



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**ACCESO A LOS SERVICIOS
ODONTOLÓGICOS EN NIÑOS DE 0 A
11 AÑOS SEGÚN LA ENCUESTA
DEMOGRÁFICA Y DE SALUD
FAMILIAR A NIVEL NACIONAL,
PERÚ, 2015**

Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista

Alina Vanessa Alegre Mambietova

Lima - Perú

2017

ASESOR

Mg. Roberto Antonio León Manco

Departamento Académico de Odontología Social

JURADO EXAMINADOR

Presidente : Dra. Louise Webb Linares
Secretario : Dra. Natalie Hadad Arrascue
Miembro : Dra. Bani Gonzales Vega

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 05 de Setiembre del 2017

CALIFICATIVO : APROBADO

DEDICATORIA

A mi papá por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida, por siempre alentarme a ser mejor cada día y a luchar por mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

- A mi abuela, por ayudarme a seguir adelante cuando sentía que no podía continuar, por siempre brindarme consejos cuando los necesitaba y por su infinito cariño.
- A mi asesor, por su dedicación, paciencia y guía en la elaboración de este proyecto de investigación.
- A todas las personas que de manera directa o indirecta me ayudaron en mi formación profesional y me alentaron a culminar mis estudios de manera satisfactoria.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el acceso a los servicios odontológicos en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, en el año 2015. **Materiales y métodos:** El estudio fue de tipo transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. Se utilizó la base de datos extraída de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2015. Las variables del estudio fueron acceso a servicios odontológicos, departamentos, región natural y espacio geográfico. Se ejecutó un análisis descriptivo de la distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas de las variables cualitativas, para los resultados se construyeron tablas y un mapa. **Resultados:** El acceso a los servicios de salud odontológicos a nivel nacional fue de 47.6% (n=22606) y 52.4% (n=24837) no tuvieron acceso a la atención, según el tiempo de la última atención el 89.2% (n=20137) recibió atención odontológica hace menos de 2 años, siendo el principal sector de atención el MINSA con 61.5% (n=13884). **Conclusiones:** La mayoría de niños de 0 a 11 años no tuvieron acceso a servicios de salud odontológicos según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

Palabras claves: ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD, SALUD BUCAL, NIÑO.

ABSTRACT

Objective: To determine access to dental services in children aged 0 to 11 according to the Demographic and Family Health Survey at the national level, Peru, in the year 2015. **Materials and methods:** The study was cross-sectional, observational, descriptive and retrospective. We used the database extracted from the Demographic and Family Health Survey (ENDES) for the year 2015. The variables of the study were access to dental services, departments, natural region and geographic space. We performed a descriptive analysis of the distribution of absolute frequencies and relative frequencies of qualitative variables, for the results were constructed tables and a map. **Results:** Access to dental health services at the national level was 47.6% (n = 22606) and 52.4% (n = 24837) had no access to care, according to the time of the last care, 89.2% (n = 20137) received dental care less than 2 years ago, the main sector of care being MINSa with 61.5% (n = 13884). **Conclusions:** The majority of children aged 0 to 11 did not have access to dental health services according to the Demographic and Family Health Survey at the national level, Peru, 2015.

Keywords: ACCESSIBILITY TO HEALTH SERVICES, ORAL HEALTH, CHILD.

LISTA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
II.1. Planteamiento del problema	3
II.2. Justificación de la investigación	4
III. MARCO TEÓRICO	5
IV. OBJETIVOS	11
V. MATERIALES Y MÉTODOS	12
V.1. Diseño del estudio	12
V.2. Población y muestra	12
V.3. Criterios de selección	12
V.4. Variables	13
V.5. Instrumento	15
V.6. Técnicas y/o procedimientos	15
V.7. Plan de análisis	16
V.8. Consideraciones éticas	17
VI. RESULTADOS	18
VII. DISCUSIÓN	24
VIII. CONCLUSIONES	30
IX. RECOMENDACIONES	32
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	37

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.	19
Tabla 2. Acceso a atención odontológica según departamento, espacio geográfico y región natural en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.	20
Tabla 3. Tiempo de la última atención odontológica según departamento, espacio geográfico y región natural en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.	21
Tabla 4. Sector prestador de la atención odontológica según departamento, espacio geográfico y región natural en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.	22

ÍNDICE DE MAPAS

	Pág.
Mapa 1: Acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años por departamento según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.	23

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

AAPD	:	Academia Americana de Odontología Pediátrica
CIE – UPCH	:	Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
ENDES	:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EsSALUD	:	Seguro Social de Salud
FFAA	:	Fuerzas Armadas del Perú
INEI	:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
JUNTOS	:	Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres
MINSA	:	Ministerio de Salud del Perú
n	:	Número de niños
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
ONG	:	Organización No Gubernamental
PNP	:	Policía Nacional del Perú

I. INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de salud es un concepto complejo, que involucra desde la satisfacción de la persona con el servicio recibido hasta la formulación de políticas de atención; involucra las características de la población y la disposición del servicio para acondicionarse a las necesidades de la misma.¹ Todos los servicios de salud son fundamentales, incluyendo el odontológico, siendo el acceso más limitado en poblaciones vulnerables.²⁻⁵

A nivel socioeconómico, se ha relacionado estrechamente el ingreso del jefe de familia con el uso de los servicios de salud, debido a que representa la capacidad de pago para acceder a un servicio y constituye una de las barreras más reportadas.⁶

Obtener una apropiada cobertura de acceso a los servicios odontológicos es esencial para la implementación de medidas preventivas y recuperativas. Sin embargo, los países con diferencias socioeconómicas y geográficas muestran considerables inequidades en sus indicadores de salud oral.⁷

El siguiente estudio se realizó con un enfoque descriptivo, utilizando la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) realizada a nivel nacional en el año 2015, se accedió a la base de datos del sitio web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI),⁸ extrayendo la información pertinente para reportar los resultados.

