



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**ESTOMATOLOGÍA**

ASOCIACIÓN ENTRE EL ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD BUCAL  
E ÍNDICE DE RIQUEZA EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS EN EL PERÚ,  
2023

ASSOCIATION BETWEEN ACCESS TO ORAL HEALTH INFORMATION  
AND WEALTH INDEX IN CHILDREN UNDER 12 YEARS OLD IN PERU,  
2023

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO  
DENTISTA

AUTORES

IVONNE SALLY DE LOS SANTOS LUNA

GLADYS ALICIA SALAZAR PEÑA

ASESOR

ROBERTO ANTONIO LEON MANCO

LIMA - PERÚ

2026



## **JURADO**

**Presidente:** MG. ESP. CARLOS EDUARDO ALFARO PACHECO

**Vocal:** MG. ESP. DANIEL KEVIN PEREZ ALVAREZ

**Secretario:** MG. ESP. KARLA LUCERO AVALOS BALTOIANO

**Fecha de Sustentación:** 03 DE MARZO DEL 2026

**Calificación:** APROBADO

**ASESOR DE TESIS**

MG. ESP. ROBERTO ANTONIO LEON MANCO

Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0001-9641-1047

## **DEDICATORIA**

### **IVONNE SALLY DE LOS SANTOS LUNA**

A Dios, por ser mi guía y fortaleza en cada momento de mi vida; a mis padres, Benjamín y Salinova, por su amor infinito, su esfuerzo constante y por ser el pilar fundamental en mi formación personal y profesional; y a mi abuelita Auria, por su ternura, sus sabios consejos y su apoyo incondicional, que han sido siempre mi inspiración y motivación para alcanzar mis metas.

### **GLADYS ALICIA SALAZAR PEÑA**

A Dios, por guiar mis pasos, darme fortaleza en cada momento y permitirme cumplir esta meta. A mis padres, César y Yojani, por su amor y apoyo incondicional, por cada sacrificio a lo largo de este camino y creer en mí siempre. Este logro también es suyo, con profunda gratitud y amor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a nuestro asesor, Roberto Antonio León Manco, por su orientación, disposición y valiosos aportes durante el desarrollo de esta investigación, los cuales fueron fundamentales para su culminación. Asimismo, agradecemos a nuestros docentes por su dedicación y por contribuir a nuestra formación académica a lo largo de la carrera.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Los autores declaran no tener fuentes de financiamiento.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

# DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES             |
|----|---------------------------------|
| 1. | DE LOS SANTOS LUNA IVONNE SALLY |
| 2. | SALAZAR PEÑA GLADYS ALICIA      |

Pertencientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**, autores del trabajo titulado: **ASOCIACIÓN ENTRE EL ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD BUCAL E ÍNDICE DE RIQUEZA EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS EN EL PERÚ, 2023** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE | FACULTAD      | NIVEL DE ASESORÍA |
|----|---------------------------------|---------------|-------------------|
| 1. | LEON MANCO ROBERTO ANTONIO      | ESTOMATOLOGÍA | ASESOR            |

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **23 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:old::1:3502188008**; fecha de entrega: **09-03-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 09 de marzo del 2026.**

Firma del asesor  
N° DNI: 43649284  
ORCID: 0000-0001-9641-1047



## TABLA DE CONTENIDOS

|                                 | <b>Pág.</b> |
|---------------------------------|-------------|
| Resumen                         |             |
| Abstract                        |             |
| I. Introducción                 | 1           |
| II. Objetivos                   | 4           |
| III. Materiales y Métodos       | 5           |
| IV. Resultados                  | 9           |
| V. Discusión                    | 11          |
| VI. Conclusiones                | 18          |
| VII. Referencias bibliográficas | 19          |
| VIII. Tablas                    | 23          |
| Anexos                          | 26          |

