



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
ODONTOLÓGICOS Y PROGRAMAS SOCIALES
EN EL PERÚ

ACCESS TO DENTAL HEALTH SERVICES AND
SOCIAL PROGRAMS IN PERÚ

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORA
MARÍA CLAUDIA NÚÑEZ OLAYA

ASESOR
MG. ESP. ROBERTO ANTONIO LEÓN MANCO

LIMA – PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Mg. Cesar Eduardo Del Castillo Lopez

Vocal: Mg. Lillie Elizabeth Abanto Silva

Secretario: Mg. María Claudia Garcés Elías

Fecha de Sustentación: 2 de mayo de 2022

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mg. Esp. Roberto Antonio León Manco

Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0001-9641-1047

DEDICATORIA

A mi familia, mi mayor soporte y lo más importante de mi vida; y especialmente a mi madre, por haber creído en mi desde siempre y por todo su esfuerzo y apoyo incondicional a lo largo de este camino.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, el dr Roberto León, por su acompañamiento, sabiduría e infinita paciencia en todo este proceso.

Y a mi familia, por sus consejos, comprensión, y ayuda en los momentos más difíciles.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
III. Materiales y métodos	5
IV. Resultados	10
V. Discusión	12
VI. Conclusiones	18
VII. Referencias bibliográficas	19
VIII. Tablas y gráficos	23
Anexo	26

RESUMEN

Antecedentes: Actualmente en el Perú se vienen desarrollando diversos programas sociales, donde uno de los principales objetivos es que más personas accedan a la salud. En el presente estudio se evalúa el acceso a servicios de salud odontológicos según el número de beneficiarios de los programas sociales del Perú. **Objetivo:** Determinar la diferencia de acceso a servicios de salud odontológicos entre niveles de cobertura de los programas sociales por regiones del Perú en el año 2019. **Materiales y métodos:** Las variables que se tomaron en cuenta para este estudio fueron: el acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años, el porcentaje de beneficiarios de los programas Cuna Mas, Qali Warma, Juntos, Pension 65 y Foncodes; y las 24 regiones y la Provincia Constitucional del Callao del Perú, por lo tanto, se denomina a este como un estudio ecológico. **Resultados:** No hubo diferencia significativa entre el acceso a servicios de salud odontológicos y las coberturas de los programas Cuna Más, Qali Warma, Juntos y Pensión 65; únicamente existió una diferencia significativa en el programa FONCODES, donde al haber una alta cobertura de este programa, se encontró un acceso significativamente alto. **Conclusión:** Existió diferencia significativa del acceso a servicios de salud odontológicos entre niveles de cobertura de FONCODES por regiones del Perú en el año 2019.

Palabras Clave: Acceso a servicios de salud odontológicos, programas sociales (DeCs)

ABSTRACT

Background: Currently in Peru various social programs are being developed, where one of the main objectives is that more people have access to health. In this study, access to oral health is evaluated according to the number of beneficiaries of social programs in Peru. **Objective:** To determine the difference in access to dental health services between to coverage levels of social programs by regions of Peru in 2019. **Materials and methods:** The variables that were taken into account for this study were: access to health mouth in children from 0 to 11 years old, the percentage of beneficiaries of the programs Cuna Mas, Qali Warma, Juntos, Pension 65 and Foncodes; and the 24 regions and the Constitutional Province of Callao del Peru, therefore, this is called an ecological study. **Results:** There was no significant difference between access to oral health and the coverage of the Cuna Más, Qali Warma, Juntos and Pensión 65 programs; there was only a significant difference in the FONCODES program, where there was a high coverage of this program, a significantly high access was found. **Conclusion:** There was a significant difference in access to dental health services between FONCODES coverage levels by regions of Peru in 2019.

Key words: Access to services of oral health, social programs (DeCs)

I. INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas en salud están dirigidas a actividades para la prevención de enfermedades, tratamientos recuperativos, y promoción de salud, con el fin de mejorar el bienestar de la población; de tal manera, la interacción entre los individuos y dichas medidas, garantiza un adecuado acceso en salud (1).

