



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**INEQUIDAD DE TRATAMIENTOS
ODONTOLÓGICOS SEGÚN OCUPACIÓN Y NIVEL
EDUCATIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN
LA CLÍNICA DENTAL DOCENTE DE LA
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
EN EL AÑO 2018.**

Inequity of dental treatments according to occupation and educational level of patients attended at the teaching dental clinic of the universidad peruana cayetano heredia in the year 2018.

Trabajo de investigación para obtener el Título Profesional de Cirujano
Dentista

Alumnos:

Joan Manuel Tent Morales
Álvaro Marroyo Rodilla

Lima - Perú
2019

JURADO EXAMINADOR

Jurado Coordinador: Mg. Esp. César Del Castillo López

Jurado: Mg. Esp. Fredy Gutiérrez Ventura

Jurado: CD. Natalie Hadad Arrascue

Fecha de Sustentación: 06 de Setiembre de 2019

Calificación:

ASESOR

Mg. Roberto A. León Manco

Departamento Académico de Odontología Social

DEDICATORIA

Años de preparación y formación, días de trabajo constante, horas sin descansos, miles de renunciaciones... Muchas son las circunstancias, los amigos y familiares (vosotros sabéis quiénes sois) que han contribuido a que este proyecto de vida se haya ido construyendo exitosamente.

Por haber confiado en nuestras capacidades, propósitos y aspiraciones,

Por haber soportado nuestros altibajos y empujado a superarlos,

Por estar presentes en la cercanía y en la distancia,

Por enseñarme a reconocer y valorar la realidad, y alentado a seguir mi norte,

... Mil gracias.

A Elena y Melchor, allá donde estéis, sin vosotros no hubiera sido posible.

A Juan y Mari Carmen por el sobreesfuerzo y apoyo durante estos años.

AGRADECIMIENTOS

A mi gran amigo y compañero que hemos estado uno al lado del otro desde que empezamos esta gran aventura. El tiempo sigue pasando, y ahí estas, ofreciendo lo mejor que tienes, apoyando en todo momento y compartiendo un sin fin de momentos, viajes y aventuras que mira a donde nos han llevado.

Te doy las gracias por haber sido un gran respaldo a lo largo de todos estos años.

No olvidemos nunca que las puertas del saber siguen abiertas.

Gracias amigo.

DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	5
III. Materiales y Métodos	6
IV. Resultados	9
V. Discusión	11
VI. Conclusiones	15
VII. Referencias Bibliográficas	16
VIII. Tablas	18

RESUMEN

Antecedentes: Las inequidades se define como las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países, generando brecha de inequidad que finalmente conllevan a inadecuadas condiciones de salud en poblaciones menos favorecidas. **Objetivo general:** Determinar la inequidad de tratamientos odontológicos según ocupación y nivel educativo de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018. **Materiales y métodos:** Estudio trasversal, observacional, analítico y retrospectivo. Se contó con un total de 8715 registros de individuos con edades comprendidas entre 0 a 97 años de edad de la base de datos de Electrónica de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia del año 2018. Las variables de estudio fueron tratamiento odontológico, ocupación, nivel educativo, sexo y edad. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado (Prueba de Chi-cuadrado). **Resultados:** Los tratamientos odontológicos, fueron principalmente recuperativos con un 53.29% (n=4628), luego los preventivos con un 31.85% (n=2766), seguido de los rehabilitadores con un 8.31% (n=722), y finalmente los de diagnóstico con 6.55% (n=569). Se encontró asociación con todas las variables ($p < 0.05$). **Conclusiones:** Existe inequidad de tratamientos odontológicos según ocupación y nivel educativo de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.

Palabras claves: Inequidad social, condiciones sociales, salud bucal, educación, empleo.

