



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**ASOCIACIÓN ENTRE EL ACCESO DE LA MADRE A LA  
INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y ACCESO DE LOS NIÑOS  
MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD A INFORMACIÓN SOBRE  
SALUD BUCAL EN EL PERÚ, 2018.**

**Association between the access of the mother to information about  
health and access of the children under 12-years of age about oral  
health in Peru, 2018.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN SALUD  
PÚBLICA ESTOMATOLÓGICA

**ALUMNA**

CD. GEANNY ALBERTINA CALAMPA SOPLA

**ASESOR**

MG. ESP. ROBERTO ANTONIO LEÓN MANCO

LIMA – PERÚ

2020



## **JURADO**

Presidente: Mg. Esp. Cesar Del Castillo López  
Vocal: Mg. Pablo Sánchez Borjas  
Secretaria: Mg. Esp. Jenniffer Miriam Quiroz Torres

Fecha de sustentación: 18 de diciembre

Calificación: Aprobado

## **ASESOR**

Mg. Esp. Roberto Antonio León Manco

Departamento Académico de Odontología Social

## **DEDICATORIA**

A mis padres por ser la fortaleza para seguir adelante y su incansable compañía en mi formación como hija, hermana, ciudadana y profesional.

A mi hermana que es la alegría y la esperanza de un nuevo día.

A la familia que siempre es la luz que me guía y la mano que me sostiene.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi asesor por guiarme y apoyarme en este trabajo de investigación.

A mis padres que siempre por el apoyo en cada proyecto.

A todos quienes de alguna manera se involucraron en este proceso, por su  
ayuda desinteresada.

## **DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERES**

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pag
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	4
IV. RESULTADOS.....	10
V. DISCUSION.....	12
VI. CONCLUSIONES.....	18
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
VIII.TABLAS.....	27
Anexos	



## RESUMEN

**Antecedentes:** Es importante que los padres o el cuidador del niño tengan los conocimientos necesarios para prevenir o limitar el avance de las patologías que afectan a sus menores hijos. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el acceso de la madre a información sobre salud y acceso de los niños menores de 12 años de edad en el Perú, a información sobre salud bucal, 2018. **Métodos y Materiales:** El estudio fue transversal. La población estuvo conformada por 42 950 registros de niños menores de 12 años de la base de ENDES, del 2018 periodo único muestra final estuvo conformada por 27 910 registros. Las variables fueron acceso de la madre a información sobre salud; acceso de los niños menores de 12 años de edad en el Perú a información sobre salud bucal, área de residencia, región natural, lugar de residencia, seguro de salud, quintil de riqueza, edad y sexo. Se usó la prueba de Chi-cuadrado al 95%IC, (RP) y RPa. **Resultados:** El acceso a información sobre salud de la madre y acceso de los niños menores de 12 años de edad a información sobre salud bucal, no existe asociación entre las variables  $RP=0.99$  (IC95%: 0.965-1.02) y al considerar las co-variables tampoco existe asociación  $RPa=1.00$  (IC95%: 0.96-1.03). **Conclusión:** No existe asociación entre el acceso de la madre a información sobre salud y acceso de los niños menores de 12 años de edad en el Perú, a información sobre salud bucal, año 2018.

**Palabras clave:** Cuidadores, conocimiento sobre salud, salud oral, niños (DeCS)

## ABSTRACT

**Background:** In the case of childhood, it is important that the parents or the child's caregiver have the necessary knowledge to prevent or limit the progression of pathologies that affect their minor children. **Objective:** Determine the association between the mother's access to health information and access of children under 12 years of age in Perú to oral health information, year 2018.

**Methods and Materials:** The study was cross-sectional. The population consisted of 42 950 records of children under 12 years of age from the ENDES base, from 2018 of single period applying the exclusion and inclusion criteria, the final sample was made up of 27 910. The variables were the mother's access to health information; access to information on oral health, of children under 12 years of age, area of residence, natural region, place of residence, health insure, wealth quintile, age and sex. The chi-square test was used at 95% CI, RP and RPa.

**Results:** Access to information on maternal health and access of children under 12 years of age to information on oral health, there is no association between the variables  $RP=0.99$  (IC 95% :0.965-1.02) and when considering the co- variables there is no association  $Rpa =1.00$ ( IC 95%: 096-1.03) **Conclusion:** There is no association between the mother's access to health information and access of children under 12 years of age in Perú to oral health information, 2018 year.

**Keywords:** Caregivers, health knowledge, oral health, children (DeCS).

## **I. INTRODUCCIÓN**

El conocimiento resulta de un proceso de aprendizaje, producto de la adquisición de información sobre un tema determinado proveniente del entorno social, de los libros, de la universidad u otros medios (1). Este conocimiento es un producto de la interacción social, donde el individuo se relaciona con su entorno; en un primer momento recoge la información a través de los sentidos, luego las somete al análisis y la síntesis (2). El conocimiento adquirido producto de la experiencia cotidiana es el conocimiento social o empírico y el que es obtenido a través de procedimientos de investigación es el conocimiento científico. Ambos se interrelacionan, no actúan independientemente y se validan en la vida social (3).

La Organización Mundial de la salud (OMS) señala que el conocimiento sobre salud es el proceso cognitivo y de habilidades sociales que permite a las personas tener la motivación y capacidad para acceder, comprender y usar información que sea útil para generar y conservar una buena salud (4). La actitud hacia el cuidado bucal y su práctica es un indicador del conocimiento, que conduce al individuo a buscar solución a su problemática accediendo a la atención, manteniendo un ambiente saludable y priorizando la prevención (5-7). Por el contrario, las personas con conocimiento limitado sobre salud toman decisiones erróneas atentando contra su propio bienestar, por tanto, tienen el estado de salud disminuido y pobre adherencia al tratamiento (8-11).

El desconocimiento sobre salud bucal que tiene la madre o los cuidadores es considerado como un factor de riesgo y está relacionado con las enfermedades orales que afectan a la niñez; entonces, el conocimiento sobre cómo y por qué se producen y cuáles son los métodos para la prevención de estos problemas, tiene un rol importante para reducir el riesgo de que el niño se enferme (12-19).

