



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

**ACCESO A SERVICIOS
ODONTOLÓGICOS Y DERECHO A LA
SALUD EN EL PERÚ, 2015**

Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista

Christopher Carlos Eduardo Parrales Valencia

Lima - Perú

2018

ASESOR

Mg. Roberto Antonio León Manco

Departamento Académico de Odontología Social

JURADO EXAMINADOR

Presidente : César Del Castillo López

Secretario : Diana Castillo Andamayo

Miembro : Natalie Hadad Arrascue

FECHA DE SUSTENTACIÓN : 13 – febrero - 2014

CALIFICATIVO : Aprobado

Dedicatoria

A mis padres quienes me apoyaron incondicionalmente,
por motivarme a ser mejor día tras día y no dejarme
abatir por los obstáculos ni por los desafíos.

Agradecimientos

- A Dios por brindarme fortaleza durante los momentos más críticos de mi formación profesional y vida personal.
- A mi asesor, por su dedicación, paciencia y guía durante el desarrollo de la presente investigación.
- A mi familia por darme su amor, su apoyo incondicional en los momentos más importantes y por brindarme consejos en el momento que los necesitaba.
- A todas las personas que de manera directa o indirecta me ayudaron en mi formación profesional.

RESUMEN

Objetivo. El presente estudio tiene como finalidad determinar la asociación entre el acceso a servicios odontológicos y el derecho a la salud en el Perú durante el año 2015. **Materiales y métodos.** Para este trabajo, sirvieron como materiales la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015 y la Encuesta de Satisfacción de Usuarios en Salud (EnSusalud) 2015. El diseño del estudio fue de tipo ecológico. En él, se emplearon las dos variables mencionadas: el acceso a servicios odontológicos y el derecho a la salud. En principio, se ejecutó un análisis descriptivo de las variables cualitativas. Con ello, se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas, las cuales fueron organizadas en tablas y gráficos. **Resultados.** Se determinó que, en el rango de edad de cero a once años, el departamento que tuvo el mayor acceso a servicios odontológicos fue Ayacucho y el que tuvo el menor acceso fue Ucayali. Asimismo, se encontró que, en adultos mayores de sesenta años en adelante, los departamentos de mayor acceso a tales servicios fueron Callao y Arequipa, mientras que el de menor acceso fue Cajamarca. En cuanto a la ley que ampara el derecho a la salud, se determinó que el departamento de mayor conocimiento sobre la ley fue Ayacucho y el de menor conocimiento fue Piura. Finalmente, se halló que el departamento con mayor nivel de conocimiento sobre el derecho a la salud fue Áncash y el de menor nivel de conocimiento fue Piura. **Conclusiones.** No existe asociación estadísticamente significativa entre el acceso a servicios odontológicos y el derecho a la salud en el Perú durante el año 2015.

PALABRAS CLAVES: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Derecho a la salud, Atención Odontológica

ABSTRACT

Objective. The aim of this study is to determine the association between dental services and the right to health in Peru during 2015. **Materials and methods:** For the work, materials such as the Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2015 and the Survey of Health User's Satisfaction (EnSusalud) 2015. The design of the study was an ecological type. In it, the two variables mentioned were used: access to dental services and the right to health. In principle, a descriptive analysis of the qualitative variables was carried out. With this, the absolute and relative frequencies were obtained, which have been organized in tables and graphs. **Results:** It was determined that, in the age range zero to eleven years, the department that had access to dental services was Ayacucho and the one that had access to the least access to Ucayali. Likewise, it was found that, in adults over sixty years of age, the departments with the greatest access to services were Callao and Arequipa, while the access of minors to Cajamarca. While the law that protects the right to health, it was determined that the department with the most knowledge about the law was Ayacucho and the least knowledge of Piura. Finally, it was found that the department with the highest level of knowledge about the right to health was Áncash and the lowest level of knowledge of Piura. **Conclusions:** There is no statistically significant association between access to dental services and the right to health in Peru during 2015.

KEY WORDS: Health Services Accessibility, Right to Health, Dental Care.

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Acceso a servicios de salud en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad por departamentos en el Perú, 2015	29
Tabla 2. Derecho en salud por departamentos en el Perú, 2015.	30
Tabla 3. Acceso a servicios de salud en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad según conocimiento de la ley que garantiza su derecho a salud en el Perú, 2015.	31
Tabla 4. Acceso a servicios de salud en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad según conocimiento sobre su derecho de acceso a salud en el Perú, 2015.	32

INDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1.	Acceso a servicios de salud en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad según conocimiento de la ley que garantiza su derecho a salud en el Perú, 2015.	33
Gráfico 2.	Acceso a servicios de salud en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad según conocimiento sobre su derecho de acceso a salud en el Perú, 2015.	34

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL LA INVESTIGACIÓN	2
II.1 Planteamiento del problema	2
II.2 Justificación de la investigación	3
III.MARCO TEÓRICO	5
III.1 Acceso a los servicios de salud	5
III.1.1. Definición de acceso	5
III.1.2. Barreras al acceso	6
III.1.3. Acceso a la salud en el Perú	9
III.1.3. Acceso a los servicios de salud	11
III.1.3. Acceso a servicios odontológicos	11
III.2. Derecho a la salud	12
III.2.1. Definición	12
III.2.2. Derecho a los servicios de salud	14
III.2.2.1 Marco legal	13
III.2.2.2 Constitución de 1993	15
III.2.2.3 Ley N°29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud	15
III.2.3. Derecho y salud	16
IV.OBJETIVOS	18
IV.1 Objetivo general	18
IV.2 Objetivo específicos	18

V. MATERIALES Y MÉTODOS	19
V.1 Diseño del estudio	19
V.2 Población y muestra	19
V.3 Criterios de selección	19
V.4 Variables	21
V.5 Instrumento	24
V.6. Técnicas y/o procedimientos	24
V.7 Plan de análisis	26
V.8 Consideraciones éticas	26
VI. RESULTADOS	27
VII. DISCUSION	36
VIII. CONCLUSIONES	45
IX. RECOMENDACIONES	46
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
ANEXOS	49

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

CIE – UPCH	:	Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
ENDES	:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EPS	:	Entidades prestadoras de salud
EnSusalud	:	Encuesta de Satisfacción a nivel Nacional
EsSALUD	:	Seguro Social de Salud
INEI	:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	:	Ministerio de Salud del Perú
OMS	:	Organización Mundial de la Salud
ONG	:	Organización No Gubernamental
PEAS	:	Plan Esencial de aseguramiento en salud

I. INTRODUCCION

La Real Academia Española¹ define la palabra acceso como “entrada al trato o comunicación con alguien” y también como “acción de llegar o acercarse”. Sin embargo, en el ámbito de la salud pública, este término está compuesto por diferentes aspectos: disponibilidad, accesibilidad, alojamiento, asequibilidad y aceptabilidad.² Incluso algunas entidades, como la Royal Society of Medicine³, poseen conceptos bastante más complejos sobre el acceso a la salud, el cual dividen en dimensiones (disponibilidad, capacidad, existencia de barreras y resultados en materia de salud).³

El acceso a los servicios de salud se inicia una vez que la persona ha reconocido su derecho y su necesidad de ellos. Sin embargo, se presenta una inequidad de conocimiento dentro de la población, razón por la cual hay también desemejanzas en la capacidad de reconocer las propias necesidades sanitarias. Esta disimilitud influye negativamente en quienes no se preocupan por cuidar de su salud. Por otro lado, quienes sí llegan a obtener los cuidados requeridos se encuentran con otro tipo de obstáculos. Pese a que, en la mayor parte del mundo, los sistemas de salud son subsidiados por el Estado, existen distintos costos extra que muchos pacientes no están en condiciones de pagar. A ello se suma el tiempo de espera, que supone restar horas al trabajo por asistir a los centros de salud.^{4,5}

En ese contexto, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo general determinar la asociación que existe entre el acceso a los servicios odontológicos y el derecho a la salud en el Perú durante el año 2015.

II. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

II.1. Planteamiento del problema

Desde el punto de vista de la promoción y la prevención, el acceso a la salud es la manifestación de todos los esquemas y proyectos de intervención utilizados por el Estado a fin de preservar la salud de la población en un contexto determinado por barreras geográficas, económicas, culturales y administrativas.⁶ Estudios previos demuestran que el acceso a la salud puede verse afectado por el sistema de salud presente en el país. El desconocimiento o la falta de información sobre los procesos administrativos específicos de este sistema constituyen obstáculos para el acceso.⁷

El acceso a la salud es un derecho constitucional. Por ello, el Estado está en la obligación de otorgar financiamiento al sector de la población que carece de él y que no cuenta con recursos económicos. Es gracias a ello que el trabajo en este campo ha ido avanzando en sus diferentes dimensiones. Sin embargo, el acceso a la salud de la población mencionada depende también de la coordinación entre las diferentes instituciones del Estado. Solo con esta coordinación se pueden formular mecanismos que permitan la consolidación del acceso universal a los servicios de salud. Naturalmente, es necesario que las personas conozcan tanto su propio estado de salud como el derecho constitucional que los ampara a fin de que, idealmente, acudan a los centros de salud más allá de las limitaciones financieras o geográficas. Es decir, resulta indispensable que la población tenga conocimiento sobre su derecho a acceder a los servicios de salud.⁴

Por estas razones, el presente estudio se propone dar respuesta a esta interrogante: ¿qué asociación hubo entre el acceso a servicios odontológicos y el derecho a la salud en el Perú en el año 2015?

II.2. Justificación de la investigación

En primer lugar, la presente investigación posee relevancia teórica, ya que, en el Perú, no existe evidencia científica previa sobre la relación entre el acceso a servicios odontológicos y el derecho a la salud. Por tanto, este trabajo presenta información teórica nueva que puede ser útil para futuros estudios.

En segundo lugar, esta investigación cuenta con relevancia social, pues se han obtenido resultados a nivel nacional, los cuales pueden ser utilizados en el terreno de la salud pública con el propósito de aumentar el acceso a servicios odontológicos en el país.

En tercer lugar, este estudio ha sido viable, factible y pertinente. Ha sido viable debido a que su desarrollo no generó eventos adversos a la sociedad. Ha sido también factible, dado que contó con acceso libre a la información recolectada durante el año 2015 en la página web oficial del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Por último, ha sido pertinente, puesto que resultaba sumamente necesario para la evaluación de los factores asociados a mejorar el acceso a los servicios odontológicos.

Los resultados de la presente investigación tienen como beneficiarios directos a la población peruana y al Ministerio de Salud del Perú (MINSA), lo que permitirá formular investigaciones en el área de la salud pública. Estos resultados también son de interés para la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), pues contribuirán a todos los planteamientos y proyectos de intervención que consideren la asociación entre el acceso a servicios odontológicos y el derecho a la salud.

III. MARCO TEÓRICO

III.1. Acceso a los servicios de salud

III.1.1. Definición de *acceso*

La Real Academia Española (RAE)¹ define la palabra acceso como “entrada al trato o comunicación con alguien” y como “acción de llegar o acercarse”.¹ Si se aplican estas acepciones al ámbito de la salud pública, el concepto de acceso a la salud solo haría referencia a la acción de llegar o aproximarse a los establecimientos de salud. Es decir, no se consideraría en él la importancia del servicio brindado.⁴ Es por ello que tales acepciones fijadas por la RAE son insuficientes para el terreno de la salud pública.

Son muchas las definiciones del concepto de acceso existentes en la bibliografía relacionada con los servicios de salud. Entre ellos, destacan los siguientes:

- Comes *et al.*⁶ (2006) definen el término accesibilidad como el vínculo que existe entre los servicios de salud y la población. En este vínculo, ambas partes abarcarían en sí mismas la posibilidad de encontrarse.⁷
- En el Glosario de Términos para Auditoría en Salud (2003), Otero y Otero⁸ definen accesibilidad como el resultado de multiplicar por cien la razón entre

el número de centros de salud que ejecutan programas y el número total centros de salud.⁹

- Cromley y McLafferty⁹ (2002) definen el término acceso como la capacidad de emplear adecuadamente los recursos o los servicios de salud.⁹
- La Royal Society of Medicine³ (2002) considera que el concepto de acceso a la salud es de carácter complejo y lo define al cuantificar tres variables: el número de individuos que necesitan atención en servicios de salud, el de aquellos que logran acceder al sistema de salud y el de aquellos que no lo logran.³
- Hamilton¹⁰ (2001) define el término accesibilidad como la simplicidad con que los servicios de salud pueden ser alcanzados de forma equitativa por los individuos de la población respecto de las barreras existentes.¹⁰
- Stolkiner *et al.*¹¹ (2000) define el término accesibilidad como la relación que se forma entre los individuos de la población y los servicios de salud.¹¹
- Andersen¹² (1995) define acceso como la capacidad de emplear el personal, los servicios y los centros de salud cuando y donde sea indispensable hacerlo.¹²

Entre las diferentes aproximaciones revisadas, se destaca el hecho de que la definición del término acceso en el campo de la salud es de carácter multidimensional. Es decir, se trata de un concepto complejo. A la vez, está determinado por barreras que se interponen entre los sujetos y los servicios sanitarios, barreras que, desde la óptica de la oferta, es indispensable eliminar.^{3,6}

III.1.2. Barreras al acceso

Como se ha mencionado, el acceso a la salud es de carácter multidimensional y/o multifactorial. En la bibliografía sobre el tema, diferentes autores y estudios consideran que existe más de un aspecto que puede afectar y/o condicionar dicho acceso. Entre tales aspectos, se encuentran las denominadas barreras al acceso.³

La Royal Society of Medicine³ considera cuatro tipos de barrera en el acceso a la salud:

- Barreras personales: falta de conocimiento o incapacidad de los individuos para reconocer sus necesidades de servicios de salud.
- Barreras económicas: costos extra en los servicios públicos de salud.
- Barreras organizacionales: sobresaturación o utilización ineficiente de los recursos en salud.
- Barreras sociales y culturales: trabas en el conocimiento de algunas poblaciones que, basándose en costumbres o prácticas culturales determinadas, ven limitado su acceso a los servicios sanitarios.

Por su parte, Comes *et al.*⁶ reconoce también cuatro formas de barrera en el acceso a la salud:

- Barreras geográficas: imposibilidad de acercarse a los servicios de salud debido a la geografía o a alguna valla dispuesta por el hombre.

- Barreras económicas: escasez de dinero para transporte y compra de medicamentos.
- Barreras administrativas: problemas organizacionales de los servicios (por ejemplo, turnos de atención inapropiados).
- Barreras culturales: diferencias entre la cultura del individuo o población y la del personal que brinda los servicios de salud.

Sobre el caso específico de la barrera cultural, Hamilton¹⁰ la ha definido como el conjunto de posibles restricciones que el acceso a los servicios sanitarios pueda tener debido a las costumbres y prácticas de una determinada población respecto del cuidado de su salud.¹⁰ Asimismo, Comes *et al.*⁶ (2006) piensan en la cultura como el universo simbólico de una población y, en consecuencia, añaden al concepto de barrera cultural el término accesibilidad simbólica.⁶

En cuanto a la barrera geográfica, esta es definida por Hamilton¹⁰ como la cantidad de individuos de la población que demandan servicios de salud y pueden hacer uso de ellos dentro de un tiempo determinado y con ciertas condiciones de traslado (por ejemplo, haciendo una hora a pie o movilizándose a través de transportes locales). Por tanto, esta barrera está ligada a la localización y distribución de los centros de salud en un área geográfica determinada.¹⁰

Por lo que se refiere a la barrera económica, Otero y Otero⁸ la definen como la probabilidad de hacer uso de los servicios de salud respecto de la capacidad o incapacidad adquisitiva de una parte de la población frente a las tarifas y precios.⁸

Al tener en cuenta estas dimensiones o barreras, queda evidenciada la necesidad del sistema de salud de revertir, disminuir y/o controlar la desigualdad en este campo.

