



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**DISTRIBUCIÓN DEL USO DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS
EN BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA QALI WARMA EN EL
PERÚ, 2017**

**Distribution of the use of odontological services in beneficiaries of
the Qali Warma program in Peru, 2017**

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

ALUMNA:
JÉSSICA BENÍTEZ BARRIONUEVO

ASESOR:
MG. ESP. CESAR EDUARDO DEL CASTILLO LÓPEZ

LIMA – PERÚ

2020

JURADO

Presidente: Mg. Esp. Roberto A. León Manco

Vocal: Mg. Esp. Raúl Herrera Mujica

Secretario: Esp. Lillie Elizabeth Abanto Silva

Fecha de Sustentación: 07 de agosto de 2020

Calificación:

ASESOR

Mg. Esp. César Eduardo del Castillo López

Departamento Académico de Odontología Social

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre Maritza por su contante apoyo emocional,
espiritual como siempre ha sido.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por todas las bendiciones que día a día me concede para seguir adelante, a mi madre Maritza porque todo éxito mío es éxito de ella, a mi esposo Sergio por su constante e incondicional apoyo, a mis bellas hijas Jazmine y Yahaira porque son mi inspiración permanente, a José y mis hermanas Lorena y Alessandra que siempre estuvieron presentes en todo momento para apoyarme.

No es solo un logro personal, es un logro en equipo.

DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	6
III. Materiales y métodos	7
IV. Resultados	12
V. Discusión	17
VI. Conclusiones	23
VII. Referencias Bibliográficas	24
VIII. Tablas	29
Anexos	32

RESUMEN

Antecedentes: La cobertura de un tipo de aseguramiento universal, no garantiza un mayor uso de los servicios de salud, como la atención odontológica. **Objetivo:** Analizar la distribución del uso de los servicios odontológicos según prevalencia de uso, frecuencia de uso y tipo de aseguramiento en salud en los beneficiarios del programa Qali Warma en el Perú, 2017. **Métodos y Materiales:** Estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. La población fue de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el Perú durante el año 2017, utilizando los registros de niños de 3 a 11 años de edad, que fueron beneficiarios del Programa Qali Warma, siendo un total de 19 826 niños. Se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, así mismo se realizaron las pruebas de significancia, mediante la prueba de Chi² y este estudio contó con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$. Se empleó el programa estadístico STATA SE/15.1 **Resultados:** El 61.45% (n=11182) de niños beneficiarios usaron los servicios odontológicos, el 59.28% (n=10 786) en el periodo de tiempo menor o igual a un año y el 70.70% (n=12 837) contaba con SIS. **Conclusión:** Los beneficiarios del programa Qali Warma en su mayoría han usado los servicios odontológicos, en el lapso de un año o menos y contando con SIS en el Perú, 2017.

Palabras claves: Uso de servicios dentales, programas sociales, niños (DeCS).

ABSTRACT

Background: The coverage of a type of universal insurance does not guarantee a greater use of health services, such as dental care. **Objective:** To analyze the distribution of the use of dental services according to prevalence of use, frequency of use and type of health insurance in the beneficiaries of the Qali Warma program in Peru, 2017. **Methods and Materials:** Cross-sectional, observational, descriptive and retrospective study. The population was from the database of the Demographic and Family Health Survey (ENDES) in Peru during 2017, using the records of children from 3 to 11 years old, who were beneficiaries of the Qali Warma Program, being a total of 19 826 children. Absolute and relative frequencies were obtained, as well as the significance tests, using the Chi2 test and this study had a confidence level of 95% and a $p < 0.05$. The statistical program STATA SE / 15.1 was used. **Results:** 61.45% ($n = 11182$) of beneficiary children used dental services, 59.28% ($n = 10 786$) in the period of time less than or equal to one year and 70.70 % ($n = 12 837$) had SIS. **Conclusion:** The beneficiaries of the Qali Warma program have mostly used dental services, in the span of a year or less and with SIS in Peru, 2017.

Keywords: Use of dental service, social programs, children (MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

Los programas sociales tienen como objetivo iniciar una optimización en las condiciones de vida de las personas consideradas como vulnerables. Gran parte de los programas sociales son implementados por el Estado, el cual tiene bajo su responsabilidad y función asistir las necesidades de la población (1). Es por ello, que existen diversos programas sociales en nuestro país que se enfocan en atender y ayudar a peruanos en condición vulnerable y enfrentar la situación de pobreza y se les permita volver a insertarse en la sociedad para el impulso que nuestro país necesita desarrollar (2). Baca y Herrera mencionan que la intención de un proyecto social se enfoca hacia la integralidad y busca sumar para su viabilidad diversos aspectos determinantes, y desde ahí es necesario que la población tenga una participación activa ya que son ellos los que tienen conocimiento de una manera cercana sus necesidades y problemáticas más sentidas. (3).

En el Perú, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) responsable de las políticas nacionales tiene como misión asegurar que en los distintos niveles y sectores de gobierno sean implementados los programas sociales y políticas públicas. Uno de los programas sociales impulsado por el MIDIS es el Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE) Qali Warma el cual otorga un servicio de alimentación que es de calidad por medio de la entrega de desayunos y almuerzos saludables adecuados a las costumbres y hábitos de consumo local, durante todo el año escolar para niños a partir del nivel inicial (3 años) y nivel primario de las escuelas públicas. Según Directiva Administrativa N°001-2015-

SIS/GA – V.01 aprobado con RJ 126-2015- SIS de fecha 11 de junio de 2015 (4,5) hace referencia que todos los estudiantes de educación básica regular y especial que sean beneficiados con el programa Qali Warma serán afiliados de manera directa temporal al Seguro Integrado de salud (SIS) (6). El SIS cobertura a una población en condición vulnerable, la cual está compuesta por los usuarios de Qali Warma, niños y niñas menores de 5 años que no tienen otro seguro, gestantes, población penitenciaria, entre otros, de acuerdo a la legislación establecida (7).

