



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD
BUCAL EN NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS SEGÚN
LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE
SALUD FAMILIAR EN EL PERU EN EL
AÑO 2016**

Trabajo de investigación para obtener el Título
Profesional de Cirujano Dentista

Miguel Alonso Aleman Longhi

María Alejandra Román Ocampo

Chiara Romy Christina Stucchi Altamirano

Lima - Perú

2018

JURADO EXAMINADOR

Presidente : Mg. Esp. Jorge Beltrán Silva

Calificador : Mg. Roberto A. León Manco

Calificador : Mg. Esp. César Del Castillo López

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 21 de Febrero de 2018

CALIFICATIVO : Aprobado con mención honorable

ASESORA

C.D: Natalie Hadad Arrascue

Departamento Académico de Odontología Social

DEDICATORIA

A nuestros padres por acompañarnos en este proceso de formación profesional, por no permitir que nos rindamos, y por encaminarnos de la mejor manera.

Gracias totales

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias por su apoyo constante desde el primer día en el que iniciamos la vida universitaria, por siempre confiar en nosotros y alentarnos a cumplir nuestras metas.

A nuestros asesores por siempre guiarnos y apoyarnos en conseguir nuestro objetivo.

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

RESUMEN

Objetivo: Fue determinar el acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2016.

Materiales y métodos: Estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. El procedimiento realizado fue ingresar a la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) donde se tuvo acceso a la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2016; posteriormente se descargó el archivo y se seleccionó las preguntas de acceso a información de salud bucal. Se analizó los resultados de acuerdo a las variables del estudio. Por último, se construyó tablas y mapas en función de los resultados encontrados. **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 26157 niños de 0 a 11 años. Se obtuvo un 61.67% (n=16132) de acceso y 38.33% (n=10025) de falta de acceso. El departamento con mayor acceso fue Huancavelica con 86.03% (n=739) y con menor acceso Ucayali 35.07% (n=397). La Región con mayor acceso fue la Sierra con 71.40% (n=5782) y menor acceso la selva con 46.29% (n=2492). El proveedor con mayor cobertura fue el MINSA con 62.26% (n=9115) y el menor fue Fuerzas Armadas y Policiales (FFAA. FFPP) con 0.21% (n=31). **Conclusiones:** La mayoría de niños de 0-11 años tuvo acceso a información de salud bucal según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional en el Perú en el año 2016.

Palabras claves: Acceso a la información, salud bucal (DeCS).

ABSTRACT

Objective: Determine the access to oral health information in children between 0 and 11 years old, according to the National Demographic Survey and Family Health, Peru, 2016. **Materials and methods:** It is a transversal, observational, descriptive and retrospective research. The method to be carried on will be to enter to the National Institute of Statistics and Information (INEI)'s web page to access the database of the 2016 National Demographic Survey and Family Health (ENDES). Later, the file will be downloaded, and the questions about access to oral health information will be selected. The results will be analyzed according to the research variables. Finally, charts and maps will be developed considering the results found. **Results:** The sample was composed of 26157 children, between 0 and 11 years old. There was 61.67% (n=16132) access and 38.33% (n=10025) lack of access. The department of Huancavelica had the most access with 86.03% (n=739), and the department of Ucayali had the least access with 35.07% (n=397). The region with the most access was the highlands with 71.40% (n=5782), and the jungle had the least access with 46.29% (n=2492). The supplier that had the most range was MINSA with 62.26% (n=9115), and the one with the least range was the Armed Forces (FF/AA) with 0.21% (n=31). **Conclusions:** The majority of children between 0-11 years had access to oral health information according to the National Demographic and Family Health Survey in Peru in 2016.

Key words: Access to information, oral health (DeCS)

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por departamento según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016	28
Tabla 2. Acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por departamentos y proveedores de servicios según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016.	29
Tabla 3. Acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por región natural y ámbito geográfico según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016	30
Tabla 4. Acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por región natural, ámbito geográfico y proveedor de servicios según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016	31

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
I. Introducción	1
II Objetivos	4
III. Materiales y métodos	5
IV. Resultados	8
V. Discusión	11
VI. Conclusiones	21
VII. Referencias bibliográficas	22
VIII. Anexos	25

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

CIE – UPCH	:	Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
ENDES	:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EPS	:	Entidades prestadoras de salud
EsSALUD	:	Seguro Social de Salud
INEI	:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINEDU	:	Ministerio de Educación
MINSAL	:	Ministerio de Salud del Perú
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
ONG	:	Organización No Gubernamental
PSE	:	Plan de Salud Escolar
TICs	:	Tecnologías de la Información y Comunicación

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2007, declara que el derecho a la salud abarca cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La accesibilidad implica que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de todos y considerar los aspectos físicos, económicos e informativos (1,2).

El acceso a libre información es actualmente considerado fuente de beneficio, bienestar y un derecho para toda sociedad; que en el área de salud está dentro de criterios sociales que propician la salud de todas las personas. Se considera como tal porque se ve influenciado por factores del comportamiento personal, socioeconómicos y culturales considerándose un determinante de la salud, cuya importancia radica en la facilidad con la que se puede promover salud haciendo uso de herramientas de comunicación, generar adquisición de hábitos y que contribuye a eliminar las brechas existentes en calidad de vida (3).

Cuando se habla de salud bucal y el acceso a información para prevenir enfermedades prevalentes, se sabe que sigue siendo problemas de índole público. Es por ello que es necesario que, dentro de las políticas de promoción de la salud, se incluya la salud bucal con estrategias de educación para salud y a su vez la implementación de hábitos de higiene (4,5)

La OMS, en colaboración con la comunidad internacional de salud bucal, crea alianzas con el objetivo de implementar estrategias globales de salud bucal. En el Perú; Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Fuerzas

Policiales, Empresas o entidades privadas u organismos no gubernamentales vienen brindando información sobre salud oral a través de la atención individual (consejería) y/o colectiva (sesiones educativas) (6,7).