El objetivo del presente estudio fue determinar el acceso a los servicios odontológicos en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1. Planteamiento del problema

A pesar de la evidente importancia del tema, en Perú se han documentado pocos estudios sobre el uso de servicios odontológicos. Sin embargo, existe un interés en entender cuáles son los factores asociados a la utilización de los servicios de salud oral, así mismo, cómo diferenciar entre los pacientes que asisten al odontólogo por dolor, infección o tratamientos restaurativos, y aquellos que visitan al dentista para una revisión de rutina.⁹

Por ello, antes de conocer los factores asociados debe entenderse la frecuencia de uso de los servicios odontológicos, uno de esos pocos estudios es el de Hernández V et al.⁹ en Perú (2016), el cual revisó datos de 25285 niños de 0 a 12 años que participaron en la ENDES 2014, los resultados muestran que el 26.7% de la muestra tuvo acceso a los servicios odontológicos en los últimos seis meses.¹⁰

Para una mejor comprensión de los hechos, conocer la distribución territorial de este problema de salud es primordial, lo cual ayuda a la toma de decisiones y facilitaría la implementación y formulación de políticas públicas acordes a la realidad sanitaria nacional y de cada región en el marco de la descentralización de la salud.¹⁰

Por ello, la pregunta de investigación fue ¿Cuál es el acceso a los servicios odontológicos en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, en el año 2015?

II.2. Justificación de la investigación

La presente investigación tuvo relevancia teórica porque los resultados contribuirán con la escasa información sobre acceso a los servicios de salud odontológico en niños a nivel nacional. Fue de relevancia social porque las personas se verán beneficiadas al conocer el acceso a los servicios de salud odontológicos en niños y poder establecer medidas para aumentar su uso.

La investigación brinda un beneficio al Ministerio de Salud del Perú (MINSA) porque demuestra en qué departamentos del país se encuentra el menor número de niños que acceden a los servicios de salud, lo cual indicaría las deficiencias en el sistema de salud al no contarse con una adecuada política de prestación de servicios, que supera la problemática de distribución de centros de salud y número de odontólogos, repercutiendo a nivel nacional la implementación de políticas dirigidas a disminuir las barreras de acceso a servicios de salud.

III. MARCO TEÓRICO

III.1 Acceso a los servicios de salud

III.1.1. Definición

“El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades”.¹¹

El acceso a los servicios de salud ha sido un tema estudiado desde la mitad del siglo XX. Son Aday y Anderson,¹² quienes proponían la importancia de visualizar el acceso a partir de, si los individuos con una necesidad de salud llegaban al sistema, considerando las diferencias entre la definición de necesidad entre los proveedores y los demandantes de atención.

Desde otro enfoque, el acceso a la atención es la disposición del sistema para satisfacer las preferencias de los pacientes y la capacidad de los últimos en obtener los servicios, es así que, el acceso se basa en la aptitud del individuo para superar los obstáculos que podrían impedir la atención odontológica cuando sea necesaria.¹³

III.1.2 Factores asociados al acceso a los servicios de salud

Uno de los impedimentos típicos para que la constitución de un sistema de salud más seguro, eficiente, imparcial y alcanzable a las necesidades de salud de la población, es la falta de conocimiento de las barreras que impiden la prestación del mismo sistema. En consecuencia, la reforma del sector pasa por el ajuste estructural, el financiamiento de los servicios de salud y los cambios en la producción que garantizan un aumento de la protección financiera, mejor rendimiento del sistema, con mayor progreso en la gobernanza y democratización de la salud.⁹

Bravo-Pérez,¹⁴ refiere que uno de los modelos más utilizados para explicar la utilización de los servicios de salud es el de Anderson que incluye variables predisponentes (edad, número de dientes presentes, sexo, etc.), de necesidad (dolor, estética, etc.) y facilitadoras (precio, accesibilidad a los servicios de salud, etc.). Adicionalmente, se han observado otros factores como: ingreso, ocupación, educación, disponibilidad de servicios, ubicación geográfica, valores, estatus económico, aspectos culturales, estilos de vida, experiencias previas de atención, actitudes frente a la salud, presencia o ausencia de síntomas, entre otros.⁶

Existiendo la necesidad de una atención, para lograr se deben tener dos cosas: la oferta (la disponibilidad de un hospital, un puesto de salud, un consultorio, etc.) y una forma para costear la atención requerida. La carencia de tales medios será la barrera más común, siendo las más perjudicadas las familias de bajos ingresos.¹⁵

Para Frenk¹⁶ la población tiene un “poder de utilización” que son ciertas condiciones particulares que le proporciona solucionar esas barreras para el ingreso al sistema o las limitaciones. De acuerdo con ello, el individuo puede hacer uso del transporte, el poder del tiempo, puede utilizar los recursos económicos que dispone así como utilizar el poder de trato para eliminar las barreras que le impidan acceder a los servicios de salud general u odontológica.

Otros autores han establecido características particulares del acceso a los servicios de salud, Thomas y Penchasky¹⁷ por ejemplo, crearon cinco propiedades del acceso: accesibilidad, que indica la asociación entre los usuarios y la ubicación geográfica de la oferta de servicios de salud incorporando factores como distancia, costo y tiempo de desplazamiento; disponibilidad, que hace referencia a los recursos físicos, recursos tecnológicos para la atención; aceptabilidad, que indica una relación entre la conducta de prestadores de servicios frente a las particularidades de los usuarios y viceversa; acomodación, referido a la organización propia de los servicios; capacidad financiera, que vincula al individuo con el costo que debe pagar por una prestación o el costo del seguro.