Las acciones de ayuda social que el gobierno otorga a la población en condición de vulnerabilidad son positivas, ya que promueven el desarrollo de sus propias capacidades, el acceso a oportunidades y ejercicio de sus derechos, y con ello conlleva hacer frente a las inequidades sociales y que la articulación misma de un programa social de alimentación como lo es Qali Warma, con el acceso a los servicios de salud a través del aseguramiento universal tiene el enfoque de brindar una mejor calidad de vida para los usuarios.

Tener la cobertura a un tipo de aseguramiento universal como el SIS, no garantiza un mayor uso de los servicios de salud y por ende tener una vida saludable con respecto a sus contrapartes, debido a que existen determinantes sociales de la salud que influyen como son la educación, el género, el empleo, nivel de ingresos económicos, grupo étnico al que se pertenece y el área de residencia (8).

Toda persona u hogar que busquen el beneficio de ser afiliados por el SIS gratuito deberán estar registrados como pobres o pobres extremos en el Padrón General de Hogares (PGH) del SISFOH que administra el MIDIS, y no contar con otro tipo de seguro de salud (9). El SISFOH contribuye a la identificación de personas o grupos de habitantes en condición de pobreza, exclusión o vulnerabilidad como potenciales beneficiarios de intervención públicos focalizados del estado. A través del Decreto de Urgencia 017-2019 se dispuso el aseguramiento de todas las personas residentes en el Perú con afiliación automática con el apoyo de SISFOH del MIDIS y padrones del Minedu (10).

La inexistencia de impactos en el uso de servicios de salud advierte sobre la necesidad de fortalecer las acciones intergubernamentales y de articulación intersectorial; si bien es cierto, algunos programas sociales en nuestro país deben complementar con la entrega de servicios respecto a estrategias de promoción de la salud, atención primaria. (11)

En un estudio realizado por Cavero se evaluó el impacto en la salud de la población de los programas sociales y en relación al estado de salud física y la mejora del acceso a servicios de salud de su población usuaria no fueron muy positivas. Por lo que, estos resultados alertan sobre la necesidad de las condiciones relacionadas a su proceso de verificación, acceso a salud, y la calidad de la oferta de los servicios. (11)

Según Alcázar,(12) uno de los problemas por el cual no funcionan los programas nutricionales y alimenticios en el Perú, es que no se evidencia el monitoreo y evaluaciones de los programas y pocas son las evaluaciones realizadas de forma aislada, las cuales no han tenido la debida difusión y no han sido utilizadas para replicar el diseño, ni la instauración de los programas sociales; sumado a ello la falta de supervisión en la compra de alimentos provoca un manejo ineficiente de los programas alimentarios. La idea de los programas sociales en el Perú es ofrecer la ayuda necesaria a las personas en situación vulnerable ya sea de pobreza y extrema pobreza que abarca según la encuesta nacional de Hogares (ENAHO) realizada por el INEI a un 21.7% de la población (13).

En un estudio de realizado por Glewwe, Jacoby y King (14) se menciona que un niño bien nutrido y/o bien alimentado tendrá un mejor desempeño en el colegio. Así mismo en una investigación realizada por Gajate e Inurritegui (15) se indica que el grupo más vulnerable son los menores de 5 años de edad ya que al estar en pleno crecimiento y desarrollo los hace más susceptibles en adquirir enfermedades. Además, necesitan de sus padres o un tutor para poder alimentarse y cuando no se cuenta con los recursos suficientes se hace difícil cumplir adecuadamente con esta tarea.

Una recomendación de la OMS es la aplicación de medidas a nivel mundial para disminuir la ingesta de bebidas con elevado contenido de azúcar debido a que son perjudiciales para la salud. Esto lleva a una ingesta menor de azúcares libres y por lo tanto de la ingesta total calórica, evitando condiciones de sobrepeso y obesidad,

y enfermedades como la diabetes y caries dental en la población (16).

Se han reportado evidencias que los programas sociales no mejoran los indicadores de salud debido a que existen diversos factores determinantes que influyen. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en algunos estudios de incidencia demostraron de manera sistemática que a los individuos que se les otorga un beneficio económico son los que viven en la escasez, además, mostraron que ellos reciben una menor parte de lo que les compete en comparación con los de la clase acomodada; la educación y falta de empoderamiento político son factores que también subvencionan a la exclusión (17).

Es por eso, que el presente estudio está orientado en analizar según los resultados obtenidos, si al ser beneficiario del programa Qali Warma y tener acceso a los servicios odontológicos, en que dimensión son aprovechados por esta población, lo cual daría inicio a establecer los argumentos necesarios que permitan proponer la implementación de estrategias que deben ser aplicadas en la población que serán usuarios y beneficiarios.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la distribución del uso de los servicios odontológicos según prevalencia de uso, frecuencia de uso y tipo de aseguramiento en salud en los beneficiarios del programa Qali Warma en el Perú, 2017.

