9]	2120	28.5	[27.1–29.9]	
Femenino	2474	71.9	[69.6–74.1]	799	28.1	[25.9–30.4]	
<i>Edad</i>							<0.001
18–24 años	147	71.6	[61.4–79.9]	45	28.4	[20.1–38.6]	
25–34 años	1145	74.0	[70.4–77.3]	277	26.0	[22.7–29.6]	
35–44 años	1960	72.0	[50.9–55.7]	561	28.0	[25.5–30.6]	
45–54 años	1975	69.5	[66.9–71.9]	678	30.5	[28.1–33.1]	
55–64 años	1643	67.4	[64.7–70.1]	637	32.6	[29.9–35.3]	
65–74 años	1471	74.0	[71.0–76.7]	419	26.0	[23.3–29.0]	
75 + años	1105	76.4	[73.2–79.3]	302	23.6	[20.7–26.8]	
<i>Área de residencia</i>							<0.001
Urbano	4916	65.1	[63.5–66.6]	2382	34.9	[33.4–36.5]	
Rural	4530	89.3	[88.2–90.3]	537	10.7	[9.7–11.8]	
<i>Educación</i>							<0.001
Ninguna	745	83.8	[80.4–86.7]	129	16.2	[13.3–19.6]	
Primaria	3759	80.2	[78.4–81.8]	747	19.8	[18.2–21.6]	
Secundaria	3232	70.7	[68.6–72.6]	1025	29.3	[27.4–31.4]	
Superior	1710	58.2	[55.5–60.8]	1018	41.8	[39.2–44.5]	
<i>Región</i>							<0.001
Costa norte	995	62.1	[59.0–65.0]	555	37.9	[35.0–41.0]	
Costa centro	788	65.2	[61.5–68.7]	469	34.8	[31.3–38.5]	
Costa sur	663	75.5	[72.1–78.6]	211	24.5	[21.4–27.9]	
Sierra norte	719	83.2	[80.3–85.8]	154	16.8	[14.2–19.7]	
Sierra centro	2042	84.8	[82.8–86.6]	296	15.2	[13.4–17.2]	
Sierra sur	1369	83.9	[81.8–85.8]	284	16.1	[14.2–18.2]	

Selva	1999	83.9	[81.8–85.8]	353	16.1	[14.2–18.2]
Lima Metropolitana	871	59.8	[56.9–62.6]	597	40.2	[37.4–43.1]
<i>Tenencia de seguro</i>						<0.001
Sí	9140	74.1	[72.9–75.3]	2479	25.9	[24.7–27.1]
No	306	36.9	[32.3–41.7]	440	63.1	[58.3–67.7]

*Cuento sin pesos

¹Prueba de Chi-cuadrado usada para la comparación

Tabla 2. Prevalencia de la consulta odontológica, médica y de otros profesionales según el tipo de establecimiento

Atendido por	Público			Privado			Valor-p ¹
	n*	%	[95%CI]	n*	%	[95%CI]	
Dentista	124	45.4	[37.4–53.7]	120	54.6	[46.3–62.6]	<0.001
Médico	6699	67.2	[65.8–68.6]	2779	32.8	[31.4–34.2]	<0.001
Otro profesional	3321	95.2	[93.7–96.4]	95	4.8	[3.6–6.3]	<0.001

*Cuento sin pesos

¹Prueba de Chi-cuadrado usada para la comparación

Tabla 3. Asociación entre las atenciones realizadas por los profesionales de salud y el tipo de establecimiento

Atendido por	Privado			Valor-p ¹	Asociación Cruda			Asociación	
	n*	%	[95%CI]		OR ^b	[95%IC]	Valor-p ⁺	OR ^b	[95%IC]
Dentista	120	54.6	[46.3–62.6]	<0.001	3.115	[2.228-4.356]	<0.001	3.599	[2.183-5.9]
Médico	2779	32.8	[31.4–34.2]	<0.001	6.261	[4.935-7.943]	<0.001	1.303	[0.827-2.0]
Otro profesional	95	4.8	[3.6–6.3]	<0.001	0.94	[0.069-0.127]	<0.001	0.210	[0.132-0.3]

*Cuento sin pesos

^b Se realizó una asociación ajustada con sexo, edad, educación, área de residencia, tenencia de seguro y región.

Gráfico 1. Demanda de la consulta odontológica (%) en el sector privado según sexo, edad, área de residencia, región y tenencia de seguro

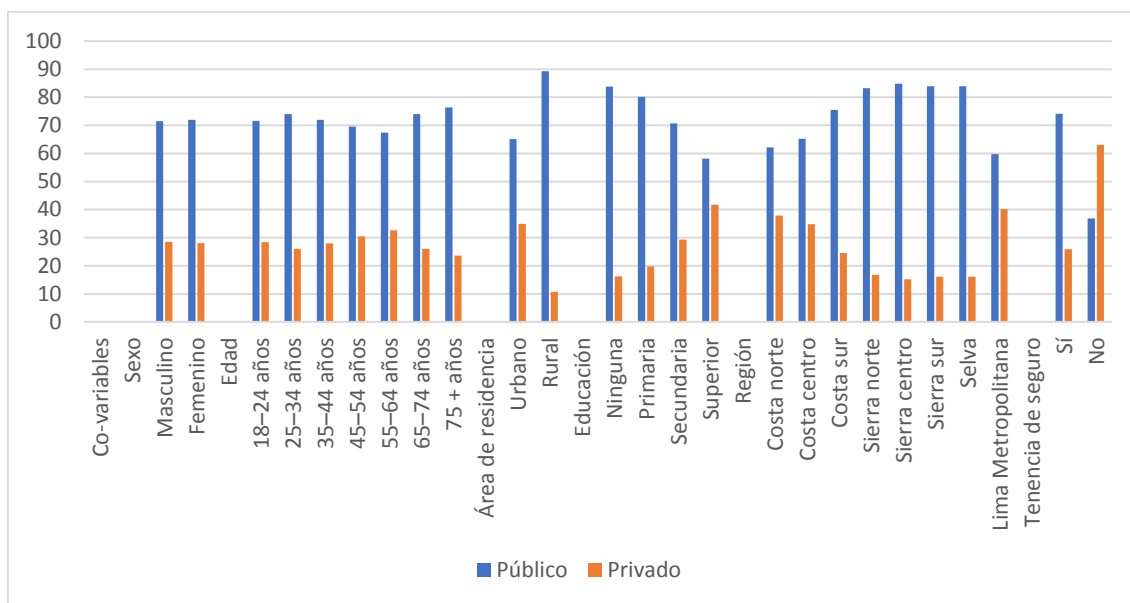


Gráfico 2. Prevalencia (%) de la consulta odontológica, médica y de otros profesionales según el tipo de establecimiento

