



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ESTOMATOLOGÍA**

**ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE MEDIOS DE  
COMUNICACIÓN MASIVA Y ACCESO A  
INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE SALUD  
BUCAL EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD EN  
EL PERÚ, 2018.**

ASSOCIATION BETWEEN THE USE OF MASS  
COMMUNICATION MEDIA AND ACCESS TO INFORMATION  
ABOUT ORAL HEALTH CARE IN CHILDREN UNDER 12-  
YEARS OF AGE IN PERÚ, 2018.

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

**AUTOR:**

**CD. KATHERINE SUELY LAURA CHURA**

**ASESOR:**

**MG. ESP. ROBERTO ANTONIO LEÓN MANCO**

**LIMA - PERÚ  
2021**



## **JURADO**

Presidente : Mg. Esp. Cesar Eduardo Del Castillo López

Vocal : Mg. Pablo Cesar Sanchez Borjas

Secretario : Mg. Esp. Raul Rafferty Herrera Mujica

Fecha de Sustentación : 05 de abril 2021

Calificación : Aprobado

**ASESOR**

Mg. Esp. Roberto A. León Manco

Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0001-9641-1047

## **DEDICATORIA**

A mi amado esposo e hijos, quienes con su amor y paciencia me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, por ser mi fuente de motivación, creer siempre en mí y apoyarme en todos mis proyectos.

A mis queridos padres, por mostrarme el camino hacia la superación, por su apoyo incondicional que ayudaron a forjar la persona que ahora soy.

A toda mi familia por confiar siempre en mí y su estímulo constante a largo de mis estudios.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por permitirme disfrutar de la vida, regalarme sabiduría que me fortalece y me llena de oportunidades cada mañana.

A la Universidad Peruana Cayetano Heredia por las oportunidades que me ha brindado para desarrollarme profesionalmente en este camino de la salud pública.

A mis maestros por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos. De manera especial a mi asesor quien con paciencia me ha guiado durante el desarrollo de la presente investigación y ha hecho que el trabajo se realice con éxito.

Agradezco también a mis compañeros por su amistad y apoyo moral.

## **DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Materiales y Métodos	5
IV. Resultados	12
V. Discusión	14
VI. Conclusiones	24
VII. Referencias Bibliográficas	25
VIII. Tablas, gráficos y figuras	31
Anexos	35

## RESUMEN

**Antecedentes:** Los medios de comunicación masiva (MCM) son elementos clave para persuadir y motivar a la población sobre su salud bucal, representando una estrategia complementaria importante a diferencia de los medios convencionales para que la población tenga acceso a información en salud bucal. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el acceso a información sobre el cuidado de salud bucal de niños menores de 12 años de edad y el uso de medios de comunicación masiva de sus familias en el Perú, 2018.

**Materiales y Métodos:** Investigación de corte transversal, observacional, retrospectivo y analítico. Se usó la data informativa de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018, con una muestra que contempla un total de 27 910 registros de niños menores de 12 años de edad. Se efectuó un análisis descriptivo del total de variables en razón a las frecuencias absolutas y relativas, con pruebas de significancia por medio del análisis estadístico Chi cuadrado, un nivel de confianza del 95% y un  $p < 0.05$ . Todo ello se realizó con el software estadístico STATA 15.0. **Resultados:** Los que escucharon radio obtuvieron un RP:1.03 (IC95%: 1.01-1.05;  $p < 0.01$ ), sin embargo, no en el modelo ajustado (RPa:1.04; IC95%: 1.00-1.08;  $p > 0.05$ ). **Conclusión:** No existe asociación entre el uso de medios de comunicación masiva y acceso a información sobre el cuidado de salud bucal en niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2018.

Palabras Clave: Salud Bucal, Medios de Comunicación (DeCS).

## ABSTRACT

**Background:** The mass media (MCM) are key elements to persuade and motivate the population about their oral health, representing an important complementary strategy unlike conventional media for the population to have access to information on oral health. **Objective:** To determine the association between access to information on oral health care of children under 12 years of age and the use of mass media by their families in Peru, 2018.

**Materials and Methods:** Cross-sectional, observational, retrospective and analytical research. The informative data from the National Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2018 was used, with a sample that includes a total of 27,910 records of children under 12 years of age. A descriptive analysis of the total of variables was carried out in relation to the absolute and relative frequencies, with significance tests by means of the Chi square statistical analysis, a confidence level of 95% and a  $p < 0.05$ . All this was done with the statistical software STATA 15.0. **Results:** The who listened to the radio obtained a PR: 1.03 (95% CI: 1.01-1.05;  $p < 0.01$ ), however, not in the adjusted model (RPa: 1.04; 95% CI: 1.00-1.08;  $p > 0.05$ ). **Conclusion:** There is no association between the use of mass media and access to information on oral health care in children under 12 years of age in Peru, 2018.

**Keywords:** Oral Health, Media (DeCS).

## **I. INTRODUCCIÓN**

El acceso a la información es una herramienta trascendental y a la vez un derecho que tienen los ciudadanos en el contexto de una sociedad como la actual (1). Asimismo, el acceso a la información permite expresar la necesidad de pedir y recibir información oportuna, útil y necesaria formando así una opinión propia en cada individuo. De ahí la trascendencia como determinante para la salud del individuo, cuyo efecto a su vez irradia a un grupo social (2).

Entonces, no cabe duda, que el acceso a información en salud, específicamente, en salud bucal constituye un factor relevante en la expansión del conocimiento, con el subsiguiente crecimiento de la réplica informada, que influye en las estrategias y decisiones facilitadoras de estilos de vida saludables (3). Por tanto, el cambio de comportamiento y actitud con información básica en salud bucal es necesario para realizar decisiones apropiadas respecto de la salud de cada individuo (4).

Por otro lado, si bien actualmente obtener información resulta menos dificultoso que hace un tiempo atrás, es importante señalar que quienes no la reciben son perjudicados por estar en desventaja frente a quienes, si tienen un acceso regular por cualquier medio de comunicación, siendo excluidos de poder alcanzar una adecuada salud de ellos, sus familias y la comunidad (5).

La divulgación y propagación de la información en cualquiera de los soportes sean estos escritos o audiovisuales, analógicos o digitales, son medios de comunicación

masiva (6). Estos medios de comunicación masiva (MCM) son actualmente el medio de socialización más usado por las personas, principalmente por la sencillez del acceso, siendo uno de los principales protagonistas en cuanto al acceso a información en salud en el rol de difusores de conocimiento e información (7). Al respecto, López (2009) señala que: “el acceso a la televisión, a la radio o a la gran prensa nacional aparece como una necesidad absoluta cuando se trata de implementar, por ejemplo, grandes campañas de prevención” (8).

Sin embargo, cuando se implementan campañas para prevenir enfermedades prevalentes, el acceso al contenido informativo en cuanto a salud bucal se refiere aun es incipiente, a pesar de que los MCM ofrecen diversos medios para su difusión; por ello resulta imperativo tener en cuenta que al efectuarse políticas de prevención para la salud bucal estas deben ser difundidas aprovechando dichos medios como estrategias educativas y de formación de hábitos (9,10).