A lo expuesto, desde un panorama extenso, el uso de servicios de salud se ve influenciado por experiencias a nivel comunitario, el entorno familiar y personal, por lo que se vuelve un fenómeno más complejo.¹⁸

III.2. Acceso a servicios odontológicos

Estudios realizados en Europa mostraron que el alto uso de los servicios de salud odontológicos en niños en edad escolar es debido a que la mayoría de escuelas se benefician de programas de salud gratuitos incorporados en los sistemas de salud. Sin embargo, hasta los 6 años la mayoría de los niños habían tenido insuficiente contacto con el odontólogo.¹⁹

A su vez, Waldman²⁰ reportó que en los Estados Unidos, a pesar que el 70% de escolares fueron atendidos por un odontólogo y presentaban una baja prevalencia de caries dental, una suma alta de pre-escolares no fueron atendidos y continuaban con necesidades dentales, particularmente los grupos con familias desintegradas, incapacitados, provenientes de minorías étnicas o de bajos ingresos. En Nueva Zelanda, la incorporación de los adolescentes en un programa de atención odontológica provocó una disminución de los niveles de caries dental.²¹

En Estados Unidos, se reportó que no existía relación del uso de servicios de salud según área geográfica, a pesar de estar en ámbitos rurales, la población motivada acudió al odontólogo, aunque los servicios estuvieran lejos (más de 16km), evidenciando que la satisfacción de la necesidad fue más importante que la distancia.²²

Entre los años 1975 y 1990 se evaluó la cobertura del seguro odontológico danés, una vez reportados los resultados, la implementación de políticas de salud aumentó la utilización en todos los grupos de población, y también los servicios odontológicos

cambiaron de realizar actividades intervencionistas como exodoncias o restauraciones a diagnósticos y medidas preventivas.²³

La Encuesta Nacional de Salud de Chile de 2009-2010,²⁴ reportó que el 15.1% de personas mayores de 16 años con un nivel académico alto nunca acudió al odontólogo, porcentaje que se incrementa a medida que desciende el grado de instrucción. Ello demuestra, la asociación entre el uso de servicios y los años de estudio.²⁵

En Brasil se observó que los hijos de madres con nivel académico alto hacen mayor uso de servicios de salud formales.²⁶ En México, se asoció significativamente el uso de los servicios odontológicos al grado de instrucción de la madre, pues incrementa en 3% la probabilidad de acudir al odontólogo a medida que pasan los años de escolaridad.²⁷

En Colombia, Ramírez y col.¹ han reportado que el acceso a servicios de salud está vinculado a la distancia de los servicios destinados para la prestación, el 67.5% de mujeres estaban inscritas en servicios ubicados lejos de su hogar, y para cubrir el transporte implicaba un gasto adicional al cual se le sumaba el tiempo de desplazamiento.

En Perú, Hernández V et al.,¹⁰ realizó un estudio tomando como base de datos la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014, el cual tuvo como muestra a 25 285 niños menores de 12 años. Los resultados revelan que el 26.7% de la muestra tuvo

acceso a los servicios odontológicos en los últimos seis meses, el 58.3% residía en zonas urbanas y el 40.6% habitaba en la zona rural.

Según Azañedo y col.²⁸ quienes analizaron el acceso a servicios odontológicos en adultos mayores en Perú en el año 2014, encontraron un 65.1% de cobertura. El acceso a atención odontológica en zona rural fue de 62.3% y 86.4% en zona urbana. Según área geográfica, en la costa el acceso fue de 84.6%, seguida por la selva con 69.6% y la sierra con 68.3%.

Talavera,²⁹ evaluó la utilización de los servicios de salud odontológicos en gestantes de la Red de Salud IV San Miguel, en Cajamarca entre los años 2011 y 2014, siendo el acceso al 2014 de 44.6%, lo que revela que menos de la mitad de gestantes acuden a sus controles odontológicos durante el embarazo.

Como se evidencia, son limitados los estudios que revelen la experiencia de acceso a servicios de salud odontológicos en el Perú, por lo tanto, es importante conocer los datos actuales para tener un panorama nacional y sean herramienta para el diseño de políticas públicas.

V. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

Determinar el acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

IV.2. Objetivos específicos

1. Determinar el acceso a servicios de salud odontológicos según acceso a la atención, tiempo de la última atención y sector de la prestación en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.
2. Determinar el acceso a atención odontológica según departamento, espacio geográfico y región natural en niños de 0 a 11 años de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.
3. Determinar el tiempo de la última atención odontológica según departamento, espacio geográfico y región natural en niños de 0 a 11 años de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar nivel a nacional, Perú, 2015.
4. Determinar el sector prestador de la atención odontológica según departamento, espacio geográfico y región natural en niños de 0 a 11 años de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar nivel a nacional, Perú, 2015.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

V.1. Diseño de estudio

Transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo.

V.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por todos los registros de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015, la cual tiene un total de 47443 registros de niños de 0 a 11 años de edad con información sobre acceso a servicios de salud odontológicos.⁸ Para la presente investigación la muestra estuvo constituida por todos los registros de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

V.3. Criterios de selección

V.3.1. Criterios de inclusión

Registros completos de niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

V.3.2. Criterios de exclusión

Registros incompletos de la base de datos que no cuenten con las variables de estudio.

V.4. Variables

Variables	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Tipo	Escala	Valores
Acceso a servicios odontológicos	Es el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud dental, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente.	Si han tenido atención odontológica los niños de 0 a 11 años	Pregunta 803 de la base de datos ENDES: ¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	Cualitativa	Dicotómica Nominal	1. Si 2.No
		La última atención odontológica de los niños de 0 a 11 años fue en los últimos 2 años o más tiempo.	Pregunta 804 de la base de datos ENDES: ¿Hace cuánto tiempo fue la última atención?	Cualitativa	Dicotómica Ordinal	1. Menos de 2 años 2. De 2 años a más
		Lugar de atención odontológica en niños de 0 a 11 años, las opciones de respuesta son 14 las cuales se agrupan en MINSA, EsSalud, FF AA y PNP y Otros.	Pregunta 805 de la base de datos ENDES: ¿Dónde le atendieron la última vez?	Cualitativa	Politómica Nominal	1. MINSA 2. EsSalud 3. FFAA y PNP 4. Privado 5. Otros (Iglesia, Municipalidad, ONG, otros)
Departamentos	División territorial que está sujeta a una autoridad administrativa	-	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativo	Politómica Nominal	1. Amazonas 2. Ancash 3. Apurímac 4. Arequipa 5. Ayacucho 6. Cajamarca 7. Callao 8. Cuzco

						<ul style="list-style-type: none"> 9. Huancavelica 10. Huánuco 11. Ica 12. Junín 13. La Libertad 14. Lambayeque 15. Lima 16. Loreto 17. Madre de Dios 18. Moquegua 19. Pasco 20. Piura 21. Puno 22. San Martín 23. Tacna 24. Tumbes 25. Ucayali
Espacio geográfico	Es el entorno en el que se desenvuelven los grupos humanos en su interrelación con el medio ambiente	-	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativo	Dicotómica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Rural. 2. Urbano.
Región natural	Es cada una de las unidades territoriales determinadas por el relieve, el clima y la vegetación constituye una región natural	-	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativo	Politómica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Costa. 2. Sierra. 3. Selva.