Las condiciones socioculturales y económicas adversas de los padres influyen en las condiciones de salud oral de sus hijos; asimismo, el limitado acceso a la información sobre el cuidado de la salud bucal evita la posibilidad de tener una higiene oral óptima y contribuye al poco uso de servicios odontológicos, a escasas medidas preventivas, generando, así, inequidades en salud bucal (20-24). La OMS señala que, a nivel mundial, los niños en edad escolar presentan una alta morbilidad de caries dental: entre el 60% y 90% (14). En Perú, según el estudio realizado en el año 2012-2014 por la Oficina de Epidemiología y Dirección General de las Personas del Ministerio de Salud (MINSA), la prevalencia de caries dental en la dentición decidua fue del 59.1% y en dentición mixta de 85.6% (25, 26).

En el Perú, la caries dental en los niños presenta una alta prevalencia el cual se manifiesta en etapas tempranas del desarrollo humano. Esta constatación nos induce a estudiar a este grupo etario con el fin de contribuir a formular nuevas estrategias de prevención, por consiguiente, el problema de investigación fue planteado en los siguientes términos: ¿Cuál es la asociación entre el acceso de la madre a información sobre salud y acceso de los niños menores de 12 años de edad en el Perú a información sobre la salud bucal, año 2018?

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la asociación entre el acceso de la madre a información sobre salud y acceso de los niños menores de 12 años de edad en el Perú, a información sobre salud bucal, año 2018.

### **Objetivos específicos:**

1. Determinar la frecuencia de acceso de los niños menores de 12 años en el Perú, a información sobre salud bucal y frecuencia de acceso de la madre a información sobre salud.
2. Determinar el acceso de los niños menores de 12 años en el Perú, a información sobre salud bucal según acceso de la madre a información sobre salud.
3. Determinar la frecuencia de acceso de los niños menores de 12 años en el Perú, a información sobre salud bucal según región, área de residencia, región natural, lugar de residencia, quintil de riqueza, tenencia de seguro de salud, sexo y edad.
4. Determinar el acceso de los niños menores de 12 años en el Perú, a información sobre salud bucal según región, área de residencia, región natural, lugar de residencia, quintil de riqueza, tenencia de seguro de salud, sexo y edad.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

El diseño de este trabajo de investigación fue de tipo transversal. Se usó los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar ENDES 2018 Del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El INEI para las unidades de muestreo consideró, en el área urbana, el conglomerado y la vivienda particular. En el área rural, el empadronamiento rural y la vivienda particular. Alcanzó un tamaño muestral representativo para el país con un total de 36 mil 760 viviendas. Los datos de la encuesta fueron recolectados de manera directa, lo que nos brinda información sobre la dinámica demográfica y la condición de salud de las familias residentes en todo el territorio nacional. Esta muestra se caracterizó por ser bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural (27). Para la población del estudio se analizó la base de datos y se encontró 42 950 registros de niños de 0 a 11 años de edad con acceso a información sobre salud bucal. Aplicando los criterios de exclusión e inclusión se obtuvo una muestra final conformada por 27 910 registros de niños de 0 a 11 años de edad y un total de 12 411 registros con datos completos de la madre.

La variable dependiente fue el acceso de los niños menores de 12 años de edad a información sobre salud bucal: es la posibilidad que tienen los niños de encontrar información útil y oportuna que le permita mejorar las condiciones de su salud bucal, por ende, mejorar su calidad de vida. Según la base de datos de ENDES: Encuesta de salud. Con los siguientes indicadores: a. En los últimos 12 meses, es decir, desde\_\_\_\_del año pasado hasta\_\_\_\_ de este año, ¿usted ha recibido

información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños, por parte de una persona o medio de comunicación? Es una variable cualitativa, dicotómica nominal, cuyos valores son: 1=sí, 2=no. b. ¿Dónde recibió la información?, es variable cualitativa, politómica, nominal, cuyos valores son los siguientes: 1=Ministerio de Salud, 2=Essalud, 3=FFAA o FFPP, 4=Sector privado, 5=Medios de comunicación, 6=Otros.

La variable independiente fue el acceso de la madre a información sobre salud: es la posibilidad de encontrar información confiable y científica que sea útil para mejorar la salud y sirva, a su vez, para prevenir o evitar daños en su persona o en su familia. Esta información se puede obtener por diferentes medios ya sea verbales o escritos. Según la base de datos de ENDES: Datos básicos del MEF. Con los siguientes indicadores: a. En los últimos 12 meses, ¿usted recibió la visita del personal del Ministerio de Salud en su vivienda para aconsejarla o hablarle sobre alimentación, nutrición y/o lactancia? Es una variable de estudio de tipo cualitativa, dicotómica, nominal con las siguientes alternativas de respuestas: 1=sí, 2= no. b. En los últimos 12 meses, ¿cuántas visitas recibió? Es una variable de tipo cualitativa, politómica ordinal cuyos valores son: 1=Una vez al año, 2= Dos veces al año y 3= De 3 a más veces al año.

Dentro de las co-variables se consideró:

a. Región: Es la división territorial que presenta características comunes y está supeditada a una autoridad regional, quien la administra. Según la base de datos

ENDES: “Características del hogar”. Es una variable de tipo cualitativo de escala politómica, nominal cuyos valores son las 25 regiones del Perú.

b. Área de residencia: Es el lugar donde las personas residen interrelacionándose con su entorno el cual se va diferenciar en grupos de acuerdo a la densidad de la población, actividad económica, transporte, etc. Según la base de datos ENDES: “Características del Hogar”. Es una variable cualitativa, dicotómica, nominal con las siguientes alternativas de respuesta: 1=Urbano, 2=rural.

c. Región natural: Es el área definida según los criterios de geografía física teniendo en cuenta el relieve, el clima, vegetación, entre otras características afines. Según la base de datos ENDES: “Características de la Vivienda”. Es una variable cualitativa, de escala politómica, nominal con las siguientes alternativas de respuesta: 1= Lima Metropolitana, 2= Resto costa, 3= sierra, y 4= selva.