Desde mediados del siglo XX, Aday y Anderson proponen analizar el acceso en salud considerándolo como la iniciativa de las personas enfermas por acudir a los servicios de salud, tomando en cuenta el contraste del significado de la necesidad de salud de las personas y los proveedores (2). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que el acceso en salud es el proceso mediante el cual se logra alcanzar satisfactoriamente una atención de salud, ya sea para la promoción, diagnóstico o por la falta de este (3).

Sin embargo, desde este punto de vista, es necesario mencionar que se han catalogado cuatro clases de barrera para el acceso a servicios de salud: barreras geográficas, como por ejemplo, accidentes geográficos o distancias largas; económicas, como falta de dinero tanto para transporte, como para la compra de medicamentos; administrativas, asociadas a la distribución de los servicios de salud; y por último, las barreras culturales, expresadas por las diferencias culturales entre los prestadores de salud y la población (4).

Es por esto que, a mediados de los noventa, en el Perú surgieron programas orientados a niños con la finalidad de brindarles una mejoría tanto en su desarrollo cognitivo y psicosocial, como en sus costumbres nutricionales. A su vez, se crearon programas de transferencias monetarias condicionadas, destinados a disminuir la pobreza y a proteger a las poblaciones vulnerables como es el caso de niños, adultos mayores, entre otros (5).

En el Perú actualmente existen diversos programas sociales cuyos objetivos son permitir el desarrollo de las poblaciones en riesgo social, entre los principales se encuentran FONCODES, Qali Warma, Pensión 65, Cuna Mas y Juntos (5). El Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social (FONCODES) es un programa que busca aumentar las oportunidades económicas en familias rurales de extrema pobreza, estableciendo vínculos con el sector privado en cuanto a la oferta y demanda de los productos y servicios, fomentando el desarrollo económico de estas familias y así disminuir las situaciones de exclusión que no permiten articular a estas familias a dichos mercados (6). Qali Warma es un programa social encargado de proporcionar alimentos y educación a niños de inicial y primaria de entidades educativas del sector público, y a niños y jóvenes de secundaria que residen en la Amazonía peruana; mejorando el nivel de atención en las clases, el nivel de asistencia escolar y los hábitos alimenticios, lo cual se logra gracias a la contribución y corresponsabilidad de la comunidad local (7), Pensión 65 busca la protección social de adultos mayores a partir de los sesenta y cinco años de edad que se encuentran en situaciones vulnerables, haciéndoles entrega de cierta cantidad monetaria para mejorar su bienestar y los mecanismos de acceso a los servicios

públicos; y de esta manera alcanzar su inclusión social (8). El Programa Nacional Cuna Más proporciona servicios de calidad para un manejo integral en niños menores de 36 meses que viven en pobreza y pobreza extrema para mejorar su desarrollo intelectual, emocional, social y moral (9). Y, por último, el programa de Apoyo a los más pobres, Juntos, pretende disminuir la pobreza otorgando estímulos monetarios condicionados, con el fin de facilitar el acceso de servicios de salud, nutrición y educación (9).

Si bien la creación de estos programas busca mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios mediante su inclusión social siendo una dimensión de ello la salud, la evidencia científica muestra que estas mejoras no son significativas en los indicadores de salud, y a pesar de que muchos de ellos buscan aumentar la demanda de uso de los servicios de salud, esto no se ha logrado, incluyendo los servicios odontológicos (5).

El presente estudio va dirigido a describir el acceso a servicios de salud odontológicos según el número de beneficiarios de los programas sociales del Perú. Esto debido a cifras estadísticas que demuestran un déficit en el incumplimiento en la asistencia a estos servicios por razones principalmente sociales como la falta de sensibilización de la población, la complicada y escasa accesibilidad a los servicios de salud, la falta de participación y vigilancia organizada de dirigentes sociales de las comunidades, etcétera (6).

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la diferencia de acceso a servicios de salud odontológicos entre niveles de cobertura de los programas sociales por regiones del Perú en el año 2019.

Objetivos específicos

1. Determinar la cobertura de acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad y programas sociales por regiones del Perú en el año 2019.
2. Determinar el acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad según niveles de cobertura de programas sociales por regiones del Perú en el año 2019.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo ecológico, pues los datos se extrajeron de una población perteneciente a las 24 regiones del Perú y de la Provincia Constitucional del Callao.