Así pues, el acceso a la información no siempre es reconocida con el énfasis que se merece como determinante social de la salud. Sobre este punto Jardines, manifiesta que “el acceso a fuentes de información confiables contextualizadas al nivel local, es una premisa para lograr equidad en salud” (11,12). En el Perú, el acceso a la información sobre salud bucal proporcionada por los MCM ha ido en descenso sin embargo es el medio con mayor impacto como proveedor de información (13).

En ese contexto, es relevante la tarea que cumplen los MCM en la propagación masiva y oportuna de información en salud bucal a la población general y con

mayor énfasis a la niñez, siendo declarado así por la Convención sobre los Derechos del Niño en el Artículo 17 en el que se prescribe lo siguiente: “Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información que tengan por finalidad promover bienestar social, espiritual, moral y su salud física y mental”(14).

Por ello, el empleo de distintos medios de comunicación, las diferentes plataformas virtuales y otras de comunicación masiva se convierten en un fundamento coligado para el grueso de las actividades educativas, resultando relevante estimar los contenidos que se difunden formulando así estrategias creativas que posibiliten un mejor aprendizaje, debido a que es evidente que la niñez recibe de los medios de comunicación un magno impacto que repercute en la formación de modelos de comportamiento, hábitos y prácticas sociales, y a pesar de que el acceso a información sobre salud bucal a nivel nacional es de 61.68% en niños con edad menor a 12 años, no se puede negar el impacto positivo de los MCM en el acceso a la información (13,15).

Por lo que el estudio de este grupo poblacional resulta prioritario en la medida que la presente investigación pueda contribuir a reducir el crecimiento de brechas sociales que genera la ausencia de acceso a la información en salud bucal. Lo expuesto genera la siguiente interrogante ¿Cuál es la asociación entre el acceso a información sobre el cuidado de salud bucal de niños menores de 12 años de edad y el uso de medios de comunicación masiva de sus familias en el Perú, 2018?

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar la asociación entre el acceso a información sobre el cuidado de salud bucal de niños menores de 12 años de edad y el uso de medios de comunicación masiva de sus familias en el Perú, 2018.

### **Objetivos Específicos:**

1. Determinar el acceso a información sobre el cuidado de salud bucal de niños menores de 12 años de edad y el uso de medios de comunicación masiva de sus familias en el Perú, 2018.
2. Determinar el acceso a información sobre el cuidado de salud bucal de niños menores de 12 años de edad según la frecuencia de uso de medios de comunicación masiva de sus familias en el Perú, 2018.
3. Determinar el acceso a información sobre el cuidado de salud bucal según región, área de residencia, región natural, lugar de residencia, quintil de riqueza, tenencia de seguro de salud, sexo y edad de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2018.
4. Determinar la asociación entre el acceso a información sobre el cuidado de salud bucal de niños menores de 12 años de edad y el uso de medios de comunicación masiva de sus familias según región, región natural, área de residencia, lugar de residencia, quintil de riqueza, seguro de salud, edad, sexo en el Perú, 2018.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

El estudio fue transversal, se usó la data informativa de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018, cuya recolección de datos se realizó por encuesta directa proporcionando información sobre la dinámica y activa demografía con la perspectiva del estado de salud de las familias residentes en el territorio nacional publicada en la página Web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (16). La muestra contemplada inicialmente fue de 45 591 registros de la data estadística en mención sobre acceso a información en salud bucal de niños menores de 12 años de edad, de la totalidad de registros se consideró aquellos con información completa resultando un total de 27 910 registros, y sobre el uso de medios de comunicación masiva de sus familias 38777 registros con la data completa para el estudio.

La variable dependiente fue acceso a información de salud bucal definida como el proceso por el que un individuo expresa la necesidad de pedir y recibir información oportuna, útil y necesaria formando así una opinión propia en cada individuo, para mejorar su salud bucal y calidad de vida. La información se obtuvo de la base de datos ENDES - INEI, de los resultados de la siguiente pregunta: En los últimos 12 meses, es decir, desde \_\_\_\_\_ del año pasado hasta este año ¿Ha recibido Ud. información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de los niños y niñas de una persona o medio de comunicación? De la que se logró recabar una variable cualitativa de datos dicotómicos y escala nominal con valores: 1=Si, 2=No. A su vez se indagó sobre el proveedor que facilitó la información definida como la

entidad que concede información acerca de salud bucal sea pública o privada, por intermedio de una variabilidad de medios, en mejora de la salud bucal del individuo y su colectividad. La información se recabo de la data del INEI, de los resultados de la siguiente pregunta: ¿Dónde recibió información sobre salud bucal? De la que se logró recabar una variable cualitativa de datos politómicos y escala nominal con valores: 1=Ministerio de Salud (MINSA), 2=EsSalud, 3=FF.AA o PNP, 4=Sector Privado, 5=Medios de comunicación, 6=Otros.

La variable independiente fue el uso de MCM de las familias de los niños definida como el medio de divulgación y propagación de la información en cualquiera de los soportes sean estos escritos, audiovisuales, analógicos o digitales. Esta variable estuvo compuesta por un grupo de preguntas destinadas a la tenencia de equipos y otra de frecuencia de uso de medios:

Frecuencia con la que lee el periódico o revista definida como la cuantía de veces con la que una persona se informa a través del periódico. La información se halló de la data ENDES -INEI, de los resultados de la siguiente pregunta: ¿Lee Ud. un periódico o revista? De la que se logró recabar una variable cualitativa de datos dicotómicos y escala nominal con valores: 1=Menos de una vez a la semana, 2=Al menos una vez a la semana.

Frecuencia con la que escucha radio definida como la cuantía de veces con la que una persona se informa a través de la programación radiofónica. La información se halló de la data ENDES -INEI, de los resultados de la siguiente pregunta: ¿Usted

escucha radio? De la que se logró recabar una variable cualitativa de datos dicotómicos y escala nominal con valores: 1=Menos de una vez a la semana, 2=Al menos una vez a la semana.

Frecuencia con la que ve la televisión definida como la cuantía de veces con la que una persona se informa por un medio televisivo. La información se halló de la data ENDES -INEI, de los resultados de la siguiente pregunta: ¿Cuál es la frecuencia con la que Usted ve televisión? De la que se logró recabar una variable cualitativa de datos dicotómicos y escala nominal con valores: 1=Menos de una vez a la semana, 2=Al menos una vez a la semana.

Tenencia de celular definida como la posesión de un dispositivo inalámbrico con acceso a la red de telefonía móvil. La información se halló de la data ENDES -INEI, de los resultados de la siguiente pregunta: ¿Tiene servicios como Celular? De la que se logró recabar una variable cualitativa de datos dicotómicos y escala nominal con valores: 1=Si, 2=No.