d. Lugar de residencia: es un espacio geográfico con determinada cantidad de habitantes y su denominación va variar según la densidad de la población. Lugar en que la persona vive en el momento del censo, y en el que, además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo. Según la base de datos ENDES: “Características del hogar”. Es una variable de escala politómica nominal de tipo cualitativo donde las posibles respuestas fueron: 1= Capital, ciudad grande; 2= ciudad pequeña, 3= Pueblo, 4=Campo.



e. Seguro de salud: Es el contrato que hace una persona natural entre una compañía de seguros sea pública o privada para una contraprestación de servicios de salud, que tiene la cobertura de una lista de patologías, a cambio del pago de una prima o subsidio. Según la base de datos ENDES: “Características del hogar”. El cual tuvo los siguientes indicadores: ¿Tiene seguro de salud? De esta pregunta resulta una variable de tipo cualitativa, dicotómica, nominal cuyos valores fueron: 1= si tiene ; 2= No tiene.

f. Índice de riqueza: Es una categoría que se le asigna a un hogar según las características de la vivienda (materiales de pisos, paredes y techos), acceso del hogar a servicios básicos, propiedad de bienes durables (equipamiento de electrodomésticos y vehículos), tipo de combustible utilizado para cocinar, y número de personas por habitación. El cual se van clasificar en cinco categorías desde el muy pobre hasta el muy rico. Según la base de datos ENDES, del módulo MEF. Es una variable de tipo cualitativa de escala politómica, nominal, con las siguientes alternativas de respuesta: 1=quintil 1; 2=quintil 2; 3=quintil 3; 4=quintil 4 y 5 = quintil 5.

g. Edad: el tiempo vivido de una persona desde el nacimiento, puede ser contabilizada en años, meses, días. Se considera niños a las personas menores de 12 años. Esta variable fue agrupada en dos categorías; de 0 a 5 años y de 6 a 11 años. Esta información se adquirió de la pregunta ¿Cuántos años cumplidos tiene? Según las base de datos ENDES: “Módulo de encuesta de salud”. Es una variable

cualitativa, dicotómica, ordinal con las siguientes respuestas: 1. De 0 a 5 años y 2. De 6 a 12 años.

h. Sexo: Son las particularidades biológicas y sexuales que diferencian a hombres de mujeres. Según la base de datos ENDES: “Características del Hogar”. Es una variable de tipo cualitativa de escala dicotómica, nominal, con las siguientes alternativas de respuesta: 1=hombre, 2=mujer.

Para realizar la investigación, se ingresó a la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe), luego a la base de datos, seguidamente se da clic en “microdatos” para posteriormente tener acceso a consultas por encuestas y se eligió Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2018, en periodo único.

Se procedió a seleccionar los módulos según las variables que se requiere evaluar. En la Encuesta de Salud se descargó la base de datos CSALUD08 y se evaluó las siguientes variables como acceso a información sobre salud bucal de los niños menores de 12 años en el Perú en el año 2018, y edad del niño/niña. En características del hogar en la base de datos RECH0 se evaluó las siguientes variables región, área de residencia y lugar de residencia. En el mismo módulo en la base de datos RECH1 la variable sexo y en la base de datos RECH4 la variable seguro de salud. En el Modulo Datos básicos del MEF en la base de datos REC0111 la variable quintil de riqueza y en la base de datos REC91 la variable

acceso a información sobre salud de las madres. Y en el Modulo Características de la vivienda en la base de datos RECH23 la variable región natural. Se descargó el archivo de cada módulo mencionado para seleccionar las preguntas de nuestras variables según la base de datos específico para la población de niños de 0 a 11 años, y con la base descargadas se unificaron en una sola base de datos para su análisis.

Se procedió a realizar el análisis descriptivo con las frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis de asociación de las variables acceso a información de la madre sobre salud y acceso de los niños menores de 12 años a información sobre salud bucal y las demás co-variables se usó la prueba de Chi-cuadrado con un 95% IC. Dado que el acceso de información de los niños menores de 12 años sobre salud bucal es una condición prevalente (>10%) se usó la Razón de Prevalencia (RP) como medida de asociación y la Razón de Prevalencia Ajustada (RPa) como medida de asociación con la intervención de las demás variables. Para el estudio se consideró el nivel de confianza del 95% y un  $p < 0.05$ . Se empleó el programa estadístico STATAv15.

Este estudio fue ejecutado después de recibir la aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería y la posterior aprobación por parte del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH), con fecha 28 de setiembre del 2020, con código SIDISI N° 202473. En el estudio se usó el archivo de información electrónica de ENDES-2018, que se encuentra en

la página electrónica de acceso libre de dicha institución. En ella los datos de los participantes se encuentran codificados manteniendo así su anonimato y confidencialidad.

#### **IV. RESULTADOS**

Del estudio de los niños menores de 12 años de edad; el 61.16% (n=17070) tuvo acceso a información sobre salud bucal y el 38.84% (n=10840) no tuvo acceso a información sobre salud bucal, El mayor proveedor de información sobre salud bucal fue el MINSA con 62.67% (n=9786), seguido del sector privado con 11.33%(n=1770), EsSalud con 10.48%(n=1636), otros 7.70% (n=1202), medios de comunicación 7.65% (n=1194), las FFAA/PNP representa el 0.18% (n=28). De las madres, 8.72% (n= 1082) recibió información sobre salud y el 91.28% (n=11329) no tuvo acceso información sobre salud (Tabla 1).

De los niños menores de 12 años de edad, los niños que recibieron información sobre el cuidado de salud bucal, el 64.71% (n=442) de las madres recibieron información sobre salud, y el 63,35% (n= 4314) de las madres no recibió información sobre salud. No se encontró asociación entre las variables acceso a información sobre salud de las madres y acceso a información sobre el cuidado de salud oral de los niños menores de 12 años (p=0.48) (Tabla 2).