La construcción de las variables fue realizada a partir del objetivo general “Determinar la diferencia de acceso a servicios de salud odontológicos según niveles de cobertura de los programas sociales por regiones del Perú en el año 2019”, y fueron extraídas de las siguientes bases de datos de acceso libre:

- Base de datos INFOMIDIS (MIDIS; 2019)
- Boletín especial n°26: PERÚ: Proyecciones de Población por Departamento, Provincia y Distrito, 2018 - 2020 (INEI; 2020)
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (INEI; 2019)

Las variables que se tomaron en cuenta para este estudio fueron: el acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años, el porcentaje de beneficiarios de los programas Cuna Mas, Qali Warma, Juntos, Pension 65 y Foncodes; y las regiones del Perú.

- 1) Acceso a servicios de salud odontológicos: Se define como el proceso por el cual se logra que una necesidad de atención odontológica se satisfaga. Es una variable de tipo cualitativa, de escala dicotómica nominal, donde

las posibles respuestas fueron 1=Sí accede a salud bucal; 2=No accede a salud bucal.

Esta información fue extraída de la encuesta ENDES 2019, y el proceso para adquirirla fue primero ingresar al portal web del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) www.inei.gob.pe, donde se seleccionó la opción “Base de Datos”, luego “Microdatos”, después “Consultas por encuestas” y finalmente se procedió a elegir “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” ENDES del año 2019, en periodo único; se descargó la base en formato de archivo para programa SPSS, y se analizó las respuestas obtenidas en cada departamento. Dichas cifras fueron expresadas en porcentajes, y tuvo dos dimensiones de análisis; una de niños de 0 a 11 años de edad y la otra de adultos de 60 años a más de edad. En esta investigación sólo se utilizará la información correspondiente a los niños, cuya pregunta fue la P803: *¿Alguna vez en su vida, (NOMBRE) ha sido atendido/a en un servicio dental o por un odontólogo?*

- 2) Beneficiarios de Cuna Mas, Qali Warma, Juntos, Pension 65 y Foncodes: Personas que participan en estos programas cuyo objetivo en común es permitir el desarrollo de poblaciones en riesgo social. Es una variable de tipo cuantitativa de escala continua, y fue expresada por el porcentaje de personas beneficiarias en función de la población total de cada departamento. Para obtener estas cifras se utilizó la base de datos de la página web INFOMIDIS (www.midis.gob.pe/mapas/infomidis) que es

una plataforma oficial de información del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, donde primero se seleccionó el punto de corte “Junio 2019” puesto que las cifras poblacionales del Boletín N° 26 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1715/libro.pdf) se mostraban hasta el mes de Junio de cada año. Posteriormente, se procedió a seleccionar departamento por departamento para obtener los datos de los beneficiarios de cada programa social, y luego estas cifras numéricas fueron convertidas en cifras porcentuales, en función a la población de cada departamento.

- 3) Regiones: Definido como una división territorial dirigida por una jurisdicción administrativa. Es una variable de tipo cualitativo de escala politómica y nominal donde las posibles 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.

Se emplearon bases de datos de acceso público las cuales mantienen la confidencialidad de los participantes porque todo se encuentra codificado; el primer paso para la construcción de la base en Excel fue determinar el acceso en niños de 0 a 11 años de edad. Para ello, una vez descargada la base de datos del ENDES

2019, se construyó una tabla de doble entrada en la cual por cada departamento se describió el porcentaje de acceso a servicios de salud odontológicos. Para determinar la cobertura de los programas sociales como se ha mencionado, se extrajo la información del INFOMIDIS, sin embargo, el indicador disponible es el volumen, por ello, para hallar esa cobertura, se calculó el porcentaje de beneficiarios en función del total de población por departamento, esta última información fue extraída de la web del INEI (www.inei.gob.pe).

La información descargada se consolidó en una ficha de registro en Excel teniendo los datos según las variables: acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad y cobertura de los programas sociales, organizado por cada una de las regiones del Perú.

Una vez construida la base de datos, se categorizó el nivel de cobertura de cada programa social en 3 niveles: bajo, moderado y alto, para esto se utilizaron las frecuencias relativas acumuladas considerando 3 grupos; esto permitió conocer cuál fue el promedio de acceso según los niveles de cobertura. La distribución no paramétrica del acceso a servicios de salud odontológicos se determinó mediante la prueba de Shapiro Wilks; posteriormente, las pruebas para determinar la diferencia de medias fueron las pruebas de Kruskal Wallis y U de Mann Whitney. Para la construcción de la base de datos se utilizó el programa Excel 2019 y para su procesamiento se empleó el programa SPSS v. 24.0; los resultados son presentados en tablas y gráficos.