Objetivos específicos:

1. Determinar la prevalencia del uso de los servicios odontológicos según sexo, edad, lugar de residencia y región natural en los beneficiarios del programa Qali Warma en el Perú, 2017.
2. Determinar la frecuencia del uso de los servicios odontológicos según sexo, edad, lugar de residencia y región natural en los beneficiarios del programa Qali Warma en el Perú, 2017.
3. Determinar la distribución por tipo de aseguramiento en salud según sexo, edad, lugar de residencia y región natural en los beneficiarios del programa Qali Warma en el Perú, 2017.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de diseño observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo. Respecto a la población de estudio que se analizó, correspondió a la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el Perú durante el año 2017. Siendo los criterios de inclusión todos los registros de niños de 3 a 11 años de edad que hayan sido beneficiados con el programa Qali Warma, siendo un total de 19 826 niños; de los cuales se excluyeron los datos de los registros que no contaron con toda la información de las variables del estudio, siendo la muestra final de 18 196 registros.

Las variables de estudio fueron el Uso de los servicios odontológicos, Tiempo desde la última atención, Tipo de aseguramiento en salud, Edad, Sexo, Lugar de residencia y Región natural. Las mismas se describen a continuación:

Uso de los servicios odontológicos: Es el proceso por el cual una persona acude a un consultorio odontológico con el objetivo de recibir atención preventiva o recuperativa para mantener o restablecer su salud bucal. Se obtendrá dicha información de los resultados de la siguiente pregunta de la base de datos del ENDES: ¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo? Es una variable de tipo cualitativo de escala dicotómica nominal donde las posibles respuestas son: 1=si, 2=no.

Tiempo desde la última atención: Es el tiempo transcurrido desde la última visita al odontólogo. Se obtendrá la información de los resultados de la siguiente pregunta de la base de datos de la encuesta ENDES: ¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? Es una variable de tipo cualitativa de escala dicotómica nominal donde las posibles respuestas son: 1=Meses (si es < de 2 años), 2= Dos o más años. Las cuáles serán recategorizadas a: 1= \leq 1 año, y 2= $>$ 1 año.

Tipo de aseguramiento en salud: Es el tipo de cobertura de salud que posee una persona pudiendo ser público o privado. Se obtendrá la información de los resultados de la siguiente pregunta de la base de datos de la encuesta ENDES: ¿Tiene algún seguro de salud? Seguida de las siguientes alternativas: Essalud, SIS, compañía de seguros, seguro privado, no sabe. Se construyó una variable cualitativa nominal con tres alternativas debido a que en algunas categorías de seguro de salud como FFAA y privados el número de niños era muy pequeño Las cuales fueron: 1=Sin seguro, 2=SIS, 3=Otros Seguros (incluye Essalud, FFAA y privados).

Edad: Es el tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. La edad considerada en el programa Qali Warma tanto para niñas y niños es a partir del nivel inicial (3 años) y nivel primario en las instituciones educativas públicas. Se obtendrá la información según las bases de datos ENDES. ¿Cuántos años cumplidos tiene (Nombre)? Es una variable de tipo cuantitativa donde las posibles respuestas son las edades en años (de 3 a 11 años) que será recategorizada a una variable cualitativa de escala dicotómica y nominal: 1=pre-escolar (de 3 a 6 años),

2=escolar (de 7 a 11 años).

Sexo: Es el conjunto de las peculiaridades (biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas) que agrupa a los individuos de una especie separándolos según el género en masculino y femenino. Se obtendrá la información según la base de datos ENDES: Características del hogar. Es una variable de tipo cualitativa de escala dicotómica y nominal: 1=hombre, 2=mujer.

Región natural: Es cada unidad territorial determinada por el clima, vegetación y el relieve. Se obtendrá la información según la base de datos ENDES: Características de la vivienda. Es una variable de tipo cualitativo de escala politómica y nominal: 1=Lima metropolitana, 2 =Resto de la costa, 3=Sierra, 4=Selva.

Lugar de residencia: Es el espacio o área donde se desenvuelve una comunidad en su interrelación con el medio ambiente. Espacio físico organizado por la sociedad. Se obtendrá la información según lo señalado por la base de datos ENDES: Características del hogar. Es una variable de tipo cualitativa de escala dicotómica y nominal: Urbano y Rural. 1=urbano, 2=rural.

Para la obtención de la base de datos se ingresó a la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) www.inei.gob.pe, donde se seleccionó la opción “Base de Datos”, y luego en “Microdatos” para posteriormente entrar a “Consultas por encuestas” y se procedió a elegir

“Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” (ENDES) del año 2017 en periodo único.

Se seleccionó el módulo 414 “Encuesta de Salud”, se descargó la base de datos “CSALUD08” y de la misma encuesta se seleccionó los datos de las preguntas relacionadas al uso de los servicios odontológicos, tiempo desde la última atención y lugar de atención. Para obtener la información acerca de la variable “Beneficiarios Qali Warma” se seleccionó el módulo 569 “Programas sociales” y se descargó la base de datos “ps_QaliWarma”.

La fuente de información de la variable área de residencia, departamento, sexo y edad fue adquirida seleccionando el módulo 64 “Características del hogar” y se descargó la base de datos “RECH0” y “RECH1”, respectivamente. La fuente de información de la variable región natural se obtuvo seleccionando el módulo 65 “Características de la vivienda” y se descargó la base de datos “RECH23”. Posteriormente se fusionó todas las bases de datos antes mencionadas en una sola.