De los niños que recibieron información sobre el cuidado de salud bucal; las mayores frecuencias de acceso a información se encontraron en la región de

Huánuco con 78% (n=716); en el ámbito urbano 63.33 (n= 9534); en Lima Metropolitana 64.79% (n=1097); de acuerdo al lugar de residencia, la de mayor frecuencia fue el pueblo con 65.1% (n=3625); según el índice de riqueza, el de mayor frecuencia fue el muy pobre con 63.53% (n=2358); de acuerdo a la tenencia de seguro de salud, la de mayor frecuencia fue el que tiene seguro de salud con 61.4% (n=13691); según el sexo de la persona el de mayor frecuencia fue el hombre con 61.34% (n=8226), de acuerdo a la edad el grupo de mayor frecuencia fue los niños entre 6 a 11 años con 62.02% (n=8555). Se encontró asociación entre las variables región, lugar de residencia, quintil de riqueza y edad ( $p<0.01$ ) (Tabla 3).

En lo referente al acceso a información sobre salud de la madre y acceso de los niños menores de 12 años de edad a información sobre salud bucal, no existe asociación entre las variables  $RP=0.99$  (IC95%: 0.965-1.02) y al considerar las co-variables tampoco existe asociación  $RPa=1.00$  (IC95%: 0.96-1.03) (Tabla 4).

## V. DISCUSION

Los padres de familia tienen un rol protagónico en la formación de hábitos y costumbres de sus hijos. Los padres son los que se encuentran de manera directa con los niños, siendo el entorno más importante donde pueden adquirir conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la salud; los cuales pueden desencadenar en una buena o mala salud. Se ha evidenciado que el limitado nivel de conocimiento de los padres sobre cuidados de la salud puede afectar en las demandas de medidas preventivas y de atención que requieran sus hijos (13,28-30). De ahí la necesidad de articular las estrategias sanitarias, la salud bucal debe ser considerada dentro de las estrategias sanitarias para alcanzar la salud general entendiendo al ser humano como un ser social (31).

En el presente estudio se encontró que el 61.16% de los niños recibió información sobre salud bucal, lo cual es corroborado por los estudios de Aleman M et al (32) quienes reportaron en el 2016 un acceso a información en salud bucal de 61.67% en el mismo grupo de edad, y en el 2017 Avalos KL et al el 62,39% accede a información sobre salud bucal e higiene en el mismo grupo etario (33). El porcentaje de acceso a información sobre salud bucal se ha mantenido en los últimos años porque no hay una política nacional integral de prevención en salud a pesar que la OMS señala que el acceso a la información es un derecho humano para alcanzar el derecho a la salud (34).

La presente investigación no encontró asociación entre acceso a información sobre salud de la madre y acceso de los niños menores de 12 años de edad a información

sobre salud bucal. Esto se debería porque los programas preventivos se encuentran desarticulados, no existe un programa preventivo como eje transversal que articule y tenga como meta lograr o mantener la salud general de la persona (35-37). Esto hace que la información de salud bucal y salud general no se encuentren relacionadas ni articuladas a pesar que se señala que la integración de la salud bucodental y general debe ser la base de los enfoques de la política de promoción y prevención de las enfermedades bucodentales (31).

Con la R.M. N°422-2017/MINSA, se aprueba la guía práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niños y niñas cuya finalidad es disminuir la morbilidad de caries dental en los niños menores de 12 años para lo cual ha establecido criterios técnicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental, dentro del protocolo de atención general del manejo de la caries dental de los niños menores de 12 años establece que todos los pacientes que acudan al consultorio ya sea por urgencia o por consulta externa se programará dentro de las citas siguientes terapias para modificar los factores de riesgo y reforzar los hábitos saludables como higiene oral y alimentación saludable. De igual forma, con la R.M. N° 907-2016/MINSA aprueban el documento técnico “ Definiciones operacionales y criterios de programación y de medición de avances de los programas presupuestales” que establece la asesoría nutricional para el control de caries de la enfermedades dentales y la instrucción de higiene oral de deber ser brindado desde el primer nivel de atención hasta el tercer nivel de atención, lo cual está relacionado con el acceso a información sobre salud bucal 61.16% donde el mayor proveedor de información es el MINSA (62.67%) (38).

Así mismo, con la R.M. N° 834-2019/MINSA, se establece la “Directiva Sanitaria para la implementación de la visita domiciliaria por parte del personal de la Salud para la prevención, reducción y control de la anemia materno infantil y desnutrición crónica infantil” que tiene como función principal fortalecer la adopción de prácticas adecuadas de lactancia materna, de nutrición y salud en los niños, gestantes y puérperas. Su ámbito de aplicación son los establecimientos a nivel nacional del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales y Municipales; lo cual está relacionado con el acceso de información sobre salud de las madres (39).

Al 2018 en el MINSA y los Gobiernos regionales, a nivel nacional había un total de 4 705 cirujanos dentistas que representan el 5 % del total de profesionales de la salud para brindar atención pública a cerca de 32 millones de habitantes; además según la categorización de los establecimientos de salud el cirujano dentista es parte del recurso humano a partir del establecimiento de categoría I-3. Esto restringe la atención esencial y oportuna que se debe brindar a la población sobre salud bucal (40,41). El enfoque que se da en el Perú se centra principalmente en la prevención secundaria y terciaria y deja en segundo plano la prevención primaria, además las enfermedades de la cavidad bucal no forman parte integral de los programas de prevención de salud (42). A pesar que reconoce el vínculo intrínseco que une la salud bucodental con la salud general y la calidad de vida. Se recalca la importancia de incorporar de manera integral los programas para la promoción de la salud bucodental y la prevención de las enfermedades bucodentales en los programas de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas (43). Y se



plantea la necesidad que el cirujano dentista esté involucrado en equipos de atención primaria, incluyendo trabajo en la comunidad, en prevención y control de temprano de caries dental (44).

