



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**ACCESO A LA ATENCIÓN
ODONTOLÓGICA E INEQUIDAD EN
NIÑOS DE 0 A 11 Y ADULTOS
MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD
SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO, PERÚ,
2015**

Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista

Ricardo André Alarcón Cruzado

Lima - Perú

2017

ASESOR

Mg. Roberto Antonio León Manco

Departamento Académico de Odontología Social

JURADO EXAMINADOR

Presidente : Mg. César Del Castillo

Secretario : C.D. Carol Zavaleta Boza

Miembro : Dra. Rosa Ana Melgar Hermoza

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 22 noviembre 2017

CALIFICATIVO : Aprobado

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi abuela, que es el ángel que tengo en la tierra.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios que cuida y guía mis pasos todos los días de mi vida.
- A mi Abuela por ser mi fuerza en todo lo que hago.
- A mi asesor por su tiempo y sus instrucciones a lo largo de este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tiene como finalidad determinar el de acceso a la atención odontológica e inequidad en niños de 0 a 11 años y adultos mayores de 60 años de edad, según ámbito geográfico en el Perú en el año 2015. **Materiales y métodos:** Se utilizaron la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2015 y Medición de pobreza según Cifras de pobreza en el Perú (INEI; 2015). El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y ecológico. Las variables del estudio fueron acceso a servicios odontológicos, inequidad, espacio geográfico y región natural. Se ejecutó un análisis descriptivo, de las variables cualitativas se obtendrán las frecuencias absolutas y relativas, las cuales se organizarán y presentarán en tablas y gráficos. **Resultados:** En niños de 0-11 años de edad, a nivel de ámbito geográfico, se observa que existe mayor acceso odontológico en la zona urbana (51.3%), según región natural, se obtuvo un mayor acceso en la sierra (52.4%) y a nivel nacional, se observa que un 47.6% tuvo acceso odontológico. En personas mayores de 60 años, a nivel de espacio geográfico, se observa que existe mayor acceso en la zona urbana (86.8%), según región natural, se obtuvo un mayor acceso en la costa (87.3%) y a nivel nacional, se observa que 77.3% tuvo acceso odontológico. **Conclusiones:** Se evidencia gráficamente una tendencia que a menor inequidad según ámbito geográfico (espacio geográfico y región natural) existe mayor acceso a la atención odontológica en niños de 0 a 11 años y personas mayores de 60 años de edad.

PALABRAS CLAVES: Inequidad, acceso a servicios de salud, odontología

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to determine the access to dental care according to inequality by geographical area in Peru in 2015. **Materials and methods:** The Demographic and Family Health Survey (ENDES) was used in 2015 and Measuring poverty according to Poverty figures in Peru (INEI, 2015). The study was descriptive, transversal and ecological. The variables of the study were access to dental services, inequality, geographic space and natural region. A descriptive analysis was performed, qualitative variables will be obtained the absolute and relative frequencies, which will be organized and presented in tables and graphs. **Results:** In children of 0-11 years of age, in the geographical area, it is observed that there is greater odontological access in the urban area (51.3%), according to natural region, greater access was obtained in the highlands (52.4%), and at the national level, 47.6% had dental access. In people older than 60 years of age, at the level of geographic space, it is observed that there is greater access in the urban area (86.8%), according to natural region, greater access was obtained at the coast (87.3%) and at national level, that 77.3% had dental access. **Conclusions:** There is a graphical evidence of a trend towards greater inequality according to geographic area (geographical area and natural region). There is greater access to dental care in children aged 0 to 11 years and people over 60 years of age.

KEYWORDS: Inequity, access to health services, dentistry.

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Acceso a la atención odontológica en niños de 0-11 años según inequidad por espacio geográfico y región natural en el Perú, 2015.	25
Tabla 2. Acceso a la atención odontológica en personas mayores de 60 años según inequidad por espacio geográfico región natural en el Perú, 2015.	26

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Acceso a la atención odontológica en niños de 0-11 años según inequidad por espacio geográfico y región natural en el Perú, 2015.	27
Gráfico 2. Acceso a la atención odontológica en personas mayores de 60 años según inequidad por espacio geográfico región natural en el Perú, 2015.	28

LISTA DE ABREVIATURAS

ENDES	:	Encuesta Nacional de demografía y de Salud Familiar.
MINSA	:	Ministerio de Salud.
INEI	:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
ENAHO	:	Encuesta Nacional de Hogares
CDSS	:	Comisión sobre los Determinantes de la Salud
CIE – UPCH	:	Comité Institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

INDICE DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
	II.1. Planteamiento del problema	3
	II.2. Justificación de la investigación	4
III.	MARCO TEÓRICO	6
IV.	OBJETIVOS	18
V.	MATERIALES Y MÉTODOS	19
	V.1. Diseño del estudio	19
	V.2. Población y Muestra	19
	V.3. Criterios de Selección	20
	V.4. Variables	21
	V.5. Instrumentos	22
	V.6. Técnicas y/o procedimientos	22
	V.7. Plan de Análisis	23
	V.8. Consideraciones éticas	23
VI.	RESULTADOS	24
VII.	DISCUSION	29
VIII.	CONCLUSIONES	38
IX.	RECOMENDACIONES	39
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	40
	ANEXOS	44

I. INTRODUCCIÓN

La inequidad social como concepto constituye la diferencia entre poblaciones o grupos que conforman una sociedad, siendo una de las causas la desigualdad de oportunidades para acceder a bienes y servicios como: educación, vivienda o salud, las que a su vez pueden ser consecuencias a este problema.¹

Esta situación desfavorable afecta a la gran mayoría de la población, haciendo difícil su acceso a los servicios de salud. Desde hace algunas décadas, este tema se ha ido investigando, siendo uno de los temas que ha despertado interés en el área de salud. Por otra parte, en el ámbito odontológico, los estudios se han centrado en determinar qué factores influyen en las personas para decidir visitar al dentista.²

Según Bravo-Pérez,³ refiere que el modelo de Anderson es uno de los más usados para exponer el uso de los servicios de salud, el cual posee distintas variables que influyen en el acceso, tales como: sexo, edad, precio del tratamiento a seguir y asistencia por necesidad (dolor, estética, etc.). En el Perú está evidenciado que la falta de uso de los servicios de salud se encuentra directamente relacionado al pobre nivel de educación de la persona y a su vez al poco ingreso económico que pueda tener.⁴ Adicionalmente, existen otras variables que influyen en la decisión de las personas en acudir a un centro de salud y recibir atención, tales como: ubicación geográfica, ocupación, aspectos culturales, actitudes frente a la salud, experiencias previas de atención, entre otros.^{5,6}

Para el presente estudio se recogió la información de acceso a servicios de salud de la Encuesta Nacional de Demografía y de Salud Familiar (ENDES) 2015,⁷ Este dato por ámbito geográfico se comparó con el Índice de Gini, el cual se utilizó para calcular el porcentaje de inequidad. Ambos datos provienen del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).⁸

Por lo tanto, el objetivo general de este estudio fue determinar el acceso a atención odontológica e inequidad, en niños de 0 a 11 años y adultos mayores de 60 años de edad, según ámbito geográfico en el Perú en el año 2015.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1. Planteamiento del problema