Internet Domiciliario definido como una red de telecomunicación empleando terminales como computadoras y otros dispositivos. La información se halló de data ENDES -INEI, de los resultados de la siguiente pregunta: ¿En su hogar tiene Acceso a internet en casa? De la que se logró recabar una variable cualitativa de datos dicotómicos y escala nominal con valores: 1=Si, 2=No.

Se consideró como covariables: La Región conocida como departamento, territorio con una jurisdicción y autoridad determinada. La información según indicó la data ENDES -INEI, es una variable cualitativa de datos politómicos y escala nominal con valores las regiones que constituyen el Perú, incluyendo la provincia constitucional del Callao.

Área de residencia definida como el ámbito en la cual se reside. La información según indicó la base de datos ENDES -INEI, fue una variable cualitativa de datos dicotómicos y escala nominal con valores: 1=Rural, 2=Urbano.

Región natural definida como la zona delimitada por factores geográficos como relieve, clima y vegetación. La información según indicó la data ENDES -INEI, es una variable cualitativa de datos politómicos y escala nominal con valores: 1= Lima metropolitana, 2= Resto Costa, 3= Sierra, 4= Selva.

Lugar de Residencia definida como el lugar donde vive la persona de forma ininterrumpida durante al menos los últimos 12 meses al momento de la realización del censo, considerando la demografía. La información según indicó la data ENDES -INEI, es una variable cualitativa de datos politómicos y escala nominal con valores: 1=Capital, ciudad grande, 2=Ciudad pequeña, 3=Pueblo, 4=Campo.

Quintil de riqueza definida como la categoría que se le asigna a un hogar dependiendo de las características de la vivienda, disponibilidad de bienes y servicios. La información según indicó la data ENDES -INEI, es una variable

cualitativa de datos politómicos y escala nominal con valores: 1= Muy pobre, 2=Pobre, 3=Medio, 4=Rico, 5=Muy rico.

Seguro de salud definida como la asistencia médica que atribuye a una persona estar protegido y resguardado ante cualquier accidente o contingencia médica de salud.

La información según indicó la data ENDES -INEI, se obtuvo de la pregunta: ¿Tiene seguro de salud? De la que se logró recabar una variable cualitativa de datos dicotómicos y escala nominal con valores: 1=Si, 2=No.

Sexo definido como la naturaleza orgánica que distingue a varones y mujeres. La información según indicó la data ENDES -INEI, se obtuvo de la siguiente pregunta: ¿Es Hombre o Mujer? De la que se logró recabar una variable cualitativa de datos dicotómicos y escala nominal con valores: 1= Hombre, 2= Mujer.

Edad definida como la medida del tiempo que una persona ha pasado desde el nacimiento hasta el presente actual. La información según indicó data ENDES - INEI, se obtuvo de la pregunta: ¿Cuántos años cumplidos tiene? De la que se logró recabar una variable cualitativa y de escala nominal con valores 1: De 0 a 5 años y 2: De 6 a 11 años.

Para el desarrollo del presente estudio, se inició con el acceso a la página web ([www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe)), en la cual se ingresó por medio del recuadro base de datos, para obtener la documentación procedente de las encuestas ejecutadas por el INEI, se dio click en micro datos, seguidamente en consulta por encuesta, en la cual se seleccionó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2018,

en periodo único. Seguidamente se procedió a la descarga de los siguientes módulos: Encuesta de Salud de dicho archivo se seleccionó el cuestionario de salud para dirigirse a la sección 8 en el capítulo salud bucal para infantes de 0 a 11 años de edad de la misma se seleccionó los registros de la pregunta QS802D ¿Cuántos años cumplidos tiene?, del registro RECH: HV104 Sexo, y para conocer sobre acceso a información de salud bucal se descargó la pregunta QS806 ¿Ha recibido Ud. información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de los niños y niñas de una persona o medio de comunicación? QS807 ¿Cuál o donde, es el proveedor de información sobre salud bucal? Del módulo Características del Hogar registro RECH0 se seleccionó los registros destinados al uso de MCM, tenencia de equipos y frecuencia de uso de las preguntas: HV243A Tiene celular, SH61Q Cuenta con acceso a Internet en su hogar; V157 Frecuencia con la que lee el periódico o revista, V158 Frecuencia con la que escucha la radio, V159 Frecuencia con la que ve la televisión. Del mismo modo se consideró del registro RECH0, las preguntas: HV024 región, HV025 Área de residencia, HV026 Lugar de residencia; y del registro RECH4: SH11Z Seguro de salud. Así mismo, del módulo de Datos Básicos MEF se consideró del registro REC0111 las preguntas V190 Índice de riqueza. De los registros de preguntas seleccionadas se realizó la depuración de la data según los criterios de selección para finalmente obtener los registros finales, proceder al análisis de la data resultante y luego evaluar las variables del estudio, para construir tablas y mapas en función de los resultados encontrados.

El estudio inició después de recibir la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con fecha 23 de julio 2020 y registro SIDISI N° 202474. En vista que la data puede ser adquirida del portal web del INEI en formato SPPS, este, está a disposición del público, dicha encuesta ENDES, mantiene el anonimato de los integrantes debido a que la data estadística se encuentra codificada y no permite la identificación de las personas participantes garantizando el anonimato de los mismos.

Se efectuó un análisis descriptivo del total de variables en razón a las frecuencias absolutas y relativas, seguidamente se realizó un análisis bivariado por medio del análisis estadístico Chi cuadrado y Regresión de Poisson para hallar las Razones de Prevalencias crudas y ajustadas con las co-variables con un nivel de confianza del 95% y un  $p < 0.05$ . Todo ello se realizó con el software estadístico STATA 15.0.

#### **IV. RESULTADOS**

Conforme a la depuración de la data y de acuerdo a los criterios de inclusión la muestra estuvo constituida por 27910 registros de niños menores de 12 años con acceso a información sobre el cuidado de salud bucal, de los cuales el 61.16% (n=17070) accedió a información sobre salud bucal y el 38.84% (n=10840) no logró tener acceso a dicha información. Así mismo, se observa que según el proveedor de información sobre salud bucal es el Ministerio de Salud quien tiene mayor cobertura con 62.67%(n=9786), seguido por el grupo perteneciente sector privado con 11.33% (n=1770), EsSalud con 10.48%(n=1636), los medios de comunicación con 7.65%(n=1194) y por último las fuerzas armadas y policiales con 0.18% (n=28). Por otro lado, el 74.88% (n=29037) de las familias lee periódico/revista menos de una vez a la semana y el 25.12% (n= 9740) lo hace al menos una vez a la semana; en cuanto al uso de radio el 52.77% (n= 20464) de las familias escucha radio menos de una vez a la semana y el 47.23% (n= 18313) lo hace al menos una vez a la semana; mientras que 62.10% (n= 24082) de las familias ve televisión al menos una vez a la semana y el 37.90% (n= 14695) lo hace con una frecuencia de menos de una vez a la semana. Ahora bien, el 92.40% (n= 32700) de las familias tiene celular en su hogar, y solo el 7.60% (n= 2688) no lo tiene; en cambio el 80.80% (n= 28594) no cuenta con internet en su domicilio siendo tan solo el 19.20% (n= 6794) de las familias que cuentan con acceso a internet en su domicilio (Tabla 1).