III.1.3. Acceso a la salud en el Perú

III.1.3.1. Acceso a los servicios de salud

El Estado peruano garantiza el acceso a la salud mediante la Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. En ella, se establece la protección de la salud, sin discriminación alguna, para toda la población y durante todas las etapas de la vida.¹³ El MINSA es el responsable de guiar y promover la articulación del trabajo entre las instancias gubernamentales en diferentes niveles (nacional, regional y local) y las instituciones encargadas de la atención sanitaria a fin de permitir la implementación paulatina del aseguramiento universal en salud.¹⁴

En las últimas décadas, el Estado peruano ha logrado distintos avances en el cuidado de la salud de la población. Estos se atribuyen a las mejoras en la calidad educativa, la urbanización y el acceso a servicios básicos. Al respecto, es necesario comprender cómo funciona actualmente el sistema de salud en el Perú.⁵

Como se sabe, el sistema de salud peruano está conformado por dos sectores: el privado y el público. El público se divide en dos: el contributivo directo y el

contributivo indirecto o subsidiado. Por su parte, el sector privado también presenta dos tipos: el lucrativo y el no lucrativo.⁵

El sector público contributivo indirecto brinda servicios de salud a la población a través del Seguro Integral de Salud (SIS). De este modo, subsidia al sector de la población que se halla en situación de pobreza o pobreza extrema. Para ello, emplea los establecimientos del MINSA.⁵

El sector público contributivo directo está conformando por dos subsistemas: el Seguro Social de Salud (EsSALUD) y las entidades prestadoras de salud (EPS).⁵ EsSalud brinda servicios sanitarios a la población asalariada. Además, desde la proclamación de la Ley N.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social (1997), el sector privado le ha vendido servicios a EsSalud mediante las EPS.⁵

En cuanto al sector privado lucrativo, es allí donde se encuentran las EPS. Este sector incluye a todo tipo de empresa en salud con fines monetarios propios. En cambio, el sector privado no lucrativo está formado por asociaciones civiles no gubernamentales cuyos recursos financieros provienen, en su mayor parte, de cooperantes y donantes como los organismos no gubernamentales (ONG), la Cruz Roja Peruana, las compañías de bomberos voluntarios, entre otros.⁵

Así, pues, los beneficiarios de EsSalud son trabajadores del sector formal, mientras que los del SIS proceden, en su mayoría, de zonas rurales y urbanas marginales. En este panorama, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú constituyen un caso aparte, pues cuentan con un subsistema de salud propio.⁵

Pese a la distribución descrita, la mayoría de personas aseguradas prefiere acudir a los servicios de salud del sector privado lucrativo debido a la deficiente atención en los servicios públicos, en especial por los dilatados tiempos de espera.⁵

A ello hay que agregar que, si bien el SIS logra incrementar el acceso a la salud de la población con escasos recursos, en el Perú no se ha logrado evidenciar el impacto de los proyectos de intervención en salud. La razón para que esto ocurra es que las estrategias aplicadas están fragmentadas y no cuentan con un marco definido de orientación.⁵

III.1.3.2. Acceso a servicios odontológicos

En el año 2013, el INEI incluyó algunas preguntas sobre acceso a servicios dentales en la ENDES. Sobre esa base, en el año 2014, se realizó un estudio con el objetivo de evaluar y/o explorar los patrones de acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en el Perú. En este trabajo, se evidenció el bajo acceso que los niños peruanos tenían a servicios odontológicos: en los últimos seis meses, solo el 18,3 % de los niños entre cero y cuatro años y el 32,3 % de los niños entre cinco y once años habían tenido acceso a servicios dentales. Al parecer, los padres de familia o

apoderados seguían pensando que, en ese rango etario, no era necesaria una visita al odontólogo, a pesar de que se conoce que la presencia de caries dental a los doce años de edad es un indicador de mala salud oral.¹⁵

En el año 2015, el 10 % de la población total estaba representado por el rango de edad de sesenta años a más, y se estima que, para el año 2025, esto se incrementará al 13 %. Por ello, existe un gran interés en que los adultos mayores tengan acceso a servicios odontológicos. En consecuencia, se realizó un estudio que emplea la base de datos de la ENDES 2014. En él, se evidencia que el 74,8 % de una muestra de 5516 adultos mayores accedió a servicios odontológicos y que, del total de adultos mayores que accedieron a dicha atención, el 65,1 % lo hizo a través un consultorio particular. Esto se explica por el hecho de que los programas públicos no son lo suficientemente efectivos. Por ejemplo, el programa de salud dental “Vuelve a Sonreír” tenía como finalidad ofrecer prótesis; sin embargo, estas no garantizaban la rehabilitación efectiva de los pacientes, ya que las prótesis brindadas eran utilizadas para tratamiento temporales.¹⁶

III.2. Derecho a la salud

III.2.1. Definición

El derecho a la salud es considerado uno de los derechos humanos fundamentales. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que “toda persona debe disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”.⁴

El derecho a la salud incluye tanto el cuidado de la salud como el goce de condiciones salubres, lo que implica que el individuo es inseparable del medio en el cual habita.¹⁷

La OMS, en 1946, definió el término salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Asimismo, está establecido que todo ser humano, sin discriminación por etnia, ideología política, condición religiosa, condición económica o condición social, tiene el derecho fundamental de gozar el máximo de salud que se pueda lograr. Por lo tanto, el derecho a la salud de cada individuo y/o población debe estar garantizado por el Estado mediante el sistema público de salud; a su vez, el Estado está prohibido de realizar cualquier acción que ponga en peligro la salud de la población.^{4,17}

III.2.2. Derecho a los servicios de salud

Como se ha indicado, el derecho a la salud forma parte de los derechos humanos fundamentales. Sin embargo, es necesaria la participación constante del Estado para asegurar su cumplimiento. Por ello, se dice que el derecho a la salud es de naturaleza social. En él, destacan características como la interdependencia, la indivisibilidad, la universalidad y la progresividad, todo ello con el objetivo de lograr el máximo bienestar en el desarrollo del ser humano y no únicamente la ausencia de enfermedades.¹⁷

Los resultados desfavorables en el cumplimiento del derecho a la salud son ocasionados por el trabajo con un enfoque aislado que ha sido probado erróneo. El estado actual de la salud en el mundo, analizada desde la perspectiva de los derechos humanos, permite reconocer las características interdependientes, integrales e indivisibles del derecho a la misma. Es decir, el derecho a la salud está relacionado directamente con los otros derechos humanos.¹⁸

Se tiende a relacionar el derecho a la salud con los determinantes básicos de esta (a saber: agua potable, servicios sanitarios, alimentos, nutrición, vivienda, igualdad de género, educación, trabajo y ambientes favorables). Esto se debe a que es un derecho inclusivo y, a la vez, comprende otros derechos, como el derecho a un sistema nacional que proteja la salud, el derecho a la no discriminación, el derecho a gozar de un conjunto de bienes, instalaciones y servicios de salud, entre otros. Cabe resaltar que el derecho a la salud no solo abarca el concepto de cura de enfermedades, sino también el de prevención, lo que obliga al Estado a un mayor compromiso en los ámbitos económico y administrativo.¹⁸

Es necesario aclarar que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar saludables, sino como el derecho a gozar de todas las facilidades, bienes, servicios y condiciones brindadas por el Estado para llegar al más alto nivel posible de salubridad.¹⁹

III.2.2.1. Marco legal

El derecho a la salud es reconocido en los siguientes tratados internacionales:

- La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965).²⁰
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).²¹
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979).²²
- La Convención sobre los Derechos del Niño (1989).²³
- La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990).²⁴
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).²⁵

III.2.2.2. Constitución de 1993

En el Perú, la constitución regente es la del año 1993. En ella, el derecho a la salud es parte de los derechos económicos y sociales; es decir, ya no se la incluye entre los derechos humanos fundamentales, como sí se hacía en la Constitución de 1979.²⁴ Esto significa que el derecho a la salud ya no es exigible al Estado. Tal reforma, aprobada por el Congreso de la República, suprime la responsabilidad del Estado peruano en el terreno de la salud pública, por lo que constituye una regresión en términos de derecho.²⁶

III.2.2.3. Ley N°29344, Ley de Aseguramiento Universal

En el año 2009, el Congreso de la República del Estado peruano proclamó la Ley N.º 29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud, y se propuso definir su normativa. La finalidad de esta ley consiste en avalar y promover el derecho pleno de la población a la asistencia en salud, además de normar el acceso a ella, así como su regulación, financiamiento, prestación y aseguramiento. De igual manera, la ley permite a la población acceder a un determinado grupo de prestaciones preventivas, recuperativas y rehabilitadoras en ambientes ideales de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).^{27, 28}

III.2.3. Derecho y salud

En Colombia, *Alvis et al.*²⁹ (2008) realizaron un estudio transversal con el objetivo de determinar la percepción que tenían los afiliados al régimen subsidiado de salud de dicho país respecto del derecho a la salud y del acceso a ella. Como resultado, se obtuvo que la falta de conocimiento e información entre los usuarios sobre los procesos de gestión afectaban directamente el acceso a la salud. Además, se encontró que la percepción de los afiliados se encontraba correlacionada positivamente con un mayor nivel de participación en estos procesos. De igual modo, se concluyó que no existen indicadores que evalúen y/o midan el derecho a la salud.²⁹