La salud bucal de los niños es hoy en día una de las metas principales dentro de las políticas de salud de los países, desarrollando programas preventivos con gran énfasis en actividades de promoción de hábitos saludables que se aplican desde los primeros años de vida con el objetivo de disminuir la caries dental infantil (8)

La incorporación de hábitos y conductas se logran a través de técnicas educativas y afectivo-participativas, las cuales se adquieren durante toda la vida; sin embargo, durante la infancia, niñez y adolescencia son importantes para formar actitudes positivas que serán difíciles de cambiar más adelante, por lo que se considera la etapa ideal para la educación para salud general y bucal (9,10)

La información sobre salud bucal a la que tengan acceso las personas es crucial para determinar la autopercepción de salud oral de las mismas, porque son capaces de evaluar el tipo de hábitos que tienen y el nivel de conocimiento adquirido en el tema. Según Moyaho-Bernal et al(11), niños entre 8 a 12 años calificaron a su salud bucal como “regular” debido a que tenían deficiencias en el hábito del cepillado y padecían de caries dental, evidenciando que el conocimiento que tengan los niños sobre salud bucal les permite modificar hábitos y conductas hacia salud-enfermedad.

El nivel de conocimiento acerca de salud bucal en niños está relacionado directamente al acceso que se tiene a la información. Según Avalos-Márquez et al (12), encontró que; aunque la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud

oral, la mayoría presentó una higiene oral deficiente, lo que demuestra que aportar información es insuficiente si es que esta no logra motivar y provocar la modificación del comportamiento, instaurando hábitos más saludables en salud oral.

Hay evidencia que el acceso a información sobre salud bucal es una estrategia para la promoción de salud, la cual está constituida en forma de enseñanza, que pretende brindar conocimientos a niños y adultos a un proceso de cambio y mejoramiento de conducta y prevención de las enfermedades (13).

En la literatura se encuentra artículos relacionados al acceso, servicio y nivel de conocimientos que tiene la población en salud bucal. Sin embargo, no hay estudios ni registros sobre el acceso a información. Por tal motivo es necesario saber el alcance de la información sobre salud bucal que brindan las entidades públicas y privadas a través de sus programas de promoción y prevención; para poder así identificar las deficiencias, aceptación y empleo de estas medidas, y analizar el efecto que generan en dicha población. De esta manera, se puede mejorar tanto el acceso a información como las intervenciones preventivas y de promoción de salud.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016

Objetivos Específicos:

1. Determinar el acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por departamentos según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016.
2. Determinar el acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por departamentos y proveedores de servicios de salud según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016.
3. Determinar el acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por región natural y ámbito geográfico según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016.
4. Determinar el acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por región natural, ámbito geográfico y proveedores de servicios de salud según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016.

III. MATERIAL Y METODOS

El presente estudio fue de tipo transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo. La muestra fue la misma que la población y se obtuvo por el método de conglomerado y estratificado. Se analizaron los registros de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016, la cual tiene un total de 42.950 registros de niños de 0 a 11 años de edad con datos sobre acceso a información de salud bucal. En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron los datos completos de niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016; y se excluyeron los registros que no contaron con todas las variables del estudio.

La construcción de las variables fue realizada a partir del objetivo general “Determinar el acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016”. Teniendo como variables referentes: 1) Acceso a información de salud bucal: Es el proceso por el cual una persona recibe o busca información para beneficio propio y para una mejora de su salud bucal, por ende, mejorando su calidad de vida. Se obtuvo dicha información de los resultados de la siguiente pregunta de la base de dato 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? Es una variable de tipo cualitativo de escala dicotómica nominal donde las respuestas fueron: 1=si, 2=no. 2) Departamentos: División territorial que está sujeta a una autoridad administrativa. Se obtuvo la información según lo indicado por la base de datos ENDES. Es una variable

de tipo cualitativo de escala politómica y nominal donde las respuestas fueron: 1=Amazonas, 2=Ancash, 3=Apurímac, 4=Arequipa, 5=Ayacucho, 6=Cajamarca, 7=Callao*, 8=Cuzco, 9=Huancavelica, 10=Huánuco, 11=Ica, 12=Junín, 13=La Libertad, 14=Lambayeque, 15=Lima, 16=Loreto, 17=Madre de Dios, 18=Moquegua, 19=Pasco, 20=Piura, 21=Puno, 22=San Martín, 23=Tacna, 24=Tumbes 25=Ucayali.

3) Región natural: Unidad Territorial caracterizada por relieve, clima, flora y fauna que constituye una región natural. Se obtuvo la información según lo indicado por la base de datos ENDES. Es una variable de tipo cualitativo de escala politómica y nominal donde las respuestas fueron: 1=Costa, 2=Sierra, 3=Selva.

4) Ámbito geográfico: es el entorno en el que se desenvuelven grupos humanos relacionándose con el medio ambiente. Se obtuvo la información según lo indicado por la base de datos ENDES. Es una variable de tipo cualitativo de escala dicotómica y nominal donde las respuestas fueron: 1=Urbano, 2=Rural

5) Proveedor de servicios de salud que brinda la información acerca de salud bucal: Entidad pública o privada que brinda información acerca de salud bucal, la cual puede ser por medio de distintas vías, para la mejora de la salud bucal de la población. También se obtuvo la información de los resultados de la siguiente pregunta de la base de datos de la encuesta ENDES: ¿Dónde recibió la información acerca de salud bucal? Es una variable de tipo cualitativo de escala politómica nominal donde las respuestas fueron: 1=Ministerio de Salud, 2=EsSalud, 3=FF.AA o FF. PP, 4=Municipalidad, 5=Sector Privado, 6=ONG/Iglesia, 7=Organizaciones de Base, 8=Medios de comunicación, 9=Instituciones educativas, 10=Familiares/vecinos/amigos, 11=Otro, 12=no sabe/no recuerda.

Se obtuvo la base de datos empleada ingresando a la página web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) www.inei.gob.pe, donde se dio click a la opción

base de datos, y luego en microdatos para posteriormente entrar a consultas por encuestas y se procedió a elegir Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2016 en periodo único. Se seleccionó la opción encuesta de salud, se descargó completamente, de la misma se seleccionaron las preguntas de acceso a información de salud bucal en la población de niños de 0 a 11 años. Posteriormente se procedió a analizar los resultados de la base de datos y se obtuvo los registros finales de las respuestas brindadas. Luego se fueron evaluando de acuerdo a las variables del estudio y por último se construyeron tablas y mapas en función de los resultados encontrados.