De acuerdo al acceso a información sobre salud bucal según el uso de medios de comunicación masiva de las familias de los niños menores de 12 años de edad se

encontró que escucharon radio con una frecuencia de al menos una vez a la semana fue el 63.34% (n=6990) y el 61.47% (n=7579) fueron quienes escucharon menos de una vez a la semana, encontrándose asociación entre estas variables ( $p < 0.01$ ) (Tabla 2).

Del mismo modo, el acceso a información sobre salud bucal de los niños menores de 12 años según las co-variables; la región con mejor acceso a información sobre salud bucal fue Huánuco con 78% (n=716), seguida de Ica 75.6% (n= 595), Arequipa 70.1% (n=586), y las regiones con menor acceso fueron, Amazonas 54.58% (n=471), Callao 52.93% (n=43), Piura 51.34% (n=402). De igual manera, los niños cuyo lugar de residencia es considerado como pueblo tuvieron un mejor acceso a información sobre salud bucal con 65.10% (n=3625), seguido de ciudad pequeña con 62.68% (n=4025), campo 62.21%(n=4783), capital, ciudad grande 61.45% (n=1884). Además, los niños considerados según el quintil de riqueza como muy pobres accedieron en mayor frecuencia a información sobre salud bucal con 63.53% (n=4133), seguido del quintil rico con 63.1%(n=2358), quintil muy rico 62.92%(n=1829), quintil medio 62.76%(n=3050), quintil pobre 60.06% (n=3566). Con respecto a la edad, los niños entre 6 a 11 años obtuvieron mayor acceso a información sobre salud bucal 62.02% (n=8555) que los niños de 0 a 5 años 60.32% (n=8515). Se halló asociación significativa con las variables de región, lugar de residencia, quintil de riqueza y edad ( $p < 0.01$ ) (Tabla 3).

Finalmente, según el uso de radio y acceso a información sobre el cuidado de salud bucal se encontró asociación en el modelo crudo (RP:1.03; IC95%: 1.01-1.05), sin embargo, no en el modelo ajustado (RPa:1.04; IC95%: 1.00-1.08) (Tabla 4).

## V. DISCUSION

Promover la difusión de información es una labor primordial para la salud pública, sobre todo si se aspira realmente a que la población tenga acceso a información que promueva la salud. Por tanto, es necesario que el derecho humano a la salud se pueda ejercer de manera efectiva y esta no solo sea una frase utópica en una sociedad en la que las carencias económicas, y la posición social reducen la posibilidad de acceso a los servicios de salud y todo lo que conllevan estas (12).

Según el INEI, en el 2017 el acceso a información en la población de niños menores de 12 años sobre prácticas en salud bucal disminuyó a 60.5% con respecto al año anterior y para el año 2018 este indicador fue de 60.8% (17), situación semejante a lo encontrado en el estudio realizado en el cual el 61.16% de niños menores de 12 años adquirió información sobre salud bucal independientemente de la fuente o medio de información, situación que pone en evidencia la ausencia de interés por implementar estrategias que permitan un acceso a información efectivo y oportuno sobre salud bucal, a pesar de que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda facilitar el “empoderamiento de las comunidades y las personas mediante el acceso a información para que estos asuman un papel activo en la promoción y protección de la salud” (18).

En odontología, el acceso a una información precisa y la comprensión de las medidas preventivas y de autocuidado son esenciales para mantener buenas

condiciones de salud bucal, e históricamente, tales medidas han sido un componente relevante de la atención (19, 20). En Brasil, el acceso a información sobre salud bucal fue adquirido principalmente a través de la visita al odontólogo y los medios de comunicación, en la cual señalan que los programas no deben limitarse a transmitir información sobre el cuidado de salud bucal a los progenitores de los niños, sino también incluir acciones para adoptar comportamientos saludables y acciones educativas que generen impacto con mayor aprehensión del conocimiento (15, 21). Situación similar al estudio, el cual evidencio que el MINSA es quien genera mayor cobertura con 62.67% como medio de información en salud bucal, en cambio los MCM brindaron acceso a información a tan solo el 7.65% de la población menor de 12 años, por lo cual dicho acceso no estuvo asociado a los MCM, poniendo en evidencia la necesidad de asistir a un establecimiento de salud para obtener información en salud bucal dejándose de aprovechar oportunidades como el empleo de canales o medios de comunicación para producir mejoras y facilitar cambios en el comportamiento; por ende generar condiciones de vida y salud optimas a través de la difusión y promoción de la salud bucal (22).

La radio y la televisión son oportunidades en aspectos de salud, debido a que el acceso a radio es de 74.4% y la tenencia de televisor es 80.8% a nivel nacional (23), y según el Consejo Consultivo de Radio y Televisión (CONCORT) el medio de comunicación con mayor presencia en los hogares es la televisión (100%) y la radio (91%); pero sin duda no se puede dejar de lado la creciente y marcada tenencia de teléfono celular (82%) e internet (69%) (26), situación respaldada por el INEI en cuanto al acceso de los hogares a teléfono móvil con 92.6% concordante con el

estudio sobre la tenencia de celular de las familias de los niños con 92.40%; en relación al servicio de internet el 38.8% tiene acceso a internet en su domicilio de los cuales el 59.6% de los hogares de lima metropolitana, 40.9% en zona urbana y tan solo el 5.7% de los hogares del área rural (23).

No obstante, cuando se habla sobre el uso de medios de comunicación de acuerdo al CONCORT el 99% de la población ve televisión, el 83% escucha radio y el 64% lee diarios o revistas (24); sin embargo, esto no significa necesariamente que estos medios de comunicación prioricen temas de salud, así como lo demuestra el estudio en donde de acuerdo a la frecuencia de uso de MCM encontró asociación significativa en la frecuencia de escuchar radio, aunque en el análisis multivariado concluye que no existe asociación alguna con el acceso a información sobre salud bucal; sin embargo, el uso de la radio debe ser considerada como una estrategia potencial porque la población usa la radio mientras realiza otras labores sin requerir la atención de los cinco sentidos como si ocurre o lo requiere ver televisión, o leer revistas, periódicos y otros (25,26). Tampoco se debe dejar de lado la participación y contribución importante de las radios comunitarias como un nuevo modelo de comunicación en salud bucal, con un efecto o impacto inmediato en la población por su proximidad a la audiencia además de considerar su contexto y su cultura (27,28).

Por otro lado, hay un cambio en la percepción del medio que más entretiene e informa, en el 2015 la televisión era el medio favorito, hoy la preferencia la tiene el internet por su valor educativo, pues según encuesta es el medio más veraz, plural

y neutral; disminuyendo la percepción de veracidad y neutralidad de la televisión abierta; esto puede estar relacionado con el aumento de la tenencia de Internet en Lima y provincias, que sigue en crecimiento con el tiempo (23,24,29).