Con la base de datos depurada, se realizó un análisis descriptivo mediante la obtención de las frecuencias relativas y absolutas de las variables uso del servicio odontológico, tiempo desde la última visita, tipo de aseguramiento, sexo, edad, área de residencia y región natural. Así mismo se realizaron las pruebas de significancia, mediante la prueba de Chi². El estudio contó con un nivel de confianza del 95% y un $p < 0.05$. Se empleó el programa estadístico STATA.

Este proyecto de investigación se llevó a cabo posteriormente de la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) y la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería con fecha de 21 de octubre de 2019. Al ser la encuesta ENDES de acceso público, se conserva la confidencialidad de los participantes porque la información brindada se encuentra codificada.

IV. RESULTADOS

De un total de 18196 niños que recibieron el programa Qali Warma, se puede evidenciar que el 61.45% (n=11182) usaron los servicios odontológicos frente al 38.55% (n=7014) niños que no hicieron uso de los mismos, de acuerdo al género se puede evidenciar que el mayor uso de servicios odontológicos fue en el sexo femenino representando un 50.63% frente a un 49.37 en el sexo masculino; esta asociación fue estadísticamente significativa ($p=0.035$) (Tabla N°1).

De acuerdo al grupo etáreo de los beneficiarios Qali Warma cuyo rango de edades fluctúa entre los 3 a 11 años, se puede evidenciar que la edad de mayor uso de servicios odontológicos fue a los 10 años con un 14.38%; asimismo la distribución por grupo de edad es la siguiente, a los 3 años equivale un 3.44%, a los 4 años un total de 7.26%, a los 5 años un 9.77%, a los 6 años un 11.1%, a los 7 años un 13.86%, a los 8 años un 13.67%, a los 9 años un 14.04% , a los 10 años un 12.46% y a los 11 años un 12.46% (Tabla N°1).

Hubo un mayor uso de los servicios odontológicos en el grupo etario perteneciente al nivel escolar (de 7 a 11 años) 68.42% comparado con el grupo de nivel pre-escolar (de 3 a 6 años) con un porcentaje de uso de los servicios odontológicos de un 31.58%. Esta asociación fue estadísticamente significativa ($p<0.001$) (Tabla N°1).

Por región natural la asociación entre la prevalencia del uso de los servicios

odontológicos fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$). En Lima metropolitana fue de 20.45%, para la Región de la Costa un 24.68%, para la Región de la Sierra un 36.41% y para la región de la Selva un 18.47% y los que no hicieron uso de los servicios odontológicos fue en Lima Metropolitana un 7.67%, para la región de la Costa un 24.03%, para la Región de la Sierra un 33.91% y para la Región de la Selva un 34.41% (Tabla N°1).

De acuerdo con el área de residencia de los niños que hicieron uso de los servicios odontológicos para el área urbana fue de un 66.84% y para la zona rural un 33.16% y los que no hicieron uso de los servicios odontológicos en el área urbana fue de 48.06% y para el área rural un total de 51.94%, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre las áreas de residencia ($p < 0.001$) (Tabla N°1).

En cuanto a los resultados de frecuencia de uso de los servicios odontológicos, se obtuvo que el 59.28% ($n=10\ 786$) de niños hicieron uso de los servicios odontológicos en un periodo de tiempo menor o igual a un año, mientras que el 40.72% ($n=7410$) de niños no hicieron uso de los servicios odontológicos o lo hicieron en un periodo de tiempo mayor a un año. Según la distribución por género se evidenció que hicieron uso de los servicios odontológicos en un periodo de tiempo menor o igual a un año, un 50.58% para sexo femenino y un 49.42% para el sexo masculino. Y aquellos que en un periodo de tiempo mayor a un año o no hicieron uso de los servicios odontológicos correspondió para el sexo femenino un 51.32% y para el sexo masculino un 48.68%. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables ($p=0.06$) (Tabla N°2).

De acuerdo al grupo etario, según periodo de tiempo menor o igual a un año resultó que la frecuencia de uso fue mayor en los niños en el rango de 7 a 11 años (etapa escolar) con un 68.42% y menor en los niños en el rango de edad de 3 a 6 años (etapa pre escolar) con un 31.58%, existiendo una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) (Tabla N°2).

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en las variables respecto a la frecuencia del uso de los servicios odontológicos tanto para la Región Natural como para el área de residencia ($p < 0.001$).

De acuerdo a la región natural, la frecuencia de uso según periodo de tiempo menor o igual a un año fue mayor para la región de la Sierra con un 36.41% y menor para la región Selva con un 18.5%; y para el periodo de tiempo mayor a un año o no hicieron uso de los servicios odontológicos fue menor para la región de Lima metropolitana con un 8.62%. (Tabla N°2).

De acuerdo al área de residencia, la frecuencia de uso según periodo de tiempo menor o igual a un año para la zona urbana representó un 66.72% y la zona rural un 33.28%; y los que corresponden a un periodo de tiempo mayor a un año o no hicieron uso de los servicios odontológicos, la zona urbana representó un 49.39% y la zona rural un 50.61% (Tabla N°2).

Los resultados de acuerdo a la distribución de los Beneficiarios al Programa Social Qali Warma según el tipo de aseguramiento fue mayor para los asegurados

por el Seguro Integral de Salud (SIS) con un 70.70% (n=12 837) de niños, aquellos que no tienen seguro de salud fueron un total de 12.89% (n=2341) y los que se encuentran en el grupo conformado por otros seguros como Essalud, FFAA y privados fueron un 16.41% (n=2980) (Tabla N°3).