El acceso a información sobre salud es la base para alcanzar un conocimiento sobre el cuidado de la salud y generar nuevos hábitos. Firmiño en su estudio encontró que hay asociación entre un nivel más bajo de alfabetización en salud oral de los padres y una mayor prevalencia, experiencia de caries dental de los niños, de igual forma, también evaluó la calidad de vida de los niños concerniente a la salud bucal relacionándose con la menor alfabetización en salud oral de los padres (23). Este estudio confirma que el acceso a la información es el primer escalón en el proceso de aprendizaje y de formación de nuevos hábitos. Los padres al ser el primer contacto social y el entorno más cercano representan la principal fuente de aprendizaje del niño sobre su salud y factores de riesgo. De ahí la relevancia que los padres tengan alfabetización en salud oral. Los padres con mayor información y conocimiento en salud oral generan mejor comportamiento de salud en sus hijos, como la ingesta de azúcares, la higiene bucal, la importancia del cepillado antes de dormir, el uso de biberones azucarados, el inicio de la higiene dental y la importancia de la evaluación periódica del estado de salud por parte del profesional como medida preventiva (16,45,46)

La OMS señala que existe una relación muy fuerte y persistente entre la situación económica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades bucodentales y Peres, et al señala que las condiciones de mala salud bucal está relacionado con las condiciones socioeconómicas desfavorables

además Leal señala que el acceso a la información sobre los problemas bucales se relaciona a condiciones desfavorables de educación, ingreso per cápita y situación laboral actual siendo el más importante el ingreso económico. Es decir, para el acceso a información sobre salud bucal intervienen otros factores sin ser necesariamente el conocimiento sobre salud de la madre (47-49).

El acceso a información sobre salud bucal de los niños menores de 12 años estuvo asociado con la región, lugar de residencia, índice de riqueza y edad; De Buhr encontró que el acceso a información, el fortalecimiento de los conocimientos y las competencias sanitarias de los padres puede contribuir a mejorar los resultados de los niños, especialmente en las áreas de nutrición, ejercicio y salud dental. La alta alfabetización en salud de los padres estaba relacionada con altos ingresos económicos, lugar de procedencia y edad. El alto nivel de conocimiento en salud de los padres se asoció con comportamientos positivos de salud en los niños una nutrición más saludable, cepillarse los dientes regularmente, menor consumo de bebidas endulzadas y más actividad física (16).

Esta investigación es el primer estudio realizado que evalúa la asociación del acceso a información sobre salud de las madres con respecto al acceso de los niños menores de 12 años a información sobre salud bucal. La información obtenida producto de la investigación será útil para los responsables de las políticas públicas, para la toma de decisiones. Sin embargo, hubo ciertas limitaciones en la investigación debido a que se perdieron el 36% de los datos, que no registraban información completa por lo que se decidió eliminarlos de la base de datos; este filtrado de información lleva

consigo un sesgo de representatividad, sin embargo, al ser una encuesta nacional, con diseño de conglomerados y estratificación hace que la información sea confiable, de calidad y representativa.

La presente investigación es relevante porque pone en evidencia el alcance de las políticas preventivas en el Perú sobre la articulación entre el acceso a información sobre salud general y salud bucal, mostrando que no existe asociación entre el acceso de la madre a información sobre salud y acceso de los niños menores de 12 años de edad en el Perú, a información sobre salud bucal, año 2018. Es fundamental que exista la participación del Cirujano Dentista en los equipos de las visitas domiciliarias como dentro del equipo del trabajo comunitario con el objetivo de prevenir las enfermedades y facilitar a la población principalmente vulnerable al acceso a la información de salud y salud bucal de manera integral (18). Se recomienda considerar dentro el plan nacional de las políticas prevención se incluya a la salud bucal con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población y tener mejor manejo de las enfermedades con factores de riesgo similares. Para futuros estudios se recomienda que se tenga en cuenta la inequidad que genera la posición socioeconómica con respecto al acceso a la información y el cuidado integral de la persona.

## **VI. CONCLUSIONES**

De forma general, se concluye que:

No existe asociación entre el acceso de la madre a información sobre salud y acceso de los niños menores de 12 años de edad en el Perú, a información sobre salud bucal, año 2018.

De forma específica que:

1. Del estudio de los niños menores de 12 años de edad; el mayor porcentaje tuvo acceso a información sobre salud bucal sin embargo el 38.84% no tuvo acceso a información sobre salud bucal. Sobre los proveedores, el mayor proveedor de información sobre salud bucal es el MINSA. Con respecto a acceso a información sobre salud de las madres el mayor porcentaje no tuvo acceso y la frecuencia de acceso a información sobre salud de las madres de una vez al año, dos o más de 3 veces al año es similar.
2. No hay asociación entre la variable acceso de los niños menores de 12 años en el Perú, a información sobre salud bucal y acceso a información sobre salud de las madres. Tampoco entre la frecuencia de acceso a información sobre salud de la madre y acceso a información sobre salud bucal de los niños menores de 12 años en el Perú en el 2018.

3. De los niños que recibieron información sobre el cuidado de salud bucal; las mayores frecuencias se encontraron en la región de Huánuco; en el ámbito urbano; en Lima Metropolitana; de acuerdo al lugar de residencia, la de mayor frecuencia fue el pueblo; según el índice de riqueza, el de mayor frecuencia fue el muy pobre; de acuerdo a la tenencia de seguro de salud, la de mayor frecuencia fue el que tiene seguro de salud; según el sexo de la persona el de mayor frecuencia fue el hombre, de acuerdo a la edad el grupo de mayor frecuencia fue los niños entre 6 a 11 años.
  