V.5. Instrumento

Ficha de recolección de datos construido a partir de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en niños de 0 a 11 años del año 2015 (Anexo 1).⁸

Se tomó como rango de edades de 0 a 11 años porque estas edades comprenden la primera infancia (0-5 años) e infancia (6-11 años). Se realizó la pregunta de manera textual y se esperó la respuesta espontánea de la persona cuidadora de cada niño(a). Si respondió NO a la pregunta de acceso a la atención (803), automáticamente ya no se procederá a las siguientes preguntas. El instrumento contó con las características; objetividad, validez y confiabilidad, para su validación.³⁰

V.6. Procedimientos y técnica de observación

Se ingresó a la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) donde se encuentra la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2015, en la dirección <http://www.inei.gob.pe/>, se accedió al link “Bases de datos”, luego se abrió el enlace “Microdatos”, seguido “Consulta por Encuestas”, y en el buscador se seleccionó ENDES 2015.

Posteriormente se descargó completamente la base de datos en formato SPSS, con esa base se seleccionaron las preguntas de acceso a servicios de salud bucal en la población de niños de 0 a 11 años, específicamente las preguntas 803, 804 y 805, adicionando las variables de departamento, espacio geográfico y región natural.

Es importante mencionar que, en la depuración de la base de datos para obtener los registros finales, se colapsaron algunas categorías de variables, ese fue el caso de lugar de atención: la categoría MINSA estuvo conformada por las respuestas MINSA, Centro/Puesto del MINSA y Campaña del MINSA; en EsSalud se agruparon las respuestas ESSALUD, Policlínico/Posta de EsSalud/UBAP y Campaña de EsSalud; en Privado se consideraron Clínica/Consultorio particular; y en Otro las diversas opciones como ONG, Hospital/Otro de iglesia, otras campañas y otros. De igual forma en la variable región natural se agrupó Costa con Lima Metropolitana en la categoría Costa.

Para la construcción del mapa se categorizó el nivel de acceso a atención odontológica, para ello se emplearon los tertiles, es decir, se ordenó el acceso general de menos a más y se obtuvieron las frecuencias relativas acumuladas (%a), generando tres categorías: bajo, medio y alto, distribuyéndolos en función de la %a de 0 a 33.3% (Q1), 33.4% a 66.6% (Q2) y 66.7% a 100% (Q3). Estas categorías finalmente fueron para Bajo: Menos de 42% de acceso; Moderado: De 42% a 56% de acceso; y Alto: De 56% a 67% de acceso.

Los datos se presentaron en tablas y un mapa.

V.7. Plan de análisis

En el estudio se ejecutó un análisis descriptivo de la distribución de frecuencias absolutas y frecuencias relativas de las variables cualitativas. Para el análisis

bivariado se empleó la Prueba de Chi-Cuadrado. Los resultados se presentaron en tablas y mapa. El estudio contó con un nivel de 95% de confianza y un $p < 0.05$.

Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS v. 24.0.

V.8. Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó luego de contar con la aprobación exenta del Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán, y la posterior aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con fecha 26 de enero del 2017 y código SIDISI N° 100287. Al utilizar una base de datos de la ENDES es de acceso público y mantiene la confidencialidad de los participantes porque todo está codificado.

VI. RESULTADOS

El acceso a los servicios de salud odontológicos a nivel nacional fue de 47.6% (n=22606) y 52.4% (n=24837) no tuvieron acceso a la atención, según el tiempo de la última atención el 89.2% (n=20137) recibió atención odontológica hace menos de 2 años, siendo el principal sector de atención el MINSA con 61.5% (n=13884) (Tabla N°1).

Según el acceso a los servicios odontológicos, el departamento con mayor acceso fue Ayacucho con 66.5% (n=1411), seguido de Apurímac con 66.0% (n=1073) y el que tuvo menor acceso fue Ucayali con 27.0% (n=601), según espacio geográfico, la zona urbana tuvo mayor acceso con un 51.3% (n=2190), y la región natural con más acceso fue la sierra con 52.4% (n=8499). Se encontró diferencia estadística en departamento, espacio geográfico y región natural ($p < 0.05$) (Tabla N° 2).

De acuerdo al tiempo de su última atención odontológica menor a 2 años, el departamento con mayor porcentaje fue Apurímac con 94.5% (n=1013), la zona rural tuvo mayor acceso con 92.1% (n=6222) y la sierra con 92.4% (n=7776). Se encontró diferencia estadística en departamento, espacio geográfico y región natural ($p < 0.05$) (Tabla N°3).

De acuerdo al sector prestador de la atención odontológica, el principal prestador fue el MINSA en todos los casos, Huancavelica tuvo mayor acceso con un 90.1% (n=959), la zona rural tuvo más acceso con 85.5% (n=5823), y sierra con un 72.4% (n=6138). Se encontró diferencia estadística en departamento, espacio geográfico y región natural ($p < 0.05$) (Tabla N° 4).

Tabla N°1. Acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

ACCESO A SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	n	%
Acceso a atención		
Si	22606	47.6
No	24837	52.4
Total	47443	100.0
Tiempo de la última atención		
Menos de 2 años	20137	89.2
De 2 a más años	2315	10.8
Total	22452	100.0
Sector prestador de la atención		
MINSA	13884	61.5
EsSalud	3602	16.0
FFAA y PNP	77	0.3
Privado	4423	19.6
Otros (Iglesia, Municipalidad, ONG, otros)	579	2.6
Total	22565	100.0

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

Tabla N°2. Acceso a atención odontológica según departamento, espacio geográfico, región natural en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