Cuando se habla del acceso a información sobre salud bucal y cuya fuente de información sean los medios de comunicación, estudios en una población de Noruega en el que se realizó una campaña de salud periodontal en los medios de comunicación masiva dirigida por odontólogos halló un aumento significativo en el porcentaje que tenía conocimiento correcto sobre salud periodontal, a través de programas como la radio, televisión, periódicos y revistas (30). En determinada población iraní el conocimiento periodontal de los participantes mostro una mejora significativa inmediatamente después de la campaña por medios de comunicación masiva pero el conocimiento disminuyo a los tres meses (31), similar al estudio en niños escoceses que usó comerciales en televisión para mejorar el conocimiento sobre salud bucal hallando una alta retención inmediatamente posterior a la campaña y menor en el seguimiento al mes (32). Así mismo, campañas de salud bucal que se extendieron en periodos más largos (2 años) han demostrado una mejora sostenible en el conocimiento sobre salud bucal en adultos de Nueva Zelanda destacando a los MCM por el acceso a mayor audiencia para mejorar el conocimiento (33).

Entonces la probabilidad de éxito sostenible aumenta sustancialmente con la periodicidad de la intervención; siendo la disponibilidad y el acceso a estos medios de comunicación elementos clave para persuadir y motivar a la población sobre su

salud bucal, representando una estrategia complementaria importante a diferencia de los medios convencionales (34). Sin embargo es fundamental considerar el contenido o información sobre salud bucal difundida por los medios de comunicación, debido a que muchas veces el mensaje que se transmite no representa comportamientos saludables proporcionando un déficit reforzado de conocimientos careciendo de un contexto social en el cuidado de la salud bucal así como lo refiere un estudio en Australia los mensajes en los medios de comunicación principalmente involucran productos odontológicos como pasta dental y productos de estética dental sin transmitir contenido preventivo sobre el específico cuidado en la salud bucal (35).

El estudio no encontró asociación significativa respecto al acceso de información sobre cuidado de salud bucal asociado al uso de medios de comunicación en el Perú. En cambio, en China al investigar el conocimiento y comportamiento sobre salud bucal en jóvenes de 12 a 15 años indicaron que la información la obtuvo principalmente de la radio y la televisión en 62.1%, 4.7% de carteles en los hospitales y el 8% obtuvo información en la escuela (36). Además, al evaluar la eficacia de los MCM para generar conciencia sobre carcinógenos orales y sus efectos en la cavidad oral, basado en el principio de cambio de comportamiento se concluyó que los MCM son una herramienta eficaz para generar conciencia y cambios de actitud en la sociedad, producir cambios positivos y prevenir cambios negativos (37). Por tanto, la evidencia señala la eficacia de los MCM y su aporte importante para mejorar el conocimiento sobre salud bucal siendo fundamental para

las sociedades, tener información sobre salud y salud bucal le da el poder al individuo y comunidad de alcanzar procederes, conductas y estilos de vida sana.

Por ende, tal y como es de verse existe evidencia objetiva que prueba que los medios de comunicación generan un gran impacto en la sociedad en cuanto al acceso a información sobre salud bucal. No obstante, en el Perú los MCM no están siendo empleados adecuadamente partiendo desde el Plan de Estrategia Publicitaria que ofrece el Ministerio de Salud, el cual si bien comprende la implementación de un proceso dinámico, eficaz y oportuno de la información interna cuando se elabora, lastimosamente este no contempla estrategias para mejorar el cuidado de la salud bucal (38), a sabiendas, que la caries es una de las enfermedades más prevalentes entre la población infantil y cuya severidad aumenta los seis primeros años de vida (39). Del mismo modo, al no promoverse el cuidado de la salud bucal a través de los MCM se la excluye tácitamente como determinante de la salud, asumiendo que la mejora de las prácticas y entornos saludables en la familia y comunidad respecto de ella no resultan relevantes, contraviniendo dicho plan respecto del primer de sus tres objetivos principales (38,40). Así, se puede concluir que para el MINSA la salud bucal no comporta un ítem mejorable en la salud pública, de modo que, no se permite verificar el impacto de los MCM en cuanto al acceso a información en salud bucal, invisibilizándolo y postergándolo permanentemente.

A la fecha el MINSA ha hecho uso de los MCM para principalmente realizar campañas de salud según el calendario de intervenciones y convocar a la población o acudir a sus hogares esporádicamente para aliviar en mayor o menor medida

algunos problemas de salud, cuando por el contrario estos debieran servir para que la población acceda a información sobre el cuidado de la salud integral de manera permanente y sostenible a lo largo del tiempo. Además para cualquier sistema de salud invertir en prevención es más beneficioso y los medios de comunicación son aún un medio poco explorado para el desarrollo de este, pues si bien se realizan algunos programas de promoción y prevención de la salud a través de los MCM en nuestro país la salud bucal no está considerada como parte fundamental de la salud en general, debido a que se le brinda poca importancia pese a que las enfermedades dentales y de sus estructuras de sostén son la segunda causa de morbilidad en la consulta externa en instituciones del MINSA y la caries es la enfermedad más prevalente entre la población infantil (39,41), razones que justifican elaborar un plan estratégico y difundir mediante el uso de los MCM sobre la prevención y control de enfermedades bucales. Sin embargo, hasta la fecha el MINSA no ha considerado incluir en el Plan de Estrategia Publicitaria que anualmente se desarrolla, la implementación de campañas informativas a fin de informar y sensibilizar sobre la importancia de la salud bucal, para generar un trabajo articulado entre la Oficina General de Comunicaciones y la Dirección de Salud Bucal (40). El problema quizá radica en la demanda presupuestaria que generaría el uso de los MCM, la falta de capacitación para desarrollar estos programas que garanticen su efectividad, o simplemente la desidia del sistema sanitario por no darle el reconocimiento a los MCM como una poderosa herramienta para que la sociedad adopte una conducta saludable.

De lo anterior deriva las acciones cada vez más variadas para planificar la prevención y promoción de la salud, pues los MCM juegan un papel determinante en la cobertura e impacto sobre la población en el acceso a información especialmente para referirnos al cuidado de la salud bucal, así también se afirme la idea de que el cuidado de la salud bucal impacta directamente en la salud general del individuo y su colectividad. Por ello no se debe de perder la oportunidad de aprovechar esta estrategia tan importante para la salud pública, así lograr un mayor alcance y difusión sobre temas de salud bucal, sobre todo a aquella población excluida y dispersa que no tiene acceso cercano a servicios de salud, pero si puede acceder a información sobre salud a través de los MCM, así disminuir la brecha de las inequidades.