## RESUMEN

**Introducción:** El acceso a información en salud bucal es clave para la prevención temprana; sin embargo, en el Perú persisten brechas socioeconómicas y geográficas que limitan su disponibilidad, lo que exige identificar sus determinantes. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el acceso a información de salud bucal e índice de riqueza de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2023. **Materiales y métodos:** Tipo transversal. La población fue 25331 registros de niños menores de 12 años de la base de datos de la ENDES del Perú 2023. Las variables a investigar fueron el acceso a la información de salud bucal, índice de riqueza, región natural, área natural, área de residencia, lugar de residencia, altitud de residencia, tenencia de seguro de salud, sexo y edad. Se realizó análisis de las frecuencias de las variables, el análisis bivariado a través de la prueba chi-cuadrado para determinar asociación y la regresión de Poisson para el análisis multivariado. **Resultados:** La prevalencia de acceso a información sobre salud bucal en niños peruanos en 2023 fue de 57.42%. El acceso a la información aumentó progresivamente con un mayor índice de riqueza, observándose una mayor probabilidad de acceso en los niños de hogares pobres (RPa=1.11), de nivel medio (RPa=1.17), ricos (RPa=1.25) y muy ricos (RPa=1.30), en comparación con los muy pobres ( $p<0.001$ ). Asimismo, los niños residentes en zonas rurales presentaron menor probabilidad de acceder a información en salud bucal (RP=0.91;  $p<0.001$ ), al igual que aquellos sin aseguramiento (RP=0.90;  $p<0.001$ ). Los niños de 6 a 11 años mostraron una ligera mayor probabilidad de acceso (RP=1.04;  $p=0.013$ ). **Conclusión:** Existe asociación entre el índice de riqueza y el acceso a información de salud bucal en niños menores de 12 años en el Perú 2023

**Palabras clave:** Inequidad en salud; niños; accesibilidad a los servicios de salud; salud bucal.

## ABSTRACT

**Introduction:** Access to oral health information is key to early prevention; however, socioeconomic and geographic gaps persist in Peru, limiting its availability and necessitating the identification of its determinants. **Objective:** To determine the association between access to oral health information and wealth index among children under 12 years of age in Peru, 2023. **Materials and methods:** Cross-sectional study. The population consisted of 25,331 records of children under 12 years of age from the 2023 Peruvian National Demographic and Health Survey (ENDES) database. The variables investigated were access to oral health information, wealth index, natural region, natural area, area of residence, place of residence, altitude of residence, health insurance coverage, sex, and age. Frequency analysis of the variables was performed, along with bivariate analysis using the chi-square test to determine association, and Poisson regression for multivariate analysis. **Results:** The prevalence of access to oral health information among Peruvian children in 2023 was 57.42%. Access to information increased progressively with higher wealth, with a greater probability of access observed in children from poor (PR=1.11), middle-income (PR=1.17), wealthy (PR=1.25), and very wealthy (PR=1.30) households, compared to those from very poor households ( $p<0.001$ ). Children living in rural areas had a lower probability of accessing oral health information (PR=0.91;  $p<0.001$ ), as did those without health insurance (PR=0.90;  $p<0.001$ ). Children aged 6 to 11 years showed a slightly higher probability of access (PR=1.04;  $p=0.013$ ). **Conclusion:** There is an association between wealth index and access to oral health information in children under 12 years of age in Peru, 2023.

**Keywords:** Health inequity; children; access to health services; oral health.

## I. INTRODUCCIÓN

Tener acceso a información adecuada sobre salud bucal es fundamental para brindar cuidados oportunos, prevenir enfermedades orales y promover el bienestar general en toda la población, sin distinción de grupo etario o condición social (1,2). No obstante, dicho acceso enfrenta múltiples obstáculos. Las barreras económicas, como el alto costo de los servicios odontológicos y la limitada cobertura de seguros, restringen no solo la posibilidad de recibir tratamiento, sino también el acceso a información clave para mantener una higiene oral adecuada (3). A ello se suman las brechas culturales y lingüísticas, que pueden dificultar la comunicación y la comprensión de mensajes preventivos, especialmente en minorías étnicas y comunidades rurales. Asimismo, una infraestructura sanitaria insuficiente y la escasez de profesionales capacitados limitan la difusión efectiva de información esencial hacia quienes más la requieren (4-7).