Al observar la distribución de la variable sexo, entre los grupos conformados por los afiliados al SIS, afiliados a otros seguros y los que no tenían seguro de salud, no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0.851$).

Al observar la muestra según la distribución por tipo de aseguramiento de salud y los dos grupos etarios por rango de edad se encontró asociación estadísticamente significativa ($p=0.025$).

Por región natural según la distribución por tipo de aseguramiento se observó que para la Sierra fue mayor para los que cuentan con afiliación al SIS con un 40.51% y menor para la Lima metropolitana con un 10.85%, para los que no tienen seguro de salud fue mayor para la Costa con un 29.07% y para los que tenían otros tipos de Seguros fue mayor para la Costa con un 32.29% y menor para la Selva con un 14.53% (Tabla N°3).

Al observar la distribución por tipo de aseguramiento según área de residencia aquellos que están afiliados al SIS fue mayor para el área rural con un 49.92%, los que no tienen seguro de salud fue para el área urbano con un 72.5% y los que tienen otro tipo de seguro pertenecen al área urbano con un 87.96%. Las variables

región natural y área de residencia en relación al tipo de aseguramiento fueron asociadas estadísticamente ($p < 0.001$) (Tabla N°3).

V. DISCUSIÓN

Si bien es cierto que el programa social Qali Warma permite que sus beneficiarios puedan acceder a los servicios sanitarios por medio del SIS, también es importante mencionar que mucha de esta población podría estar afectada por caries dental, al ser una de las principales patologías bucodentales que afectan a la población (18).

Un estudio realizado por Mazarro en España, revela que las mujeres cuidan más su salud bucal, debido a que ellas dan una mayor importancia a su cuidado bucal en comparación a los hombres (19), esto es acorde con los resultados encontrados donde el sexo femenino tiene un 50.63% de uso de los servicios odontológicos en comparación a un 49.37% del sexo masculino. Así mismo, en una investigación similar realizada por Bernal donde se identificó la demanda de atención de emergencia estomatológica en el Hospital Cayetano Heredia, teniendo como resultado una mayor frecuencia de consultas hechas por mujeres en un 57.20 % (20). De igual forma, otro estudio realizado por PRISMA con respecto al efecto del programa Qali Warma en el año 2019, muestra que en las niñas se obtuvo un impacto positivo sobre la memoria de corto plazo que en los niños, incluso, se encontró un mayor impacto en los niños en que no toman desayuno en casa (21). Asimismo; en otro estudio de evaluación del programa de alimentación escolar (PAE) en Colombia muestra respecto a la deserción del PAE es mayor en niños que en las niñas con una representación de un 49% de la población. (22).

Se sabe que a la dentición decidua cada vez se le brinda la prioridad necesaria en

la sociedad para lograr su conservación, aunque muchas veces se asume que al existir un recambio no es necesario su mantenimiento. En el estudio realizado por Pérez en Cuba, demostró 49.4% de encuestados no tenían conocimiento sobre el periodo de exfoliación de los dientes temporales y de un 93.5% de conocimiento parcial sobre la importancia de la dentición decidua (23), es por ello que, puede explicarse el mayor uso de los servicios odontológicos por grupo etario, pertenece al nivel escolar de 7 a 11 años que presenta dentición mixta con un 68.42% y en el nivel pre-escolar de 3 a 6 años con un 31.58%; es a partir de la erupción de las piezas dentarias permanentes donde existe mayor preocupación por parte de los padres para su conservación.

En relación a la frecuencia de uso de servicios odontológicos en el periodo de tiempo menor o igual a un año tiene un 59.28% resultado que respalda al reportado por Bernal el cual refiere que la frecuencia de las consultas por día representaron un 65.6% (20). En un estudio de Cohen y Franco respecto a la evaluación del impacto de programas sociales como el caso del Programa Oportunidades de México y Programa Familias en acción de Colombia que obtuvieron en el componente salud y educación un resultado óptimo tanto en el incremento de matrícula escolar reduciendo el trabajo infantil como también un aumento del uso de los servicios de salud (24).

Cabe mencionar que la oportunidad de acceder a servicios odontológicos por medio del programa Qali Warma como beneficiario es algo positivo, pero luego de haber obtenido los siguientes resultados en el presente estudio llama la

atención debido a que un 48.06% del área urbana y un 51.94% del área rural no hicieron uso de los servicios odontológicos, ello conlleva a reflexionar que pueden existir diferentes factores que demuestran la persistencia de una falta de políticas sobre promoción de la salud bucal así mismo como una pobre cultura sobre cuidados en la salud y limitado cambio en el comportamiento sobre el cuidado de la salud oral con enfoque preventivo, y no cuando ya esté instaurada la enfermedad y que solo se acuda a la atención odontológica cuando se presente algún malestar (25).