El estudio se realizó luego de recibir la aprobación Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con fecha 01 de febrero del 2018 con código SIDISI N°101867

Se realizó un análisis descriptivo mediante la obtención de las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, con los programas Excel 2016 y SPSS v. 24.0.

IV. RESULTADOS

Según la base de datos depurada se tiene que la muestra estuvo conformada por 26157 registros de niños de 0 a 11 años. De la muestra, el 61.67% (n=16132) tuvo acceso a información en salud bucal y el 38.33% (n=10025) no tuvo acceso a información en salud bucal.

Según el acceso a información de salud bucal por departamentos, el que tuvo mayor acceso a información fue Huancavelica con 86.03% (n=739), seguido por Apurímac 81.37% (n=690) y los departamentos con menor acceso fueron Ucayali 35.07% (n=397) y Madre de Dios con 44.82% (n=415), marcando la diferencia de porcentajes como un No acceso a información de salud bucal (Tabla N°1).

Según el proveedor de información, el MINSa sigue siendo el de mayor cobertura. En Ayacucho el MINSa fue el proveedor que brindó más información con 86.73% (n=634), seguido de EsSalud con 4.51% (n=33) y por medios de comunicación con 3.56% (n=26). El segundo departamento con mayor cobertura por el MINSa fue Apurímac con un porcentaje de cobertura de 86.17% (n=542), seguido por medios de comunicación con 4.45% (n=28) y por EsSalud con 3.97% (n=25). El tercer departamento con mayor cobertura por el MINSa fue Huancavelica con un porcentaje de 81.96% (n=559), seguido por Instituciones educativas con 6.45% (n=44) y por medios de comunicación con 5.72% (n=39) (Tabla N°2).

La provincia constitucional del Callao fue la de menor cobertura en cuanto a acceso a información de salud bucal por el MINSa con un porcentaje de 43.15% (n=233), seguido por el sector privado con 20.00% (n=108) y por EsSalud con 19.44% (n=105).

El segundo departamento con menor cobertura por el MINSA fue Moquegua con un porcentaje de 44.13% (n=233), seguido por EsSalud con 20.83% (n=110) y por medios de comunicación con 14.02% (n=74). El tercer departamento con menor cobertura por el MINSA fue Arequipa con un porcentaje de 46.20% (n=243), seguido por el sector privado con 24.90% (n=131) y por medios de comunicación con 13.50% (n=71). El departamento de Lima, capital del Perú, tuvo un porcentaje de cobertura por el MINSA de 48.64% (n=856), seguido por el sector privado con 18.92% (n=333) y por EsSalud con 14.09% (n=248) (Tabla N°2).

De acuerdo a la distribución por regiones, la región con mayor acceso a información de salud bucal fue la Sierra con 71.40%(n=5782) y no acceso de 28.60%(n=2316), seguido por la Costa con 61.99%(n=7858) y 38.01%(n=4818) de no acceso; y la región con menor acceso fue la Selva con 46.29%(n=2492) y con 53.72%(n=2891) de no haber recibido acceso a información de salud bucal. En el ámbito Urbano-Rural, la zona urbana con 62.47%(n=11230) tuvo mayor porcentaje de acceso a información a diferencia de la zona rural que tuvo menor acceso con 59.92%(n=4902) (Tabla N°3).

El acceso a información de salud bucal en las regiones del país por proveedor de servicios se distribuye de la siguiente manera. El MINSA es el que proporciona mayor información de todos los proveedores con 62.25% (n=9115), siendo específicamente la de mayor acceso la Sierra con 72.93% (n=3807), seguido de la Selva con 70.34% (n=1629) y la Costa con 51.78% (n=3679). El proveedor de servicios de salud que le sigue es ESSALUD con 10.74% (n=1572); luego continúa el Sector privado con 9.73% (n=1426), los Medios de comunicación 8.34% (n=1221), y las Instituciones educativas 6.73% (n=986) (Tabla N°4).

Dentro de la Sierra los proveedores de salud que mayor información brindan después del MINSA, son los medios de comunicación con 7.01% (n=366), ESSALUD con 6.86% (n=358), y las Instituciones Educativas con 6.19% (n=323). Por otro lado, en la región Selva tiene acceso a información en salud bucal principalmente por ESSALUD 9.46% (n=219), seguido de las Instituciones Educativas con 8.07% (n=187), y los medios de comunicación con 5.40% (n=125). En la región Costa, el Sector privado le sigue al MINSA con 14.61% (n=1038), luego se tiene a ESSALUD con 14% (n=995), y a los medios de comunicación con 10.27% (n=730) (Tabla N°4).

En el ámbito urbano destacó el MINSA con 52.15% (n=5264), seguido de ESSALUD 14.61% (n=1475), Sector Privado 13.24% (n=1336), Medios de comunicación 10.30% (n=1040), y las Instituciones Educativas con 7.12% (n=719). Mientras que en el ámbito rural el MINSA representó el 84.67% (n=3851), antes que otros proveedores de servicios de salud como, las Instituciones Educativas con 5.87% (n=267) y los Medios de comunicación con 3.98% (n=181), siendo estos últimos los que le siguen en porcentaje (Tabla N°4).

V. DISCUSIÓN

El sistema nacional de salud se encuentra interrelacionado con organizaciones, instituciones, dependencias y recursos, incluidos los que se encuentran en relación con diferentes sectores que brindan servicios de salud y son conformados por las personas que actúan en él y las actividades realizadas. Todos los países cuentan con un sistema nacional de salud con el objetivo de mejorarla y protegerla de los riesgos de enfermedades y secuelas (14).

El acceso a servicios de salud sólo alcanza el 61.9% a nivel nacional para el año 2016, a pesar que el acceso a salud es un derecho de todos los peruanos establecido en la Constitución de 1993 y en la Ley General de Salud N° 26842 de 1997 (15). En el caso a servicios odontológicos los últimos reportes del año 2015, indican que la cobertura en los niños de 0 a 11 años fue de 47.6% y en los adultos mayores 60 años de edad fue de 77.3%. Datos no publicados aún, indican que para el año 2016, el acceso en niños menores de 12 años disminuyó levemente hasta 47.3%, al igual que el acceso en mayores de 60 años hasta 76.3%, siendo para los hombres de esta edad un 75.4% y para mujeres un 77.0%.