En diferentes países, tanto de ingresos altos, medios o bajos, se ha evidenciado que los factores sociales, como la situación laboral, educación, el nivel de ingresos, la raza y el sexo, tiene una alta influencia en la salud de los diferentes conjuntos sociales. Cuanto más inferior es el nivel socioeconómico de una persona, mayor es el riesgo de no obtener una buena calidad en los servicios de salud.⁹ Existen muchos centros poblados dentro del Perú que el acceso a la atención odontológica es complicado, debido a la falta de conocimientos de los pobladores, así como, la falta de comunicación del personal de salud.⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud,¹⁰ resaltó que no han existido estrategias fundamentales para mermar la inequidad y a su vez prevenir enfermedades graves no transmisibles. Cabe destacar que las patologías orales son las más prevalentes de las enfermedades crónicas, y a su vez, las más resaltantes en los problemas de salud pública, debido a su alta incidencia en distintas comunidades, y por el alto costo de su tratamiento.¹¹

La literatura menciona que existen varios estudios acerca del acceso a la atención odontológica, sin embargo existe muy poca información sobre la inequidad frente al acceso de salud bucal.¹¹

En una revisión sistemática, Moreira *et al*,¹² hallaron como las más importantes barreras que perjudican al acceso de servicios odontológicos, el bajo nivel de educación, deficiencia de recursos económicos y la escasa promoción de servicios públicos de atención en salud bucal para las poblaciones que desconocen estas mismas. La desigualdad entre los diferentes niveles sociales, comprende uno de los factores que está asociado de manera directa y en forma más sistemática con los daños en salud. Es muy probable que esta desigualdad socioeconómica seguirá estando en las próximas décadas y no solamente presente hoy en día. Por ello, el sistema de salud debe buscar la equidad enfocando sus recursos hacia donde existan mayores necesidades y menor acceso a los servicios.¹³

El presente estudio fue de tipo descriptivo y buscó analizar los factores de inequidad frente a la atención de salud odontológica, por ello, la interrogante de investigación fue: ¿Cuál es el acceso a la atención odontológica según inequidad por ámbito geográfico en el Perú en el año 2015?

II.2. Justificación de la investigación

Este estudio fue de mayor relevancia para la salud pública por razones políticas, económicas, sociales y sanitarias porque permitió conocer los resultados que se obtienen por ámbito geográfico, lo que nos da una visión acerca de en qué regiones del Perú existe la falta de acceso a servicios odontológicos y a su vez cuánto es el porcentaje de personas que logran obtener este beneficio, sea por motivos socioeconómicos, geográficos o culturales. Los resultados nos ayudarán a

generar estrategias para mejorar y tener un mejor acceso de la población con los servicios odontológicos y así tener y poner en práctica buenos hábitos en su salud bucal. Es teórica porque no se ha evidenciado al respecto un estudio o análisis de asociación entre variables de acceso de atención odontológica con inequidad.

El estudio fue viable porque se cuenta con la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES) del año 2015, enfocado a la atención odontológica. Además de utilizar el índice Gini, el cual ayudó a medir la desigualdad y se obtuvo de la web oficial del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).⁸

El beneficio directo de este estudio lo obtendrá el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), porque los profesionales de salud conocerán las zonas de pobre acceso a la atención en salud bucal por los distintos factores determinantes que las hacen difíciles o incluso imposibles, permitiendo crear estrategias para poder contrarrestar las brechas de inequidad que afectan a la población y de esta manera se obtendrá una igualdad en muchas regiones, generando políticas en salud.

A través de estas personas, se espera capacitar e informar a la población acerca de la salud oral y así darles la atención que garantice la promoción y prevención de la salud oral. Según lo que menciona esta revisión, la equidad en salud se considerada un importante criterio para el acceso a los servicios de salud oral.¹⁴

III. MARCO TEÓRICO

III.1. Acceso a servicios en salud

III.1.1. Definición

Frenk y Musgrove,¹⁷ define el acceso a servicios de salud como la recepción adecuada de un servicio de salud por parte de una persona que tiene necesidad de ello.

“La accesibilidad quiere decir que no existen barreras o interferencias para obtener servicios de salud, el cual te brinda la posibilidad que una persona sea atendida cuando ella lo requiera, sin importar su lugar de procedencia, condición laboral, condición social o grupo étnico”.¹⁵

Estos conceptos han sido definidos por factores de orden geográfico, económico, cultural y social. Para alcanzar una buena calidad en salud y lograr la equidad en la población, se debe crear estrategias e intervenir para acortar estas barreras o en el mejor de los casos eliminarlas, por ello la relación entre el personal de salud y el paciente debe ser de forma directa y personalizada.¹⁶

III.1.2. Factores asociados al acceso a servicios en salud

El éxito de los sistemas de salud es alcanzado cuando las personas logran un buen estado general de salud o, en el caso que estuviesen enfermas, tienen acceso a los servicios sanitarios para seguir un tratamiento, el cual controlará su enfermedad o conseguirá su recuperación por completo. Es así que mediante los pasos anteriormente mencionados, las personas logran estar conformes con los servicios que mejoran su calidad de vida y su nivel de salud.^{18, 19}

La accesibilidad es un término que hace mención a la manera en que los servicios de salud están en contacto directo con las comunidades. Sin embargo, existen tipos de barreras que impiden este contacto, tales como:

- **Geográficas;** cuando el problema es geográfico, existe un obstáculo para la población de acercarse a los servicios, puede ser un accidente de origen natural, o una brecha creada por el hombre (carreteras, pista, puente, etc.).²⁰
- **Administrativas;** término que se refiere a los turnos que realiza el personal de salud o los horarios disponibles de atención del establecimiento.²⁰

- **Económicas;** esta barrera se caracteriza por la insuficiencia monetaria, ya sea para movilizarse a un puesto de salud, como también, comprar fármacos que sean necesarios para la población.²⁰
- **Cultural;** se refiere al uso de distintas maneras de respetar las tradiciones de cada comunidad. El conocimiento, costumbres o creencias de las personas frente a los servicios de salud desempeña un rol importante, tanto para generar acceso como barreras que impidan estos servicios.²⁰

Diferentes investigaciones estudian el acceso a la atención de salud:

Según Donabedian,²¹ “el acceso se centra en aspectos socio-organizadores y geográficos, siendo este el resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos”. Los cuales van a determinar el porcentaje de inequidad de las poblaciones y comunidades, frente a la atención en salud.

Andersen y Aday,²² sustenta que “el acceso a la atención de salud está enfocado en políticas de salud, los cuales determinan de qué manera los usuarios utilizan los servicios para satisfacer sus necesidades”.

Andersen y Davidson,²³ mencionan cuatro factores de los cuales depende el acceso: características contextuales (sistema de salud, familia y comunidad), conductas de salud, características individuales, y resultados.

III.2. Inequidad

III.2.1. Definición

El principio de justicia es la base para mencionar a los diferentes conceptos de inequidad.²⁴ La Sociedad Internacional por la Equidad en Salud, similar a lo indicado Starfield,²⁵ define las inequidades como: “diferencias sociales, geográficas y económicas entre las comunidades en el ámbito del estado de salud”.

Según Whitehead en 1991,²⁶ “Se refiere a las diferencias innecesarias y evitables, pero que se consideran injustas y arbitrarias. Por ende, para que una situación sea considerada injusta, la causa tiene que ser evaluada y determinada según lo que ocurre con el resto de la sociedad”.

En el Glosario de Promoción de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS),²⁷ nos habla de dos conceptos: igualdad en el estado de salud y la equidad en salud. Para el primero, la desigualdad es consecuencia de las diferentes formas de vida de las familias y su condición tanto social como económica, mientras que el segundo, la desigualdad se debe a la falta de oportunidades en la vida.