Por otro lado, un estudio presentado por la JADA concluye que toda intervención desarrollada en odontología debe incluirse algunas propuestas de la psicología social que orienten y faciliten comportamientos positivos en la educación en salud oral ya que es de suma importancia incluir cambios en el comportamientos, y que exista buena aceptación a las recomendaciones de salud bucal que a menudo es bajo, Por lo tanto, sugieren que las intervenciones sean efectivas y eficientes para aumentar la aceptación de las recomendaciones. (26)

Tanto el aspecto cultural como el cambio de conducta en relación a los accesos a los servicios de salud (salud bucal) influye mucho para que exista un impacto positivo en la población, es por ello que no hay garantía, que a pesar de tener acceso al aseguramiento universal no necesariamente resulta que el beneficiario use los servicios de salud como el caso de la salud bucal. Así mismo, se hace mención de la existencia de programas sociales enfocados a ayudar a las personas en condición vulnerable y de esa manera poder sobrellevar la situación de pobreza

(1), la integralidad del programa social Qali Warma que busca su viabilidad, contrasta con lo evidenciado en el uso de servicios odontológicos (2) porque en los resultados demuestra que existe un total de 10 786 niños que hicieron uso de los servicios odontológicos en un periodo de tiempo menor igual a un año, mientras que 7410 niños no hicieron uso de los servicios odontológicos o lo hicieron en un periodo de tiempo mayor a un año.

El público objetivo del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (PNAEQW), son niñas y niños a partir del nivel inicial (3 años), nivel primaria de las instituciones educativas públicas y se amplía el público objetivo a los escolares de las instituciones educativas con Jornada Escolar Completa (JEC) , escolares de las instituciones educativas bajo las Formas de Atención Diversificada – FAD y/o Modelos de Servicios Educativos y escolares del nivel de educación secundaria de las instituciones educativas públicas localizadas en los pueblos indígenas ubicadas en la Amazonía Peruana (27).

El PNAEQW, incorpora progresivamente en el ámbito de su cobertura a instituciones educativas que forman parte de su público objetivo de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y criterios de priorización según quintiles de pobreza del INEI. En el 2019 se publicó el Decreto de Urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud con el objetivo de establecer medidas urgentes para que a través del cierre de la brecha de habitantes sin cobertura de seguro, se garantice la protección del derecho a la salud en el territorio nacional, conforme con la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (10).

Según los datos proporcionados por la ENDES del año 2017 aún existía una brecha de personas que no eran afiliados por algún tipo de seguro como se evidencia en los resultados mencionados en este estudio, ya que la distribución de los Beneficiarios al Programa Social Qali Warma según el tipo de aseguramiento fue mayor para los asegurados por el Seguro Integral de Salud (SIS) con 12 837 niños, aquellos que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud fueron un total de 2341 niños y los que se encuentran en el grupo de otros tipos de seguros (Essalud, FFAA y privados) fueron 2980 niños; cabe señalar que a pesar de tener el beneficio de la afiliación por aseguramiento en salud no necesariamente garantiza que el beneficiario acuda a los servicios odontológicos.

Los beneficiarios al programa Qali Warma pese a tener afiliación por el SIS para la atención en los servicios odontológicos, el uso de los mismos no resulta ser tan frecuente en un grupo de beneficiarios, por lo que el hecho de tener acceso no asegura el uso de los servicios odontológicos.

La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es modificar el enfoque profesional centrándose en la enfermedad (curativo y mutilatorio como se está dando actualmente en gran medida), por un enfoque de prevención fundado en la salud, autocuidado y educación sanitaria. De hecho, una visión salutogénica donde se aborden los aspectos que generan salud en oposición a la patogénesis; enfocados en que la salud y enfermedad no son dos opuestos incompatibles, al contrario, se puede definir como estados distintos dentro de un proceso en constante cambio.

Por ello es necesario la instrumentación de un programa de prevención, promoción, y educación, en preescolares y escolares, constituido por acciones que se sistematizan y organizan a través de estrategias de coordinación y concertación, capacitación permanente con comunicación social, extensión de cobertura, participación social, los cuales se complementan con materiales didácticos y de promoción para simplificar la realización de las acciones.

En relación con la cultura sobre salud bucal en nuestro país se considera que la salud bucal no forma parte de la salud en general, la poca importancia en el cuidado de la dentición decidua ya que son piezas de recambio y la idea del padre/madre es pensar que las va a cambiar y por lo tanto no reciben el cuidado correcto hasta se puede llegar a pensar que en los adultos mayores es normal que sean edéntulos, entre otras creencias erróneas.

Es por ello que, se debe sensibilizar a la población respecto a la importancia sobre los cuidados para mantener una buena salud bucal y se afirme que de esa manera también contribuye en alcanzar un impacto favorable para la salud en general, es por eso que el cirujano dentista debe asumir el compromiso en alcanzar esos cambios de conducta, empoderándose de sus actividades y lo importante que es el componente bucal para la salud en general, porque contribuye en reducir la carga económica al sistema de salud causado por enfermedades bucodentales, y seguir trabajando desde la etapa más temprana de la niñez que es donde se afianza los hábitos y conceptos saludables que queremos alcanzar.

VI. CONCLUSIONES

De forma general se puede concluir que:

Los beneficiarios del programa Qali Warma en su mayoría han usado los servicios odontológicos, en el lapso de un año o menos y contando con SIS en el Perú, 2017.