La caries dental es la enfermedad oral más prevalente alrededor del mundo, y más en niños en edad escolar. Aproximadamente el 90% de los niños de edad escolar en el mundo han experimentado caries dental, con mayor prevalencia en Asia y Latinoamérica. La literatura demuestra que la incidencia de esta enfermedad ha aumentado en la última década en países desarrollados como en los no desarrollados. La caries dental afecta el bienestar y salud general de todo aquel que la padece, pero

en los niños causa alteraciones en la nutrición, desarrollo y calidad de vida a temprana edad (16) (17).

La mencionada enfermedad se puede prevenir mediante la modificación de hábitos, prácticas y actitudes. Sin embargo, se debe mencionar que todo lo anterior son medidas que toda persona conoce teniendo acceso a información correcta; es así que actualmente se les da mucha importancia a los programas de promoción de salud oral. Éstos, buscan que, a través de la educación en salud oral, las personas puedan tomar decisiones que protejan su salud oral (18).

En el caso de Perú obtener información sobre salud bucal es deficiente debido a la falta de acceso, y entendimiento del público. De acuerdo a los datos del INEI y ENDES en el 2016 se registró el acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años con un 61.67% de acceso a y 38.33% de falta de acceso a nivel nacional (2).

Con R. M. N° 649-2007/MINSA, se establece a la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal de la Dirección General de Salud de las Personas; la cual se reestructura con R.M. N° 525-2012/MINSA, teniendo entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida en el marco de la atención integral de salud (19), lo cual relacionándolo con el acceso a información de salud bucal según departamentos, se encontró con mayor acceso a Huancavelica con 86.03% y Apurímac con 81.37% y los de menos acceso fueron Madre de Dios con 44.82%, y Ucayali con 35.07%. En este punto, es importante considerar que el acceso a información de salud bucal en dichos departamentos puede deberse a que al ser considerados como los más pobres sus habitantes están inscritos en el Sistema Integral de Salud (SIS) perteneciente al

MINSA, el cual implementó programas como Módulo de promoción de la salud de la higiene bucal en el marco del plan de salud escolar y la atención a la población asegurada al SIS.

Como se sabe, existen diversos proveedores de información de salud bucal a los cuales los usuarios pueden acceder. No todos estos proveedores tienen la capacidad de tener una cobertura de los usuarios igual. Según departamento, la cobertura que tienen los proveedores difiere, pero según los resultados obtenidos se observa que el MINSA brindó mayor acceso a información de salud bucal a nivel nacional con un 62.26%. Los departamentos del Perú donde el MINSA tuvo mayor cobertura fueron Ayacucho (86.73%), seguido por Apurímac (86.17%) y Huancavelica (81.96%). Estos tres departamentos pertenecen a la región de la sierra del Perú, donde el índice de pobreza es el más alto del país (20).

En el 2016, el Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) fue de 13471156438 de soles donde el mayor beneficiado de ese monto fue el MINSA, ya que es la entidad de salud en el Perú que recibe el mayor presupuesto. Con este presupuesto, el MINSA es capaz de realizar obras, crear programas de prevención y promoción, tener mayor alcance y cobertura a la población (20).

El MINSA tiene programas de prevención y promoción de salud bucal como el plan de salud escolar que desde el año 2015 ha incorporado la actividad preventiva y recuperativa en salud bucal. Esto significa que cada niño recibirá una evaluación estomatológica, instrucción de higiene oral con entrega de pasta y cepillo y aplicación de flúor barniz para prevenir el desarrollo de caries, así como la atención recuperativa

de las lesiones mediante obturaciones dentales priorizando las regiones de mayor pobreza como la sierra (21)

También, de acuerdo al Convenio N° 004 de Cooperación Técnica entre el MINSa y el Ministerio de Educación (MINEDU), se implementó el Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas; un valioso espacio para alcanzar la formación de estilos de vida saludables, sobre todo, si se inicia la promoción de una cultura en salud en edades tempranas (21).

El segundo proveedor de salud bucal más importante según los resultados del presente estudio fue EsSalud. Esta entidad tiene una cobertura del 10,74% a nivel nacional. Los departamentos donde EsSalud tuvo mayor cobertura fueron Moquegua (20,83%), seguido por Lambayeque (19,45%) y Pasco (19,44%). EsSalud es un organismo de salud público enfocado al sector trabajador y a la promoción social. Luego del MINSa, EsSalud es el segundo proveedor de salud con mayor capital para operaciones. A diferencia del MINSa que recibe el presupuesto del estado peruano, el 98% del financiamiento de EsSalud son las contribuciones de los asegurados provenientes de las aportaciones correspondientes al fondo de ley (20).

Si se analizan los resultados obtenidos, los tres departamentos con mayor cobertura en acceso a información de salud bucal son ciudades grandes e importantes del Perú, pero empíricamente, se puede decir que la privatización de los servicios de salud no es tanta a comparación de la capital. Como se mencionó anteriormente, los pobladores aportan parte de su sueldo mensual al seguro social (EsSalud) para tener una cobertura tanto suya como de su familia. Empíricamente, se puede decir que al estar incluidos todos

los servicios de salud para los asegurados, éstos tienen acceso a servicios de salud bucal y a su vez tienen acceso a información y prevención en salud bucal. EsSalud también tiene programas de promoción y prevención enfocado a niños para lograr una cobertura y conocimiento acerca de salud mayor en sus asegurados (22).

Por ejemplo, desde el año 2012, EsSalud implementó a nivel nacional el programa Aprendiendo a Sonreír; que está orientado a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, con énfasis en el binomio madre niño y primera infancia (23). Por otro lado, también cuentan con el programa “EsSalud, escuela sin caries”, que con un plan piloto en un colegio de San Isidro y extrapoliándolo a nivel nacional tiene como propósito mejorar la salud bucal de la población preescolar y escolar, entregando conocimientos y herramientas necesarias e importantes para que se mantengan saludables (24).