III.2.2. Inequidad en el Perú

Existen variables que son consideradas como potenciales determinantes de la inequidad en salud, los cuales son: el nivel del centro de salud, residencia en la

que habitan (rural o urbana), región a la que pertenece, el nivel de educación, la afiliación a un seguro de salud, y el nivel económico de cada individuo.²⁹

La repartición del ingreso, en América Latina, es reconocida como la más desigual del mundo. Sin embargo, la región ha conseguido un histórico crecimiento en los últimos diez años, a su vez esto nos lleva a una importante disminución en los números de pobreza e incluso de la desigualdad socio-económica, medida en términos del coeficiente de Gini del ingreso o gasto de los hogares.²⁸

De acuerdo al porcentaje de pobreza en los últimos tiempos, podemos encontrar que para el año 2004, el resultado de pobreza total obtuvo un 48.6% de la población y pobreza extrema un 17.1%, mientras que en el año 2008, encontramos una disminución al 36.2% y la pobreza extrema al 12.6%. Estos resultados son indicativos que el país ha mostrado un importante crecimiento económico.

Si bien existe una mejora en los resultados de disminución de pobreza en el territorio nacional, las comunidades en la sierra rural aún poseen un alto porcentaje que supera el 60%.²⁹ (Cuadro 1)

Ámbitos geográficos	2004		2005		2006		2007		2008	
	PT	PE	PT	PE	PT	PE	PT	PE	PT	PE
Total	48.6	17.1	48.7	17.4	44.5	16.1	39.3	13.7	36.2	12.6
Área de residencia										
Urbana	37.1	6.5	36.8	6.3	31.2	4.9	25.7	3.5	23.5	3.4
Rural	69.8	36.8	70.9	37.9	69.3	37.1	64.6	32.9	59.8	29.7
Región natural										
Costa	35.1	4.0	34.2	3.8	28.7	3.0	22.6	2.0	21.3	2.0
Sierra	64.7	33.2	65.6	34.1	63.4	33.4	60.1	29.3	56.2	27.3
Selva	57.7	25.0	60.3	25.5	56.6	21.6	48.4	17.8	40.9	14.5

PT: pobreza total, PE: pobreza extrema

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2004-2008

Elaboración: CIES

Cuadro 1. Pobreza total y extrema 2004-08 (% de total de población).

Fuente: Petrera M, Valdivia M, Jimenez E. Informe final Equidad de la atención en salud 2004-2008 (MINS-CIES 2008).²⁹

Según el informe final de Equidad de la Atención en Salud (período 2004-2008),²⁹ la principal base de datos que se usa es la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), que se aplica en el área rural y urbana. Este tiene el objetivo principal de: generar diagnósticos mensuales sobre las condiciones de pobreza de las comunidades, realizar indicadores mensuales, que nos permitan ver cómo va evolucionando la pobreza y los recursos de vida en los hogares, medir la difusión de los programas sociales que van a influir en la mejora de la calidad de vida de la población.

III.2.3. Inequidad en salud en América Latina

“Las inequidades con respecto a la salud hacen referencia a las desigualdades en salud que son sistemáticas, evitables e injustas y no permiten que las personas y las familias alcancen un bienestar en salud óptimo”.³⁰

América Latina es un continente marcado por grandes diferencias entre los distintos estratos sociales que presenta. Desde los años 90 empezaron a tomar medidas para que todos los grupos logren tener el derecho a un acceso a la salud. Sin embargo, a pesar de los últimos avances, aún no se logra un acceso equitativo en las poblaciones, debido a la poca participación de los pobladores, ya sea por la ubicación geográfica en las que residen, o el bajo conocimiento en salud que ellos manejan.³⁰

Según las Encuestas Nacionales de Hogares (ENAH) y estudios ya realizados nos indica que los problemas de inequidad afectan en mayor medida a niños y mujeres durante toda su vida, esto es porque muchos bebés, de familias de bajos recursos, al nacer tienen menos probabilidades de registrar su nacimiento y existir legalmente, enfrentando complicaciones para acceder a un servicio o sistema de salud. En cuanto a las mujeres, en grupos afrodescendientes en particular, el problema es que tienen una mayor prevalencia de embarazo en la etapa de la adolescencia, en esta edad se corre el riesgo de sufrir complicaciones perinatales y que sus hijas también lleguen a ser madres adolescentes, creando así un círculo que va a afectar las etapas de su desarrollo. A pesar de que varios países de América Latina han mejorado sus estrategias en los servicios de salud, las poblaciones siguen siendo vulnerables a la pobreza, por ello la inequidad aún es un problema latente para la región.³⁰

III.3. Acceso a servicios de salud odontológicos e inequidad

Los determinantes sociales de la salud (forma de vida, situación económica, entorno de trabajo, educación) van a influenciar en las desigualdad de la salud oral y periodontal en todo el mundo. Entre las enfermedades bucodentales más prevalentes (caries dental, enfermedad periodontal y cáncer oral), la enfermedad periodontal tiene una mayor asociación con el aspecto social, económico y con las variables de conducta de una persona. Estos determinantes afectan a un rango de salud, afectan la exposición de riesgo y obstaculizan el acceso a la salud oral.³¹

Estudios anteriores han demostrado que la enfermedad periodontal está relacionado con los ingresos de cada individuo, incluso existe un estudio reciente ecológico que se realizó en los países desarrollados que nos muestra la relación de inequidad de ingresos y enfermedad periodontal severa en adultos, medido por el coeficiente GINI.³¹

Las personas que buscan servicios de salud están asociadas a una decisión secuencial: primero, se decidirá buscar o no servicios de salud, dependiendo del motivos de consulta que el paciente lo indique (enfermedad, chequeo preventivo, etc.). Segundo, se elige al tipo de proveedor de servicio de salud asistir (MINSA, ESSALUD o a una atención privada).³²

Estos dos primeros pasos están relacionadas al concepto de demanda de acceso, el cual determina cuantos individuos reciben servicios o la probabilidad de que

acuda a un determinado servicio de salud. Este enfoque, nos permitirá identificar quiénes tienen dificultades para acceder a este servicio y quiénes tienen una mayor facilidad de adquirirlas, aspectos que serán de utilidad para diseñar políticas de focalización.³²

En el Perú, para el año 2011, un 56.9% de la población realizó una consulta para solucionar el problema de salud que padecía. Las de tipo crónica obtuvieron un resultado de 49.3%, mientras que por el contrario, las de carácter no crónicas aumentaron en su porcentaje a un 68.3%.³² (Cuadro 2).

En el año 2015, según el Ministerio de Salud (MINSA), refiere que las enfermedades bucales se encuentran en segundo lugar en las principales causas de morbilidad en consulta externa de establecimientos MINSA y gobiernos regionales con un total del 15.2% (Hombres 15.5%, mujeres 15.0%).³³

Tipo de enfermedad autorreportada	Busca atención		Total	
	Si	No		
Enfermedad crónica	Nº	4914499	5050222	9964721
	%	49.3	50.7	100.0
Enfermedad No crónica	Nº	6920972	3930964	10851936
	%	63.8	36.2	100.0
Total	Nº	11835471	8981186	20816657
	%	56.9	43.1	100.0

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares 2011. Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI.

Cuadro 2. Población que busca atención de salud según tipo de enfermedad. Perú 2011.

Fuente: Ministerio de Salud. Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. 2012. Disponible en URL: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis31.pdf.³¹

El desafío para un sistema de salud es disminuir los porcentajes de acceso a los servicios de salud dental entre zonas rurales y urbanas del Perú, y a su vez en las regiones naturales. Por ello, la organización e implementación de medidas con respecto a la salud oral debe considerar las características socio geográficas del Perú, con altos índices de pobreza en zonas rurales de sus tres regiones, la distancia que existe del hogar de las personas al centro de salud y la falta de transporte.³⁴

Según el estudio de Hernández-Vásquez,³⁵ se realizó una investigación con 25.285 niños menores de 12 años de edad en Perú, los cuales participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 (ENDES). Del 39,6% de niños de 0 a 4 años, solo 26,7% de la muestra tuvo acceso a los servicios de salud dental en los últimos seis meses, resaltando que un 58,3% vivía en zonas urbanas y un 40,6% habitaba en la región natural de la sierra. Las zonas donde el porcentaje de acceso a servicios de salud dental fueron mayores son: Pasco, Apurímac Huancavelica, Ayacucho y Lima.