ABSTRACT

Background: Inequities are defined as avoidable inequalities in health between population groups of the same country, or between countries, generating a gap of inequality that ultimately leads to inadequate health conditions in less favored populations. General objective: To determine the inequity of dental treatments according to occupation and educational level of the patients attended in the Teaching Dental Clinic of the Universidad Peruana Cayetano Heredia in 2018. **Materials and methods:** Cross-sectional, observational, analytical and retrospective study. There was a total of 8715 records of individuals aged between 0 and 97 years of age from the Electronic Database of the Teaching Dental Clinic of the Universidad Peruana Cayetano Heredia in 2018. The study variables were dental treatment, occupation, educational level, sex and age. A descriptive and bivariate analysis was performed (Chi-square test). **Results:** The dental treatments were mainly recuperative with 53.29% (n = 4628), then the preventive ones with 31.85% (n = 2766), followed by the rehabilitators with 8.31% (n = 722), and finally those of diagnosis with 6.55% (n = 569). An association was found with all the variables (p <0.05). **Conclusions:** There is inequity in dental treatments according to occupation and educational level of the patients treated at the Teaching Dental Clinic of the Universidad Peruana Cayetano Heredia in 2018.

Key words: Social inequality, social conditions, oral health, education, employment.

I. INTRODUCCIÓN

La noción de inequidad hace referencia a la ausencia de equidad. El término equidad, a su vez, alude a la igualdad o a la justicia. Cuando se genera inequidad, por lo tanto, hay una situación de desequilibrio o de falta de ecuanimidad. Por ejemplo: , “Existe una gran inequidad en el ámbito laboral entre los hombres y las mujeres”. Pese a que inequidad y desigualdad suelen usarse como sinónimos, y de hecho así lo acepta la Real Academia Española (RAE) en su diccionario, pero hay quienes establecen diferencias entre ambas ideas. Algunos pensadores vinculan la inequidad y la equidad a la moral y la ética, dejando la desigualdad y la igualdad en el terreno de la estadística. De acuerdo a esta postura, la desigualdad no siempre equivale a la inequidad (1,2).

A nivel social, suele condenarse la inequidad en lo referente al acceso a los derechos (todas las personas deberían tener garantizados los mismos derechos esenciales), pero se acepta la desigualdad como una consecuencia de diversos factores: esfuerzo, formación, etc (1).

En la actualidad, es un hecho internacional que la salud oral es esencial para un crecimiento y un envejecimiento saludable, sin embargo, existe una alta carga de la enfermedad, tal es la situación que se considera a la caries dental como la enfermedad crónica más común de la infancia y una de las más frecuentes en la etapa adulta (3), además, de un 20% a 25% de los individuos tiene enfermedad periodontal. Ambas condiciones pueden provocar: dolor, pérdida de dientes e

infecciones sistémicas que pueden ser causa de un agravamiento de otra condición de salud (1-2).

Existen diversos autores que afirman lo antes mencionado como Fejerskov y Baelum (3), Chen et al (4), Abrams y Thompson (5), y Ekback et al. (6), quienes confirman que la inadecuada salud bucal de una persona afecta su salud general y su calidad de vida. Es también importante mencionar que los pacientes con enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo de complicaciones orales como de resultados de salud adversos, si estas situaciones no reciben tratamiento (4). Otro enfoque de la enfermedad es el análisis de costos, cuando la enfermedad oral está muy avanzada existe un alto gasto dental y aumento de los requerimientos sanitarios. Abrams y Thompson (5) afirman que existe una relación significativa entre el ahorro en los costos totales de atención y un tratamiento exitoso, demostrando así los beneficios potenciales de un tratamiento temprano.

Sin embargo, este acceso oportuno a atención odontológica es relativo a las condiciones sociales de cada sujeto, muchos países han desarrollado un método que favorece y promueve el desarrollo de medidas que faciliten el acceso a la salud oral en todos los colectivos (4,5). El “Marco de Entrega de Salud Oral” propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un modelo basado en la atención médica de rutina, optando por incluir un enfoque en pacientes particulares como son los niños, comenzando con una o dos actividades: diagnóstico y derivación (7). En este enfoque es importante los conceptos de prevención e intervención temprana para minimizar la morbilidad, apoyándose en

los equipos de Atención Primaria los cuales deben tener una formación en salud oral (6-7). Tal y como lo indican Gallagher & Eaton (7): *“invertir en educación y capacitación es un paso importante para cualquier práctica interesada en proporcionar atención preventiva sanitaria”*.

El Ministerio de Salud de Perú (MINSA), representado por la Dirección General de Salud de las Personas, remarca lo comentado con anterioridad (8): *“las enfermedades de la cavidad bucal ocupan el según lugar en la morbilidad general de la consulta externa a nivel nacional, representando un problema de salud pública muy importante en el país”*, siendo los principales problemas de salud bucal de los peruanos: caries dental, seguido por la enfermedad periodontal y maloclusión (9).