En cuanto al sector privado de salud, fue el tercer proveedor de información en salud bucal con mayor cobertura a nivel nacional con 9,74%. Los departamentos donde el sector privado predominó en cobertura fueron Arequipa, seguido por Callao y por último Lima. Existe una gran parte de la población que opta por acudir a consultas de salud de forma privada. En el Perú, se puede encontrar servicios de salud privado en su mayoría en las ciudades más desarrolladas y las cuales pueden tener una economía sostenible. En los últimos 12 años, el gasto del sector privado de salud se triplicó. La expansión del sector privado de salud fue acelerada y crece cerca de 15% por año, debido al aumento del empleo formal, de los afiliados a los seguros privados de salud y de las personas que buscan mejorar su atención médica (25). En un estudio llevado a cabo por el MINSA, se encontró que el 91% de los encuestados cree que la atención

en un establecimiento privado es muy buena a comparación de los hospitales públicos del MINSA donde solo el 18% de los encuestados cree que la atención es buena (26). En el Perú existen 42 130 odontólogos colegiados, donde todos al querer mejorar económicamente buscan establecerse en una clínica odontológica o abrir un consultorio propio. Al haber tanta competencia laboral, también existe una competencia económica en cuanto al servicio brindado, logrando así que más personas tengan acceso a servicios privados de salud odontológica e información de prevención de salud bucal. (27)

Los medios de comunicación han ganado en los últimos años mucha cobertura en el campo de la promoción y prevención de la salud bucal. En los resultados obtenidos, se tiene que los medios de comunicación tuvieron una cobertura nacional de 8.34%. Según el INEI en el 2017, el 92% de hogares en el Perú tiene acceso a un tipo de tecnología de la información y comunicación (TIC). Las TIC comprenden la telefonía (móvil y fija), el Internet (banda ancha, módem, Wi-Fi), televisión (antena, cable, digital o satelital), radio, entre otras (28).

Las empresas proveedoras de implementos de higiene bucal como Colgate[®], Oral B[®], Dento[®], entre otras; juegan un rol importante en el acceso a información de salud bucal mediante medios de comunicación. Estas empresas cuentan con información para los usuarios en sus respectivas páginas web acerca de salud oral y así mismo las difunden mediante spots publicitarios en medios de comunicación concurridos por toda la población. El MINSA, viene realizando campañas por medios de comunicación acerca de temas de salud importantes para la población, pero todavía no abarcan temas de salud bucal (29).

Otros países como Inglaterra y Estados Unidos usan los mensajes de textos para enviar información sobre prevención en salud oral, hábitos correctos y recordatorios de visitas al especialista logrando que las personas mejoren en el cuidado de su salud bucal. Así lo demuestra el estudio de Hashemian, Kritz y Baker, que, a través de mensajes de texto para madres con niños de 5 años, lograron que ellas cambien el consumo de bebidas gaseosas, dulces y golosinas; e incluso mejoren cuidado oral en casa (30).

En Perú la gran parte de barreras al acceso a salud bucal se deben a las brechas económicas y la poca accesibilidad a los lugares más alejados, lo que requiere una especial atención para brindarle a todas las personas una oportunidad de atención, prevención, promoción de su salud general y oral. Por lo anteriormente mencionado se viene haciendo un esfuerzo por eliminar las inequidades desde el año 2005 con la implementación del Plan Nacional de Salud Bucal, sin embargo, los resultados no evidencian cambios (31).

Según la Base de Datos de establecimientos de salud del MINSA brindada por la Oficina General de Estadística e Informática, en el Perú hay 15,150 establecimientos del sector salud y de ellos 7,862 son del MINSA, y otros 7,288 son de instituciones privadas, seguros e incluso consultorios particulares. A nivel nacional en el año 2015 el acceso a servicios odontológicos fue de un 47.6%, y no tuvieron acceso un 52.4% de la población (32).

Lo anteriormente descrito explica la cobertura del MINSA en cuanto a acceso a información en salud oral, ya que teniendo presencia en más del 50% del país es de

esperarse que sea el proveedor de servicios que más información brinda en las tres regiones; tal como lo demuestra los resultados del estudio.

El acceso a los servicios odontológicos en las regiones naturales del país sigue siendo desproporcionado o mejor dicho no equitativo, ya que en la Sierra es 52.4%, en la Costa se logra un 51.3%, y la Selva 36.5%, viéndose reflejado en el acceso a información en salud bucal ya que específicamente es la de mayor acceso la Sierra con 72.93%, seguido de la Selva con 70.34% y la Costa con 51.78%. En ambos casos la Sierra lidera, el cambio se ve en acceso a información cuando la región Selva está por delante que la Costa pudiéndose explicar porque siendo una zona vulnerable se concentran más los programas como Juntos o Plan de Salud Escolar (PSE), para acortar las diferencias existentes como lo vienen explicando los resultados desde el 2014; sin embargo, la Selva sigue siendo relegada tal vez por las barreras geográficas que no facilitan la accesibilidad, o las culturas y socioeconómicas que son aún más complicadas de superar (33).

Un similar panorama se presenta cuando se compara el acceso en el ámbito urbano y rural, el cual se concentra en la zona urbano con 51.3%. Mientras que en el ámbito urbano destaca MINSA, ESSALUD, el sector privado y los medios de comunicación como lo indican los resultados del estudio; en el espacio geográfico rural lidera el MINSA con un amplio 84.67%, seguido de Instituciones educativas 5.87%. Lo anterior es entendible porque el nivel socioeconómico genera las diferencias como el poder tener o no acceso a medios de comunicación o consultas privadas. También es de esperar que el MINSA esté más presente en la zona rural por el despliegue de su Plan Salud Escolar que lleva a comprender la presencia importante de las Instituciones

Educativas en cuanto al acceso a información, o es más claro cuando se sabe que los afiliados al SIS representan un 54.4%, y el 61.3% son atendidos en el MINSA (34).

El MINSA incorpora el Plan de Salud Escolar como estrategia que permite calidad de vida, detección temprana, prevención y atención oportuna. Se seleccionaron 2325 instituciones educativas del país. Este esfuerzo se puede evidenciar mediante los resultados del estudio ya que en las tres regiones del Perú las Instituciones Educativas son uno de los proveedores de acceso a información de mayor prevalencia, y con mayor presencia en la Sierra y Selva con 6.19% y 8.07% respectivamente; por lo que el PSE es una estrategia que permite brindar información para promover hábitos que tengan por objetivo la prevención principalmente de la caries dental (35, 36).