A manera de resumen, existe un bajo acceso a los servicios de salud dental para la población menor de 12 años en Perú.

Por otra parte la atención del adulto mayor en el Perú se ha convertido en todo un desafío, debido a que usualmente, necesitan de tratamientos complejos que, en su mayoría, solo pueden realizarse en un consultorio particular o en una clínica privada. Es importante evaluar el acceso a servicios odontológicos del adulto

mayor, porque este sector representa el 10% de la población total y se estima que para el 2025 habrá un incremento al 13%. Este aumento necesitará nuevas estrategias que garanticen satisfacer las necesidades de salud más comunes de esta población, como por ejemplo las enfermedades orales (patología más prevalente en los adultos mayores).³⁵

Existe un buen número de adultos mayores que son ayudados por programas sociales de alimentación, en zona rural alcanza un 41.4% y en zona urbana un 15.7%, por lo que se identificó la necesidad de dar a estas personas una mejor calidad bucal, para mejorar su alimentación y disminuir sus problemas masticatorios. Esto se lleva a cabo con el programa “Vuelve a Sonreír”, cuya finalidad es confeccionar e instalar prótesis parciales y totales para los adultos mayores en extrema pobreza, se estima que en los próximos 5 años las personas con necesidad de tratamiento llegarán a un número de 200,000, los cuales serán beneficiados con la cobertura de 360,000 prótesis.³⁶

De acuerdo con Azañedo,³⁷ realiza un estudio tomando como patrón el área geográfica de residencia. El acceso a los servicios odontológicos, fueron obtenidos en un 86,4 % y 62,3%, por parte de las comunidades que residen en zonas urbanas y rurales respectivamente. Por otro lado, de acuerdo con las regiones geográficas, costa, sierra y selva, se obtuvieron los siguientes resultados: 84,6%, 68,3% y 69,6%, cada una de ellas en el orden mencionado anteriormente. A manera de conclusión específica, uno de las regiones con mayor acceso al

servicio odontológico fue el departamento de Arequipa (34,5%) y por el contrario la de menor acceso fue Cajamarca (10,2%).

Los estudios anteriormente mencionados nos dan una idea acerca de la situación del país con respecto al acceso en salud y los distintos factores que hacen difícil o impiden el derecho a la atención en salud bucal a las comunidades. Se evidencia que cada región tiene distintos porcentajes de acceso, tanto en la zona rural, como en la urbana por lo que se realizará una comparación por inequidad mediante el coeficiente de GINI.

IV. OBJETIVOS

IV.1. Objetivo general

Determinar el acceso a la atención odontológica según inequidad por ámbito geográfico en el Perú en el año 2015.

IV.2. Objetivos específicos

1. Determinar el acceso a la atención odontológica en niños de 0 a 11 años según inequidad por espacio geográfico y región natural en el Perú en el año 2015.
2. Determinar el acceso a la atención odontológica en personas mayores de 60 años según inequidad por espacio geográfico y región natural en el Perú en el año 2015.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

V.1. Diseño

El presente estudio fue descriptivo, transversal, ecológico.

V.2. Población / muestra

Registros de 47443 niños de 0 a 11 años y 4370 de las personas mayores de 60 años de edad, por ámbito geográfico en el Perú en el año 2015. El acceso a la atención odontológica se obtuvo de la pregunta si alguna vez en su vida ha recibido atención odontológica de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2015.

La población muestral corresponde a la información correspondiente a las 24 regiones del Perú, extraída de las siguientes bases de datos:

- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (INEI; 2015).
- Medición de pobreza según Cifras de pobreza en el Perú (INEI; 2015)

Todas estas bases de datos son de acceso libre y se encuentran en las web oficiales de los diversos organismos: www.inei.gob.pe.

V.3. Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

- Registro de los encuestados por la Encuesta Nacional de demografía y salud familiar (ENDES) 2015, que mencionaron alguna vez en su vida haber recibido atención en salud odontológica. (Sección 8, pregunta 803: ¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?)
- Registro de los encuestados por la Encuesta Nacional de demografía y salud familiar (ENDES) 2015, que mencionaron alguna vez en su vida haber recibido atención en salud odontológica. (Sección 3, pregunta 311: ¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo? Considere solo si fue atendido por un odontólogo)

b. Criterios de exclusión

Todos los registros de las bases de datos incompletos.

V.4. Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Acceso a servicios odontológicos	Proceso por el cual puede lograrse que una necesidad de atención odontológica se satisfaga. ³⁸	Datos extraídos de la ENDES 2015 según preguntas referidas.	Acceso a servicios odontológicos a mayores de 60 años de edad.	Para personas de 60 años a más: ¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	Cualitativa	Dicotómica	1: Si. 2: No.
			Acceso a servicios odontológicos entre 0 y 11 años de edad.	Para personas de 0 a 11 años de edad: ¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?	Cualitativa	Dicotómica	1: Si. 2: No.
Inequidad	“Desigualdad de oportunidades para acceder a bienes y servicios como educación, vivienda o salud” ³⁸	Datos extraídos del INEI 2015	-	Coefficiente de Gini	Cuantitativo	Continuo	Valores de 0 a 1.
Ámbito geográfico	Espacio físico donde se desarrollan los grupos humanos con el medio ambiente. ³⁸	Datos extraídos del INEI 2015	Espacio geográfico	-	Cualitativa	Dicotómica	1: Rural 2: Urbano
			Región natural	-	Cualitativa	Politómica	1: Costa. 2: Sierra. 3: Selva.

Coefficiente de Gini: (Anexo 5)

V.5. Instrumentos

Se empleó una ficha de registro (Anexo 1), construida a partir de las siguientes bases de datos:

- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) – INEI 2015 (Anexo 2).
- Medición de pobreza según Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria - INEI 2015 (Anexo 3)

V.6. Técnicas y procedimientos

El primer paso para la realización de la presente investigación fue acceder a la base de datos de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2015, disponible de forma libre en la página web oficial (www.inei.gob.pe), se accedió al link “Bases de datos”, luego se abrió el enlace “Microdatos”, seguido “Consulta por Encuestas”, y en el buscador se seleccionó ENDES 2015.

A continuación se accedió a la base de datos del Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2015, disponible de forma libre en la página web oficial (www.inei.gob.pe); se abrió el link “Estadísticas”, luego cifras de pobreza año 2015, seguido por Informe Técnico.

Posteriormente se descargó completamente la base de datos en formato SPSS, con esa base se seleccionaron las preguntas de acceso a servicios de salud bucal en la población de niños de 0-11 años y la población de adultos mayores de 60 años a más, específicamente las preguntas 803 y 311 respectivamente, adicionando las variables de inequidad, espacio geográfico y región natural.

En el Informe Técnico de Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2015, obtenemos el coeficiente de Gini según ámbito geográfico.

Finalmente, se pasó al análisis estadístico, reportando los datos en tablas y gráficos

V.7. Plan de análisis

El presente estudio fue de tipo descriptivo, de las variables cualitativas se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas, las cuales se organizaron y presentaron en tablas y gráficos. Los datos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS v. 24.0 y Excel 2013.

V.8. Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó luego de contar con la aprobación del Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán, y la posterior aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con fecha de aprobación 21 de Agosto del 2017 y código SIDISI N° 101398 (Anexo 4).