En el caso del Perú, la evolución de la salud pública ha sido básicamente la historia de su inestabilidad política, económica y administrativa. A pesar de los distintos intentos por mejorar el sistema nacional de salud, no se han logrado superar las desigualdades existentes ni articular sinérgicamente las instancias gubernamentales involucradas.³⁰ La insuficiencia, la demora y la sobresaturación de los servicios de salud, así como las prolongadas huelgas en el sector, han tenido como consecuencias la inequidad y la frustración de la población, las cuales van creciendo paulatinamente por el desamparo que impera en el primer nivel del sistema nacional de salud.³¹

El derecho a la salud en el Perú está institucionalizado jurídicamente. No obstante, alcanzarlo en la realidad constituye una tarea sumamente difícil, debido a que no existe convergencia entre las diferentes fuerzas políticas que gobiernan el país y esto, lamentablemente, impide diseñar un sistema de salud nuevo.³⁰

Además, el derecho a la salud está amparado por la Constitución Política del Perú y por la Ley de Aseguramiento Universal en Salud. Por tanto, el Estado peruano está obligado a ejercer el poder político en este campo; es decir, debe ocuparse de la entrega de recursos, de la planificación, y de la implementación y diseño de políticas públicas de intervención en salud.¹⁴ Sin embargo, en el terreno práctico, es difícil cumplir con ello, dado que son múltiples los problemas externos a combatir. Entre ellos, se incluyen las barreras con que, cotidianamente, se enfrenta la población de escasos recursos y que afectan negativamente la obtención del mayor goce posible de condiciones salubres dentro del sistema nacional de salud.¹⁴

IV. OBJETIVOS

IV.1 Objetivo general

Determinar la asociación entre el acceso a servicios de salud odontológicos y el derecho a la salud en el Perú en el año 2015.

IV.2. Objetivos específicos

1. Determinar el acceso a servicios odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad y en adultos mayores de 60 años de edad por departamentos en el Perú, 2015.
2. Determinar el conocimiento sobre la ley que garantiza el derecho a la salud por departamentos en el Perú, 2015.
3. Determinar el acceso a servicios odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad según conocimiento sobre la ley que garantiza su derecho a salud en el Perú, 2015.

4. Determinar el acceso a servicios odontológicos en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad según conocimiento sobre su derecho de acceso a salud en el Perú, 2015.

V. MATERIALES Y MÉTODOS

V.1 Diseño del estudio

El presente estudio fue de tipo ecológico.

V.2 Población y muestra

Para la presente investigación, la población ha sido igual a la muestra. Ambas se constituyeron con todos los registros obtenidos en las bases de datos correspondientes a todos los departamentos del Perú. Se empleó para ello una base de datos general (Anexo 1) extraída de las siguientes encuestas:

- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (INEI 2015) (Anexo 2)
- Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) 2015 (INEI 2015) (Anexo 3)

Las bases de datos de estas encuestas son de acceso libre y se encuentran en la página web oficial del INEI (www.inei.gob.pe).

V.3 Criterios de selección

- Criterio de inclusión: bases de datos con información completa de todos los departamentos del Perú.
- Criterio de exclusión: bases de datos incompletas respecto de los departamentos del Perú.

V.4 Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Acceso a servicios de salud odontológicos	Proceso, vínculo o capacidad por el cual puede lograrse que una necesidad de atención odontológica se satisfaga. ^{11, 12}	Datos extraídos de la ENDES 2015 según preguntas referidas.	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.
			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.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Derecho a la salud	Derecho por el cual el individuo obtiene los cuidados en salud así como el goce de condiciones salubres. ^{4, 18}	Datos extraídos de la ENSUSALUD 2015 según preguntas referidas.	72: ¿Usted sabe por ley tiene derechos en salud?	Cualitativa	Dicotómica	1: Si. 2: No.
			73: Respecto a los siguientes derechos en salud, ¿Qué tanto conoce usted: Acceso a servicios de salud?	Cualitativa	Dicotómica	1: Si. 2: No.
Departamentos	División territorial que está sujeta a una autoridad administrativa	-	Según lo indicado en las encuestas; ENDES y ENSUSALUD	Cualitativa	Politómica Nominal	1. Amazonas 2. Ancash 3. Apurímac 4. Arequipa 5. Ayacucho 6. Cajamarca 7. Callao 8. Cuzco 9. Huancavelica 10. Huánuco 11. Ica 12. Junín 13. La Libertad 14. Lambayeque 15. Lima 16. Loreto

							17. Madre de Dios
							18. Moquegua
							19. Pasco
							20. Piura
							21. Puno
							22. San Martín
							23. Tacna
							24. Tumbes
							25. Ucayali

V.5 Instrumento

Se empleó una base de datos general (Anexo 1) construida a partir de las siguientes bases de datos:

- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (INEI 2015) (Anexo 2)
- Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) 2015 (INEI 2015) (Anexo 3)

V.6 Técnicas y procedimientos

El primer paso para la realización de la presente investigación consistió en acceder a las bases de datos de ENDES 2015 y de ENSUSALUD 2015. Ambas se encuentran disponibles gratuitamente en la página web oficial del INEI (www.inei.gob.pe). Al entrar en ella, se debe hacer clic en la pestaña “Bases de datos”; luego, en “Microdatos”; después, en “Consulta por encuestas”; y, finalmente, se debe seleccionar en el buscador “ENDES 2015” y “ENSUSALUD 2015”.

Luego de descargar completamente las bases de datos en formato SPSS, se seleccionaron las preguntas relacionadas con el acceso a servicios de salud bucal. Para la población de niños de cero a once años, se tomó la pregunta 803, y para la población de adultos mayores de sesenta años o más, se tomó la 311.

803. [Dirigida a padres de niños de cero a once años de edad:] ¿Alguna vez en su vida, [nombre del menor] ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?

311. [Dirigida a adultos de sesenta años de edad o más:] ¿Alguna vez en su vida usted ha sido atendida/o en un servicio dental o por un odontólogo?

De las mismas bases de datos en formato SPSS, se seleccionaron también las preguntas referidas a derecho a la salud en la población, específicamente la 72 y la 73.

72. ¿Usted sabe que por ley tiene derechos en salud?

73. Respecto a los siguientes derechos en salud, ¿qué tanto conoce usted [sobre] acceso a servicios de salud? [...]

Con cada una de las bases descargadas, se extrajo la información según tres variables: acceso a servicios de salud odontológicos, derecho a la salud y departamentos del Perú. Luego, se depuró la información extraída excluyendo los datos erróneos o no registrados y, tras ello, se realizó el análisis estadístico y se reportaron los datos en tablas y mapas.

V.7 Plan de análisis

Análisis descriptivo:

- De las variables cualitativas se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas.
- De las variables cuantitativas se obtuvieron los promedios y la desviación estándar.

Análisis bivariado:

- Se determinó la distribución normal (z) por medio de la prueba Shapiro-Wilks. Luego, se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis para establecer si la asociación observada era estadísticamente significativa.

El estudio contó con un nivel de confianza de 95 % y un $p < 0,05$. Para su realización, se emplearon los programas Excel 2016 y SPSS v. 24.0.

V.8 Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó con el consentimiento del Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán y con la subsiguiente aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH). Toda la información recabada está codificada en una base de datos con

fecha de aprobación 23 de noviembre de 2017 y con código SIDISI N.º 101754 (Anexo 4).

VI. RESULTADOS

Gracias a las encuestas ENDES 2015 y ENSUSALUD 2015, se obtuvieron registros organizados por departamentos sobre el acceso a servicios odontológicos y sobre el conocimiento de la ley que garantiza el derecho a la salud. Esta información fue discriminada por rangos de edad de cero a once años y de sesenta años a más.

En primer lugar, se presentan aquí los resultados relacionados con acceso a servicios de salud odontológicos. Entre los niños de cero a once años, se halló que, durante 2015, el departamento con mayor acceso a servicios odontológicos fue Ayacucho, con 66,5 %, mientras que el departamento con menor acceso a estos servicios fue Ucayali, con 27 %. En cuanto a las personas de sesenta años o más, se determinó que los departamentos con mayor acceso a servicios odontológicos durante 2015 fueron Callao y Arequipa, ambos con 94,3 %; a su vez, el departamento con menor acceso a dichos servicios fue Cajamarca, con 48,1 % (Tabla 1).