Este estudio se realizó luego de recibir una aprobación de la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería y con el consentimiento por parte del comité institucional de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) con fecha 18 de abril del 2018 con código SIDISI N° 102090.

IV. RESULTADOS

Se contabilizaron 25 registros (24 regiones del Perú y la provincia constitucional del Callao) de la cobertura en los programas Cuna Mas, Qali Warma y Pensión 65; sin embargo, en los programas Juntos y Foncodes se encontraron 21 y 23 registros respectivamente, puesto que en ciertas regiones no se encontró dicha información. El departamento con mayor acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años fue Ayacucho con 79.29%, seguido de Tacna (76.23%) y Huancavelica (74.84%); y el de menor acceso fue Ucayali con 35.68%. La cobertura del programa “Cuna Más” la encabeza el departamento de Apurímac, con un 0.87% y termina con Madre de Dios, que presenta la menor cobertura, con un 0.02%; la mayor cobertura del programa “Qali Warma” estuvo representada por Loreto con un 26.66% y la menor, la tuvo Lima con 5.94%; en el programa Juntos, Cajamarca presentó la mayor cobertura, que fue 7.52%, y la menor fue Lima, con 0.01%; el departamento con una mayor cobertura en “Pensión 65” fue Apurímac con 6.11% y el menor fue Lima con 0.32%, y finalmente en “FONCODES” se encontró una mayor cobertura en Huancavelica, de 8.69% y la menor cobertura fue en Lima con 0.15% (**Tabla 1**).

La cobertura de los programas sociales fue separada por tres niveles: bajo, moderado y alto; y al conjugarla con el acceso a servicios de salud odontológicos, se encontró que, cuando el programa Cuna Más presentó una alta cobertura, el acceso a los servicios de salud odontológicos fue de 69.26% (D.E.=6.32), en un nivel moderado de cobertura, el acceso fue de 62.42% (D.E.=15.43), y en uno bajo,

de 60.03% (D.E.=8.92); en Qali Warma, el acceso a servicios de salud odontológicos en una alta cobertura, fue en promedio 53.11% (D.E.=9.56), en una moderada fue 65.86% (D.E.=11.15) y en una baja, 64.22% (D.E.=8.48); en una alta cobertura del programa Juntos, se registró un acceso de 64.71% (D.E.=10.76), en una cobertura moderada, un acceso de 58.34% (D.E.=14.91) y en una cobertura baja, uno de 60.73% (D.E.=10.73); en Pensión 65 el acceso en el alto nivel de cobertura, de 71.77% (D.E.=8.33), moderado de 59.89% (D.E.=7.39) y bajo de 60.37% (D.E.=11.23); por último, el promedio del acceso para cada uno de los niveles alto, moderado y bajo de la cobertura del programa FONCODES fueron 73.91 (D.E.=4.48), 55.98 (D.E.=3.38) y 60.45% (D.E.=11.6), respectivamente. Solo se encontró diferencia estadísticamente significativa entre acceso a servicios de salud odontológicos y FONCODES ($p=0.03$) (**Tabla 2**).

Gráficamente se observa que en los programas Cuna Más, Juntos, Pensión 65 y FONCODES, a mayor aumento de la cobertura, se obtuvo un mayor acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años, caso contrario, es el caso de Qali Warma, donde se encontró un mayor acceso a servicios de salud odontológicos en los niveles moderados de cobertura de estos programas (**Gráfico 1**).

V. DISCUSIÓN

El acceso a servicios de salud odontológicos se entiende como la acción de una persona de recibir una atención odontológica a lo largo de su vida; y algunos autores atribuyen a la falta de este, a las características de la población (10), mientras que otros se basan en la oferta de los servicios de salud, como es el caso del Instituto de Medicina de USA, el cual considera al acceso desde una perspectiva de la oferta como “el tiempo que emplea el personal de los servicios de salud, para lograr el mejor resultado en salud [...]” (11); en este estudio, se plantea que pueden existir múltiples factores que determinarán el acceso o la ausencia de este, tales como las diferencias culturales entre prestadores de servicios y pobladores, la escasa información en salud bucal, la falta de motivación y empoderamiento, el no reconocer a la salud como un derecho fundamental, entre otros (12).