Variables	Acceso a la atención			
	Si		No	
	n	%	n	%
Departamento				
Ayacucho	1411	66.5	711	33.5
Apurímac	1073	66.0	553	34.0
Lima	3016	62.0	1852	38.0
Tacna	850	60.2	562	39.8
Huancavelica	1066	59.2	734	40.8
Moquegua	775	57.5	573	42.5
Callao	976	56.5	751	43.5
Arequipa	818	55.5	655	44.5
Ica	921	52.6	830	47.4
Huánuco	998	49.9	1002	50.1
Cusco	758	48.5	805	51.5
Pasco	849	48.3	910	51.7
Junín	800	47.3	891	52.7
Madre de Dios	726	42.8	969	57.2
Cajamarca	662	41.9	917	58.1
Ancash	657	41.1	940	58.9
Lambayeque	769	41.1	1103	58.9
Puno	548	40.2	815	59.8
La Libertad	684	39.6	1043	60.4
Tumbes	712	39.1	1111	60.9
Piura	730	36.4	1275	63.6
San Martín	676	34.7	1270	65.3
Amazonas	705	34.5	1339	65.5
Loreto	825	34.0	1599	66.0
Ucayali	601	27.0	1627	73.0
Espacio geográfico				
Urbano	15784	51.3	14997	48.7
Rural	6822	40.9	9840	59.1
Región natural				
Costa	9400	51.3	8939	48.7
Sierra	8499	52.4	7712	47.6
Selva	4707	36.5	8186	63.5

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

*Prueba de Chi cuadrado ($p < 0.05$ para departamentos, espacio geográfico y región natural).

Tabla N°3. Tiempo de la última atención odontológica según departamento, espacio geográfico, región natural en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

Variables	Tiempo de la última atención			
	Menos de 2 años		De 2 años a más	
	n	%	n	%
Departamento				
Apurímac	1013	94.5	59	5.5
Huancavelica	994	94.3	60	5.7
Ayacucho	1300	93.9	85	6.1
Tacna	783	93.2	57	6.8
Huánuco	913	92.7	72	7.3
Pasco	776	91.8	69	8.2
Puno	497	91.5	46	8.5
Junín	728	91.1	71	8.9
Callao	881	90.7	90	9.3
Cusco	685	90.5	72	9.5
Loreto	745	90.4	79	9.6
Amazonas	634	90.3	68	9.7
Madre de Dios	650	90.3	70	9.7
Moquegua	682	89.5	80	10.5
Ancash	581	89.2	70	10.8
Cajamarca	589	89.1	72	10.9
La Libertad	604	89.1	74	10.9
Ica	805	88.8	102	11.2
Lima	2642	87.8	368	12.2
Arequipa	713	87.4	103	12.6
San Martín	578	86.0	94	14.0
Ucayali	510	85.9	84	14.1
Tumbes	597	84.1	113	15.9
Lambayeque	634	82.9	131	17.1
Piura	603	82.7	126	17.3
Espacio geográfico				
Urbano	13915	88.6	1784	11.4
Rural	6222	92.1	531	7.9
Región natural				
Costa	8182	87.5	1167	12.5
Sierra	7776	92.4	643	7.6
Selva	4179	89.2	505	10.8

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

*Prueba de Chi cuadrado ($p < 0.05$ para departamentos, espacio geográfico y región natural).

Tabla N°4. Sector prestador de la atención odontológica según departamento, espacio geográfico, región natural en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

Variables	Sector prestador de la atención									
	MINSA		EsSalud		FFAA y PNP		Privado		Otros (Iglesia, Municipalidad, ONG's, otro)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Departamento										
Huancavelica	959	90.1	53	5.0	0	0.0	52	4.9	0	0.0
Apurímac	907	84.7	86	8.0	2	0.2	57	5.3	19	1.8
Ayacucho	1176	83.5	88	6.2	5	0.4	128	9.1	12	0.9
Huánuco	757	75.9	104	10.4	4	0.4	114	11.4	19	1.9
Amazonas	523	74.3	80	11.4	2	0.3	89	12.6	10	1.4
Cajamarca	481	72.7	44	6.6	1	0.2	119	18.0	17	2.6
Piura	465	63.7	107	14.7	1	0.1	132	18.1	25	3.4
Loreto	521	63.2	150	18.2	13	1.6	90	10.9	50	6.1
Cusco	467	61.9	68	9.0	3	0.4	188	24.9	29	3.8
Ancash	401	61.1	94	14.3	1	0.2	146	22.3	14	2.1
Puno	333	61.1	43	7.9	0	0.0	155	28.4	14	2.6
Ucayali	366	60.9	102	17.0	1	0.2	114	19.0	18	3.0
Tacna	510	60.1	121	14.3	0	0.0	195	23.0	23	2.7
Pasco	486	57.3	218	25.7	0	.0	115	13.6	29	3.4
Madre de Dios	404	55.9	154	21.3	0	0.0	146	20.2	19	2.6
Tumbes	395	55.6	196	27.6	7	1.0	98	13.8	15	2.1
San Martín	375	55.5	106	15.7	2	0.3	169	25.0	24	3.6
La Libertad	372	54.6	119	17.5	0	0.0	178	26.1	12	1.8
Moquegua	416	53.7	197	25.5	3	.4	155	20.0	3	.4
Junín	414	51.9	142	17.8	0	0.0	223	27.9	19	2.4
Ica	474	51.6	211	23.0	5	0.5	205	22.3	24	2.6
Lima	1517	50.4	566	18.8	13	.4	802	26.7	110	3.7
Lambayeque	368	47.9	169	22.0	2	0.3	201	26.2	28	3.6
Arequipa	371	45.5	145	17.8	0	0.0	294	36.0	6	0.7
Callao	426	43.7	239	24.5	12	1.2	258	26.5	40	4.1
Espacio geográfico										
Urbano	8061	51.2	3334	21.2	74	0.5	3875	24.6	409	2.6
Rural	5823	85.5	268	3.9	3	0.1	548	8.0	170	2.5
Región natural										
Costa	4782	51.0	1961	20.9	44	0.5	2308	24.6	1286	3.0
Sierra	6138	72.4	900	10.6	10	.1	1305	15.4	128	1.5
Selva	2964	63.0	740	15.7	23	0.5	810	17.2	165	3.5

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

*Prueba de Chi cuadrado, sólo se consideraron las categorías MINSA, EsSalud y Privado ($p < 0.05$ para departamentos, espacio geográfico y región natural).