De manera complementaria, la falta de programas educativos accesibles en escuelas y comunidades reduce la divulgación de conocimientos y la adopción de prácticas saludables en salud bucal (8). Esta situación afecta con mayor intensidad a poblaciones de bajos ingresos y a minorías étnicas, que suelen enfrentar barreras adicionales por el acceso limitado a información preventiva, lo que perpetúa desigualdades en la atención odontológica (9). La evidencia indica que un menor nivel educativo y una menor accesibilidad a información se asocian directamente con peores condiciones de salud bucal (10). En el caso peruano, un análisis reportó que, tras la implementación del aseguramiento universal en salud entre 2004 y

2017, se observaron mejoras significativas en el uso de servicios odontológicos y una reducción de las desigualdades; sin embargo, estos avances no se han distribuido de manera uniforme entre todas las poblaciones (10-13). Además, la pandemia profundizó las brechas existentes, lo que refuerza la urgencia de políticas orientadas a mejorar el acceso tanto a la información como a los servicios de salud bucal, a fin de garantizar una atención equitativa y efectiva en todas las comunidades (14-16).

En este contexto, las barreras económicas, sociales y culturales limitan de forma importante el acceso de muchos niños peruanos a información en salud bucal, con consecuencias negativas sobre su bienestar y su atención odontológica. El presente estudio contribuye a cerrar la brecha de conocimiento sobre estas inequidades, particularmente en niños menores de 12 años en Perú, aportando evidencia reciente que fortalece la literatura disponible. Resulta prioritario abordar esta etapa de la vida, ya que en ella se consolidan hábitos de higiene oral que previenen problemas futuros y favorecen una mejor calidad de vida. Comprender y reducir estas disparidades permitirá diseñar estrategias más efectivas y justas para asegurar que todos los niños, independientemente de su origen, accedan a información pertinente y a cuidados adecuados. Este enfoque no solo mejora la salud bucal, sino que también impulsa un desarrollo saludable e integral, sentando bases para generaciones futuras con mejores condiciones de bienestar.

Finalmente, los hallazgos de este trabajo facilitarán la identificación de inequidades específicas vinculadas al acceso a información en salud bucal en el Perú y promoverán nuevas investigaciones en un campo de alta relevancia sanitaria. Por lo que se plantea la siguiente pregunta ¿Cuál es la asociación entre el acceso a información de salud bucal e índice de riqueza de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2023?

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la asociación entre el acceso a información de salud bucal e índice de riqueza de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2023.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar el acceso a información de salud bucal, índice de riqueza y características de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2023.
2. Determinar el acceso a información de salud bucal según el índice de riqueza y características de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2023.
3. Determinar la asociación entre el acceso a información de salud bucal e índice de riqueza de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2023.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **Tipo de estudio**

Transversal.

#### **Población**

La población estuvo constituida por un total de 25,331 registros de la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de Perú correspondiente al año 2023, solo se consideró los registros tomados a nivel nacional de niños menores de 12 años de edad que tengan la información respecto a acceso a información de salud bucal. Es importante mencionar que se consideró las características propias del muestreo bietápico, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, a nivel departamental por área rural y urbana de la ENDES (17).

#### **Criterios de selección**

Criterios de inclusión: Registros de niños menores de 12 años de edad de la ENDES 2023.

Criterios de exclusión: Se eliminaron los registros que no tengan la información completa de las variables de estudio.

## **Definición operacional de variables (Anexo 1)**

En este estudio se consideró como variable dependiente al acceso a la información de salud bucal e independiente al índice de riqueza; siendo las covariables: región natural, área de residencia, lugar de residencia, altitud de residencia, tenencia de seguro de salud, sexo y edad de los niños que tengan menos de doce años cumplidos (Anexo 1).

## **Procedimientos y técnicas**

Para iniciar la investigación, se accedió al sitio web del INEI ([www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe)), se seleccionó la opción "Base de datos", seguida de "Microdatos" y posteriormente "Consulta por encuestas". Dentro de esta sección, se utilizó el buscador para localizar la "Encuesta Demográfica y de Salud Familiar" del año 2023, especificando el periodo único. Posteriormente, se procedió a descargar las bases de datos de los módulos relevantes que coincidan con las variables específicas del estudio.

El estudio incluyó varios módulos, cada uno enfocado en diferentes aspectos de salud y condiciones socioeconómicas. Dentro del módulo de Cuestionario de Salud, identificado por la base de datos SSALUD08, se abordaron preguntas como el acceso a la información sobre salud bucal (QS806), el sexo (QS20) y la edad (QS23) de los participantes. En cuanto al módulo de Características de la Vivienda, bajo la base de datos RECH23, se evaluó la región natural (SHREGION) donde residen los

participantes. Las Características del Hogar se exploraron a través de la base RECH0, analizando aspectos como el área de residencia (HV025), lugar de residencia (HV026), altitud de residencia (HV040) y la tenencia de seguro de salud (SH11). Por último, los Datos Básicos del Módulo de Evaluación Familiar, registrados en la base REC0111, incluyendo el índice de riqueza (V190) para evaluar el nivel socioeconómico de los hogares involucrados en el estudio.