VI. RESULTADOS

Según la base de datos de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) 2015, se tuvo un registro de 47443 niños de 0 a 11 años y 4370 de las personas mayores de 60 años de edad, organizado por espacio geográfico y región natural.

Para niños de 0 – 11 años, según ámbito geográfico, se obtuvo que en la zona urbana existe mayor acceso odontológico con 51.3% (n=15784) con menor inequidad (IG: 0.40) y en la zona rural existe un menor acceso odontológico 40.9% (n=6822) con mayor inequidad (IG: 0.41). Por región natural, se observa un mayor acceso en la zona de la sierra con 52.4% (n=8499) con mayor inequidad (IG: 45.00), seguido por la costa con 51.3% (n=9400), inequidad (IG: 0.40) y la selva con menor acceso odontológico con 36.5% (n=4707) y mayor inequidad (IG: 0.46). A nivel nacional, se observa un 47.6% (n=22606) que tuvieron acceso a servicios odontológicos con inequidad (IG: 0.44) (Tabla 1).

Para personas mayores a 60 años, según ámbito geográfico, se obtuvo que en la zona urbana existe mayor acceso odontológico 86.8% (n=2190) con menor inequidad (IG: 0.40), mientras que en la zona rural existe menor acceso odontológico 64.4% (n=1190) con mayor inequidad (IG: 0.41). Por región natural, se observa un mayor acceso en la zona de la costa 87.3% (n=1493) con menor inequidad (IG: 0.40), seguido por la sierra 71.3% (n=1332), inequidad (IG: 0.45) y la selva con menor acceso odontológico 70.2% (n=555) y mayor inequidad (IG: 0.46). A nivel nacional, se observa un 77.3% (n=3380) que tuvieron acceso a servicios odontológicos con inequidad (IG: 0.44) (Tabla 2).

Tabla 1. Acceso a la atención odontológica en niños de 0 a 11 años según inequidad por espacio geográfico y región natural en el Perú, 2015.

AMBITO GEOGRÁFICO	Inequidad		Acceso de 0 a 11 años	
		Índice de Gini	n	%
Espacio geográfico				
	Urbana	0.40	15784	51.3
	Rural	0.41	6822	40.9
Región natural				
	Costa	0.40	9400	51.3
	Sierra	0.45	8499	52.4
	Selva	0.46	4707	36.5
Nacional		0.44	22606	47.6

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

Tabla 2. Acceso a la atención odontológica en personas mayores de 60 años según inequidad por espacio geográfico y región natural en el Perú, 2015.

AMBITO GEOGRÁFICO	Inequidad		Acceso mayores de 60 años	
	Índice de Gini		n	%
Espacio geográfico				
Urbana	0.40		2190	86.8
Rural	0.41		1190	64.4
Región natural				
Costa	0.40		1493	87.3
Sierra	0.45		1332	71.3
Selva	0.46		555	70.2
Nacional	0.44		3380	77.3

n: Frecuencia absoluta.

#: Frecuencia relativa.

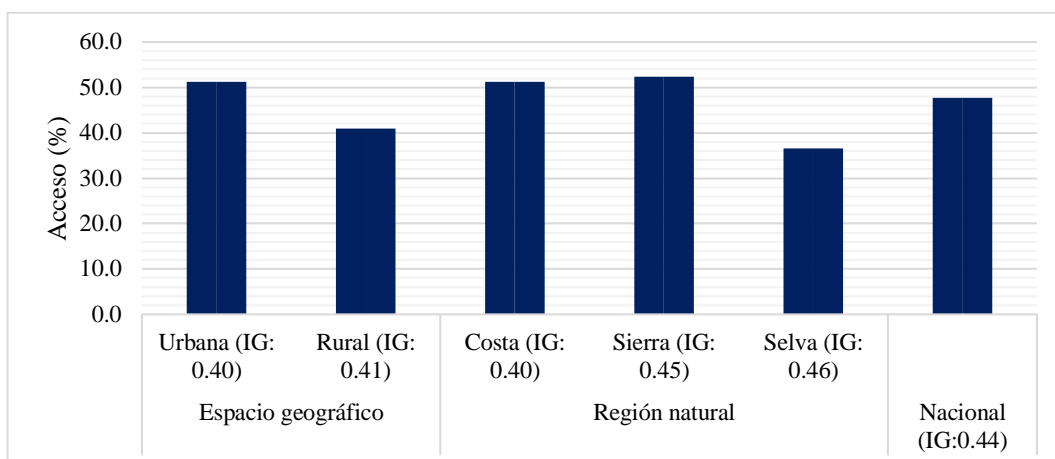


Gráfico 1. Acceso a la atención odontológica en niños de 0 a 11 años según inequidad por espacio geográfico y región natural en el Perú, 2015.

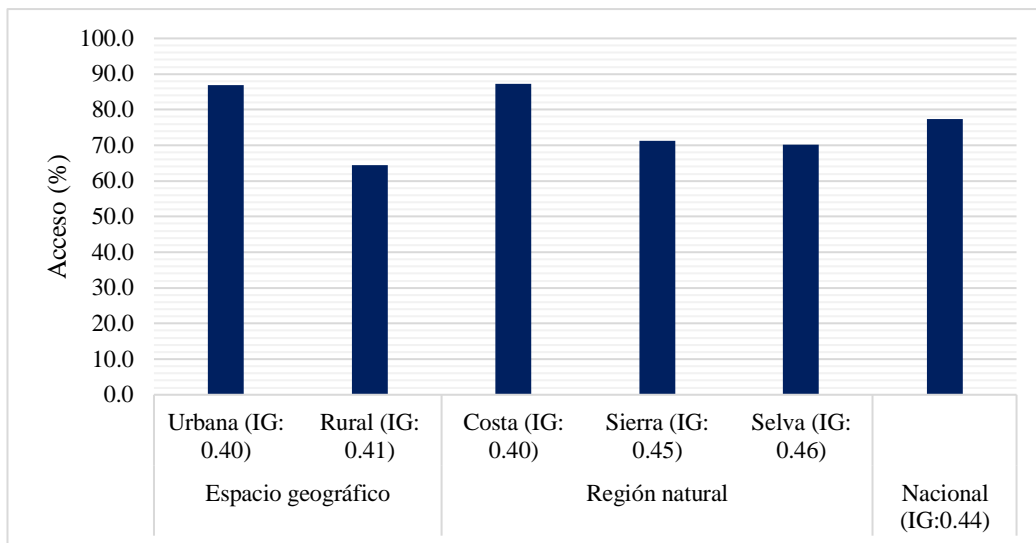


Gráfico 2. Acceso a la atención odontológica en personas mayores de 60 años según inequidad por espacio geográfico y región natural en el Perú, 2015.

VII. DISCUSION

La equidad en salud es un concepto con un estudio bastante complejo, porque existen diferentes filosofías, partiendo desde lo socioeconómico y el estado de salud de un grupo de personas, que la definen como tal.³⁹ Desde una perspectiva de justicia social, se dice que todas las personas deben tener la misma oportunidad de lograr su estabilidad en salud y que ninguna debería estar en desventaja al momento de intentar conseguirla. La equidad no significa tener el mismo nivel en salud, ni tener acceso a los mismos servicios y recursos, esto va a depender del contexto de necesidad de cada persona según lo requiera.²⁶

Según la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CDSS),⁴⁰ afirma que la mala distribución del poder, ingresos, bienes y servicios, son los que afectan a las condiciones de vida a nivel nacional y mundial. Por consiguiente todo aquello que las personas tengan como necesidad para su desarrollo, tales como educación, economía, vivienda y salud, se mostrarán alteradas.