Mapa N°1. Acceso a atención odontológica en niños de 0 a 11 años por departamento según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.



*Para la construcción del mapa se emplearon los tertiles, es decir, se ordenó el acceso general de menos a más y se obtuvieron las frecuencias relativas acumuladas (%a), generando tres categorías: bajo, medio y alto, distribuyéndolos en función de la %a de 0 a 33.3% (Q1), 33.4% a 66.6% (Q2) y 66.7% a 100% (Q3). Estas categorías finalmente fueron para Bajo: Menos de 42% de acceso; Moderado: De 42% a 56% de acceso; y Alto: De 56% a 67% de acceso.

VII. DISCUSIÓN

El acceso a los servicios de salud es un principio utilizado para examinar la equidad en la prestación de los servicios; se estima que un sistema es equitativo si las personas tienen igual número de oportunidades de satisfacer sus necesidades de salud, sin importar factores culturales, administrativos o económicos.¹

A través de los datos recogidos se tiene una visión acerca del acceso odontológico en todos los departamentos del Perú, el periodo de tiempo de la última atención odontológica y el sector de atención, a pesar de no considerar factores asociados como el nivel socioeconómico permite tener una visión general de la problemática.¹⁰

En el presente estudio se evidenció que el acceso a la atención odontológica en niños de 0 a 11 años fue de 47.6% (n=22606), siendo la mitad de la población. De igual forma, Hernández V et al. (Perú; 2016)¹⁰ evaluó el acceso en niños menores de 12 años de edad con los datos de la ENDES del año 2014, sin embargo, sólo consideró la atención en los últimos 6 meses de realizada la encuesta, hallando un acceso de 26.7% (n= 6751). A pesar que no son datos comparables, permite tener una idea de la problemática, el acceso mejora en más del 20.9% al analizarse como experiencia de acceso, el presente estudio recogió datos de la atención odontológica durante toda la vida de los encuestados a diferencia del anterior estudio.

El tiempo de última atención del paciente es importante de conocer porque permite saber el hábito de buscar una atención odontológica, según la literatura, el tiempo recomendable para hacerse un control de rutina es cada 6 meses.¹⁰ De acuerdo al

presente estudio se estimó que el 89.2% de personas acudieron al odontólogo hace menos de 2 años y el 10.8% acudieron pasado este tiempo. Para Hernández V et al.¹⁰ en el 2014, el 26.7% de niños menores de 12 años acudieron al odontólogo en los últimos 6 meses, esta diferencia es obviamente por la temporalidad de evaluación, a pesar de ello, se puede indicar que el acceso aumenta marcadamente pasados estos meses.

El nivel socioeconómico influye en el sector de salud prestador del servicio determinando la atención en el ámbito público o privado. Los porcentajes generales de la población de niños menores de 12 años que tuvieron acceso a los servicios odontológicos en el sector MINSa, EsSalud, FFAA y PNP, servicio privado y otros (Iglesia, Municipalidad, ONG, otros) fueron del 61.5%, 16.0%, 0.3%, 19.6% y 2.6%, respectivamente. Según Hernández V et al.¹⁰ en el 2014, reportaron que el principal sector también fue el MINSa, sector privado y EsSalud (54.4%, 26.9%, y 15.8%, respectivamente), lo cual coincide con los resultados obtenidos en esta investigación. La demanda del uso de servicios públicos puede deberse a los altos costos de los tratamientos odontológicos, lo cual enmarcado en un país con población en pobreza dirige la búsqueda de servicios a bajo costo o gratuitos como es en el sector público, la cobertura de salud es básicamente en el MINSa por el Seguro Integral de Salud y los asegurados de EsSalud. Sin embargo, muchas veces existe una brecha de calidad de la atención odontológica con el sector privado por la falta de recursos materiales o humanos.¹⁰

El Perú está constituido por 24 departamentos y la provincia constitucional del Callao de las cuales es relevante conocer qué departamento tiene más acceso a los

servicios y cuál tiene el menor acceso, para así poder plantear estrategias que permitan incrementar el uso de estos servicios odontológicos. Se evidenció que el departamento con más acceso a la atención odontológica fue Ayacucho con un 66.5% y la más baja fue Ucayali con un 27%.¹⁰

Hernández V et al.¹⁰ en el 2014 encontraron que el departamento con más acceso a la atención odontológica a nivel nacional fue Huancavelica con un 45.9% y la más baja fue Ucayali con un 13.5%. Cabe resaltar que los departamentos de Ayacucho y Huancavelica son las más antiguas del programa “JUNTOS”, programa que brinda un incentivo monetario sobre la base de la asistencia de los hijos de las madres afiliadas al colegio y atención médica, esta última incluye atención integral considerando la atención odontológica.¹⁰ A pesar de que Huancavelica y Ayacucho son los departamentos más pobres del Perú cuentan con más Centros de Salud, esto influye en aumentar la oferta de la atención, por lo tanto, presentan una mayor oportunidad de acceso a los servicios odontológicos, a diferencia de Ucayali que, teniendo casi la misma población, cuentan con menos Centros de Salud y el acceso a los centros poblados se dificulta por la geografía agreste. Un ejemplo de esta realidad es en el departamento de Ucayali, en el cuál se reportaron para una población de aproximadamente 432.000 habitantes, 40 odontólogos del MINSA en el año 2013, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para este tamaño de población se recomiendan más odontólogos.¹⁰

Para tener una visión acerca de la realidad del país por regiones naturales, se detectó que el mayor acceso estuvo en la sierra con 52.4% a diferencia de la selva que tuvo el menor acceso con 36.5%. En el caso de Hernández V et al.¹⁰, coincide con los

resultados de la presente investigación, la sierra también reportó el acceso más alto con 30.1%, a diferencia de la selva que mostró un menor porcentaje con 18.7%. estas diferencias por regiones son importantes, confirma que las principales políticas de salud de los últimos años han sido focalizadas a regiones de la sierra, como el programa Juntos o el reciente Plan de Salud Escolar, los cuales tenían como objetivo el aumento de la utilización de los servicios de salud del MINSA, sin embargo, la poca factibilidad de implementar estas estrategias en la selva debido a los pocos recursos o barreras geográficas genera de forma indirecta una mayor inequidad en el acceso a servicios de salud, siendo necesarias reformas de salud en esta región.¹⁰