Tras descargar las bases de datos respectivas, estas fueron integradas mediante el uso del software estadístico STATA 19. Posteriormente, se llevó a cabo un proceso de limpieza para eliminar registros incompletos, lo que generó un análisis de datos efectivo. Es importante mencionar que la licencia de STATA está vigente y autorizada para su uso por parte de estudiantes y docentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

### **Plan de análisis**

Se utilizó el software estadístico STATA 19, ajustado para un nivel de confianza del 95% y un valor de significancia  $< 0.05$ . El procedimiento comenzó con un análisis descriptivo de las variables para determinar las frecuencias absolutas y relativas. Se realizó un análisis bivariado mediante la prueba de Chi-cuadrado para evaluar las relaciones entre las variables del estudio. En la fase de análisis multivariado, se aplicó la Regresión de Poisson para calcular las razones de prevalencia crudas y ajustadas. Se desarrollaron modelos donde se consideró como variable dependiente el acceso a la información de salud bucal y a la independiente

al índice de riqueza, siendo las demás co-variables. Para lograr estimaciones representativas, se utilizó el comando svy, integrando el diseño de la encuesta con sus respectivas especificaciones de estrato, unidad primaria de muestreo y pesos.

### **Aspectos éticos**

La investigación se llevó a cabo respetando las normas éticas que rigen la investigación científica en salud, con especial énfasis en la protección de la información y en la integridad del proceso investigativo. El estudio contó con la autorización del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH), con registro en el Sistema Institucional de Desarrollo de la Investigación (SIDISI) y aprobación otorgada el 31 de octubre de 2024. Para el desarrollo del análisis se emplearon exclusivamente bases de datos secundarias de libre acceso correspondientes a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2023) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), las cuales se encuentran anonimizadas y codificadas. Dado que no se estableció interacción directa con personas ni se utilizó información identificable, no fue necesario solicitar consentimiento informado, asegurándose en todo momento la confidencialidad y el uso responsable de los datos.

Adicionalmente, es importante indicar que se empleó Chatgpt v. 4.0 para mejorar la redacción del texto en la sección de introducción y discusión.

#### IV. RESULTADOS

Según el registro de datos de la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) en el año 2023, el 57.42% (n=14 476) de los niños tiene acceso a la información de salud bucal, mientras que el 42.58% (n=10 855) no lo tiene. El proveedor de información de salud bucal más frecuente es el Ministerio de Salud, quien informó al 60.20% (n=8 058) de los niños, seguido del sector privado, que informó a un 25.75% (n=3 405), de la Seguridad Social, que informó a un 7.45% (n=1 000), de otros proveedores, que informaron al 6.37% (n=880) y de las FF. AA o PNP, quienes informaron al 0.23% (n=28). El índice de riqueza más frecuente fue el muy pobre con un 30.36% (n=7 049), seguido del pobre con un 26.43% (n=6 136), del medio con un 19.39% (n=4 502), del rico con un 14.55% (n=3 378) y del muy rico con un 9.27% (n=2 153). El 11.21% (n=2 602) pertenecieron a la región de Lima Metropolitana, el 29.30% (n=6 804) al resto de la costa, el 33.62% (n=7 806) a la sierra y el 25.87% (n=6 006) a la selva. El 67.84% (n=15 752) residen en área urbana, mientras que el 32.16% (n=7 466) en área rural. El 11.21% (n=2602) residen en una ciudad capital, el 28.50% (n=6 617) en una pequeña ciudad, el 28.14% (n=6 533) en un pueblo y el 32.15% (n=7 466) en el campo. El 71.59% (n=16 621) vive a menos de 2500 msnm, y el 28.41% (n=6 597) a más de 2500 msnm. El 87.65% (n=22 267) posee seguro de salud, frente a un 12.35% (n=3064) que no lo posee. El 70.21% (n=16 996) son de sexo masculino mientras que el 29.79% (n=8 335) son de sexo femenino. El 49.16% (n=12 907) tienen menos de 5 años, y el 50.84% (n=12 424) tiene de 6 a 11 años (Tabla 1).