Estas barreras que limitan el acceso están conformadas principalmente por las características del sistema de salud, entendidas también como barreras administrativas (disponibilidad de personal y de recursos, horarios de atención, etc.), por las características de los propios individuos, tales como las barreras económicas y culturales (ocupación, edad, sexo, estado de salud y la percepción de ésta, etc); y por el contexto donde se encuentran estas personas, que abarcan fundamentalmente las barreras geográficas (13). Por lo tanto, estas barreras varían de acuerdo a cada región del país, es así que en la Sierra tienen un mayor acceso a establecimientos públicos del MINSA y EsSalud, siendo más bajo en el sector

privado; caso contrario ocurre en Lima, donde el sector privado es mayor al público (14).

Bajo este marco, estas barreras se pueden asociar a la exclusión social, la cual se expresa en aquellas personas que no tienen acceso a oportunidades ya sea de educación, salud, derechos, etc. Es así que, el 20 de octubre del 2011, la Ley N.º 29792 crea el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) en busca de cerrar las brechas de desigualdad, desarrollando estrategias y políticas públicas orientadas a eliminar la pobreza y la falta de acceso a servicios, pues su objetivo es que todos los ciudadanos, sin importar donde nacieron, donde viven, la lengua y la cultura de sus padres, su condición social o educativa (15) puedan “ejercer sus derechos, aprovechar sus habilidades y tomar ventaja de las oportunidades que encuentran en su medio”. Este modelo de política social del MIDIS pretende que todos los miembros de una familia se desarrollen, y para esto ha creado programas que actúan a corto plazo, aliviando con subvenciones económicas a poblaciones en extrema pobreza; a mediano plazo, brindando oportunidades económicas para las familias, para lograr una inclusión financiera; y a largo plazo, garantizando condiciones y dando facilidades, para evitar que las siguientes generaciones hereden la pobreza y la exclusión social (16).

En el 2001, y posteriormente en el 2012, la Unicef recalcó que la clave y la herramienta más poderosa para lograr la equidad del desarrollo humano, social y económico, era llevar a cabo una adecuada atención a los niños y niñas; por lo tanto, el acceso a servicios de salud odontológicos de los niños debe ser uno de los

objetivos prioritarios de las políticas de salud pública a nivel mundial, las cuales deben verse reflejadas en programas y proyectos efectivos y de vasta cobertura (12). Por este motivo, en la presente investigación, se estudió el comportamiento del acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años, en función de los niveles de cobertura (baja, moderada y alta) de cada uno de los programas sociales: Cuna Más, Qali Warma, FONCODES, Juntos y Pensión 65; y no se encontró diferencia significativa entre el acceso a salud bucal y las coberturas de los programas Cuna Más, Qali Warma, Juntos y Pensión 65 respecto; sin embargo, sí se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en FONCODES, donde al haber una alta cobertura de este programa, se encontró un acceso a servicios de salud odontológicos significativamente alto. Con esto se ratifica que al mejorar el nivel socio-económico de las familias, se logra aumentar de manera significativa el acceso a los servicios de salud odontológicos. Esto respalda lo que señalan la OMS, Leal y Peres et al. respecto a la estrecha relación entre las condiciones socioeconómicas y las enfermedades bucodentales, los cuales sostienen que una mala salud bucal está relacionada con condiciones socioeconómicas desfavorables, cuyos pilares son la educación, la situación laboral actual, y la más importante de todas: el ingreso económico (17, 18, 19)

Debido a esto, el MIDIS, buscando atender prioritariamente a poblaciones con mayores carencias y vulnerabilidad, identificó a una Población en Proceso de Desarrollo e Inclusión Social (PePI), la cual se determina reuniendo por lo menos tres, de las cuatro siguientes circunstancias: a) familias que habitan en lugares con 400 viviendas (2000 personas) o menos; b) viviendas donde el jefe de hogar o su

cónyuge se comunican en lengua nativa (quechua, aymara o amazónica); c) hogares en los que la jefa de hogar o la cónyuge del jefe de familia no ha completado el nivel de educación primaria; y d) hogares que poseen un bajo nivel de ingresos. Esta es la población objetivo para llevar a cabo las estrategias de desarrollo e inclusión social, a través de programas sociales y políticas, y así favorecer el acceso a diferentes servicios, entre ellos, el acceso a los servicios de salud odontológicos (16, 20).