Sin duda alguna los MCM son un instrumento potencial para la salud pública sobre todo porque esta lleva implícita las funciones de comunicar, difundir, estimular, disuadir o persuadir a la sociedad de manera diligente con recomendaciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades (7,8,26). Hoy las Tecnologías de la información y la Comunicación (TIC) facilitan considerablemente el acceso a información sobre salud, especialmente el Internet el cual estimula, disuade o persuade sobre la situación de salud de las personas y las inequidades que en esta pudieran manifestarse. Entretanto, si no se solucionan las inequidades en el acceso a los MCM y las TIC el gran potencial que estas tienen no lograra satisfacer las complejas necesidades de poblaciones diversas y a menudo desatendidas que viven en alto riesgo de enfermedades bucales promoviendo de esta manera la denominada brecha digital (11,29).

En efecto para alcanzar la equidad en salud, es necesario que la población pueda alcanzarla sin diferencias sociales, lo cual está directamente relacionado al derecho a la información, acceder a información para poder decidir mejor sobre las acciones para la salud del individuo (4,42), el cual es facilitado por los diversos medios de información y las recientes plataformas neo tecnológicas, las cuales influyen considerablemente en la situación de salud de la sociedad y las inequidades en salud (3), por cuanto tales medios provocan un fuerte impacto en la condición saludable individual y colectiva, siendo también este considerado una vía relevante y actor clave en el acceso a información en salud por la carta de Ottawa y a su vez contribuye los objetivos de desarrollo sostenible (22,43).

No cabe duda que plantear estrategias para el mejoramiento de la salud bucal de la sociedad a través de los medios de comunicación es un reto para la salud pública pues no solo se trata de un componente informativo, sin negar que son valiosas herramientas de difusión; pues la promoción y prevención en temas de salud mediante el uso de MCM necesitan de la exploración de las realidades sociales y dinámicas comunicacionales del territorio para generar un impacto real en la población y así constituirse en aliados estratégicos del programa de salud bucal propiciando la participación y empoderamiento de los beneficiarios directos a fin de garantizar que este sea sostenible y de calidad (22). Es preciso señalar factores limitantes del estudio, como la escasa investigación previa sobre el tema, la heterogeneidad del tamaño de la muestra y la pérdida de registros debido a la falta de solidez de los datos disponibles; sin embargo, al ser una encuesta de carácter

nacional estratificada y por conglomerados hace que la muestra sea representativa y confiable.

Entonces la profesión tiene la responsabilidad de promover salud para todas las personas, empoderar a las personas para mantener su salud bucal óptima, y abogar por los más vulnerables. El uso de MCM y diversas estrategias de comunicación de la información, se tornan fundamentales como factores colaborativos para las actividades educativas colectivas, pues la participación consiente y activa de la sociedad, logra fomentar el autocuidado y aumentar la concienciación sobre salud bucal. Con ese propósito resulta primordial conocer y evaluar el contenido de la información que se comunica y difunde con la finalidad de proponer nuevas metodologías, tácticas o estrategias que generen una mayor percepción, entendimiento y comprensión de dicho conocimiento.

## VI. CONCLUSIONES

En general se concluye que:

No existe asociación entre el acceso a información sobre el cuidado de salud bucal en niños menores de 12 años de edad y el uso de medios de comunicación masiva de sus familias en el Perú, 2018.

En específico se concluye:

1. La mayoría de niños menores de 12 años accedió a información sobre el cuidado de salud bucal cuyo proveedor principal fue el Ministerio de Salud, y la mayoría de familias lee periódico/revista menos de una vez a la semana, escucha radio menos de una vez a la semana, ve televisión al menos una vez a la semana, tiene celular y no tienen internet domiciliario.
2. Existió asociación entre acceso a información sobre el cuidado salud bucal de los niños menores de 12 años y la frecuencia de escuchar radio de sus familias.
3. Existió asociación entre acceso a información sobre el cuidado de salud bucal de los niños menores de 12 años y región, lugar de residencia, quintil de riqueza y edad.
4. No se encontró asociación entre acceso a información sobre el cuidado de salud bucal de los niños menores de 12 años y el uso medios de comunicación masiva de sus familias según región, lugar de residencia, quintil de riqueza y edad.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zegarra D. El ejercicio del derecho de acceso a la información pública en el Perú: marco jurídico administrativo. RDA. 2009; 8:315-40.
2. Rodríguez J. El derecho de acceso a la información pública. Boletín Informativo Mensual. 2014;38:36-40.
3. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Brasil: CNDSS. 2008. (Consultado: 15 de febrero de 2020). Disponible en URL: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)
4. Cartes RA. Alfabetismo en salud: bases conceptuales y evidencia en odontología. MEDISAN. 2015;19(4):562-70.
5. Rodríguez SC, Cabrera LC, Calero Y. La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. Rev Hum Med. 2018;18(2):384-404.
6. Yelo S. Los medios de comunicación masiva: una lengua nueva. CIC. 2017; 22:247-58.
7. Sandobal E. Impacto de los medios de comunicación de masas sobre la opinión pública. UAC Chile. 2015; 11:1-3.
8. Scarpati E., Ramírez G., Pantoja O. Influencia de los medios de comunicación en la condición de vida saludable: una revisión de literatura. Acta Odontológica Venezolana. 2015;53(1):1-4.

9. Marón S, Páez S, Denaro C. Alfabetismo en Salud Bucal. Una experiencia en poblaciones vulnerables de la provincia de Mendoza. Facultad de Odontología. UNCuyo. 2014;8(1):29-32.
10. Limonta E, Araujo T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. MEDISAN. 2000;4(3):9-15.
11. Castiel LD., Sanz-Valero J. El acceso a la información como determinante social de la salud. Nutr. Hosp.2010; 25(3):26-30.
12. Jardines JB. Acceso a la información y equidad en salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2007; 33(3):1-8.
13. Villavicencio-Montenegro AL, León-Manco RA. The impact of mass media on the access to oral care and hygiene information in Peru, 2013-2016. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2019;30(2):143-53.
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Comité Español. Convención Sobre los Derechos del Niño. Madrid: UNICEF; 2006.
15. Rodríguez-Álvarez JJ, Berbesí-Fernandez DY. Conocimientos de higiene oral de acudientes y su relación con caries en menores de cinco años. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2018; 36(2) 7-17.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ficha Técnica. Lima: INEI; 2018. (Consultado: 10 de febrero de 2020). Disponible en URL: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/documentos\\_2018/FICHA\\_TECNICA\\_ENDES\\_2018.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/documentos_2018/FICHA_TECNICA_ENDES_2018.pdf)
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles Y Transmisibles, 2018. Lima: INEI; 2018. (Consultado: 18

de agosto de 2020). Disponible en URL:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1657/index1.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/index1.html)

18. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53° Consejo Directivo de la OPS/ 66° Sesión del Comité Regional de la OMS. Washington; 2014. (Consultado: 5 de setiembre de 2020). Disponible en URL:  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/cd53-5-s.pdf>
19. Roberto LL, Noronha DD, Oliveira Souza T, Primo Miranda EJ, de Barros Lima Martins AME, Batista De Paula AM, et al. Falta de acceso a informações sobre problemas bucais entre adultos: abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23 (3): 823–35.
20. Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL. Health literacy: a pathway to better oral health . *Am J Public Health*. 2014; 104(7): 85-91.
21. Figueira T, Leite IC. Conhecimentos e Práticas de Pais Quanto à Saúde Bucal e suas Influências Sobre os Cuidados Dispensados aos Filhos. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 2008; 8(1):87-92.
22. Gómez - Granada JA. La Comunicación en la APS: Una experiencia más allá de los medios. *RCyS*. 2018; 8(1):11-25.
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estadísticas de las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Informe Técnico N° 01 marzo 2020. Lima: INEI; 2020. (Consultado: 26 de agosto

- de 2020). Disponible en URL: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/tecnologias-de-la-informaciontic/1/>
24. Consejo Consultivo de Radio y Televisión. Estudio sobre Consumo Televisivo y Radial. SocMark. 2019. (Consultado: 13 de setiembre de 2020). Disponible en URL: <http://www.concortv.gob.pe/investigacion/estudios-cuantitativos/2019-estudio-sobre-consumo-televisivo-y-radial-2/>
25. Forero JA. Céspedes FJ. La radio, la recepción, las audiencias, los hábitos de consumo y la producción de contenidos. Colombia: Editorial Universidad Católica de Manizales. 2018.
26. Méndez -Torres VM, Quintana - Madrigal J. Algunas consideraciones teóricas sobre la función de la radio en la promoción de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2017; 33(2): 238-50.
27. Magallanes MM. La radio comunitaria como mecanismo de aporte a la inclusión social: Análisis del componente comunicacional del programa nacional de alimentación escolar, Qali Warma. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015. (Consultado: 28 de agosto de 2020). <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/7662>
28. Sabrera SA. Radio comunitaria: Alternativa de comunicación y desarrollo en el distrito de San Martín de Porres de Lima metropolitana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002. (Consultado: 30 de agosto de 2020). [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/human/sabrera\\_o\\_s/indice\\_Sabrera.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/human/sabrera_o_s/indice_Sabrera.htm)

29. Aswini YB, Varun S, Pradnya H. Social Networking and Oral Health Education. *IJSS*. 2013;1(1):16-9.
30. Søggaard AJ. The effect of a mass-media dental health education campaign. *Health Education Research*.1988; 3(3): 243-55.
31. Gholami M, Pakdaman A, Montazeri A, Virtanen JI. Evaluation of the Impact of a Mass Media Campaign on Periodontal Knowledge among Iranian Adults: A Three-Month Follow-Up. *PLoS One*. 2017;12(1)1-13.
32. Saito H, Kawaguchi Y. Halitosis prevention campaign: a report of oral health promotion activities in Japan. *Int Dent J*. 2002;52: 197–200.
33. Croxson LJ. Periodontal awareness: the key to periodontal health. *Int Dent J*. 1993;43(2):167-77.
34. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*. 2010;376(9748):1261-71.
35. R. Jones K, Merrick J, Beasley C. A content analysis of oral health messages in Australian mass media. *Aust Dent J*. 2016;61(1):16-20.
36. Jianghong G, Jianping R, Lin Z, Hong Z, Ruizhe H, Jiangan T. Oral health status and oral health knowledge, attitudes and behavior among rural children in Shaanxi, western China: a cross-sectional survey. *BMC ORAL HEALD*. 2014; 14: 144- 151. Consultado: 29 de agosto de 2020).
37. Shrestha A, Rimal J. Effectiveness of a Mass Media Campaign on Oral Carcinogens and Their Effects on the Oral Cavity. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(3):819-23.

38. Resolución Ministerial 991-116/2016. Procedimiento para la elaboración del Plan de Estrategia Publicitaria del Ministerio de Salud). Lima: Ministerio de Salud; 2016.
39. Ministerio de Salud. Guía técnica: Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños. Dirección General de Intervenciones Estrategias en Salud Pública. Dirección de Salud Bucal. Lima: Ministerio de Salud; 2017.
40. Directiva Administrativa N°222-MINSA/2016/OGC. Procedimiento para la elaboración del Plan de Estrategia Publicitaria del Ministerio de Salud). Lima: Ministerio de Salud; 2016.
41. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud del Perú, 2018. Centro nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Lima: Ministerio de Salud; 2019.
42. Organización Mundial de la Salud. La salud es un derecho humano fundamental. Centro de prensa. Ginebra: OMS. 2017. (Consultado: 06 de Setiembre de 2020). Disponible en URL: <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>.
43. D' Agostino M. Estrategias de salud electrónica en la región de Las Américas: Situación actual y perspectivas. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2015; 32(2): 352-5.

## IX. TABLAS

**Tabla 1. Frecuencia de acceso a información sobre el cuidado de salud bucal de niños menores de 12 años y el uso de medios de comunicación masiva de sus familias en el Perú, 2018.**

VARIABLES	n	%
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
Frecuencia lee periódico/revista		
Menos de una vez a la semana	29037	74.88
Al menos una vez a la semana	9740	25.12
Frecuencia escucha radio		
Menos de una vez a la semana	20464	52.77
Al menos una vez a la semana	18313	47.23
Frecuencia ve televisión		
Menos de una vez a la semana	14695	37.90
Al menos una vez a la semana	24082	62.10
Tenencia de celular		
Si	32700	92.40
No	2688	7.60
Tenencia internet domiciliario		
Si	6794	19.20
No	28594	80.80

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

**Tabla 2. Acceso a información sobre el cuidado de salud bucal de niños menores de 12 años de edad según la frecuencia de uso de medios de comunicación masiva de sus familias en el Perú, 2018.**

MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA	INFORMACIÓN SOBRE SALUD BUCAL				p*
	Si		No		
	n	%	n	%	
Frecuencia lee periódico/revista					
Menos de una vez a la semana	10972	62.38	6618	37.62	0.91
Al menos una vez a la semana	3597	62.30	2177	37.70	
Frecuencia escucha radio					
Menos de una vez a la semana	7579	61.47	4750	38.53	<0.01
Al menos una vez a la semana	6990	63.34	4045	36.66	
Frecuencia ve televisión					
Menos de una vez a la semana	5431	61.72	3368	38.28	0.12
Al menos una vez a la semana	9138	62.74	5427	37.26	
Tenencia de celular					
Si	12538	63.13	7324	36.87	0.38
No	1010	62.04	618	37.96	
Tenencia internet domiciliario					
Si	2650	63.07	1552	36.93	0.97
No	10898	63.04	6390	36.96	

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

p: Significancia estadística.

\*:Prueba de Chi-cuadrado.