Y de forma específica:

1. Se evidencio mayor prevalencia de uso de los servicios odontológicos que estuvo asociada al sexo, edad, lugar de residencia y región natural en los beneficiarios del programa Qali Warma en el Perú, 2017.
2. La frecuencia del uso de los servicios odontológicos estuvo asociada a edad, lugar de residencia y región natural en los beneficiarios del programa Qali Warma en el Perú, 2017.
3. La distribución por tipo de aseguramiento en salud estuvo asociada a edad, lugar de residencia y región natural en loa beneficiarios del programa Qali Warma en el Perú, 2017.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Definición de Programa social. España; 2019. (Consultado el 04 de mayo del 2019). Disponible en URL: <https://definicion.de/programa-social/>
2. Aguilar K. y Dueñas A. Distribución de la caries dental en los beneficiarios de los programas sociales en el Perú. - Lima [Trabajo de Investigación]. Lima Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.
3. Baca-Tavira, N, Herrera-Tapia, F. Proyectos sociales. Notas sobre su diseño y gestión en territorios rurales. Convergencia. Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2016;23(72):69-87. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10546932003>
4. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. RED Informa, Publicaciones. Lima: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; 2019. (Consultado el 04 de mayo del 2019). Disponible en URL: <http://http://sdv.midis.gob.pe/redinforma/varios/publicaciones.aspx?tkn=v/TDaMjVMDgnD19n+3h+og==#no-back-button>
5. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Boletín Informativo – marzo 2019. (Consultado: 04 de mayo del 2019). Disponible en URL: <http://sdv.midis.gob.pe/redinforma/Temp/BolQaliWarma.pdf>
6. Seguro Integral de Salud. Resolución Jefatural N°126-2015/SIS. Lima: Seguro Integral de Salud; 2015.
7. Seguro Integral de Salud. Consulta de Asegurados, Sala Situacional; 2016 (Consultado: 04 de mayo del 2019). Disponible en URL: http://www.sis.gob.pe/Nuevo/vistas/Frm_NotaPrensa.aspx?np=163

8. Organización Mundial de la Salud. Informe Final: Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009.
9. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Comunicado del Seguro Integral de Salud. Lima: MIDIS; 2016. (Consultado: 04 de mayo del 2019). Disponible en URL: <http://www.midis.gob.pe/index.php/es/centro-de-informacion/2271-mejoramos-el-proceso-de-afiliacion-del-sis>
10. Decreto de Urgencia N°017-2019. Decreto de urgencia que establece medidas para la cobertura universal de Salud. El Peruano. 28 noviembre 2019
11. Caverio D, et al. Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú. Revista Peruana Medicina Experimental salud pública. 2017
12. Alcázar L. Por qué no funcionan los programas alimentarios y nutricionales en el Perú: riesgos y oportunidades para su reforma. Argentina. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2007
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza Monetaria 2007 – 2018. Informe Técnico. Lima 2019. (Consultado: 04 de mayo del 2019). Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Es/Lib1646/libro.pdf
14. Glewwe, P, Hanan G y King E, “Early Childhood Nutrition and Academic Achievement: A Longitudinal Analysis”. Journal of Public economics.

Elsevier.2001 (Consultado el 04 de Mayo del 2019) Volumen (81):
paginas 345 – 368. Disponible en URL:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0047272700001183>

15. Gajate G, Inurritegui M. El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del “Propensity Score Matching” Consorcio de investigación económica y social (CIES). Perú 2002. (Consultado 04 de Mayo del 2019) Disponible en URL:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/VaspLeche_GajateInurritegui.pdf
16. Organización Mundial de Salud. La OMS recomienda aplicar medidas en todo el mundo para reducir el consumo de bebidas azucaradas y sus consecuencias para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. (Consultado 04 de Mayo del 2019) Disponible en URL:
<https://www.who.int/es/news-room/detail/11-10-2016-who-urges-global-action-to-curtailed-consumption-and-health-impacts-of-sugary-drinks>
17. Organización Mundial de Salud. Informe sobre la Salud en el mundo, Sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003
18. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños. Lima: Ministerio de Salud; 2017.
19. Mazarro G. Análisis de las diferencias de género en el cuidado bucodental. Gaceta Dental 241. España 2012 (Consultado el 12 diciembre del 2019)

Disponible en URL: https://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/OLD/pdf/241_CIENCIA_Diferencias_genero.pdf

20. Bernal J. Perfil de la demanda de atención de emergencias estomatológicas en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Perú, 1997. (Consultado el 12 diciembre del 2019).
21. PRISMA. Evaluación del Impacto Programa Nacional de Alimentación escolar Qali Warma. Escuela de Gestión Pública de la Universidad del Pacífico. Perú. 2019. (Consultado el 01 de junio del 2020)
22. Velásquez M y otros. Evaluación del programa de alimentación escolar (PAE). Colombia. 2016 (Consultado el 01 de junio del 2020)
23. Pérez A., Toledo B., Ortega L. Nivel de conocimiento de las madres sobre la importancia y cuidado de la dentición temporal. Acta médica del Centro. Cuba, 2013. Vol. (7) N°4: páginas 36 – 44. (Consultado el 12 diciembre del 2019) Disponible en URL: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/24/167>
24. Cohen E, Franco R. Seguimiento y evaluación de impacto de los programas de protección social basados en alimentos en América Latina y el Caribe. Chile. 2005. (Consultado el 01 de junio 2020)
25. Hollister C., Anema M. Health behavior models and oral health: a review. Journal of Dental Hygiene. USA,2004. Vo (78) N°3: páginas 1 – 8. (Consultado el 12 diciembre del 2019) Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16201062>
26. Sherman D., Updegraff J., Mann T. Improving oral health behavior. A social psychological approach. Journal of the American Dental

Association (JADA). USA, 2008. (Consultado el 12 diciembre del 2019)
Disponible en URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18832274>

27. Decreto Supremo N° 006-2018-MIDIS. Modifican el Decreto Supremo N° 008-2012-MIDIS, que crea el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma para precisar su público objetivo e incorporar dentro de su ámbito de cobertura la prestación del servicio alimentario a las/ los escolares de las instituciones educativas bajo las Formas de Atención Diversificada – FAD y/o Modelos de Servicios Educativos. El Peruano. 14 diciembre 2018.