Para afrontar este problema en el Perú, basado en el Decreto Supremo 005-2016 SA, se aprobó el “Plan de Intervención de Salud Bucal”, con esta intervención se quiere conseguir principalmente los siguientes puntos: a) Contribuir a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores en situación de pobreza mediante la rehabilitación oral, recuperación de la función masticatoria, la fonética y la estética de la cavidad bucal, y b) Establecer medidas que permitan mejorar la salud bucal de la población de las niñas, niños y adolescentes. Este último aspecto es muy importante, debido a que, si se consiguen establecer correctos hábitos de higiene oral durante la infancia, es más probable que estos se mantengan hasta la edad adulta (8,9).

Como se mencionó anteriormente, este acceso a servicios odontológicos: preventivos, restauradores, rehabilitadores y otros, se ven influenciado por las desigualdades sociales. En ese contexto, se origina el concepto de determinantes sociales de la salud, definidos como las condiciones de vida y trabajo que repercutirán en la inequidad en salud, donde se incluyen los problemas de salud bucal (10). La evidencia confirma que las personas de menos ingresos económicos, adultos mayores, de minorías étnicas, con menor nivel educacional y de poblaciones rurales son las que presentan peores condiciones de salud, mayor daño acumulado, menor acceso a tratamientos, mayores secuelas sociales, laborales y psicológicas (10-11).

La salud bucal es de suma importancia porque afecta múltiples aspectos que involucran a las personas, estas inequidades resultados de las condiciones sociales impiden una salud digna e igual para todos, en una sociedad equitativa la salud bucal deja de ser un lujo y pasa a adoptarse como un derecho (12). Los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen sustancialmente en las inequidades en salud, esto se ve evidenciado en las diferencias de diagnósticos, y también en el acceso a diversos tratamientos requeridos por la población, generando una brecha entre las necesidades satisfechas e insatisfechas. (10,12).

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la inequidad de tratamientos odontológicos según ocupación y nivel educativo de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.

Objetivos Específicos:

1. Determinar las características de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.
2. Determinar los tipos de tratamientos odontológicos realizados según ocupación de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.
3. Determinar los tipos de tratamientos odontológicos realizados según nivel educativo de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.
4. Determinar los tipos de tratamientos odontológicos realizados según edad y sexo de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.

III. MATERIAL Y METODOS

El estudio tuvo un diseño transversal, observacional, analítico y retrospectivo. La muestra estuvo compuesta por los registros de la base de datos de la Historia Clínica Electrónica de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia del año 2018. Se contó con un total de 8715 registros de individuos con edades comprendidas entre 0 a 97 años de edad, se consideraron los datos que proporcionaron información del tipo de tratamiento odontológico recibido. Es importante mencionar que los datos iniciales fueron de 58739 y aplicando los registros que no contaron con todas las variables del estudio se tuvo una muestra final de 8715. Es importante destacar la reducción tan significativa de la muestra, ya que hay muchas incongruencias a la hora de rellenar correctamente las historias clínicas de los pacientes; por lo que creemos que es una cosa a mejorar en los registros.

Las variables de estudio fueron las siguientes:

a) Tratamiento odontológico: Se define como conjunto de medios que se emplean en odontología para curar o aliviar una enfermedad. Es de tipo cualitativa, de escala politómica y con valores: diagnóstico, preventivos, recuperativos, y rehabilitadores. Es importante mencionar que se consideró la mayor categoría de tratamiento recibido, dentro de los tratamientos de diagnósticos sólo se consideraron a los pacientes que recibieron ese tratamiento, sin embargo, todos los pacientes que reciben algún tratamiento adicional también incluyen un

diagnóstico. En el caso de tratamientos rehabilitadores se incluyeron todos aquellos que están destinados a una rehabilitación con prótesis fija o removible.

b) Ocupación: Se define como empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución. Es de tipo cualitativa, de escala politómica y con valores diversos según se indique en la historia clínica.

c) Nivel educativo: Se define como los diferentes niveles de enseñanza que van superando los individuos a lo largo de su etapa académica. Es de tipo cualitativa, de escala politómica y con valores: inicial, primaria, secundaria, superior técnica, superior universitaria, posgrado.

d) Sexo: Se define conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Es de tipo cualitativa, de escala dicotómica y con valores: Hombre y Mujer.

e) Edad: Se define como tiempo que ha vivido una persona. Es de tipo cuantitativa, discreta y valores en números enteros de 1 a 96 años.