Para Amartya Sen,²⁴ la equidad debe ser comprendida desde distintas dimensiones, para poder entender la justicia social. El autor introduce un concepto distinto al considerar el problema de la justicia sanitaria y de la equidad en salud particularmente en relación a las capacidades de las personas, al desarrollo social, económico y cultural.

Todos estos conceptos enfatizan el problema de inequidad en varios aspectos que lleva a una desigualdad e injusticia en la población para obtener una calidad de vida próspera. Las personas que viven en la pobreza, escasos grupos étnicos u otros grupos que no han desarrollado una economía aceptable, no tienen la oportunidad o es muy complicado para ellos acceder a servicios de salud, este problema afecta especialmente a niños, mujeres y adultos mayores. En el caso de las mujeres con menor rango de ingresos y de acceso a servicios de planificación y salud, corren el riesgo de quedar embarazadas a muy temprana edad, lo que implica que esto perjudicaría directamente a sus hijos, porque muchas de ellas no manejan suficiente información prenatal adecuada, o no es atendida por un profesional capacitado al momento de dar a luz, todo esto sumado con el nivel de educación de la mujer, dificultan la probabilidad de supervivencia, tanto para ellas mismas, como para los niños.³⁰

Existen diferentes investigaciones a nivel mundial que hablan acerca de cómo la inequidad es un factor determinante que dificulta el acceso a los servicios de salud y hasta muchas veces lo hace imposible, tomando en consideración los recursos de cada población por ámbito geográfico en el que residen.

En el estudio “Oral health in America: A report of the surgeon general”,⁴¹ los niños en Estados Unidos que viven en la pobreza, son los más afectados por las caries, que es la enfermedad crónica infantil más común en este país, pasando por encima del asma y la fiebre. Este problema de salud oral se va acumulando hasta llegar a la adultez, trayendo como consecuencia muchas veces la pérdida de sus dientes.

Varios de estos problemas se deben a: tener un nivel socioeconómico bajo, ser desempleado o pertenecer a un grupo étnico minoritario, como por ejemplo en el caso de los adultos mayores, esta parte de la población no tiene un acceso a servicios de salud ideal y muchos de ellos están en desventaja al no estar afiliado a un seguro de salud para su atención, por lo que la inequidad para ellos incrementa no consiguiendo un tratamiento adecuado e inmediato.⁴²

Estudios acerca de inequidad en España indica una mejora en el acceso a servicios de salud por parte de la población que se encuentra adversa a obtener estos beneficios, específicamente un estudio en Cataluña; indica que el 34.3% de la población tuvo atención por un odontólogo en años previos al 2002, la mejoría se empezó a notar desde el año 1994, debido a que las personas contaron con un seguro privado y público para la atención de la salud bucal.⁴³ Sin embargo, si comparamos con otros países de Europa, tales como Suecia y Dinamarca que bordea el 80% de personas que tienen acceso a servicios de salud o el Reino Unido que el porcentaje llega a 47%, se observa que la prevalencia de acceso es baja. En otros países, de este mismo continente como Grecia y Portugal, mostraron resultados entre 23,3% y 28,8%.^{44, 45}

En Latinoamérica, precisamente Colombia, existe el fenómeno de desplazamiento de personas, el cual es muy común en este país, lo que causa inequidad en el acceso a servicios de salud. Entre el 2006 y el 2007 se registraron alrededor de 3000 desplazamientos, esto se ve reflejado en el índice de Gini (58,6), pero en comparación con otros países como Argentina (51,3) y Ecuador (48,2), el resultado

de inequidad es mucho mayor.⁴⁶ En el presente estudio, para niños de 0 a 11 años de edad y para adultos de 60 años en adelante, a nivel nacional se presenta un índice de Gini (44.00). Mucho tiene que ver la distribución equitativa de los bienes, así como también de las riquezas de cada país, esto es porque no necesariamente el que tiene más economía, tiene mejor beneficio en la salud.

Según la Comisión sobre los Determinantes de la Salud de la OMS (CDSS),⁴⁷ menciona que las riquezas por sí solas no es un factor determinante para mejorar la salud de un país. Algunos países con ingresos muy bajos como Cuba, Costa Rica, China o la India, han logrado obtener un nivel en salud bastante bueno, aplicando estrategias como: equidad de género, alentar la igualdad de acceso a servicios y beneficios, misma oportunidad de trabajo para las personas y bajos niveles de exclusión social, sin duda una estrategia bastante notable que se debe aplicar para mejorar la equidad en salud de otros países. Por consiguiente, si se logra tener una repartición inteligente de los distintos factores de acceso a servicios, disminuirá el porcentaje de inequidad en materia de salud.

Según Hernández et al (Perú; 2014), explora los patrones de acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en el Perú, encontrando que el acceso fue de 40.6% zona rural, 58.3% zona urbana,³⁵ en la presente investigación se realizó según la base de datos de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) 2015, donde se tuvo un registro de 47443 niños de 0 a 11 años, siendo los resultados según ámbito geográfico; 51.3% en zona urbana (n=15784) con menor inequidad (IG: 40.00) y 40.9% en zona rural (n=6822) con mayor inequidad

(IG:41.00). Haciendo una similitud entre uno y otro estudio, tomando en cuenta que son de años consecutivos, existe un porcentaje aún bajo en la zona rural, lo que nos indica la falta de promoción de salud y concientización de la población para acceder a los servicios odontológicos, mientras que en la zona urbana ocurre lo contrario, se evidenció un aumento en el porcentaje de personas que acudieron a estos servicios, ya que en este sector de la población el nivel socioeconómico desempeña un rol determinante y distintos seguros en los que la población se encuentra afiliada.

Para los resultados de niños de 0-11 años de edad según región natural (Tabla 1.) tenemos que en la Costa (n= 9400) es mayor que es de la Sierra (n=8499), con inequidades de IG: 0.40 y 0.45 respectivamente, para este caso tenemos una alteración en los valores, porque que el N de la costa es mayor pero con menor porcentaje de acceso (51,3%) que el de la sierra, mientras que este último tiene mayor porcentaje de acceso (52.4%), pero el N es menor. Esta eventualidad es porque en el año 2015 el Programa de Salud escolar fue aplicado con mayor énfasis en la zona de la sierra para poder promover prácticas y conductas para el cuidado de la salud. No solo el programa está dirigido a salud bucal, sino a otras áreas como nutrición, tamizaje de agudeza visual, dosaje de hemoglobina con tratamiento de anemia y salud mental. Para este último se inició un piloto en las zonas de: Apurímac, Moquegua, Arequipa, Ucayali, Callao, La Libertad y Lima (Carabayllo e Independencia).⁴⁸

Para Azañedo et al (Perú, 2016), da a conocer patrones de acceso a servicios de salud dental, según área de residencia, región natural, tiempo desde la última

atención y lugar de atención de los adultos mayores en el Perú, encontrando que Arequipa fue el de mayor acceso (34.5%) y Cajamarca el de menor acceso (10.2%)³⁷, en la presente investigación según la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, se obtuvo un registro de 4370 de personas mayores de 60 años de edad, siendo los resultados: según ámbito geográfico, zona urbana 86.8% (n=2190) con menor inequidad (IG:40.00) y zona rural 64.4% (n=2190) con mayor inequidad (IG:41.00). Según región natural, costa 87.3% (n=1493) con inequidad (IG: 40.00), sierra 71.3% (n=1332) con inequidad (IG: 45.00), selva 70.2% (n=555) con inequidad (IG: 46.00).