En segundo lugar, se refieren los resultados vinculados con el derecho a la salud. Al respecto, se obtuvo que el departamento que mostró el nivel más alto de conocimiento sobre la ley que garantiza ese derecho fue Ayacucho, con 92,6 %, a la vez que el departamento con el nivel más bajo de conocimiento sobre ella fue Piura, con 35,8 %. Asimismo, se estableció que el departamento con más alto nivel de

conocimiento sobre su derecho de acceder a la salud fue Áncash, con 22 %, mientras que el departamento con el nivel más bajo de conocimiento sobre este derecho fue Piura, con apenas 1,1 % (Tabla 2).

En tercer lugar, se expone la relación entre las variables de acceso a servicios odontológicos y conocimiento sobre derecho a la salud.

En principio, se pudo determinar que, en el rango de niños de cero a once años, los que mostraron un nivel alto de conocimiento sobre la ley que garantiza su derecho a la salud tuvieron un acceso promedio a servicios odontológicos de $49 \pm 13,8$; los que mostraron un nivel moderado de conocimiento sobre dicha ley tuvieron un acceso promedio de $42,4 \pm 10$; y los que mostraron un nivel bajo de conocimiento sobre la ley tuvieron un acceso promedio de $49,3 \pm 8,8$. Por su parte, en el rango de edad de sesenta o más, se encontró que quienes mostraron un nivel alto de conocimiento sobre la ley que garantiza su derecho a salud tuvieron un acceso promedio de $72,8 \pm 7,9$; quienes mostraron un nivel moderado de conocimiento sobre la ley tuvieron un acceso promedio de $77,3 \pm 13,6$; y los que mostraron un nivel bajo de conocimiento sobre la ley tuvieron un acceso promedio de $78,5 \pm 14,8$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (Tabla 3 y Gráfico 1).

De igual modo, se obtuvo que, en el rango de niños de cero a once años, los que tenían un nivel alto de conocimiento sobre su derecho de acceso a la salud lograron un acceso promedio a servicios odontológicos de $44,4 \pm 7,4$; los que tenían un nivel moderado de conocimiento sobre este derecho lograron un acceso promedio de $44,3 \pm 13,9$; y los que tenían un nivel bajo de conocimiento sobre este derecho lograron un

acceso promedio de $50 \pm 10,4$. Por lo que toca al rango de adultos mayores de sesenta años en adelante, se determinó que los que tenían un nivel alto de conocimiento sobre su derecho de acceso a la salud alcanzaron un acceso promedio a servicios odontológicos de $69,4 \pm 19$; los que tenían un nivel moderado de conocimiento sobre este derecho alcanzaron un acceso promedio de $79,2 \pm 10,5$; y los que tenían un nivel bajo de conocimiento alcanzaron un acceso promedio de $77,5 \pm 10,2$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (Tabla 4 y Gráfico 2).

Tabla 1. Acceso a servicios de salud en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad por departamentos en el Perú, 2015.

DEPARTAMENTOS	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS	
	Niños de 0 a 11 años (%)	Mayores de 60 años (%)
Amazonas	34.5	66.5
Ancash	41.1	78.1
Apurímac	66.0	80.2
Arequipa	55.5	94.3
Ayacucho	66.5	73.1
Cajamarca	41.9	48.1
Callao	56.5	94.3
Cusco	48.5	72.6
Huancavelica	59.2	71.1
Huánuco	49.9	70.9
Ica	52.6	89.8
Junín	47.3	87.8
La Libertad	39.6	80.8
Lambayeque	41.1	88.5
Lima	62.0	92.6
Loreto	34.0	62.8
Madre de Dios	42.8	80.6
Moquegua	57.5	82.3
Pasco	48.3	82.4
Piura	36.4	61.4
Puno	40.2	49.8
San Martín	34.7	69.5
Tacna	60.2	80.7
Tumbes	39.1	71.8
Ucayali	27.0	78.2

Tabla 2. Derecho en salud por departamentos en el Perú, 2015.

DEPARTAMENTOS	DERECHO EN SALUD			
	Conocimiento de la ley que garantiza su derecho a salud (%)	Conocimiento de la ley que garantiza su derecho a salud (Nivel)	Conocimiento sobre su derecho de acceso a salud (%)	Conocimiento sobre su derecho de acceso a salud (Nivel)
Amazonas	90.7	Alto	8.1	Bajo
Ancash	67.0	Bajo	22.0	Alto
Apurímac	86.1	Alto	5.6	Bajo
Arequipa	71.9	Bajo	9.0	Bajo
Ayacucho	92.6	Alto	6.7	Bajo
Cajamarca	68.3	Bajo	15.9	Alto
Callao	71.3	Bajo	4.2	Bajo
Cusco	73.2	Bajo	3.9	Bajo
Huancavelica	91.4	Alto	8.6	Bajo
Huánuco	83.4	Alto	7.1	Bajo
Ica	77.2	Moderado	13.1	Moderado
Junín	84.6	Alto	6.1	Bajo
La Libertad	80.9	Moderado	11.9	Moderado
Lambayeque	75.0	Moderado	15.9	Alto
Lima	66.7	Bajo	12.4	Moderado
Loreto	92.4	Alto	12.6	Moderado
Madre de Dios	69.1	Bajo	2.8	Bajo
Moquegua	79.8	Moderado	13.6	Alto
Pasco	73.7	Bajo	3.5	Bajo
Piura	35.8	Bajo	1.1	Bajo
Puno	76.9	Moderado	20.5	Alto
San Martín	87.6	Alto	9.5	Moderado
Tacna	69.1	Bajo	11.1	Moderado
Tumbes	75.0	Moderado	7.4	Bajo
Ucayali	75.0	Moderado	10.2	Moderado

Tabla 3. Acceso a servicios de salud en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 Años de edad según conocimiento de la ley que garantiza su derecho a salud En el Perú, 2015.

Conocimiento de la ley que garantiza su derecho a salud (Nivel)	N	%	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS			
			Niños de 0 a 11 años (%)		Mayores de 60 años (%)	
			Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar
Bajo	10	40.0	49.3	8.8	78.5	14.8
Moderado	7	28.0	42.4	10.0	77.3	13.6
Alto	8	32.0	49.0	13.8	72.8	7.9

Prueba de Kruskal Wallis ($p > 0.05$).

Tabla 4. Acceso a servicios de salud en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad según conocimiento sobre su derecho de acceso a salud en el Perú, 2015.

Conocimiento sobre su derecho de acceso a salud (Nivel)	N	%	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ODONTOLÓGICOS			
			Niños de 0 a 11 años (%)		Mayores de 60 años (%)	
			Promedio	Desviación estándar	Promedio	Desviación estándar
Bajo	13	52.0	50.0	10.4	77.5	10.2
Moderado	7	28.0	44.3	13.9	79.2	10.5
Alto	5	20.0	44.4	7.4	69.4	19.0

Prueba de Kruskal Wallis ($p > 0.05$).

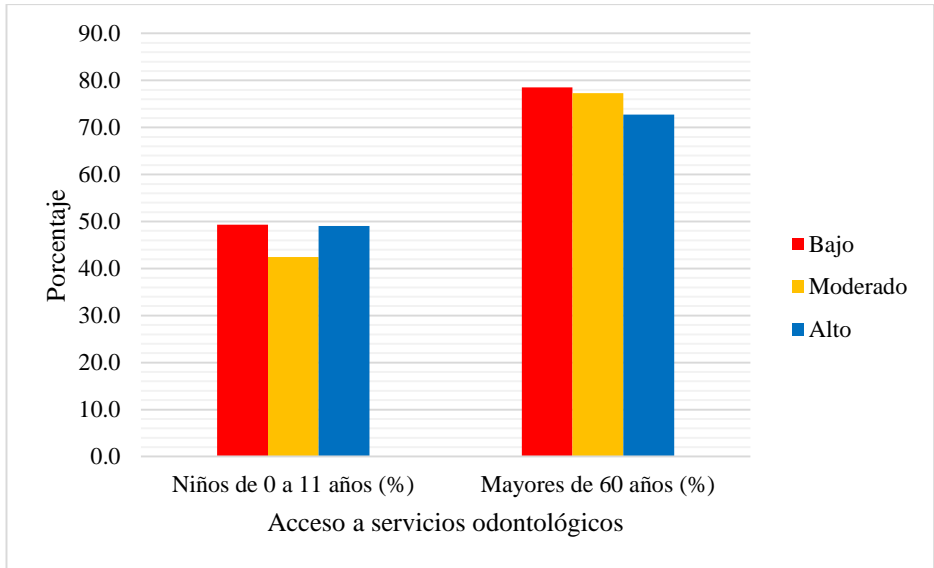


Gráfico 1. Acceso a servicios de salud en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad según conocimiento de la ley que garantiza su derecho a salud en el Perú, 2015.