Para la obtención de los datos necesarios para la realización del presente estudio, se pidió la colaboración e información al Director de la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Durante la reunión previa se explicó el proyecto a realizar, al igual que el cometido del mismo y los objetivos a conseguir. Una vez realizado esto y tras un turno de preguntas del responsable directo, se le solicitó permiso, tanto de manera oral como por escrito, para poder

acceder a la base de datos correspondiente a los pacientes que han sido atendidos en sus instalaciones en el año 2018.

Una vez obtenido el permiso necesario, se obtuvo en una base de datos en formato Excel de Microsoft Office 2016 por medio de correo electrónico, con esa base de datos se procedió a la depuración de los datos para el análisis correspondiente.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas. Para el análisis bivariado se evaluó la asociación entre tratamiento odontológico y las demás variables con la prueba de Chi-cuadrado. El estudio tuvo un nivel de confianza de 95% y un $p < 0.05$. Para la depuración de la base de datos se ha empleado el programa SPSS v. 24.0 y se necesitaron varios meses para llevarla a cabo en nuestros ratos libres, ya que, un alto porcentaje de los pacientes no tenían las historias clínicas completas y se tuvieron que descartar de la muestra final.

Este estudio se realizó luego de recibir una aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería y la posterior aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) con fecha de aprobación 16 de Mayo de 2019 y código SIDISI N° 103268. Además, se contó con la aprobación de la Clínica Dental Docente para el acceso a la información de la base de datos de la Historia Clínica Electrónica, es importante mencionar que se mantuvo el anonimato de los sujetos a quienes pertenecen las historias clínicas.

IV. RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por un total de 58.21% (n=5073) de sexo femenino y un 41.79% (n=3642) de sexo masculino, siendo la edad promedio de 29.00 años (DE=20.10), siendo mayoritariamente entre los 10 a 19 años con un 21.51% (n=1875). La principal ocupación fue estudiante con 53.03% (n=4622) seguido de empleado con un 28.70% (n=2501). El mayor nivel educativo fue superior con un 39.10% (n=3408), seguido de nivel primaria con un 30.65% (n=2671). Y en el caso de los tratamientos odontológicos, fueron principalmente recuperativos con un 53.29% (n=4628), luego los preventivos con un 31.85% (n=2766), seguido de los rehabilitadores con un 8.31% (n=722), y finalmente los de diagnóstico con 6.55% (n=569) (Tabla N°1).

Al analizar los tratamientos odontológicos según ocupación, se encontró que la mayor frecuencia de diagnósticos se tuvo en los trabajadores del hogar con un 18.75% (n=3), los tratamientos preventivos en los estudiantes con un 44.17% (n=2036), los recuperativos en los trabajadores independientes con un 63.66% (n=233), y los rehabilitadores en los obreros con un 27.87% (n=17). Y se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables ($p < 0.05$) (Tabla N°2).

Al analizar los tratamientos odontológicos según nivel educativo, se encontró que la mayor frecuencia de diagnósticos se tuvo en nivel superior con un 9.20% (n=312), los tratamientos preventivos en nivel primaria con un 48.31% (n=1287), los recuperativos en nivel superior con un 58.84% (n=1996) y en los

rehabilitadores los de secundaria con un 13.00% (n=252). Y se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables ($p<0.05$) (Tabla N°3).

Finalmente, el sexo femenino tuvo mayor frecuencia en los tratamientos de diagnóstico (6.92%, n=350), recuperación (53.35%, n=2698) y rehabilitación (9.63%, n=487), mientras que el sexo masculino fue mayor en el caso de los preventivos (34.29%, n=1244). Respecto a la edad, los diagnósticos fueron más frecuentes entre los 20 a 29 años con un 13.57% (n=200), los preventivos entre los 10 a 19 años de edad con un 53.16% (n=993), los recuperativos entre los 90 a 97 años con un 75.00% (n=3) y los rehabilitadores entre los 80 a 87 años con un 27.94% (n=19) Y se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables ($p<0.05$) (Tabla N°4).