4. Se encontró asociación entre la variable acceso a información sobre salud bucal de los niños menores de 12 años y las variables región, lugar de residencia, quintil de riqueza y edad. No se encontró asociación entre la variable acceso a información sobre salud bucal de los niños menores de 12 años y las variables área de residencia, región natural, tenencia de seguro de salud y sexo.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Anglas CA. Evaluación del nivel de información sobre las medidas preventivas de Salud Bucal en la población de Lima Metropolitana y Callao. [Tesis de bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2000.
2. Castro A. Metodología de la investigación en odontología para profesionales en salud. Lima: Ars Dent; 2003.
3. Franco A, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. Rev CES odontología. 2004;17(1):19-29.
4. Goto E, Ishikawa H, Okuhara T, Kiuchi T. Relationship of health literacy with utilization of health-care services in a general Japanese population. Prev Med Rep. 2019;14(1):1-5.
5. Puteri MM, Ruslan FKDR, Wibowo TB. Oral health behavior and its association with the caries index in visually impaired children. Spec Care Dentist. 2020; 40:79–83.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Baja alfabetización en salud y resultados en salud: una revisión sistemática actualizada. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107.
7. Morrison AK, Glick A, Yin HS. Alfabetización en salud: implicaciones para la salud infantil. Pediatría en revisión. 2019; 40(6): 263-77.
8. Berkman, D. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann. Intern. Med. 2011;155(2):97–107.

9. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient Educ. Couns.* 2016;99(7):1079–86.
10. Al Sayah, F. Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *J. Gen. Intern. Med.* 2013;28(3):444–52.
11. Khodadadi E, Niknahad A, Sistani MM, Motallebnejad M. Parents' Oral Health Literacy and its Impact on their Children's Dental Health Status. *Electron Physician.* 2016;8(12):3421-25.
12. Vann J, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral health literacy among female caregivers: impact on oral health outcomes in early childhood. *J Dent Res.* 2010;89(12):1395-400.
13. González M, Sierra C, Morales L. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. *Salud Pública Méx.* 2011; 53(3):247-57.
14. Beljan M, Puharić Z, Žulec M, Borić D, Neumuller KR. Comportamiento y Conocimiento de Padres y Niños sobre la Salud Oral. *Acta Med Croatica.* 2016;70(3):165-71.
15. Poutanen R, Lahti S, Tolvanen M, Hausen H. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontol Scand.* 2006;64(5):286-92.
16. De Buhr E, Tannen A. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1096.

17. Sanders LM, Shaw JS, Guez G, Baur C, Rudd R Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatría*. 2009;124(3):S306–14.
18. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatría*. 2009;124(Supl. 3):S265–74.
19. Firmino RT, Ferreira FM, Paiva SM, Granville-Garcia AF, Fraiz FC, Martins CC. Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2017;148(8):604-13.
20. Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in children's oral health and access to dental care. *JAMA*. 2000;284(20):2625-31.
21. Miller E, Lee JY, DeWalt DA, Vann Jr. Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. *Pediatrics*. 2010;126(1):107-14
22. Saied-Moallemi Z, Virtanen JL, Tehranchi A, Murtomaa H. Dispariti is in oral health of children in Tehran, Iran. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2006; 7(4):262-64.
23. Firmino R, Ferreira f, Martins C, Granville-Garcia a, Fraiz f, Paiva S. Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. *Int. J. Paediatr. Dent*. 2018;28:459-71.
24. Dieng S, Cisse D, Lombrail P, Azogui-Lévy S. Mothers' oral health literacy and children's oral health status in Pikine, Senegal: A pilot study. *PLoS One*. 2020;15 (1):e0226876. Publicado el 23 de enero de 2020. Doi:10.1371/journal.pone.0226876.



25. World Health Organization (OMS). Continuous improvement of oral health in the 21st century the approach of the WHO Global Oral Health Program. Ginebra: The World Oral Health Report; 2003.
26. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños. Lima: Ministerio de Salud; 2017.
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018. (Consultado el 18 de abril de 2020). Disponible en: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos>.
28. Beljan M, Puharić Z, Žulec M, Borić D, Neumuller KR. Comportamiento y conocimiento de padres y niños sobre la salud oral. *Acta Med Croatica*. 2016; 70(3):165-71.
29. De Buhr E, Tannen A. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2020; 20(1096):1-9.
30. Dye BA, Vargas CM, Lee JJ, Magder L, Tinanoff N. Assessing the relationship between children's oral health status and that of their mothers. *The Journal of the American Dental Association*. 2011;142(2):173–83.
31. Federación Dental Internacional (FDI). El desafío de las enfermedades bucodentales una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. Segunda Edición. Ginebra: Editorial Myriad Editions Brigton; 2015
32. Aleman M, Román M, Stucchi. Acceso a información de salud bucal en niños de 0-11 años según encuesta demográfica y salud familia en el Perú

- en el año 2016. [Tesis de bachiller]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.
33. Avalos-Baltodano K, Tomario-Agapito J, Villar-Zapata JC, Leon-Manco RA, Carbajal-Rodriguez G. Association between access to oral hygiene information and toothbrushing among children in Peru. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2020; 32(1): 57-66.
34. World Organización Health. Salud y Derechos Humanos. Ginebra, 2017. (Consultado el 10 de agosto del 2020). Disponible en : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
35. Ministerio de salud. Programas presupuestales. (Consultado el 9 de agosto del 2020). Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/index.asp>.
36. Ortíz-Barrios LB, Granados-García V, Cruz-Hervert P, Moreno-Tamayo K, Heredia-Ponce E, Sánchez-García S. The impact of poor oral health on the oral health-related quality of life (OHRQoL) in older adults: the oral health status through a latent class analysis. *BMC Oral Health.* 2019;19(141):1-10.
37. Contreras Rengifo Adolfo. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral.* 2016;9(2):193-202.
38. MINSA. Resolución Ministerial N° 422-2017-MINSA. Lima: Gobierno del Perú, 2017.
39. MINSA. Resolución Ministerial N° 834-2019-MINSA. Lima: Gobierno del Perú, 2019.