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

VARIABLES	INFORMACIÓN SOBRE SALUD BUCAL				p*
	Sí		No		
	n	%	n	%	
Región					
Amazonas	471	54.58	392	45.42	
Ancash	488	60.62	317	39.38	
Apurímac	483	58.97	336	41.03	
Arequipa	586	70.10	250	29.90	
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	78.00	202	22.00	
Ica	595	75.60	192	24.40	
Junín	535	66.71	267	33.29	
La Libertad	512	64.24	285	35.76	<0.01
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	59.90	330	40.10	
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	
Resto Costa	4427	62.87	2614	37.13	0.05
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	
Ciudad pequeña	4025	62.68	2396	37.32	<0.01
Pueblo	3625	65.10	1943	34.90	
Campo	4783	62.21	2906	37.79	
Quintil de riqueza					
Muy pobre	4133	63.53	2373	36.47	
Pobre	3566	60.06	2371	39.94	
Medio	3050	62.76	1810	37.24	<0.01
Rico	2358	63.10	1379	36.90	
Muy rico	1829	62.92	1078	37.08	
Tenencia de seguro de salud					
Si tiene	13691	61.40	8608	38.60	0.11
No tiene	3379	60.22	2232	39.78	
Sexo					
Hombre	8226	61.34	5185	38.66	0.56
Mujer	8844	61.00	5655	39.00	
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 a información sobre el cuidado de salud bucal de niños menores de 12 años de edad y el uso de medios de comunicación masiva de sus familias en el Perú, 2018.**

MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVA	INFORMACIÓN SOBRE SALUD BUCAL	
	RP (IC95%)	RPa (IC95%) <sup>a</sup>
Frecuencia lee periódico/revista		
Menos de una vez a la semana	Ref.	Ref.
Al menos una vez a la semana	1.00 (0.98-1.02)	0.99 (0.95-1.03)
Frecuencia escucha radio		
Menos de una vez a la semana	Ref.	Ref.
Al menos una vez a la semana	1.03 (1.01-1.05)	1.04 (1.00-1.08)
Frecuencia ve televisión		
Menos de una vez a la semana	Ref.	Ref.
Al menos una vez a la semana	1.02 (1.00-1.04) <sup>fzx</sup>	1.03 (0.99-1.07)
Tenencia de celular		
Si	Ref.	Ref.
No	0.98 (0.95-1.02)	1.02 (0.95-1.09)
Tenencia internet domiciliario		
Si	Ref.	Ref.
No	1.00 (0.97-1.03)	1.03 (0.98-1.08)

RP: Razón de prevalencia.

RPa: Razón de prevalencia ajustada.

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

## ANEXOS

### ANEXO N° 1: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN E VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	VALORES
Acceso a información de salud bucal	Es el proceso por el que un individuo expresa la necesidad de pedir y recibir información oportuna, útil y necesaria formando así una opinión propia en cada individuo, para mejorar su salud bucal y calidad de vida.	En los últimos 12 meses, es decir desde ___ del año pasado hasta ___ de este año ¿Ha recibido Ud. 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. Si 2. No
Proveedor de información de salud bucal	Entidad que proporciona información acerca de salud bucal ya sea pública o privada, por intermedio de una variabilidad de medios, en mejora de la salud bucal del individuo y su colectividad.	¿Dónde recibió información acerca de salud bucal?	Cualitativo	Politómica Nominal	1. Ministerio de Salud 2. EsSalud 3. FF. AA o FF. PP 4. Sector Privado 5. Medios de comunicación 6. Otros

Medios de Comunicación Masiva	Medio de divulgación y propagación de la información en cualquiera de los soportes sean estos escritos, audiovisuales, analógicos o digitales.	Tenencia de Equipos	Cualitativo	Dicotómica Nominal	1. Sí. 2. No.
Frecuencia con la que lee el periódico o revista	Cuánta de veces con la que una persona se informa a través del periódico.	¿Lee Ud. un periódico o revista?	Cualitativo	Politémica Nominal	1. Menos de una vez a la semana. 2. Al menos una vez a la semana.
Frecuencia con la que escucha radio	Cuánta de veces con la que una persona se informa a través de la programación radiofónica.	¿Usted escucha radio?	Cualitativo	Politémica Nominal	1. Menos de una vez a la semana. 2. Al menos una vez a la semana.
Frecuencia con la que ve la televisión	Cuánta de veces con la que una persona se informa por un medio televisivo.	¿Usted ve televisión casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?	Cualitativo	Politémica Nominal	1. Menos de una vez a la semana. 2. Al menos una vez a la semana.
Celular	Dispositivo inalámbrico con acceso a la red de telefonía móvil.	En su hogar tiene servicios como: ¿Celular?	Cualitativo	Dicotómica Nominal	1. Si 2. No
Internet	Facultad para conectar a Internet empleando terminales como computadoras y otros dispositivos.	En su hogar tiene Acceso a internet en casa	Cualitativo	Dicotómica Nominal	1. Si 2. No

COVARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPOS	ESCALA	VALORES
Región	Conocido como departamento, territorio con una jurisdicción y autoridad determinada.	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativo	Politómica Nominal	Una de las 25 regiones que constituyen el Perú, incluyendo la provincia constitucional del Callao.
Área de Residencia	Ámbito en la cual se reside.	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativo	Dicotómica Nominal	1. Rural. 2. Urbano.
Región natural	Zona delimitada por factores geográficos como relieve, clima y vegetación	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativo	Politómica Nominal	1. Lima metropolitana 2. Resto Costa 3. Sierra 4. Selva
Lugar de Residencia	Lugar en que la persona ha vivido de forma ininterrumpida durante al menos los últimos 12 meses.	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativo	Politómica Nominal	1. Capital, ciudad grande 2. Ciudad pequeña 3. Pueblo 4. Campo
Quintil de Riqueza	Categoría que se le asigna a un hogar dependiendo de las características de la vivienda, disponibilidad de bienes y servicios.	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativo	Politómica Nominal	1. Muy pobre 2. Pobre 3. Medio 4. Rico 5. Muy rico
Tenencia de Seguro de Salud	Es un servicio que te permite estar protegido y cubierto ante cualquier accidente o eventualidad médica de salud.	¿Tiene seguro de salud?	Cualitativo	Dicotómica Nominal	1. Sí. 2. No.

Sexo	Naturaleza orgánica que distingue a varones y mujeres.	¿Es Hombre o Mujer?	Cualitativo	Dicotómica Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hombre.</li> <li>2. Mujer.</li> </ol>
Edad	Medida del tiempo que una persona ha pasado desde el nacimiento hasta el presente actual.	¿Cuántos años cumplidos tiene?	Cuantitativo	De razón	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De 0 a 5 años</li> <li>2. De 6 a 11 años</li> </ol>

## **ANEXO N° 2: LISTA DE ABREVIATURAS**

- MCM : Medios de Comunicación Masiva
- ENDES : Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
- INEI : Instituto Nacional de Estadística e Informática
- ESSALUD : Seguro Social de Salud
- FFAA : Fuerzas Armadas
- MINSA : Ministerio de Salud
- SIS : Seguro Integral de Salud
- OMS : Organización Mundial de la Salud
- OPS : Organización Panamericana de la Salud
- CIE-UPCH : Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad  
Peruana Cayetano Heredia
- CONCORT : Consejo Consultivo de Radio y Televisión