El mismo ministerio a través del plan de salud escolar decide implementarse no solo en escuelas sino también en el programa Qali Warma con un total de beneficiados de 3 millones de niños, que reciben evaluaciones nutricionales, dosajes de hemoglobina, vacunas, lentes, salud dental y educación en salud. Se decide implementar en el mencionado programa por estar dirigido a población más vulnerable del país. Según el INEI la Sierra concentra la mayor pobreza extrema con 8.3%, seguida de la Selva 6.5% y Costa 0.5% , y para el 2016 la Sierra y Selva del país tenían un 80% de prevalencia de caries dental; estos datos concuerdan con los resultados que la Sierra y Selva son las regiones con mayor acceso a información de salud bucal, esto se explica que por concentrar la población más vulnerable son también, las zonas en donde los programas de promoción y prevención toman mayor importancia (37, 38).

El presente estudio reveló que el acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años específicamente, es una realidad en el Perú, pero no se da de manera equitativa

haciendo referencia a las brechas en cuanto al acceso en departamentos, regiones y ámbitos geográficos. Es importante tener en cuenta los resultados encontrados para afrontar la problemática del déficit de los programas preventivos y promocionales existentes, con el fin de lograr mayor cobertura a nivel nacional.

Finalmente, el impacto de saber que los niños deberían tener mayor acceso a información mediante instituciones educativas, familiares, vecinos, amigos y medios de comunicación, nos lleva a concluir que los resultados del estudio revelan que son los menores proveedores y no existe un enfoque correcto en cuanto a las políticas de salud bucal nacionales, de esta manera se debe de proponer la mejora en ellos para poder aprovechar el alcance que pueden generar estos.

VI. CONCLUSIONES

De forma general se concluye que el acceso a información de salud bucal fue mayoritario en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional en el Perú en el año 2016. Y de forma específica que la población con mayor acceso a información de salud bucal fue Huancavelica y el de menor acceso fue Ucayali. En relación a los proveedores de servicios de salud, el MINSA es el que mayor acceso a información brinda, y el menor son las Fuerzas Armadas y Policiales según los resultados. La región con mayor acceso a información fue la Sierra y la de menor la Selva y el ámbito geográfico que tuvo mayor acceso fue la zona urbana y la de menor la zona rural. Finalmente, el principal proveedor fue el MINSA tanto en acceso según departamentos, regiones y ámbito geográfico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud, Nota descriptiva N°323. Ginebra: OMS; 2015. (Consultado el 08 Enero de 2018). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. (Consultado el 14 de Enero de 2018). Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/cap-021.htm>
3. Castiel L, Sanz-Valero J. El acceso a la información como determinante social de la salud. *Nutr Hosp*. 2010; 3(3): 26-30.
4. 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.
5. Limonta E, Araujo T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. *MEDISAN*. 2000; 4(3): 9-15.
6. Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Rev Estomatol Herediana*. 2013; 23(2): 101-8.
7. Organización Mundial de la Salud. The global oral health programme at WHO headquarters. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
8. Bosch R, Rubio M, García F. Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. *Odontoestomatol*. 2012; 28(1): 17-23.
9. Ruiz N, González E, Soberats M. Modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en educandos de la enseñanza primaria. *MEDISAN*. 2004; 8(3): 24-26.
10. Hirose M. Programa de educación para la salud. México D.F.: Departamento de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México; 2002.
11. Moyaho A, Lara M, Espinosa I, Muñoz G. La auto-percepción de la salud general y bucal en los niños de Puebla, Mexico. *Rev Soc Odontol La Plata*. 2010; 11(2): 21-26.
12. Ávalos J. et al. Nivel de Conocimientos en Salud Oral Relacionado con la Calidad de la Higiene Oral en Escolares de una Población Peruana. *Kiru*. 2015; 12(1): 61-5.
13. Rocha A. Analysis of access to oral health services: An indicator of equity. *Rev Gerenc. Polit. Salud*. 2013; 12(25): 96-112.
14. Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(4):747-53
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cobertura de salud en el Perú en el año 2016 (Consultado el 04 de febrero de 2018). Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>
16. Chen et al. Dental caries status and its associated factors among 5-year-old Hong Kong children: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2017; 17:121
17. Al-Darwish MS. Oral health knowledge, behaviour and practices among school children in Qatar. *Dent Res J*. 2016; 13:342-53.

18. Hoefft K, Barker J, Shiboski S, Pantoja E, Hiatt R. Effectiveness evaluation of Contra Caries Oral Health Education Program for improving Spanish-speaking parent's preventive oral health knowledge and behaviors for their young children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016; 44; 564–576
19. Ministerio de Salud. Prevención para la salud. Estrategias Sanitarias. Salud Bucal [Internet] Ministerio de Salud. 2012. (Consultado el 04 de febrero) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2#Prevención%20para%20la%20Salud>
20. Lazo O, Alcalde J, Espinosa O. El sistema de salud en Perú, situación y desafíos [Internet]. Lima: REP; 2016 (Consultado el 04 de febrero del 2018).84p. Disponible en: <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf>
21. MINSA. Más de 342 mil escolares recibirán atención en salud bucal. Sala de Prensa [Internet] 2015 (Consultado el 03 de febrero del 2018) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16536>
22. El peruano. Regiones del país muestran mayor dinamismo económico. Publicaciones oficiales [Internet] 2016 (Consultado el 04 de febrero del 2018) Disponible en: <http://www.elperuano.com.pe/noticia-regiones-del-pais-muestran-mayor-dinamismo-economico-38125.aspx>
23. EsSalud. Programa permanente de salud bucal materno infantil aprendiendo a sonreír [Internet] EsSalud. 2012. (Consultado el 04 de febrero del 2018) Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-anuncio-programa-permanente-de-salud-bucal-materno-infantil-aprendiendo-a-sonreir>
24. EsSalud. Seguro Social impulsó programa “Escuelas sin caries” [Internet] EsSalud 2015. (Consultado el 04 de febrero del 2018) Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/seguro-social-impulso-programa-essalud-escuelas-sin-caries-en-colegio-de-san-isidro/>
25. Datos sobre la salud en el Perú [Internet]. UPN Blog. 2016 (Consultado el 04 de febrero del 2018) Disponible en: <http://blogs.upn.edu.pe/salud/2016/02/17/datos-sobre-la-salud-en-el-peru/>.
26. Valenzuela A. Visión del sector privado de salud con respecto a las Asociaciones Público Privadas [Internet]. Lima; 2008 (Consultado el 04 de febrero del 2018) Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/ogpp/app/eventos/presentaciones%20event1/APPs%20Clin%20Privadas%20Valenzuela.pdf>.
27. Colegio Odontológico del Perú. Buscador nacional de cirujanos dentistas por regiones [Internet] 2018 (Consultado el 04 de febrero del 2018) Disponible en: <http://www.cop.org.pe/buscador-nacional>
28. INEI. Estadísticas de las Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Informe Técnico N° 4. Diciembre 2017 [Internet] 2017 (Consultado el 04 de febrero del 2018) Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-n04-tecnologias-de-informacion-jul-ago-set-2017.pdf>
29. MINSA. Inmunizaciones 2015. Plan de comunicaciones. [Internet] 2015 (Consultado el 04 de febrero del 2018) Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/vacunacion/archivos/PLAN_COMUNICACION_2015.pdf