De acuerdo a la atención odontológica menor a 2 años, el departamento con mayor acceso fue Apurímac con un 94.5% y el que obtuvo menor acceso fue Piura con un 82.7%. Comparándolo con el estudio de Hernández V et al.¹⁰ se puede observar que solo un 18.4% tuvo acceso en los últimos seis meses previos al estudio en el año 2014. Al parecer los padres no priorizan el cuidado bucal que deberían tener sus hijos, por lo que probablemente acuden a los servicios cuando sus hijos presentan alguna necesidad no postergarle como dolor, absceso u otra complicación de la caries dental, según la American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) las visitas al odontólogo deben ser cada 6 meses para prevenir la aparición de cualquier enfermedad que se pueda presentar en la cavidad bucal.¹⁰

En lo que respecta al espacio geográfico el acceso en menos de 2 años, fue mayor en la zona rural con un 92.1% a comparación de la zona urbana con 88.6%. Hernández V et al. (2016)¹⁰ por el contrario, reportaron que el mayor porcentaje de acceso lo tuvo la zona urbana con 50.3% y 45% en la zona rural. Estas diferencias son

vinculadas a la temporalidad del acceso, en zonas urbanas existe un mayor porcentaje a los 6 meses porque probablemente la búsqueda de atención es un hábito en las ciudades, sin embargo, aumenta el analizar la experiencia de la atención porque a lo largo del tiempo el sistema de salud focaliza la atención en zonas más pobres como las rurales. Esto es confirmado por el acceso según región natural, donde la región de mayor acceso fue la sierra con un 92.4%, siendo principalmente las áreas rurales en dicha región.

Existen varios sectores prestadores de servicios odontológicos, la investigación revela que el principal sector prestador de servicios es el MINSA, seguido del sector privado, EsSalud, Otros (Municipalidad, Iglesia, ONG's, otro) y por último FFAA y PNP. A diferencia de Hernández V et al. (2016)¹⁰ quienes indicaron que el sector privado fue el sector con menor prestación con un 5.4%. Según el espacio geográfico, el MINSA representó el 51.2% de las atenciones en la zona urbana, porcentaje que aumenta en la zona rural hasta 85.5%. Siendo la principal región natural que recibe atención del MINSA la sierra con 72.4%, seguido de la selva con 63.0%, y por último la costa con 51.0%. Justificados estos resultados porque el Estado se ha enfocado en colocar centros de salud fuera de las ciudades, en las ciudades las prestaciones de los servicios de salud son privadas. Considerando que los establecimientos del MINSA están presentes en lugares de difícil acceso y más alejados en comparación con los del sector privado y del EsSalud, en ese escenario, en caso de contar con profesionales, la capacidad resolutiva odontológica es aún insuficiente por problemas de recursos odontológicos y/o dotación de insumos.¹⁰

La presente investigación tuvo diversas limitaciones, entre ellas, la pérdida de registros al momento de depurar la base de datos, el no tener un registro exacto por edades que permita tener un entendimiento por grupos de edades de los encuestados, o establecer la temporalidad exacta de la última atención la cual toma como punto de medida 2 años de edad, sin embargo, son datos válidos para la generación de diversas investigaciones.

Es de suma importancia el presente estudio porque evidencia la realidad del Perú respecto al acceso odontológico en menores de 12 años, mostrando los departamentos, espacio geográfico, región natural que tuvieron mayor y menor acceso. En este rango de edades es crucial que los niños acudan a una atención odontológica, debido a que se puede brindar mayor información sobre el cuidado de la salud bucal a los padres de familia para que puedan poner en práctica medidas preventivas en sus hijos y de esta forma mejorar su salud bucal. La única forma de afrontar la problemática es poner a disposición la información recolectada a nivel de los hacedores de políticas públicas para cerrar brechas de acceso a nivel nacional.

VIII. CONCLUSIONES

De forma general se concluye que:

La mayoría de niños de 0 a 11 años no tuvieron acceso a servicios de salud odontológicos según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

De forma específica se concluye que:

1. La mayoría no tuvo acceso a servicios odontológicos, acudieron por última vez a los servicios dentro de un lapso menor a 2 años y fueron atendidos por MINSA, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.
2. El departamento que tuvo mayor acceso a los servicios odontológicos fue Ayacucho, según el espacio geográfico fue el urbano y según la región natural fue la sierra, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.
3. El tiempo de la última atención odontológica en menos de 2 años fue mayor en Apurímac, según el espacio geográfico fue el rural y según la región natural fue la sierra, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

4. El sector prestador de la atención odontológica fue principalmente el MINSA, siendo mayor en Huancavelica, según el espacio geográfico fue el rural y según la región natural fue la sierra, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015.

IX. RECOMENDACIONES

- Generar estrategias que disminuyan las barreras de acceso a los servicios de salud en los departamentos que existe menor acceso.
- Establecer estrategias que logren aumentar el número de odontólogos en el sector público.
- Concientizar a los padres acerca del cuidado bucal que deben tener con sus hijos para aumentar el acceso por motivos preventivos.
- Hacer un seguimiento de la última atención odontológica tanto en el sector público como en el sector privado de los niños menores de 12 años para que tengan un mejor cuidado de su salud oral.
- Que el MINSA capacite constantemente a su personal con el fin de brindar una mejor atención a niños menores de 12 años, de esto depende la continuidad y confianza que se genera con la primera atención odontológica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco-Cortéz AM, Ramírez-Puerta S, Escobar-Paucar G, Isaac-Millán M, Londoño-Marín PA. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. Rev. CES Odont 2010; 23(2):41-48.
2. Tamez-González S, Valle-Arcos RI, EibenschutzHartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Pública Mex 2006; 48: 418-29.
3. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(12): 2871-80.
4. Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. Cad Saúde Pública 2001; 17 (3): 6661-8.
5. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. Cad Saúde Pública 2009; 25 (9): 1894-906.
6. Carrasco-Loyola M, Landauro-Sáenz A, Orejuela-Ramírez F. Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana. Rev Estomatol Herediana. 2015 Ene-Mar; 25(1):27-35.
7. Edelstein BL, Chinn CH. Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. Academic Pediatrics 2009;9(6):415-419.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (Consultado el 24/10/2016). Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/>