Los programas sociales que se estudiaron en la presente investigación fueron creados para distintos propósitos de cada etapa de la vida. En niños menores de 3 años, el programa Cuna Más; se encarga de mejorar el cuidado y aprendizaje infantil en niños y niñas que se encuentren en situación de pobreza y pobreza extrema, brindando un cuidado diurno, dirigido a niños de 6 meses a 3 años; así como visitas a hogares y sesiones con niños y madres gestantes (9, 15). En la etapa escolar, Qali Warma se encarga de proporcionar alimentos nutritivos y variados a niños y niñas de inicial y primaria de los colegios públicos del Perú y de secundaria de las comunidades nativas de la Amazonia peruana, con el fin de mejorar la atención en clases, la asistencia y la permanencia (8, 15). En el periodo de adultez, FONCODES suscita la inclusión económica, generando trabajo para que, en el futuro, las condiciones de pobreza de las siguientes generaciones, no se perpetúen (15, 20, 21). El Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, protege socialmente a los ancianos desde los sesenta y cinco años que se encuentran en pobreza extrema brindándoles un apoyo económico para que atiendan sus necesidades primarias, para que sean revalorados por la sociedad, y a su vez, ayudar a dinamizar la

economía (15, 22). Y a nivel familiar, el programa JUNTOS brinda alivio económico a los hogares, condicionándolos al cumplimiento de compromisos que promueven el acceso a nutrición, educación y salud, con el propósito de reducir la pobreza y evitar que las nuevas generaciones continúen heredando la pobreza (15, 23). Asimismo, cabe resaltar que debido a que cada uno de estos programas beneficia a personas individuales, por sus propias características, o las de su familia; es posible que distintos miembros de una familia pertenezcan a distintos de los programas anteriormente mencionados.

Se sugiere que además de los objetivos intrínsecos de cada programa social, debería existir, además, un eje preventivo, brindando información de salud bucal (prevención primaria), en el caso de Cuna Más, a las familias con nuevos niños; tal y como se evaluó en Canadá, en la década de los 70, donde se comenzó a conceptualizar que la principal deficiencia se encontraba en la prevención, con lo cual inició una nueva fase en la evolución de la salud pública (24, 25). Asimismo, se plantea que haya una mejor articulación de los programas sociales, donde se haga hincapié en las medidas de promoción y prevención en salud bucodental, pues se conoce la estrecha relación que existe entre la salud oral y la salud general y la calidad de vida (26), y por último, que haya un mayor protagonismo del cirujano dentista en la atención primaria, ya sea en trabajos en la comunidad, prevención y control temprano de caries dental (27), así como su participación en la totalidad de los establecimientos de salud, incluyendo las categorías I-1 e I-2, con el fin de brindar una atención bucal oportuna a más personas (28, 29)

Asimismo, se percibieron ciertas limitaciones en la investigación dado que, se trata de un estudio ecológico, donde se consideran poblaciones en masa, más no muestras específicas controladas. De manera que, se puede afirmar que esta información tiene un sesgo de representatividad, sin embargo, al ser una encuesta nacional, con diseño de conglomerados y estratificación hace que la información sea confiable, de calidad y representativa. De igual forma, existen algunas regiones que no presentaron toda la información necesaria para poder completar el análisis, en esos casos, la muestra se redujo.

A pesar de ello, el presente estudio es relevante porque pone en evidencia el bajo nivel de acceso a servicios odontológicos de la población peruana, a pesar de la existencia de programas sociales; por lo cual, puede ser útil para la toma de decisiones en torno a las futuras políticas públicas, específicamente, en temas relacionados con la promoción y prevención en salud oral porque es fundamental educar a la población para crear consciencia sobre la importancia de la salud bucal, así como contar con un odontólogo como parte del equipo en todos los establecimientos de salud. Además, da pie a que futuras investigaciones indaguen sobre otras posibles razones por las que puede estar pasando este fenómeno.