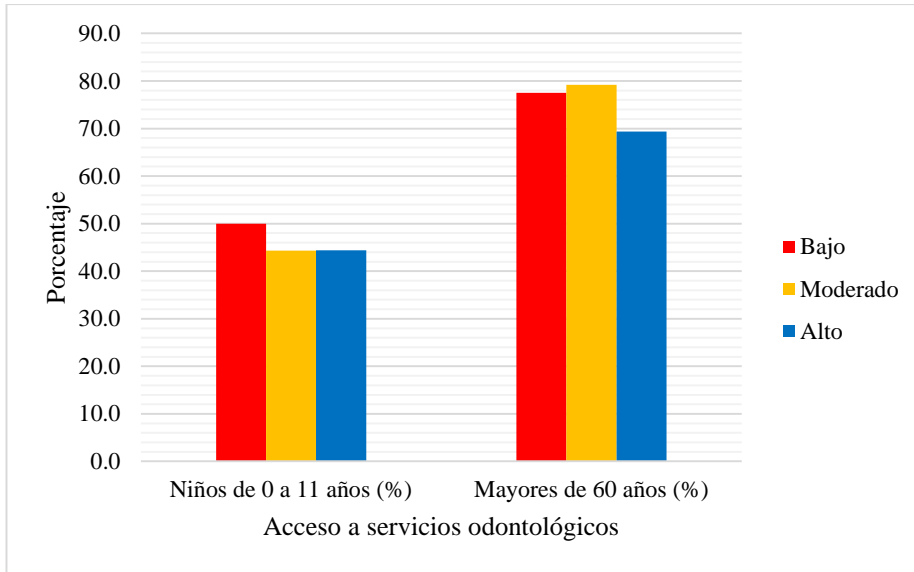


Gráfico 2. Acceso a servicios de salud en niños de 0 a 11 años de edad y mayores de 60 años de edad según conocimiento sobre su derecho de acceso a salud en el Perú, 2015

VII DISCUSIÓN

Ha quedado claro que el concepto de derecho a la salud está íntimamente relacionado con los derechos humanos, debido a que “toda persona debe disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”. En tanto que las personas son inseparables del medio en el cual habitan, el derecho de acceso a la salud debe estar garantizado por el Estado a través de un eficaz sistema nacional de salud.^{4,17}

En la presente investigación, se evidenció que el mayor acceso a servicios de salud odontológicos para niños de cero a once años lo tuvo el departamento de Ayacucho, con 66,5 %. A su vez, el departamento que tuvo el menor acceso a estos servicios en el mismo rango etario fue Ucayali, con 25 %. Por otro lado, el presente trabajo evidenció también que los departamentos de Callao y Arequipa lograron el mayor acceso a servicios de salud odontológicos en adultos mayores de sesenta años en adelante, con 94,3 %. En cambio, Cajamarca fue el departamento que obtuvo el menor acceso a estos servicios en el mismo rango etario, con 48,1 %.

Resulta de utilidad observar ahora los resultados de trabajos precedentes. Hernández *et al.*¹⁵ encontraron que, durante el año 2014, el departamento de Huancavelica era el que mostraba el mayor acceso a servicios odontológicos para niños menores de doce años. Los niños que habían accedido a estos servicios constituían el 45,9 % de la población. A su vez, el departamento de Ucayali era el de menor acceso a estos servicios en el mismo rango etario, con solo 13,5 %.¹⁵ Por lo que se refiere al estudio de Azañedo *et al.*¹⁶, en él se estableció que el departamento que obtuvo el mayor

acceso a servicios odontológicos en personas de sesenta años o más durante 2014 fue Arequipa, con 34,5 %, mientras que Cajamarca fue el que menor acceso obtuvo, con 10,2 %.¹⁶

Habiendo revisado estos trabajos, sería viable pensar que, si se utiliza una misma base de datos y se observa la información de diferentes años para analizar una misma variable, se hallarán resultados similares o con una variación mínima. Sin embargo, los resultados de la presente investigación presentan varias discrepancias en comparación con los resultados de estudios anteriores. Tanto el trabajo de Hernández *et al.*¹⁵, realizado en 2014 con niños menores de doce años, como el trabajo de Azañedo *et al.*¹⁶, realizado también en 2014 con adultos mayores de sesenta años, evidencian diferencias en los resultados respecto al presente estudio de investigación. Esto se debe a que se han empleado indicadores distintos para medir la variable de acceso a servicios odontológicos. Hernández *et al.*¹⁵ consideraron el acceso dentro de los últimos seis meses, mientras que Azañedo *et al.*¹⁶ lo contemplaron dentro de los últimos doce meses. En cambio, el presente estudio de investigación considera si las personas encuestadas han tenido en algún momento de su vida acceso a servicios odontológicos. Dado que la variación de los presentes resultados se refiere al año en que fue recolectada la base y al indicador usado para medir la variable acceso, es comprensible que se presenten disimilitudes en el análisis de las frecuencias de acceso.

Con todo, es necesario profundizar sobre las causas de los resultados obtenidos. A la pregunta de por qué algunas zonas del Perú presentan mayor acceso a servicios

odontológicos, la respuesta básica sería que el Estado peruano implementa diferentes programas basados en incentivos económicos con el objetivo de mejorar el uso o acceso de sus afiliados a los servicios de salud. En cuanto a la razón que explicaría el bajo acceso a servicios odontológicos en algunos departamentos del país, es posible que se encuentre en las barreras relacionadas con el acceso a la salud. Estas barreras cumplen un rol muy importante. Por ejemplo, las barreras culturales y sociales son especialmente significativas, pues incluyen las costumbres pertenecientes a determinadas poblaciones, las cuales pueden conducir al desconocimiento y al desinterés. También resultan cruciales las barreras administrativas, que pueden estar vinculadas a problemas organizacionales propios de los servicios de salud, los cuales afectan directamente el acceso a ellos.^{3, 6, 10, 15, 16}

El presente estudio evidenció que Ayacucho presentó el nivel más alto de conocimiento de la ley que garantiza el derecho a la salud, con 92,6 %, mientras que Piura mostró el nivel más bajo de conocimiento sobre esta ley, con 35,8 %. Respecto del conocimiento sobre el derecho de acceso a la salud, Áncash presentó el nivel más alto, con 22 %, y Piura, nuevamente, mostró el nivel más bajo, con 1,1 %.

El presente estudio de investigación consideró a niños de cero a once años y a adultos mayores de sesenta años en adelante. En ella, se encontró que estos rangos etarios poseían tres niveles de conocimiento sobre la ley que garantiza su derecho a la salud. Los niños de cero a once años pertenecientes al nivel bajo de conocimiento obtuvieron el mayor acceso promedio. Asimismo, el nivel bajo de conocimiento en adultos mayores de sesenta años obtuvo también el mayor acceso promedio.

Por otro lado, también se analizó el conocimiento sobre el derecho de acceso a la salud. En este caso, los niños que se ubicaron en el nivel más bajo de conocimiento obtuvieron el mayor acceso promedio. En cambio, los adultos mayores de sesenta años que obtuvieron el mayor acceso promedio fueron los del nivel moderado de conocimiento.

Cabe mencionar que el estudio de Alvis *et al.*²⁹ (2008) obtuvo como resultado que la falta de conocimiento y la falta de información de los usuarios sobre procesos de gestión relacionados con el régimen subsidiado de salud afecta directamente el acceso a la salud de la población. Además, encontró que la percepción de los afiliados se encuentra correlacionada positivamente con un mayor nivel de participación en los procesos de gestión.²⁹

En la evidencia bibliográfica, no se encontraron estudios similares respecto de la asociación entre el derecho a la salud y el acceso a ella a nivel nacional. Sin embargo, Alvis *et al.*²⁹ mencionan que el conocimiento afecta directamente el acceso a la salud. Incluso, en su estudio, midieron la percepción del derecho a la salud en los afiliados al régimen subsidiado en Colombia a través de una encuesta previamente validada. En dicha encuesta, incluyeron preguntas sobre el conocimiento del aseguramiento, la calidad de la atención, la percepción del derecho y el acceso a los servicios de salud. Asimismo, consiguieron sus resultados mediante la utilización de la prueba de asociación no paramétrica de Tau-b de Kendall.