V. DISCUSIÓN

Se puede decir que la inequidad son las diferencias existentes entre individuos que conforman una misma sociedad, dada principalmente por las desigualdades de oportunidades para el logro de ciertos servicios y bienes, como la salud (15), y específicamente para el caso de la presente investigación; la salud bucal traducida en los diversos tratamientos que las personas requieren. En esta investigación no se hace referencia al acceso a servicios odontológicos, más bien a la diferencia de tratamientos odontológicos recibidos según categorías de ocupación y nivel educativo.

En la presente investigación se encontró que la mayoría de tratamientos se realizaron a mujeres, esto debido a que tuvieron mayor representatividad en la muestra. En el caso de las edades es congruente con los tipos de tratamientos, siempre los preventivos en las etapas de vida más jóvenes y los rehabilitadores en la edad adulta, es importante recordar que muchos de los tratamientos son producto de los pacientes que acuden a tratamientos citados por los propios estudiantes de pregrado en función de las necesidades de cada curso exige. Un punto importante es el tratamiento considerado diagnóstico, el cual no se tomará en cuenta para la discusión, debido a que puede estar subestimando realmente el número de personas que recibieron este tratamiento, porque al ser la muestra de una clínica docente, todos pasan por un diagnóstico antes de recibir cualquier otro tratamiento preventivo, recuperativo y rehabilitador.

Al analizar la ocupación, de forma general se puede decir que los tratamientos preventivos estuvieron destinados principalmente a los estudiantes, los recuperativos en los empleados y los rehabilitadores a los obreros. Se puede explicar de los resultados que los estudiantes sean de etapa escolar o universitaria por su edad estarían más vinculados a tratamientos que prevengan las principales causas de enfermedad bucal como aplicaciones de fluoruros o profilaxis. A diferencia de los empleados que al tener una mayor edad y posiblemente formación académica reciben tratamientos recuperativos porque pueden contar con los medios económicos necesarios, sumado a una atención oportuna. Al contrario del grupo obrero, que puede tener la misma edad y recursos que los empleados, pero posiblemente el acceso a información sobre cuidados odontológicos no se da en un tiempo adecuado, por lo cual su principal tratamiento son los rehabilitadores, debido a que se ha dado un mayor daño bucal.

El nivel de ocupación es una referencia del nivel de ingresos de una persona, en el Reino Unido al analizar en diferentes años (1978, 1988 y 1998) la pérdida de dientes por la posición social (profesionales, obreros, y otros) se encontró que, a pesar del año en cuestión, las personas con mayor posición social habían perdido menos dientes (16). Lo descrito es similar a lo reportado en el presente estudio, donde los obreros fueron los que recibieron mayores tratamientos rehabilitadores, esto debido a que este tipo de tratamientos se realiza ante la pérdida prematura de piezas dentales.

De igual forma, al analizar el nivel educativo, se encontró que los tratamientos preventivos fueron para pacientes de nivel primario debido a que muchos de los pacientes se encuentran aún en etapa escolar, pero los recuperativos y rehabilitadores en nivel secundaria y superior, indirectamente se puede asumir que los pacientes con este nivel educativo alcanzado pueden contar con medios económicos necesarios para poder cubrir los costos de los diversos tratamientos odontológicos los cuales aumentan según la complejidad del mismo.

En Dinamarca, se realizaron dos estudios importantes que evaluaron las consecuencias del nivel educativo y la salud bucal. El primero se realizó en personas mayores de 65 años de edad, considerando la presencia de dientes artificiales (prótesis parciales o totales) según el número de años de educación recibidos, encontrándose que conforme aumentaba el número de años de educación disminuía el porcentaje de dientes no naturales, como es obvio, cuantos más años de educación más dientes permanentes se mantuvieron en boca (16). Sin embargo, si hacemos una comparación con la presente investigación, no siempre se encuentran los mismos resultados, esto es debido a que posiblemente un mayor nivel educativo no necesariamente se vincula a un acceso oportuno para atención odontológica en el país, pero como se ha mencionado anteriormente, si a recursos económicos para pagar los gastos que significan una rehabilitación oral.