VI. CONCLUSIONES

De forma general, se concluye que:

Existió diferencia significativa del acceso a servicios de salud odontológicos entre niveles de cobertura de FONCODES por regiones del Perú en el año 2019.

Y de forma específica que:

1. El mayor acceso a servicios de salud odontológicos fue en Ayacucho en niños de 0 a 11 años de edad; la mayor cobertura de CUNAMAS fue en Apurímac, de Qali Warma en Loreto, de Juntos en Huancavelica, de Pensión 65 en Apurímac y de FONCODES en Huancavelica por regiones del Perú en el año 2019.
2. Existió diferencia significativa del acceso a servicios de salud odontológicos entre la cobertura moderada y alta de FONCODES por regiones del Perú en el año 2019.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publ Méx.* 2015; 57(2): 180-6.
2. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974;9(3):208-20.
3. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2013.
4. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Facultad de Psicología-UBA Anuario de Investigaciones.* 2006; 14: 201-8.
5. Cavero-Arguedas D, Cruzado de la Vega V, Cuadra-Carrasco G. Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2017;34(3):528-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.3063>
6. Alberro I, Henderson M, Yúnez A. Grandes problemas. Inclusión financiera en México: retos y perspectivas. México: El Colegio de México A.C.;2016.
7. Ministerio de Desarrollo e Inclusión. Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social del Perú – Nosotros [Internet]; 1991. Disponible en: <http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/nosotros>. [Consultado 06 oct 2021]

8. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Qali Warma [Internet]; 2015. Disponible en <https://www.gob.pe/qaliwarma> [Consultado 07 feb 2018].
9. Ministerio de Desarrollo e Inclusión social. Programa Nacional Cuna Más [Internet]; 2012. Disponible en: <https://www.gob.pe/cunamas> [Consultado 06 oct 2021].
10. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36(1):1-10.
11. Millman M, ed. *Access to Health Care in America*. Washington, DC: The National Academies Press, 1993
12. González-Penagos C, Cano-Gómez M, Meneses-Gómez EJ, Vivares-Builes AM. Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2015; 13(2): 715-24. DOI: <https://doi.org/10.11600/1692715x.13211270314>
13. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27):242-65. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11970>
14. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Díaz-Seijas D, Bendezú-Quispe G, Arroyo-Hernández H; Vilcarromero S, et al. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. *Salud Colect* 2016; 12(3):429-41. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.912>
15. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Una política para el desarrollo y la inclusión social en el Perú [Internet]. Lima - Perú; 2012 Disponible en:

https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2015/documentos/11/midis_politicas_desarrollo.pdf [Consultado 10 dic 2021].

16. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Mapa de la Población en Proceso de Desarrollo e Inclusión Social. Junio 2013. <http://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Mapa-de-la-poblacion-en-proceso-de-desarrollo-e-inclusion-%20social.pdf> [Consultado 4 oct 2021].
17. Organización Mundial de la Salud. Salud Bucal [Internet]. 25 marzo del 2020.. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/oralhealth.Ginebra,2020> [Consultado 10 ag 2020].
18. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet. 2019; 394(10194):249-60. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31146-8)
19. Leal R, Durães N, Oliveira S, Primo M, De Barros Lima M, Batista P, et al. Falta de acesso a informações sobre problemas bucais entre adultos: 26 abordagem baseada no modelo teórico de alfabetização em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2018;23(3):823-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.25472015>
20. Vargas S, Trivelli C. Transitando del discurso a la práctica: Conexiones y reflexiones sobre desarrollo humano y política pública a partir de la creación del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social del Perú [Internet]. Lima – Perú; 2014. Repositorio PUCP. Disponible en:

- <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/52657> [Consultado 12 dic 2021].
21. Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social; 1991. Disponible en: <http://www.foncodes.gob.pe/portal/index.php/nosotros> [Consultado: 06 oct 2021].
 22. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Pensión 65; 2011. Disponible en: <https://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/> [Consultado 21 oct 2021].
 23. Ministerio de Desarrollo de Inclusión Social. Juntos; 2021. Disponible en: <http://www.juntos.gob.pe/index.php/quienes-somos/vision-y-mision> [Consultado 21 oct 2021].
 24. Sosa-Rosales M. Consideraciones sobre la estomatología y la situación del estado de salud bucal en Cuba [Internet]. La Habana: MINSAP; 2009. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/salud_bucal_cuba_2009\[1\].pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/salud_bucal_cuba_2009[1].pdf) [Consultado 19 sept 2013]
 25. Organización Mundial de la Salud. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales [Internet]. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/> [Consultado 4 jun 2014].
 26. Organización Mundial de la Salud [OMS]. 60° Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y Decisiones. Ginebra: OMS; 2007.