VIII. TABLAS

Tabla N°1: Prevalencia del uso de los servicios odontológicos en beneficiarios del programa Qali Warma según sexo, edad, región natural, y área de procedencia en el Perú, 2017.

Atención odontológica	Si		No	
	N	%	n	%
Total	11 182	61.45	7014	38.55
Sexo				
Masculino	5.588	49.37	3.505	51.52
Femenino	5.594	50.63	3.509	48.48
p*=0.035				
Edad				
De 3 a 6	4304	31.58	3673	44.92
De 7 a 11	6878	68.42	3341	55.08
p*<0.001				
Región natural				
Lima Metropolitana	601	20.45	165	7.67
Costa	3138	24.68	1603	24.03
Sierra	4518	36.41	2043	33.91
Selva	2925	18.47	3203	34.41
p* <0.001				
Área de residencia				
Urbano	6890	66.84	3487	48.06
Rural	4292	33.16	3527	51.94
p*<0.001				

***Prueba de Chi-cuadrado.**

Tabla N°2: Frecuencia del uso de los servicios odontológicos en beneficiarios del programa Qali Warma según sexo, edad, lugar de residencia, región natural y departamento en el Perú, 2017.

Frecuencia de uso de servicios odontológicos	<=1 año		>1 año o no usó	
	n	%	n	%
Total	10786	59.28	7410	40.72
Sexo				
Masculino	5395	49.42	3698	51.32
Femenino	5391	50.58	3712	48.68
p*=0.06				
Edad				
De 3 a 6	4164	31.58	3813	44.92
De 7 a 11	6622	68.42	3597	55.08
p* <0.001				
Región natural				
Lima	568	20.34	198	8.62
Costa	3039	24.75	1702	23.94
Sierra	4353	36.41	2208	34.06
Selva	2826	18.5	3302	33.37
p* <0.001				
Área de residencia				
Urbano	6646	66.72	3731	49.39
Rural	4140	33.28	3679	50.61
p* <0.001				

***Prueba de Chi-cuadrado.**

Tabla N°3: Distribución por tipo de aseguramiento en salud en beneficiarios del programa Qali Warma según sexo, edad, lugar de residencia, región natural y departamento en el Perú, 2017.

Tipo de aseguramiento en salud	Sin Seguro		SIS		Otros Seguros	
	n	%	n	%	n	%
Total	2341	12.89	12837	70.70	2980	16.41
Sexo						
Masculino	1185	49.42	6411	50.18	1478	50.49
Femenino	1156	50.58	6426	49.82	1502	49.51
p*=0.851						
Edad						
De 3 a 6	989	33.83	5544	36.51	1430	38.60
De 7 a 11	1352	66.17	7293	63.49	1550	61.41
p*=0.025						
Región natural						
Lima	140	21.6	359	10.85	264	30.09
Costa	804	29.07	2751	21.46	1172	32.29
Sierra	544	26.55	5192	40.51	815	23.09
Selva	853	22.77	4535	27.18	729	14.53
p* <0.001						
Área de residencia						
Urbano	1599	72.5	6189	50.08	2558	87.96
Rural	742	27.5	6648	49.92	422	12.04
p* <0.001						

***Prueba de Chi-cuadrado.**

ANEXOS

ANEXO 1. GLOSARIO DE TERMINOS

- Acceso a servicios salud: Es la capacidad de utilizar servicios de salud integral, adecuada, oportuna y de calidad, en el momento en que se necesitan.
- Acceso universal: Es la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.
- Beneficiarios: Persona que obtiene beneficio o provecho de determinada cosa
- Cobertura de salud: Es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento.
- Cobertura universal de salud: Implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por si sola para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios
- Decreto de urgencia: Es una norma con rango de ley expedida por el Poder Ejecutivo como medida extraordinaria y válida para regular situaciones de carácter económico – financiero, cuando así lo requiera el interés nacional.
- Distribución: Indica cómo se distribuye una enfermedad o variable entre

diferentes grupos seleccionados. No mide el riesgo de enfermar o morir, sino que permite observar cómo se distribuyen los casos entre las personas, eventos o grupos afectados.

- Frecuencia: En epidemiología se refiere a la aparición de una enfermedad o de otro atributo o hecho en una población, sin hacer distinción entre incidencia y prevalencia.
- Prevalencia: Es la proporción del grupo de individuos que presentan un proceso clínico o resultado en un momento determinado del tiempo, sin distinguir si son casos nuevos o antiguos.
- Programa: Es la planificación ordenada de las distintas partes o actividades que componen algo que se va a realizar.

ANEXO 2. GLOSARIO DE ACRÓNIMOS

- ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
- ESSALUD: Seguro Social de Salud
- FFAA: Fuerzas Armadas
- JADA: Journal of American Dental Association
- JEC: Jornada Escolar Completa
- MIDIS: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PNAEQW: Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma
- PGH: Padrón General de Hogares
- SIS: Seguro Integral de Salud
- SISFOH: Sistema de Focalización de Hogares