40. Dirección General de Personal de Salud. Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2018. 1era edición. Lima, 2019.
41. Gobierno del Perú. R.M N°546-2011/MINSA. NTS N°021-MINSA/dgsp-v.03.Lima: Gobierno del Perú;2011. (consultado el 15 de agosto de 2020). Disponible en : <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>.
42. Gobierno del Peru. D.S 026-2020-SA.Politica Nacional Multisectorial de salud al 2030. “Perú, País Saludable”. Lima: Gobierno del Perú,2020.
43. Organización Mundial de la Salud. 60° Asamblea Mundial De La Salud. Resoluciones y Desiciones.Ginebra,2007.
44. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
45. Brickhouse TH. Family oral health education. Gen Dent. 2010;58(3):212-9.
46. Hooley M, Skouteris H, Boganin C, Satur J, Kilpatrick N. Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. J Dent. 2012;40(11):873-85.
47. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucal.25 marzo del 2020. (Consultado el 10 de agosto del 2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.Ginebra,2020.
48. Leal R, Durães N, Oliveira S, Primo M, De Barros Lima M, Batista P, et al. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos:

abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018;23(3):823-35.

49. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394(10194): 249-60.

## VIII.TABLAS

**Tabla 1. Frecuencia de acceso de los niños menores de 12 años a información sobre salud bucal y frecuencia de acceso de las madres a información sobre salud.**

INFORMACIÓN	n	%
Acceso de los niños menores de 12 años a información sobre salud bucal		
Si	17070	61.16
No	10840	38.84
Proveedor de información		
Ministerio de Salud	9786	62.67
EsSalud	1636	10.48
FFAA/PNP	28	0.18
Sector privado	1770	11.33
Medios de comunicación	1194	7.65
Otros	1202	7.70
Acceso de las madres a información sobre salud		
Si	1082	8.72
No	11329	91.28
Frecuencia de acceso a información de salud		
Una vez al año	388	35.86
Dos veces al año	347	32.07
De 3 a más veces al año	347	32.07

n: Frecuencia absoluta.  
%: Frecuencia relativa.

**Tabla 2. Acceso de los niños menores de 12 años a información sobre salud bucal según a acceso de las madres a información sobre salud en el Perú, 2018.**

ACCESO DE LAS MADRES A INFORMACIÓN SOBRE SALUD	ACCESO DE LOS NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS A INFORMACIÓN SOBRE SALUD BUCAL				p*
	Si		No		
	n	%	n	%	
Información de salud					
Si	442	64.71	241	35.29	0.48
No	4314	63.35	2496	36.65	
Frecuencia de acceso a información de salud					
Una vez al año	165	66.53	83	33.47	0.54
Dos veces al año	136	61.82	84	38.18	
De 3 a más veces al año	141	65.58	74	34.42	

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

p: Significancia estadística.

\*: Prueba de Chi-cuadrado.

**Tabla 3. Acceso de los niños menores de 12 años a información sobre salud bucal en el Perú, 2018 según región, área de residencia, región natural, lugar de residencia, quintil de riqueza, tenencia de seguro de salud, sexo y edad.**

VARIABLES		ACCESO DE LOS NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS A INFORMACIÓN SOBRE SALUD BUCAL				p*
		Si		No		
		n	%	n	%	
Región						
	Amazonas	471	54.58	392	45.42	<0.01
	Ancash	488	60.62	317	39.38	
	Apurímac	483	58.97	336	41.03	
	Arequipa	586	70.1	250	29.9	
	Ayacucho	598	63.96	337	36.04	
	Cajamarca	489	55.38	394	44.62	
	Callao	443	52.93	394	47.07	
	Cusco	437	57.42	324	42.58	
	Huancavelica	571	64.81	310	35.19	
	Huanuco	716	78	202	22	
	Ica	595	75.6	192	24.4	
	Junín	535	66.71	267	33.29	
	La Libertad	512	64.24	285	35.76	
	Lambayeque	505	60.92	324	39.08	
	Lima	1949	65.62	1021	34.38	
	Loreto	577	68.94	260	31.06	
	Madre de Dios	524	65.99	270	34.01	
	Moquegua	553	67.94	261	32.06	
	Pasco	501	62.94	295	37.06	
	Piura	402	51.34	381	48.66	
	Puno	420	55.56	336	44.44	
	San Martín	487	60.65	316	39.35	
	Tacna	493	59.9	330	40.1	
	Tumbes	524	63.52	301	36.48	
	Ucayali	458	57.97	332	42.03	
Área de residencia						
	Urbana	9534	63.33	5521	36.67	0.10
	Rural	4783	62.21	2906	37.79	
Región natural						
	Lima metropolitana	2019	64.79	1097	35.21	0.05
	Resto Costa	4427	62.87	2614	37.13	
	Sierra	4936	61.96	3030	38.04	
	Selva	3315	62.45	1993	37.55	
Lugar de residencia						
	Capital, ciudad grande	1884	61.45	1182	38.55	<0.01
	Ciudad pequeña	4025	62.68	2396	37.32	
	Pueblo	3625	65.1	1943	34.9	
	Campo	4783	62.21	2906	37.79	
Quintil de riqueza						
	Muy pobre	4133	63.53	2373	36.47	<0.01
	Pobre	3566	60.06	2371	39.94	
	Medio	3050	62.76	1810	37.24	
	Rico	2358	63.1	1379	36.9	
	Muy rico	1829	62.92	1078	37.08	
Tenencia de seguro de salud						
	Si tiene	13691	61.4	8608	38.6	0.11
	No tiene	3379	60.22	2232	39.78	
Sexo						
	Hombre	8226	61.34	5185	38.66	0.56
	Mujer	8844	61	5655	39	
Edad						
	De 0 a 5 años	8515	60.32	5602	39.68	<0.01
	De 6 a 11 años	8555	62.02	5238	37.98	

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

p: Significancia estadística.

\*: Prueba de Chi-cuadrado.

**Tabla 4. Asociación entre el acceso de la madre a información sobre salud y acceso de los niños menores de 12 años de edad a información sobre salud bucal en el Perú, 2018.**

ACCESO DE LA MADRE A INFORMACIÓN SOBRE SALUD	ACCESO DE LOS NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS A INFORMACIÓN SOBRE SALUD BUCAL	
	RP (IC95%)	RPa (IC95%) <sup>a</sup>
Información de salud		
Si	Ref.	Ref.
No	0.99 (0.95-1.02)	1.00 (0.96-1.03)
Frecuencia de acceso a información de salud		
Una vez al año	Ref.	Ref.
Dos veces al año	0.95 (0.87-1.04)	0.97 (0.89-1.06)
De 3 a más veces al año	0.99 (0.91-1.08)	1.00 (0.91-1.09)
Dos veces al año	Ref.	Ref.
De 3 a más veces al año	1.04 (0.95-1.14)	1.04 (0.96-1.14)

RP: Razón de prevalencia.