Por lo que se refiere a la presente investigación, tras emplear una base de datos secundaria y extraer la información para categorizarla en diferentes niveles, se

alcanzaron resultados similares a los de Alvis *et al.*²⁹ Tales resultados se obtuvieron mediante el análisis descriptivo del acceso promedio a servicios odontológicos en relación con el conocimiento del derecho a la salud y de la ley que ampara ese derecho. Por ende, es necesario puntualizar las diferencias en aquello que se perseguía. El trabajo de Alvis *et al.*²⁹ tuvo como objetivo analizar la relación entre el conocimiento y el acceso a la salud. En cambio, la presente investigación se realizó con el fin de determinar la asociación entre el acceso a servicios odontológicos y el derecho a la salud, a fin de establecer un panorama general sobre lo que acontece a la población peruana en el campo de la salud. Pese a ello, se recalca que sigue siendo necesario establecer indicadores específicos para medir el derecho a la salud de la población en la actualidad.

Como se puede inferir, el conocimiento del derecho a la salud y de la ley que lo respalda juega un papel sumamente importante en el acceso a servicios sanitarios. Este derecho se vio afectado con la modificación realizada en la Constitución Política del Perú del año 1993, pues en ella el derecho a la salud es considerado como parte de los derechos económicos, sociales y culturales, y ya no como uno de los derechos fundamentales, como ocurría en la Constitución de 1979. Por lo tanto, se interpreta que el cumplimiento del derecho a la salud corresponde a las personas que conforman la sociedad y no es exigible al Estado peruano. Sin embargo, es absolutamente necesaria la participación constante y activa del Estado para garantizar el cumplimiento de este derecho.^{4, 6, 17, 26, 29}

Resulta necesario el apoyo del Estado peruano debido a que el enfoque que actualmente se da al derecho a la salud es erróneo. Como se ha mencionado en páginas anteriores, este derecho no solo abarca el concepto de curar enfermedades, sino también el de prevenirlas. De ello se deriva la importancia de que la población sea informada o capacitada para reconocer tanto sus propias necesidades de salud como su derecho de acceder a ella y las leyes que lo respaldan. Por tanto, el Estado debe mostrar un mayor compromiso con la población. Solo así se logrará cierto grado de convergencia política y, con ello, será posible que los organismos públicos trabajen sinérgicamente con el objetivo de obtener resultados favorables para la población.

Se sabe que la presencia de barreras como el desconocimiento del derecho a la salud afecta directamente el acceso a los servicios sanitarios y que ello ocasiona que las personas no obtengan el mayor goce posible de los servicios de salud. Por ende, es necesario aplicar planes de intervención cuyo objetivo sea acortar la brecha de conocimientos sobre el derecho a la salud en la población peruana.^{4, 5, 14, 18, 30}

Actualmente, el acceso a los servicios de salud en la población peruana sufre las consecuencias del desconocimiento, la falta información y el mismo desinterés de las personas, que no se preocupan por buscar atención odontológica o preservar su bienestar sanitario. Si se considera, gracias al estudio de *Alvis et al.*²⁹, que el conocimiento está en relación directa con el acceso a la salud, sería lógico esperar que quienes presentan mayor conocimiento sobre el derecho a la salud y sobre la ley

que lo respalda muestren también un mayor acceso a los servicios odontológicos. Sin embargo, esto no ha ocurrido así.

El presente estudio ha encontrado que, entre los niños de cero a once años, quienes tienen el mayor acceso a estos servicios son los de nivel bajo de conocimiento, y que aquellos que presentan el menor acceso son los de nivel moderado de conocimiento. Las razones que podrían explicar estos resultados pasan por la existencia de programas que el Estado ha implementado para mejorar el acceso a los servicios de salud en las zonas de pobreza y pobreza extrema. Dichos programas contemplan incentivos monetarios a quienes participan de ellos. Claramente, este trabajo es positivo, ya que permite eliminar la barrera económica en el acceso a la salud. No obstante, es probable que la población acuda a los servicios sanitarios únicamente por el incentivo económico, es decir, sin que le resulte importante el conocimiento sobre su derecho de acceder a servicios de salud. En cuanto a la población de nivel moderado y alto de conocimiento, su comportamiento se podría explicar por la falta de interés que tienen los padres de familia en buscar atención odontológica y en cuidar el estado de salud de sus hijos. Asimismo, habría que considerar la presencia de algunas barreras geográficas, culturales u organizacionales. A ello se añade el hecho de que los insumos y recursos en los servicios odontológicos podrían ser insuficientes.

Por otro lado, entre los adultos mayores de sesenta años o más, se obtuvieron resultados distintos. Quienes presentan mayor acceso son los de nivel moderado y bajo de conocimiento, mientras que el menor acceso está entre los de nivel alto de conocimiento. Para entender esta situación, se deben considerar diversos factores.

Los tratamientos que requieren los adultos mayores suelen ser de mayor complejidad que los de los demás grupos etarios. A ello se agrega el riesgo de que los insumos o recursos dentro de los servicios odontológicos sean insuficientes, lo cual condicionaría a los pacientes de sesenta años o más a seguir sus tratamientos en el sector privado. Ello aumentaría las desigualdades económicas. También se debe contemplar otro tipo de obstáculos, como las largas colas de espera que se suelen hacer en el sistema nacional de salud para recibir tratamientos que bien podrían ser insuficientes. Por lo tanto, se entiende que, a pesar de que la población posea conocimientos sobre su derecho a la salud, no acceda a ella. Existen barreras que limitan este acceso, barreras que son económicas, organizacionales y culturales. Estas últimas son, probablemente, las más influyentes, debido a que en la población peruana se pueden encontrar diferentes etnias, lenguas y culturas.^{5, 6, 7, 14, 15, 16, 29}

Hace falta precisar que la presente investigación contó con diversas limitaciones. Entre ellas, figuran las inherentes al diseño del estudio desarrollado. Al utilizar a la población como unidad de análisis, se estableció la imposibilidad de extrapolar los resultados al nivel individual. Se entiende que, de realizarse esta extrapolación, se estaría cayendo en la falacia ecológica. Por otra parte, se observaron limitaciones durante la eliminación o depuración de datos erróneos en el procesamiento de las bases de datos. Asimismo, se hizo notar la ausencia de un indicador que midiera la variable de conocimiento sobre el derecho a la salud de manera precisa.

Pese a las limitaciones mencionadas, esta investigación logró enfocar y analizar dos grupos etarios poblacionales por ámbito geográfico. Sobre este punto, es oportuno

mencionar que los resultados obtenidos podrán producir diversas hipótesis de lo que acontece en la población, pero no harán posible la comprobación de ellas. De igual modo, la legitimidad de los resultados que aporta este trabajo permitirá la generación de investigaciones futuras.

En síntesis, el presente estudio demostró que no existe asociación estadísticamente significativa entre el acceso a los servicios odontológicos y el conocimiento sobre el derecho a la salud durante el año 2015. Asimismo, dio a conocer que el Estado peruano ha instaurado políticas enfocadas en los sectores de la población en situación de pobreza y pobreza extrema. Como consecuencia probable de ello, es este sector el que presenta mayor acceso a la salud, sin necesidad de poseer conocimientos sobre su derecho a ella. Por otro lado, quienes presentan mayor conocimiento de su derecho a la salud poseen el menor acceso a servicios odontológicos. A este respecto, es importante mencionar que el presente estudio solo evaluó la cobertura del acceso a la salud y no la calidad de la atención. Por tanto, se deberían formular proyectos de investigación con el objetivo de evaluar las variables de acceso, conocimiento de derecho y calidad de la atención en los servicios de salud. Es probable que con ello se complementen los resultados que en este estudio se ofrecen.

VIII CONCLUSIONES

De forma general, se concluye que:

- No existe asociación estadísticamente significativa entre el acceso a servicios de salud y derecho a la salud en el Perú en el año 2015.