30. Hashemian T, Kritz D, Baker R. Text2floss: the feasibility and acceptability of a text messaging intervention to improve oral health behavior and knowledge. *Journal of Public Health Dentistry* (2015) 34–41
31. Hernández A, Vilcarromero S, Rubilar J. Desatención a la salud oral infantil como un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2015;32(3):603-16
32. MINSA. Establecimientos del Sector Salud, Ministerio de Salud y otras Instituciones por tipo Perú [Internet] 2013 (Consultado el 03 de febrero del 2018) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/recursos/establecimientos/ESTABMacros.asp?00>
33. Alegre Mambietova, A. Acceso a los servicios odontológicos en niños de 0 a 11 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar a nivel nacional, Perú, 2015 [tesis en Internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016 (Consultado el 04 de febrero del 2018) Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/885/ Acceso_AlegreMambietova_Alina.pdf?sequence=1
34. Hernández A, Vilcarromero S, Rubilar J. Desatención a la salud oral infantil como un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2015;32(3):603-16
35. MINSA. Principales causas de Morbilidad en Consulta externa de establecimientos MINSA y gobiernos regionales Perú 2015 [Internet] 2015 (Consultado el 04 de febrero del 2018) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/CEMacros.asp?00>
36. Romero W. La visión de la odontología hacia el 2030 del Dr. César Torres Nonajulca [Internet]. Entrevista. *Rev Visión dental* 2016 (Consultado el 03 de febrero del 2018) Disponible en: https://issuu.com/cesartorresnonajulca7/docs/version_final_libro
37. MINSA. Más de dos millones de estudiantes beneficiados con Plan de Salud Escolar. Sala de Prensa [Internet] 2015 (Consultado el 03 de febrero del 2018) Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16855>
38. INEI. En el Perú 264 mil personas dejaron de ser pobres entre los años 2015 y 2016. Notas de Prensa [Internet] 2017 (Consultado el 03 de febrero del 2018) Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-264-mil-personas-dejaron-de-ser-pobres-entre-los-anos-2015-y-2016-9710>

VIII. ANEXOS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPOS	ESCALA	VALORES
Acceso a información de salud bucal	Es el proceso por el cual una persona recibe o busca información para beneficio propio y para una mejora de su salud bucal, por ende, mejorando su calidad de vida.	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. Si 2. No
Departamentos	División territorial que está sujeta a una autoridad administrativa	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativa	Politómica Nominal	1. Amazonas 2. Ancash 3. Apurímac 4. Arequipa 5. Ayacucho 6. Cajamarca 7. Callao* 8. Cuzco 9. Huancavelica 10. Huánuco 11. Ica 12. Junín 13. La Libertad 14. Lambayeque 15. Lima 16. Loreto 17. Madre de Dios 18. Moquegua 19. Pasco

					<ul style="list-style-type: none"> 20. Piura 21. Puno 22. San Martín 23. Tacna 24. Tumbes 25. Ucayali
Regiones	Unidad territorial caracterizada por relieve, clima, flora y fauna que constituye una región natural	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativo	Politómica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Costa 2. Sierra 3. Selva
Ámbito geográfico	Es el entorno en el que se desenvuelven grupos humanos relacionándose con el medio ambiente	Según lo indicado en la base de datos ENDES	Cualitativo	Dicotómica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Rural
Proveedor de servicios de salud que brindo información acerca de salud bucal	Entidad pública o privada que brinda información acerca de salud bucal, la cual puede ser por medio de distintas vías, para la mejora de la salud bucal de la población.	Pregunta de la base de datos ENDES: ¿Dónde recibió la información acerca de salud bucal?	Cualitativo	Politómica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ministerio de Salud 2. EsSalud 3. FF. AA o FF. PP 4. Municipalidad 5. Sector Privado 6. ONG/Iglesia 7. Organizaciones de Base 8. Medios de comunicación

					9. Instituciones educativas Familiares/vecinos/amigos, Otros 10. no sabe/no recuerda
--	--	--	--	--	--

Tabla N°1. Acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por departamentos según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016.

DEPARTAMENTOS	ACCESO A INFORMACIÓN EN SALUD BUCAL			
	Si		No	
	n	%	No	%
Amazonas	553	48.64	584	51.36
Ancash	573	56.90	434	43.10
Apurímac	690	81.37	158	18.63
Arequipa	577	67.72	275	32.28
Ayacucho	788	75.48	256	24.52
Cajamarca	539	63.41	311	36.59
Callao	620	64.79	337	35.21
Cusco	661	71.23	267	28.77
Huancavelica	739	86.03	120	13.97
Huánuco	696	65.78	362	34.22
Ica	730	71.22	295	28.78
Junín	694	75.27	228	24.73
La Libertad	514	53.77	442	46.23
Lambayeque	640	59.98	427	40.02
Lima	1991	70.01	853	29.99
Loreto	523	45.48	627	54.52
Madre de Dios	415	44.82	511	55.18
Moquegua	572	56.47	441	43.53
Pasco	595	63.37	344	36.63
Piura	470	45.15	571	54.85
Puno	380	58.46	270	41.54
San Martín	604	58.19	434	41.81
Tacna	636	73.78	226	26.22
Tumbes	535	50.86	517	49.14
Ucayali	397	35.07	735	64.93
Total	16132	61.67	10025	38.33

n: Frecuencia absoluta.

=: Frecuencia relativa.

Tabla N°2. Acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por departamentos y proveedores de servicios de salud según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016.