RPa: Razón de prevalencia ajustada.

a: Ajustado por región, lugar de residencia, quintil de riqueza y edad.



## ANEXO

### Anexo 1. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Acceso de los niños menores de 12 años a información sobre salud bucal	Proceso por el cual los niños reciben o buscan información para beneficio propio y para mejora de su salud bucal, por ende, mejora su calidad de vida.	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Modulo Encuesta de Salud de la base de datos CSALUD08	Pregunta de la base de datos ENDES: En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación?	Cualitativo	Dicotómica Nominal	1.-Sí 2.-No
			Se registrará lugar de atención: ¿Dónde recibió información?	Cualitativo	Politómica Nominal	1.-Ministerio de Salud. 2.-Essalud 3.-FFAA o FFPP 4.-Sector privado 5.-Medios de comunicación 6.-Otros

Acceso de la madre a información sobre salud	Proceso por el cual una persona recibe o busca información a partir de una fuente que puede ser su entorno, un libro, la televisión, la universidad, etc., para beneficio propio o de sus familiares, lo cual lleva a la mejora de la calidad de su salud.	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Datos Básicos de MEF de la base de datos REC91	¿Recibió visita del MINSA para aconsejarle sobre alimentación, nutrición y/o lactancia?	Cualitativa	Dicotómica Nominal	1: Sí 2: No
			¿En los últimos 12 meses cuántas visitas recibió?	Cualitativa	Politémica Ordinal	1.Una vez al año 2.Dos veces al año 3.De 3 a más veces al año.

Co-variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Región	División territorial que está sujeta a una autoridad administrativa	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo de Características del Hogar en la base de datos RECH1	Se registrará la región según la base de datos.	Cualitativo	Politómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amazonas</li> <li>2. Áncash</li> <li>3. Apurímac</li> <li>4. Arequipa</li> <li>5. Ayacucho</li> <li>6. Cajamarca</li> <li>7. Callao*</li> <li>8. Cuzco</li> <li>9. Huancavelica</li> <li>10. Huánuco</li> <li>11. Ica</li> <li>12. Junín</li> <li>13. La Libertad</li> <li>14. Lambayeque</li> <li>15. Lima</li> <li>16. Loreto</li> <li>17. Madre de Dios</li> <li>18. Moquegua</li> <li>19. Pasco</li> <li>20. Piura</li> <li>21. Puno</li> <li>22. San Martín</li> <li>23. Tacna</li> <li>24. Tumbes</li> <li>25. Ucayali</li> </ol>

Área de residencia	Es el lugar donde las personas residen interrelacionándose con su entorno el cual se va diferenciar en grupos de acuerdo a la densidad de la población, actividad económica, transporte, etc.	Según lo indicado en la base de datos ENDES 2018 en el Módulo de Características del Hogar en la base de datos RECH1	Se registrará el área de residencia según la base de datos.	Cualitativo	Dicotómica Nominal	1. Urbano 2: Rural.
Región natural	Es cada una de las unidades territoriales determinadas por el relieve, el clima y la vegetación	Datos extraídos de la ENDES 2018 según preguntas referidas	Se registrará la región natural según la base de datos.	Cualitativo	Politémica Nominal	1: Lima Metropolitana. 2: Resto Costa. 3: Sierra. 4: Selva.
Lugar de residencia	Espacio geográfico con determinada cantidad de habitantes y su denominación va variar según la densidad de la población. Lugar en que la persona vive en el momento del censo, y en el que, además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo	Según lo indicado en la base de datos ENDES 2018 en el Módulo de Características del Hogar en la base de datos RECH1.	Se registrará el lugar de residencia según la base de datos.	Cualitativa	Politémica Nominal	1: Capital, ciudad grande 2: Ciudad pequeña 3: Pueblo 4: Campo

Quintil de riqueza	Es una categoría que se le asigna a un hogar según las características de la vivienda (materiales de pisos, paredes y techos), acceso del hogar a servicios básicos, propiedad de bienes durables (equipamiento de electrodomésticos y vehículos), tipo de combustible utilizado para cocinar, y número de personas por habitación. El cual se van clasificar en cinco categorías desde el muy pobre hasta el muy rico.	Datos extraídos de la ENDES 2018, según preguntas referidas	Se registrará el quintil de riqueza según la base de datos.	Cualitativo	Politémica Ordinal	1: Quintil 1 (Muy pobre) 2: Quintil 2 (Pobre) 3: Quintil 3 (Medio) 4: Quintil 4 (Rico) 5: Quintil 5 (Muy rico)
Seguro de salud	Contrato con una compañía de seguros donde se compromete a cubrir los gastos en salud del asegurado o de sus beneficiarios a cambio del pago de una prima.	Datos extraídos de la ENDES 2018 según preguntas referidas	Se registrará según la base de datos: ¿Tiene seguro de salud?	Cualitativo	Dicotómica Nominal	1: Si tiene 2: No tiene

Sexo	Características biológicas y sexuales que diferencian entre hombres y mujeres	Datos extraídos de la ENDES 2018 según preguntas referidas	Se registrará según la base de datos: ¿Es hombre o mujer?	Cualitativo	Dicotómica Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Edad	el tiempo vivido de una persona desde el nacimiento, puede ser contabilizada en años, meses, días. Se considera niños a las personas menores de 12 años	Según lo indicado en la base de datos ENDES en el Módulo Encuesta de Salud de la base de datos CSALUD08	Se registrará según la base de datos: para personas de 0 a 11 años de edad: ¿Cuántos años cumplidos tiene?	Cualitativo	Dicotómica Nominal	1. 0 a 5 años 2. 6 a 11 años