Y de forma específica:

- El departamento de Ayacucho obtuvo el mayor acceso en niños de 0 a 11 años de edad y los departamentos de Arequipa y Callao obtuvieron el mayor acceso en adultos mayores de 60 años.
- El departamento de Ayacucho obtuvo el mayor de conocimiento de la ley que garantiza su derecho a la salud y el departamento de Ancash obtuvo el mayor conocimiento sobre su derecho de acceso a salud.
- En niños de 0 a 11 años de edad y los adultos mayores de 60 años no existe asociación estadísticamente significativa entre el acceso a servicios de salud y el conocimiento de la ley que garantiza su derecho a la salud en el Perú en el año 2015.
- En niños de 0 a 11 años de edad y los adultos mayores de 60 años no existe asociación estadísticamente significativa entre el acceso a servicios de salud y

el conocimiento sobre su derecho de acceso a la salud en el Perú en el año 2015.

IX RECOMENDACIONES

- Se recomienda la formulación de nuevos estudios sobre el derecho a la salud y la validación de instrumentos adecuados para medir este derecho a nivel individual.
- Se recomienda la formulación de proyectos de investigación que evalúen el derecho a la salud, el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención
- Se recomienda el planteamiento de proyectos y políticas de intervención enfocados en aminorar la diferencia de conocimientos sobre el derecho a la salud en la población peruana.
- Se recomienda la exploración del derecho a la salud en futuros estudios con el objetivo de concientizar a los profesionales y a la población sobre la situación de dicho derecho y del acceso a la salud en el Perú.

X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: RAE, 2001.
2. Pechansky R, Thomas J. The concepts of Access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* .1981; 19(2): 127-140.
3. Gulliford M, Figueroa-Muñoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does “access to health care” mean”? *J Health Ser Res Policy*. 2002;7(3):186-8.
4. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex*. 2015;57:180-6.
5. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistemas de salud. *Perú Salud Publica Mex*. 2011;53:243-54.
6. Comes Y; Solitario R; Garbus P y col. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Facultad de Psicología – UBA, Secretaría de Investigaciones, Anuario de Investigaciones. 2006;14: 201-9
7. Ballesteros M. Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 2013.
8. Otero y Otero [en línea]; 2003: Glosario de Términos de Auditoría en salud. URL disponible en : <http://www.gerenciasalud.com/art09.htm>
9. Cromley EK, McLafferty SL. *Gis and Public Health*. UK. New York, London; The Guilford Press, 2012.
10. Hamilton G (2001): Exclusión de la protección social en salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos. Publicado en: <http://www.isalud.org/>
11. Stolkin y Otros. “Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familiar NBI: estudio de caso “del libro” La salud en crisis- Un análisis desde la perspectiva de las ciencias Sociales”, Ed. Dunken. Buenos Aires. 2000.
12. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to medical Care: Does it Matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36 (1);1-10.
13. Gobierno del Perú. Ley de Aseguramiento Universal en Salud y su reglamento. Lima: Gobierno del Perú; 200.
14. Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O. El sistema de salud en Perú: situación y desafíos. Lima: Colegio Médico del Perú. REP; 2016.
15. Hernández-Vásquez A, Azañedo D, Díaz-Seijas D, Bendezú-quispe G, Arroyo-Hernandez H, Vilcarromero S, Aguedelo- Suárez. Acceso a servicios de salud dental en menores de doce años en Perú, 2014. *Salud colectiva*. 2016;12(3):429-441.
16. Azañedo D, Díaz-Seijas D, Hernández-Vásquez A. Salud oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2016;33(2):373-5.

17. Alvarez Vita J. El Derecho a la Salud como derecho Humano. Las garantías del Derecho a la Salud, Lima,1994.
18. Lucía M. Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. Revista IIDH. 2004; 40:291-313.
19. ONU, El derecho al Disfrute Más Alto Nivel Posible de Salud, párrafo 8.
20. ONU, Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las forma de Discriminación Racial, de 1965.
21. ONU, Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, de 1966.
22. ONU, Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979.
23. ONU, Convención sobre los Derechos del niño, de 1989.
24. ONU, Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, de 1990.
25. ONU, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo, de 2006.
26. Perú Congreso de la República. Constitución Política del Perú de 1993. Lima: Congreso de la República; 1993.
27. Perú, Congreso de la República. Ley N° 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima: Congreso de la República; 2009.
28. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. Rev Perú MedExp Salud Pública.2009;26(2):207-17.
29. Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Orozco-Africano J. Percepción sobre el derecho a la salud y acceso servicios en usuarios del régimen subsidiado en un municipio colombiano, 2005. Rev salud Pública (Bogota) 2008;10(3):386-94.
30. Arias.Stella J. La salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica.2014;31(4):621-2.
31. Zevallos L, Salas V, Robles L. Asociaciones público-privadas para servicio de salud: ¿la solución al sistema de salud peruano?. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4);769-74

ANEXOS

ANEXO 2

ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES)

REPÚBLICA DEL PERÚ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES - 2015 CUESTIONARIO DE SALUD AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO									
CONGLOMERADO			VIVIENDA			HOGAR			



PRESENTACIÓN
Señor / Señora / Señorita, mi nombre es _____ y soy trabajadora del Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las personas de 15 años a más y de los niños menores de 12 años, a nivel nacional; con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los diversos programas de salud, dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la población en el país. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA SELECCIONADA SEGÚN CUESTIONARIO DEL HOGAR: _____	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
---	---

VISITAS DE LA ENTREVISTADORA						VISITA FINAL	
	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.		
FECHA						FECHA :	
						DÍA.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
						MES.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
						AÑO.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
RESULTADO***						EQUIPO NÚMERO.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
						ENTREVISTADORA.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
PRÓXIMA VISITA:						NÚMERO TOTAL DE VISITAS.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
FECHA						RESULTADO FINAL.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
HORA							

ANEXO 3

ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A NIVEL NACIONAL (ENSUSALUD)

	ENCUESTA NACIONAL DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DE SALUD <small>INFORMACIÓN CONFIDENCIAL AMPARADA EN EL DECRETO SUPLENTO 043-2001-PCM DEL SECRETO ESTADÍSTICO</small>																			
DIRIGIDA A USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA <small>Hospitales, Clínicas, Centros Médicos, Establecimientos MINSAL, EsSalud, Privados y FF.AA - PNP</small>		ENSUSALUD.01 Nº Cuestionario																		
I. LOCALIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD																				
A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA	B. UBICACIÓN MUESTRAL	10. COORDENADAS DEL PUNTO GPS																		
1. DEPARTAMENTO	5. ÁREA Urbana...1 Rural...2	S																		
2. PROVINCIA	6. ZONA	W																		
3. DISTRITO	7. MANZANA																			
4. CENTRO POBLADO	8. CONGLOMERADO																			
	9. AER Nº																			
11. Dirección del Establecimiento de Salud: (Seleccione solo un código) Tipo de vía: Avenida.....1 Jirón.....2 Calle.....3 Pasaje.....4 Carretera.....5 Prolongación.....6 Otro.....7																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Nombre de Vía</td> <td style="width: 10%;">Nº de Puerta</td> <td style="width: 10%;">Block</td> <td style="width: 10%;">Int.</td> <td style="width: 10%;">Piso</td> <td style="width: 10%;">Mz.</td> <td style="width: 10%;">Lote</td> <td style="width: 10%;">Km.</td> <td style="width: 10%;">Teléfono</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			Nombre de Vía	Nº de Puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	Teléfono									
Nombre de Vía	Nº de Puerta	Block	Int.	Piso	Mz.	Lote	Km.	Teléfono												
Referencia de la Dirección:																				
II. IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD																				
1. Nombre oficial del establecimiento de salud																				
2. Código RENAES del establecimiento de salud																				
3. Institución																				
MINSAL - GR.....1	ESSALUD.....2	FF.AA y PNP.....3																		
CLÍNICAS.....4																				
4. Consultorio:																				
Medicina.....1	Cirugía.....2	Gineco/obstetricia.....3																		
Pediatría.....4		Otra especialidad.....5 <small>(Especifique)</small>																		
5. Turno:																				
Mañana.....1		Tarde.....2																		
Noche.....3																				
III. ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN																				
Nº	Fecha	Hora Inicio	Hora Final	Resultado de la Visita (*)																
1	/																			
2	/																			
3	/																			
4	/																			
5	/																			
6	/																			