9. Medina-Solís CE, Villalobos-Rodelo JJ, Márquez-Corona M, Vallejos-Sánchez AA, Portillo-Núñez CL, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(12):2621-2631.
10. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Díaz-Seijas D, Bendezú-Quispe G, Arroyo-Hernández H; Vilcarromero S, Agudelo-Suárez AA. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. *Salud Colectiva* 2016;12(3):429-441.
11. Organización Panamericana de la Salud. (Consultado el 24/10/2016). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27273&
12. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9(3):208-20.
13. Belaunde-Gomez A, Salazar-Silva F, Castillo-Andamayo D, Manrique-Chávez J, Orejuela-Ramírez F, Zavaleta-Boza C, López-Pinedo ML. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Rev Estomatol Herediana* 2012; 22(2):77-81.
14. Bravo-Pérez M. Desigualdades geográficas en las cargas de trabajo por dentista en España entre 1987 y 1997: Cargas de trabajo por dentista. *RCOE* 2004; 9(3): 277-84.
15. Belaúnde-Gómez MA. Relación entre el acceso a la atención dental y el edentulismo en pobladores de 18 a 65 años de edad del distrito de Cajabamba, provincia de Cajabamba, departamento de Cajamarca, durante el

- periodo febrero – mayo de 2011.- Lima [Tesis de Bachiller]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.
16. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad: En investigaciones sobre servicios de salud, Una antología. OPS 1990;534: 929-943.
 17. Penchansky R., Thomas W. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical care 1981; 19(2): 127-140.
 18. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad Saude Publica 2001; 17: 819- 32.
 19. Lara-Flores MSP, López-Cámara V. Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. Revista ADM 2002;59(3):100-109.
 20. Waldman HB. Preschool children needs and use of dental services. Dental Clinics of North America 1995; 39(4): 887-95.
 21. Kanagaratnam S. Dental caries patterns and the utilization of dental services among 15 years old adolescents in the Southern Regional Authority Region New Zealand Dent J 1997; 93(412): 44-6.
 22. Shannon GW, Skinner JL, Bashur RL. Time and distance, a journey for medical care. Int J Health Services 1973; 2: 237-44.
 23. Shewartz E. Changes in utilization and cost sharing within the Danish National Health Insurance dental program 1975-1990. Acta Odont Scand 1996; 54(1): 29-35.
 24. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Tomo V. 2011. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-salud/resultados-ens/>

25. Ruiz-Rodríguez M, Valdez-Santiago R. A review of health-service use 1996-2006. *Rev Salud Pública* 2008; 10: 332-42.
26. Suárez-Bustamante M, Galvão C. Modelo para medir el acceso equitativo a la atención primaria: estudio de caso de São Paulo, Brasil. *MPA e-Journal de MF & AP* 2008 (Consultado el 17/10/2016.) Disponible en:http://www.idefiperu.org/MPANRO2/MPA_Abr09v2.pdf. Nro2-2008-[Abr09v2.pdf](http://www.idefiperu.org/MPANRO2/MPA_Abr09v2.pdf). Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P, Wells N, Jeffcot E. An explanatory model of the dental care utilization in lo income children. *Medical Care* 1998; 36(4): 554-556.
27. Medina-Solís CE, Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, et al. Factores socioeconómicos y dentales asociados a la utilización de servicios dentales en escolares de Campeche, México. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2004; 61: 324-33.
28. 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 Publica* 2016;33(2):373-5.
29. Talavera-Arenas JG. Características del acceso a la atención odontológica de gestantes en zona rural de la Red de Salud VI San Miguel, provincia de San Miguel – Cajamarca, periodo 2011 – 2014.- Lima [Tesis de Bachiller]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016.
30. Carbajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales Sis San Mavarra* 2011; 34(1).

ANEXOS

Anexo 1

Ficha de Recolección de Datos

	Departamento	Espacio geográfico (Urbano y Rural)		Región natural (Costa, Sierra y Selva)			Acceso odontológico (SÍ o NO)		Tiempo de última atención (Menos de 2 años y 2 años a más)		Sector prestador de la atención (MINSA, EsSalud, FFAA y PNP, Privado y Otros)				
		24 departamentos y Callao	Urbano	Rural	Costa	Sierra	Selva	SÍ	NO	Menos de 2 años	2 años a más	MINSA	EsSalud	FFAA y PNP	Privado
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															

Anexo 2

Cuestionario ENDES Salud Bucal

SECCIÓN 8. SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL EN NIÑAS Y NIÑOS			
SALUD BUCAL PARA LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD			
800	LAS PREGUNTAS DE ESTA SECCION ESTAN DIRIGIDAS A LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS DE EDAD (INCLUIDOS LOS RECIÉN NACIDOS), A QUIENES SE LES PREGUNTARÁ POR LA SALUD BUCAL, OCULAR Y MENTAL DE LAS NIÑAS Y NIÑOS A SU CUIDADO, SIGUIENDO LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES.		
801	VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10C DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EN CADA COLUMNA, DE ACUERDO AL ORDEN DEL LISTADO DEL HOGAR, EL NÚMERO DE ORDEN, Y EL NOMBRE DE LAS NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS.	PRIMERA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____	SEGUNDA NIÑA O NIÑO LISTADA(O) Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____
802	PREGUNTE POR LA PERSONA (DE 15 AÑOS A MÁS) RESPONSABLE DE LA SALUD DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 11 AÑOS. VERIFIQUE LAS PREGUNTAS: 2 Y 10B DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR Y TRANSCRIBA EL NÚMERO DE ORDEN Y NOMBRE DE ESTA PERSONA	Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1	Nº DE ORDEN <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE _____ NO VIVE EN EL HOGAR..... 1
803	¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 806) ←	SI..... 1 NO..... 2 (PASE A 806) ←
804	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DOS O MÁS AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> DOS O MÁS AÑOS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8
805	¿Dónde le atendieron la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP.... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR.... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPANA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA ESSALUD/ UBAP.... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA/ CONSULTORIO PARTICULAR.... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... 31 CAMPANA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... 98