27. World Health Organization [WHO]. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. Geneva: WHO; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
28. Dirección General de Personal de Salud. Compendio Estadístico: Información de Recursos Humanos del Sector Salud Perú 2013-2018.1era edición. Lima, 2019
29. Gobierno del Perú. R.M N°546-2011/MINSA. NTS N°021-MINSA/dgspv.03. Lima: Gobierno del Perú; 2011. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normaslegales/243402-546-2011-minsa> [Consultado 15 oct 2021].

VIII. TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Cobertura de acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad y programas sociales por regiones del Perú en el año 2019.

DEPARTAMENTO	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS 0 A 11 AÑOS %	CUNA MAS %	QALI WARMA %	JUNTOS %	PENSION 65 %	FONCODES %
Amazonas	53.96	0.26	22.49	7.44	2.94	4.94
Ancash	52.47	0.31	13.94	2.76	2.93	1.97
Apurímac	73.005	0.87	17.66	7.32	6.11	5.35
Arequipa	67.86	0.24	8.36	0.13	0.63	0.60
Ayacucho	79.29	0.48	16.44	4.60	5.07	5.72
Cajamarca	56.97	0.14	18.16	7.52	4.25	4.97
Callao	69.5	0.09	7.05	-	0.37	-
Cusco	69.69	0.21	13.99	3.35	2.69	1.73
Huancavelica	74.84	0.66	17.59	8.58	5.95	8.69
Huánuco	57.77	0.16	18.6	5.77	3.57	3.72
Ica	68.57	0.19	11.69	-	0.66	0.17
Junín	62.65	0.23	12.17	1.49	1.73	2.21
La Libertad	51.30	0.08	13.04	2.63	1.25	1.75
Lambayeque	55.05	0.15	9.63	0.47	1.41	0.45
Lima	71.29	0.08	5.94	0.01	0.32	0.15
Loreto	51.29	0.17	26.66	5.44	2.11	2.91
Madre de Dios	67.39	0.02	18.58	0.32	0.65	0.97
Moquegua	71.61	0.42	11.74	-	1.53	1.72
Pasco	68.47	0.56	18.58	3.14	2.20	5.01
Piura	45.00	0.14	15.17	3.97	2.14	1.53
Puno	59.91	0.25	13.48	3.76	4.53	2.90
San Martín	46.22	0.17	19.81	2.95	2.12	2.71
Tacna	76.23	0.52	10.67	0.21	0.57	1.52
Tumbes	60.68	0.62	16.12	-	1.69	-
Ucayali	40.96	0.33	22.92	0.75	1.70	2.81
Nacional	52.93	0.18	11.86	2.13	1.68	1.61

Tabla 2. Acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad según niveles de cobertura de programas sociales por regiones del Perú en el año 2019.

PROGRAMAS SOCIALES	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS EN NIÑOS DE 0 A 11 AÑOS %			p*
	n	X	DE	
CUNA MAS %				
Bajo	15	60.03	8.92	0.313
Moderado	6	62.42	15.43	
Alto	4	69.26	6.32	
QALI WARMA %				
Bajo	11	64.22	8.48	0.050
Moderado	8	65.86	11.15	
Alto	6	53.11	9.56	
JUNTOS %				
Bajo	13	60.73	10.73	0.733
Moderado	4	58.34	14.91	
Alto	4	64.71	10.76	
PENSION 65 %				
Bajo	15	60.37	11.23	0.135
Moderado	6	59.89	7.39	
Alto	4	71.77	8.33	
FONCODES %				
Bajo	14	60.45	11.6	0.030
Moderado	5	55.98**	3.38	
Alto	4	73.91**	4.48	

*Prueba de Kruskal Wallis.

**Prueba de U de Mann Whitney ($p < 0.05$).

Gráfico 1. Acceso a servicios de salud odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad según niveles de cobertura de programas sociales por regiones del Perú en el año 2019.