DEPARTAMENTOS	ACCESO A INFORMACIÓN EN SALUD BUCAL																	
	PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD																	
	MINSA		ESSALUD		FFAA/FFPP		Sector Privado		Municipalidad		Institución Educativa		ONG/Iglesia		Medios de comunicación		Familiares/Vecinos/Amigos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amazonas	425	81.89	29	5.59	2	0.39	23	4.43	0	0.00	19	3.66	1	0.19	9	1.73	11	2.12
Ancash	313	60.54	53	10.25	0	0.00	50	9.67	0	0.00	44	8.51	1	0.19	53	10.25	3	0.58
Apurímac	542	86.17	25	3.97	0	0.00	15	2.38	0	0.00	16	2.54	1	0.16	28	4.45	2	0.32
Arequipa	243	46.20	45	8.56	0	0.00	131	24.90	0	0.00	29	5.51	0	0.00	71	13.50	7	1.33
Ayacucho	634	86.73	33	4.51	0	0.00	14	1.92	0	0.00	19	2.60	0	0.00	26	3.56	5	0.68
Cajamarca	369	73.95	22	4.41	1	0.20	26	5.21	1	0.20	48	9.62	2	0.40	23	4.61	7	1.40
Callao	233	43.15	105	19.44	4	0.74	108	20.00	5	0.93	28	5.19	1	0.19	47	8.70	9	1.67
Cusco	292	52.05	29	5.17	2	0.36	69	12.30	5	0.89	41	7.31	13	2.32	95	16.93	15	2.67
Huancavelica	559	81.96	28	4.11	0	0.00	3	0.44	0	0.00	44	6.45	0	0.00	39	5.72	9	1.32
Huánuco	510	80.57	38	6.00	0	0.00	24	3.79	0	0.00	23	3.63	5	0.79	30	4.74	3	0.47
Ica	318	47.82	109	16.39	1	0.15	122	18.35	0	0.00	47	7.07	2	0.30	51	7.67	15	2.26
Junín	313	53.23	54	9.18	1	0.17	65	11.05	0	0.00	63	10.71	1	0.17	73	12.41	18	3.06
La Libertad	300	62.24	60	12.45	0	0.00	50	10.37	1	0.21	26	5.39	0	0.00	38	7.88	7	1.45
Lambayeque	299	49.83	93	15.50	3	0.50	67	11.17	1	0.17	34	5.67	0	0.00	93	15.50	10	1.67
Lima	856	48.64	248	14.09	10	0.57	333	18.92	10	0.57	108	6.14	7	0.40	148	8.41	40	2.27
Loreto	342	72.00	42	8.84	1	0.21	22	4.63	0	0.00	42	8.84	5	1.05	21	4.42	0	0.00
Madre de Dios	261	66.75	50	12.79	2	0.51	26	6.65	0	0.00	27	6.91	0	0.00	22	5.63	3	0.77
Moquegua	233	44.13	110	20.83	0	0.00	66	12.50	0	0.00	38	7.20	0	0.00	74	14.02	7	1.33
Pasco	365	66.36	107	19.45	0	0.00	28	5.09	0	0.00	32	5.82	0	0.00	18	3.27	0	0.00
Piura	244	55.20	48	10.86	0	0.00	31	7.01	2	0.45	51	11.54	5	1.13	56	12.67	5	1.13
Puno	223	64.27	22	6.34	0	0.00	28	8.07	0	0.00	37	10.66	0	0.00	34	9.80	3	0.86
San Martín	362	65.46	42	7.59	0	0.00	24	4.34	1	0.18	66	11.93	3	0.54	49	8.86	6	1.08
Tacna	313	58.83	64	12.03	1	0.19	53	9.96	0	0.00	26	4.89	0	0.00	60	11.28	15	2.82
Tumbes	327	63.74	60	11.70	3	0.58	27	5.26	6	1.17	45	8.77	0	0.00	39	7.60	6	1.17
Ucayali	239	63.23	56	14.81	0	0.00	21	5.56	2	0.53	33	8.73	0	0.00	24	6.35	3	0.79
Total	9115	62.26	1572	10.74	31	0.21	1426	9.74	34	0.23	986	6.73	47	0.32	1221	8.34	209	1.43

n: Frecuencia absoluta.

%: Frecuencia relativa.

Tabla N°3. Acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por región natural y ámbito geográfico según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016.

REGIÓN/ÁMBITO	ACCESO A INFORMACIÓN EN SALUD BUCAL			
	Si		No	
	n	%	No	%
Región natural				
Costa	7858	61.99	4818	38.01
Sierra	5782	71.40	2316	28.60
Selva	2492	46.29	2891	53.71
Ámbito geográfico				
Urbana	11230	62.47	6746	37.53
Rural	4902	59.92	3279	40.08
Total	16132	61.67	10025	38.33

n: Frecuencia absoluta.

%; Frecuencia relativa.

Tabla N°4. Acceso a información de salud bucal en niños de 0 a 11 años por región natural, ámbito geográfico y proveedores de servicios de salud según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el Perú en el año 2016.

REGIÓN/ÁMBITO	ACCESO A INFORMACIÓN EN SALUD BUCAL																	
	PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD																	
	MINSA		ESSALUD		FFAA/FFPP		Sector Privado		Municipalidad		Institución Educativa		ONG/Iglesia		Medios de comunicación		Familiares/Vecinos/Amigos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Región natural																		
Costa	3679	51.78	995	14.00	22	0.31	1038	14.61	25	0.35	476	6.70	16	0.23	730	10.27	124	1.75
Sierra	3807	72.93	358	6.86	4	0.08	272	5.21	6	0.11	323	6.19	22	0.42	366	7.01	62	1.19
Selva	1629	70.34	219	9.46	5	0.22	116	5.01	3	0.13	187	8.07	9	0.39	125	5.40	23	0.99
Ámbito geográfico																		
Urbana	5264	52.15	1475	14.61	29	0.29	1336	13.24	28	0.28	719	7.12	25	0.25	1040	10.30	177	1.75
Rural	3851	84.67	97	2.13	2	0.04	90	1.98	6	0.13	267	5.87	22	0.48	181	3.98	32	0.70
Total	18230	62.26	3144	10.74	62	0.21	2852	9.74	68	0.23	1972	6.73	94	0.32	2442	8.34	418	1.43

n: Frecuencia absoluta.

%. Frecuencia relativa.