Es importante recalcar que, la gran mayoría de tratamientos para los adultos mayores es la parte protésica (prótesis parcial removible, prótesis total), estos tratamientos no están cubiertos por un seguro, por lo que las personas acuden a una atención privada donde se realiza el procedimiento de manera adecuada. Esto hace referencia al mayor porcentaje de acceso en la zona de la costa, por los distintos factores que hacen posible la atención (nivel socioeconómico, consultorios dentales privados, conocimiento del paciente), mientras que en la zona de la sierra es un poco contradictorio los resultados entre acceso e inequidad, porque siguiendo una línea lógica de las tres regiones naturales se obtuvo que: a menor inequidad, mayor acceso y a mayor inequidad, menor acceso. Esta variante en la zona de la sierra podría estar relacionado con los programas de ayuda social a los adultos mayores como “Vuelve a Sonreír”, cuyo propósito es confeccionar prótesis total o removible, para las personas en situación de pobreza o extrema pobreza. Sin

embargo estos tratamientos son de manera temporal y no garantiza una rehabilitación adecuada, acrecentando de esta manera la desigualdad en salud.⁴⁹

El Perú, en el transcurso de su historia, ha sufrido diversos cambios en el sistema de salud por falta de una adecuada política de Estado. Entre los años 1978 y 1979 se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en coordinación con todas las entidades en salud a través del Consejo Nacional en Salud y se obtuvieron metas importantes para lograr equidad, como prestación de salud mediante los seguros sociales, medicamentos básicos y plan nacional para la atención primaria de salud, sin embargo, este alentador comienzo fue derogado en 1990 sin previa evaluación. En este mismo año se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) que también fue eliminado por falta de apoyo político en el 2002. Para este último año, se crea el actual Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), el cual de la misma forma no ha tenido una sostenibilidad por parte del gobierno y ha entrado en un proceso de reforma a partir del año 2013.⁵⁰

Es bastante llamativo la inestabilidad y la discontinuidad del sistema peruano a lo largo de la historia, esto hace referencia a la gran inequidad y el retraso de políticas en salud en relación con otros países del continente, queda claro que si no se continúa con un consolidado sistema, no podrá existir desarrollo ni equidad.⁵¹

A causa de todo este desequilibrio, los recursos humanos también se ven alterados: remuneraciones bajas, conflictos permanentes, insuficiencia de personal de salud en los hospitales, incluso un alto número de migración de médicos y enfermeros al extranjero.⁵²

Otro punto a tomar en cuenta es el incremento demográfico que hay dentro de las regiones del país, esto se ha visto afectado en que muchos hospitales y/o centros de atención en salud quedan totalmente congestionados y no se dan abasto suficiente para una atención adecuada, por lo que la inequidad al acceso a servicios de salud aumenta. Gran parte de esta inequidad, lo crean los propios gobiernos de turno, porque no continúan los programas de salud ya establecidos del gobierno anterior, creando más una burocracia que eficiencia en cuanto al personal para poder llegar a satisfacer las necesidades de la población.⁵²

Con respecto a las enfermedades de salud mental, que atacan en su mayoría a los adultos mayores, se debe a la poca importancia que se le ha brindado a la prevención y a la falta de recursos para poder atender a las zonas rurales donde no hay acceso a los servicios de salud. Lo mismo sucede en el caso de las personas que padecen de VIH y también, en el caso de los niños, con la Tuberculosis, las cuales por su alto costo de tratamiento y la deficiencia para poder hacerles llegar los medicamentos adecuados, sufren de una inequidad extrema con respecto a las poblaciones más centralistas.⁵³

El estudio es limitado debido a que solo se enfoca en analizar a las poblaciones por ámbito geográfico, más no a las personas de manera individual, es por ello que esta medición genera la susceptibilidad de tener un sesgo de extrapolación de resultados y no se debe caer en la falacia ecológica. Otra limitación del estudio es que teniendo los resultados sólo genera una hipótesis de lo que está ocurriendo en cada población, más no la comprueba, para ello, se deben seguir con otros estudios transversales.

La presente investigación tiene relevancia porque muestra datos por ámbito geográfico en el Perú donde aún existe inequidad para acceder a un servicio de salud odontológica, mucho de esto tiene que ver con la transmisión de los conocimientos del personal de salud a la población, para que ellos acudan a una entidad prestadora de estos servicios, no solo por un caso de emergencia, sino también para mejorar su calidad de salud bucal. Teniendo estos resultados se podrán generar estrategias donde todavía la inequidad es mayor y poder crear un plan para que cada región del Perú pueda llegar a un acceso equitativo con las distintas medidas de cada caso.

VIII. CONCLUSIONES

De forma general se puede concluir que:

Existe un mayor porcentaje de acceso a la atención odontológica con menor inequidad en la zona urbana del Perú en el año 2015

Y de forma específica que:

1. Según espacio geográfico se obtuvo un mayor porcentaje de acceso a la atención odontológica con menor inequidad en la zona urbana, mientras que por región natural la zona de mayor acceso fue la sierra, seguido por la costa y por último la selva, en niños de 0-11 años de edad en el Perú, 2015
2. Según espacio geográfico se obtuvo un mayor porcentaje de acceso a la atención odontológica con menor inequidad en la zona urbana, mientras que por región natural la zona de mayor acceso fue la costa, seguida por la sierra y por último la selva, en adultos mayores de 60 años de edad en el Perú, 2015.

IX. RECOMENDACIONES

- Los Gobiernos regionales deberían generar políticas equitativas en las zonas más vulnerables y recónditas del Perú.
- Realizar un seguimiento constante en las zonas de menor acceso a los servicios odontológicos.
- Crear estrategias para poder contrarrestar las brechas de inequidad a nivel nacional.
- Seguir con el estudio acceso odontológico e inequidad pero en poblaciones de mujeres embarazadas

X. BIBLIOGRAFÍA

1. “Inequidad” (s/f). En *significados.com*. Disponible en: <https://www.significados.com/inequidad/>. [Consultado: 23 de abril de 2017, 10:35 am].
2. Lara N, López V, Morales S, Cortés E. Satisfacción de usuarios de dos servicios odontológicos en Tláhuaz Distrito Federal. *Rev ADM*. 2000; 57(2):45-9.
3. Bravo-Pérez M. Desigualdades geográficas en las cargas de trabajo por dentista en España entre 1987 y 1997. *Cargas de trabajo por dentista*. RCOE. 2004; 9(3):277-84.
4. Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde SocoSilo Paulo* 2007; 16(3): 7-13.
5. Miranda C, Peres M. Determinantes de la utilización de servicios dentales por los adultos: un estudio basado en la población en Florianópolis, Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2013; 29(11):2319- 32.
6. Núñez G, Contreras V, Correa G, Canales T, Mejía G, Oxman-Martínez J, Moreau J. Factores asociados a la consulta odontológica en niños/as y jóvenes de Talca (Chile) e inmigrantes chilenos de Montreal (Canadá). *Gac Sanit*. 2013; 27(4):344-9.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Base de datos de encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016. (Consultado el 20 de Noviembre de 2016). Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza monetaria 2009-2015. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016. (Consultado el 20 de Noviembre de 2016). Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe>.
9. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/
10. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
11. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization* 2005 Sept; 83(9): 644-644.
12. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21 (6): 1665-75.
13. Cátedra Iberoamericana. Equidad y desigualdad en salud: ¿Dos caras de la misma moneda?. Universidad de les Illes Balears.2017. Disponible en: <http://fci.uib.es/Servicios/libros/veracruz/nasso/Equidad-y-Desigualdad-en-salud-Dos-caras-de-la.cid210295>.
14. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Rev. Gerenc. Polit*. 2013, 12 (25): 96-112
15. Agudelo A. Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San gil – Santander. [Tesis de especialidad]. [Bucaramanga]: Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2013.