La presente investigación tiene ciertas limitaciones, una de ellas es la muestra que no es representativa de la población peruana o limeña, debido a que son pacientes que acuden a una clínica docente, por lo cual los resultados son válidos para la

muestra en estudio, otro punto importante es la categoría diagnóstico, que esta subestimada, debido a que todos han tenido un diagnóstico previo a tratamiento recibido, en esa categoría sólo se cuentan aquellos que llegaron hasta ese punto de la atención. Y finalmente, la pérdida de datos debido a incongruencias en los registros de la base de datos entregada.

Previamente, Hadad y Del Castillo (17), demostraron que los determinantes sociales tienen una repercusión sobre las condiciones de salud bucal, tanto el nivel educativo como el empleo, esto se ve reflejado en la presente investigación donde las variables de estudio presentaron asociación con los tipos de tratamiento odontológico. Por ello, es importante poder comprender las diversas inequidades existentes en el acceso a tratamientos odontológicos, los cuales finalmente, repercuten en mejores tratamientos oportunos para lograr una adecuada salud bucal.

VI. CONCLUSIONES

De forma general se puede concluir que:

Existe inequidad de tratamientos odontológicos según ocupación y nivel educativo de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.

Y de forma específica que

1. Los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018, fueron principalmente de sexo femenino, la edad promedio fue 29 años, en su mayoría de ocupación empleados, de nivel educativo superior y el principal tratamiento odontológico recuperativo.
2. Existió asociación entre los tratamientos odontológicos realizados y ocupación de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.
3. Existió asociación entre los tratamientos odontológicos realizados y nivel educativo de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.
4. Existió asociación entre los tratamientos odontológicos realizados y sexo y edad de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ConceptoDefinición.de. Redacción. (Última edición: 21 de diciembre del 2016). Definición de Inequidad. Disponible en: <https://conceptoDefinicion.de/inequidad/>
2. Significados.com. (Actualizado (02/05/2019). Definición de Inequidad. Disponible en <https://http://www.significados.com/inequidad/>
3. Fejerskov O, Baelum V. Changes in oral health profiles and demography necessitate a revision of the structure and organisation of the oral healthcare system. *Gerodontology*. 2014 Mar;31(1):1-3.
4. Chen X, Liu Y, Yu Q, Zheng L, Hong X, Yan F et al. Dental caries status and oral health behavior among civilian pilots. *Aviat Space Environ Med*. 2014 Oct;85(10):999-1004.
5. Abrams AP, Thompson LA. Physiology of aging of older adults: systemic and oral health considerations. *Dent Clin North Am*. 2014 Oct;58(4):729-38.
6. Ekbäck G, Persson C, Lindén-Boström M. What factors can be protective for both self-rated oral health and general health? *Swed Dent J*. 2015;39(2):99-107.
7. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional de escuelas promotoras de la salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y líneas de acción, 2003-2012. Washington DC: OPS; 2002.
8. Gallagher JE, Eaton KA. Health workforce governance and oral health: Diversity and challenges in Europe. *Health Policy*. 2015 Dec;119(12):1565-75.
9. Ministerio de Salud de Perú. Decreto Supremo que aprueba el Plan de Intervención de Salud Bucal – 2016 (Consultado el 30/09/2018). Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-plan-de-intervencion-de-salud-decreto-supremo-n-005-2016-sa-1343830-1/>
10. Instituto Nacional de Estadística Informativa. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. (Consultado el 30/09/18). Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/cap-021.htm>
11. Organización Mundial de la Salud. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2008. Organización Mundial de la Salud. Consultado el 5 sept 2009. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf
12. Franco AM, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2009; 15(2): 78-90.

13. Akerman, M., Cavalheiro, C., Bógus, C., Chioro, A., Buss, P. (2010). Capítulo 1: Las Nuevas Agendas de la Salud a partir de sus Determinantes Sociales. En Galvão, L., Finkelman, J., Henao, S. Determinantes ambientales y sociales de la salud. Washington DC: McGraw – Hill Interamericana S. A. de C. V; 2010.
14. Rioboo García R. Educación para la Salud Bucodental. Avances. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Madrid, 2002; 1: 1321-41.
15. Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos P31rael Estado y la sociedad civil. Saúde SocoSilo Paulo 2007; 16(3): 7-13.
16. Organización Mundial de la Salud. Equity, social determinants and public health programmes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
17. Hadad N, Del Castillo C. Determinantes sociales de la salud y caries dental. Odontol Pediatr. 2011; 10(1): 13-21.