16. Frenk, J. “El concepto y la medición de accesibilidad”, Investigación sobre servicios de salud. Una antología, Washington, OPS, 1990, págs. 929-943.
17. Musgrove, P. ”La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación”, Boletín OPS, vol. 95:6, 1983, pág. 525 – 546.
18. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Canada, Minister of National Health and Welfare; 1981. Disponible en [:http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php) [Acceso el 23 de enero de 2013].
19. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2008.
20. Comes, Y, Solitario R et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anu Investig. Año 2006. Pag 201-2019. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019
21. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
22. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res. 1974; 9 (3):208–20.
23. Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in America: Individual and contextual factor. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, eds. Changing the American Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management. 3.a ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007. Pp. 3–31.
24. Sen AM. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública 2002; 11: 302-310.
25. Starfield I. Equity and health: a perspective on nonrandom distribution of health in the population, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2002; 12(6): 386.
26. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Int J Health Serv 1992; 22:429-445.
27. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998.
28. Gasparini L, Cruces G, Tornarolli L and Marchionni M. (2008). “A Turning Point” Recent Developments on Inequality in Latin America and the Caribbean”. CEDLAS (Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales). La Plata, Argentina.
29. Petretera M, Valdivia M, Jimenez E. Informe final Equidad de la atención en salud 2004-2008 (MINSAL-CIES 2008)
30. UNICEF, Informe sobre Equidad en Salud 2016 Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas.
31. L.J. Jin, G.C. Armitage, B.Klinge, N.P.Lang, M.Tonetti and R.C Williams. Global oral health inequalities. Sage Journals. Abril 13, 2011

32. Ministerio de Salud. Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. 2012. Disponible en URL: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis31.pdf
33. Ministerio de Salud. Principales causas de morbilidad en consulta externa de establecimientos MINSA y gobiernos regionales Perú año 2015. Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/CEMacros.asp?00>
34. Sanabria C. Revista de la Facultad de Ciencias económicas de la UNMSM, año VII, N° 21. Noviembre 2002: 162-165.
35. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Díaz-Seijas D. y cols. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. 2016;12(3):429-441
36. MINSA (2012). Documento técnico: Plan de intervención para la rehabilitación oral con prótesis removible en el adulto mayor 2012-2016 “vuelve a sonreír”. Disponible en URL: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/salud_bucal/ESNSB/Documento%20Tecnico%20VUELVE%20A%20SONREIR%20pliegos.pdf
37. Azañedo D, Diaz-Seijas D. Salud oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. Rev. Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 33(2):373-5.
38. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Vigésimotercera edición. 2014. (Consultado: 20 de Junio 2017) Disponible en URL: <http://www.rae.es/publicaciones/obras-academicas/diccionarios-de-la-real-academia-espanola>.
39. Meter F, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad. En: Evans y colb, editores. Desafío a la falta de equidad en salud. Washington DC: Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud; 2002. p. 27-36.
40. World Health Organization. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
41. US Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A report of the surgeon general - Executive summary. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
42. Slade GD, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Australia's dental generations: The National Survey of Adult Oral Health 2004-06. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2007.
43. Anderson HD. Aid to determining fuel models for estimating fire behavior. General Technical Report INT-22, NWCG publication.
44. Pizarro V, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Benach J, Borrell C, Pont A, Schiaffino A, Alamnza J, Tresserras R, Alonso J. The utilization of dental care services according to health insurance coverage in Catalonia (Spain). Community Dent Oral Epidemiol. 2009; 37: 78-84
45. European Commission. Health in Europe, Results from 1997-2000 surveys. Theme 3, Population and social conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2003
46. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (25): 96-112, julio-diciembre de 2013

47. Organización Mundial de la Salud. Las inequidades provocan una enorme mortandad, según el informe de una comisión de la OMS. Ginebra: OMS;2008
48. Ministerio de Salud del Perú. Plan de Salud Escolar 2015. Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16513>
49. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removible en el Adulto Mayor 2012-2016 “Vuelve a Sonreír”. Lima: MINSA; 2012.
50. Academia Peruana de Salud. Historia de la Salud en el Perú. Sistema nacional de salud. Lima: Academia Peruana de Salud; 2008.
51. Academia Peruana de Salud. L Foro “Salud y Desarrollo”. El futuro de la salud en el Perú. Rev Acad Peru Salud. 2013;20(1):30-60.
52. Sánchez-Moreno F. Reforma del sistema nacional de salud y seguridad social universal. Exposición en la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República. Rev Acad Peru Salud. 2011;18(2):4-14.
53. Academia Peruana de Salud. Historia de la Salud en el Perú 2007-2011. Salud y desarrollo. Lima: Academia Peruana de Salud; 2013

ANEXOS

SALUD BUCAL PARA LAS PERSONAS DE 60 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
310	VERIFIQUE PREGUNTA 23: 60 AÑOS A MÁS DE EDAD <input type="checkbox"/>	MENOS DE 60 AÑOS DE EDAD <input type="checkbox"/>	→ 400
311	¿Alguna vez en su vida usted, ha sido atendido en un servicio dental o por un odontólogo? CONSIDERE SOLO SI FUE ATENDIDO POR UN ODONTÓLOGO	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 3	→ 500
312	¿Hace cuánto tiempo fue la última atención? REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS	MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 3	
313	¿Dónde le atendieron la última vez?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL / OTRA MUNICIPAL..... 13 DENTRO PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLINICO/ POSTA DE ESSALUD/ USAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLINICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLINICA/POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPANAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98	

ANEXO 3

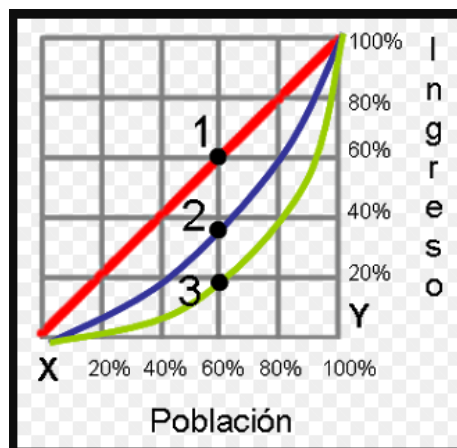
Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2015



ANEXO 5

El índice de Gini se utiliza para medir la desigualdad de los ingresos dentro de un país, pero también es utilizado para medir cualquier forma de distribución desigual. Es un valor que se expresa entre 0 y 1, en donde 0 significa la perfecta igualdad y 1 significa la perfecta desigualdad. Este concepto de desigualdad se puede entender gráficamente a través de la curva de Lorenz.

La curva de Lorenz es una representación gráfica de la desigualdad en el reparto de la renta existente en un determinado territorio (normalmente un país). En ella, se sitúa en el eje X los acumulados de población (P) expresados en tanto por ciento y en el eje Y los acumulados de renta (Q) expresados en tanto por ciento.



Por lo tanto, en el punto (0;0) encontramos siempre que el 0% de la población dispone del 0% de la renta y en el punto (1;1) que el 100% de la población dispone del 100% de la renta, como es lógico.

Entendido esto, podemos comprender que cuánto más cerca esté la curva de la recta que une el (0;0) con el (1;1), (línea roja), mejor estará distribuida la renta, siendo la citada recta la distribución más igualitaria posible, en la que todos los ciudadanos de una población dispondrían exactamente de los mismos ingresos. De la misma forma, cuanto mayor sea el área que queda entre la citada recta y la curva, mayor

será la desigualdad existente, la población representada por la línea azul tiene una distribución más igualitaria que la representada por la línea verde).