ANEXOS

Tabla N°1. Características de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.

Variables	n	%
Sexo		
Femenino	5073	58.21
Masculino	3642	41.79
Edad°		
	29.00	20.10
De 0 a 9 años	1711	19.63
De 10 a 19 años	1875	21.51
De 20 a 29 años	1481	16.99
De 30 a 39 años	899	10.32
De 40 a 49 años	1003	11.51
De 50 a 59 años	984	11.29
De 60 a 69 años	495	5.68
De 70 a 79 años	193	2.21
De 80 a 89 años	70	0.80
De 90 a 97 años	4	0.05
Ocupación		
Empleado	2501	28.70
Obrero	61	0.70
Trabajador independiente	368	4.22
Empleador	0	0.00
Trabajador familiar no remunerado	1013	11.62
Trabajador del hogar	16	0.18
Estudiante	4622	53.03
Jubilado	134	1.54
Nivel educativo		
Sin nivel	289	3.32
Primaria	2671	30.65
Secundaria	1944	22.31
Superior	3408	39.10
Técnica	403	4.62
Tratamientos odontológicos		
Diagnóstico	569	6.55
Preventivo	2766	31.85
Recuperativo	4628	53.29
Rehabilitador	722	8.31

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

°Se calculó promedio y desviación estándar por ser variable cuantitativa.

N=8715.

Tabla N°2. Tratamientos odontológicos según ocupación de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.

Ocupación	Tratamientos odontológicos							
	Diagnóstico		Preventivo		Recuperativo		Rehabilitador	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Empleado	160	6.43	525	21.08	1481	59.48	324	13.01
Obrero	5	8.20	8	13.11	31	50.82	17	27.87
Trabajador independiente	27	7.38	57	15.57	233	63.66	49	13.39
Trabajador familiar no remunerado	96	9.50	119	11.77	577	57.07	219	21.66
Trabajador del hogar	3	18.75	3	18.75	8	50.00	2	12.50
Estudiante	269	5.84	2036	44.17	2215	48.06	89	1.93
Jubilado	9	6.82	18	13.64	83	62.88	22	16.67

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Prueba de Chi-Cuadrado ($p < 0.05$).

Tabla N°3. Tratamientos odontológicos según nivel educativo de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.

Nivel educativo	Tratamientos odontológicos							
	Diagnóstico		Preventivo		Recuperativo		Rehabilitador	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin nivel	5	1.74	113	39.24	164	56.94	6	2.08
Primaria	61	2.29	1287	48.31	1263	47.41	53	1.99
Secundaria	161	8.30	541	27.90	985	50.80	252	13.00
Superior	312	9.20	717	21.14	1996	58.84	367	10.82
Técnica	30	7.46	108	26.87	220	54.73	44	10.95

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

Prueba de Chi-Cuadrado ($p < 0.05$).

Tabla N°4. Tratamientos odontológicos según sexo y edad de los pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2018.

Variables	Tratamientos odontológicos								
	Diagnóstico		Preventivo		Recuperativo		Rehabilitador		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Femenino	350	6.92	1522	30.10	2698	53.35	487	9.63	
Masculino	219	6.04	1244	34.29	1930	53.20	235	6.48	
Edad									
De 0 a 9 años	5	0.29	821	48.01	884	51.70	0	0.00	
De 10 a 19 años	101	5.41	993	53.16	764	40.90	10	0.54	
De 20 a 29 años	200	13.57	366	24.83	805	54.61	103	6.99	
De 30 a 39 años	60	6.70	190	21.23	536	59.89	109	12.18	
De 40 a 49 años	88	8.79	154	15.38	619	61.84	140	13.99	
De 50 a 59 años	69	7.04	147	15.00	573	58.47	191	19.49	
De 60 a 69 años	29	5.87	73	14.78	285	57.69	107	21.66	
De 70 a 79 años	10	5.24	20	10.47	118	61.78	43	22.51	
De 80 a 89 años	6	8.82	2	2.94	41	60.29	19	27.94	
De 90 a 97 años	1	25.00	0	0.00	3	75.00	0	0.00	

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Prueba de Chi-Cuadrado (Sexo: $p < 0.05$; Edad: $p < 0.05$).