Se identificó una relación significativa entre el índice de riqueza ( $p < 0.001$ ), la región natural ( $p < 0.001$ ), el área de residencia ( $p = 0.001$ ), el lugar de residencia ( $p < 0.001$ ), la altitud ( $p < 0.001$ ), la tenencia de seguro de salud ( $p < 0.001$ ) y la edad ( $p = 0.001$ ) de los niños con el acceso a la información de salud bucal. En cuanto al sexo no se encontró una asociación significativa ( $p = 0.272$ ) (Tabla 2).

En el análisis multivariado se realizaron tres modelos de regresión cruda y ajustada por región natural, área de residencia, lugar de residencia, altitud, tenencia de seguro y edad. Para el primer modelo, se identificó que los niños con un índice de riqueza superior al muy pobre tenían una mayor probabilidad de tener acceso a la información de salud bucal, tanto los de índice pobre (RP=1.10,  $p < 0.001$ , RPa=1.11,  $p < 0.001$ ), medio (RP=1.18,  $p < 0.001$ , RPa=1.17,  $p < 0.001$ ), rico (RP=1.25,  $p < 0.001$ , RPa=1.25,  $p < 0.001$ ) y muy rico (RP=1.33,  $p < 0.001$ , RPa=1.30). Para el segundo modelo, se identificó que solo el área de residencia presentó una influencia significativa en el acceso a la información de salud bucal, en donde los niños de zonas rurales tuvieron menos probabilidad de acceder a la información (RP=0.91,  $p < 0.001$ ). Para el tercer modelo, se identificó que solo la tenencia de seguro de salud y la edad presentaron una influencia significativa en el acceso a la información de salud bucal, en donde los niños sin seguro tuvieron menos probabilidad de acceder a la información (RP=0.90,  $p < 0.001$ ) y los niños con edades de 6 a 11 años tuvieron mayor probabilidad de acceder a la información (RP=1.04,  $p = 0.013$ ) (Tabla 3).

## V. DISCUSIÓN

El acceso a información en salud bucal desempeña un papel central en la promoción de conductas preventivas, la toma de decisiones informadas y la reducción de enfermedades orales desde la infancia. Sin embargo, este acceso no se distribuye de manera equitativa, sino que está condicionado por inequidades socioeconómicas, territoriales y estructurales. La evidencia reciente indica que la posición socioeconómica del hogar influye en la exposición a educación preventiva, en la interacción con el sistema de salud y en la continuidad de prácticas saludables, configurando un gradiente social persistente en el acceso a información sanitaria desde edades tempranas, según Rhythm et al. y Garcés-Elías et al. (18). De igual modo, las limitaciones geográficas, la dispersión poblacional y las deficiencias en infraestructura y transporte restringen el contacto regular de las familias con los servicios de salud y con actividades de promoción en salud bucal, profundizando desigualdades ya existentes, tal como señalan Houghton et al. (19). En este contexto, las inequidades en el acceso a información en salud bucal no solo reflejan desigualdades estructurales más amplias, sino que también contribuyen a la persistencia de brechas en salud bucal infantil, lo que refuerza la necesidad de intervenciones orientadas explícitamente a la equidad.

En el presente estudio, solo el 57.42 % de los niños menores de 12 años recibió información sobre salud bucal, mientras que el 42,58 % no tuvo acceso, lo que evidencia una brecha informativa a nivel nacional. Este hallazgo es concordante con lo reportado por Garcés-Elías et al. (14), quienes muestran que la cobertura de

educación preventiva bucal en niños peruanos aún no alcanza niveles universales. El Ministerio de Salud fue el principal proveedor de información (60,20 %), lo que confirma que la educación bucal infantil en el Perú depende predominantemente del primer nivel de atención del sector público, de acuerdo con León-Manco et al. (16). La persistencia de una proporción elevada de niños sin acceso informativo resulta particularmente preocupante si se considera que la evidencia nacional asocia la falta de información preventiva con mayor prevalencia de caries y prácticas inadecuadas de higiene oral, según Hernández-Vásquez et al. (11). En conjunto, estos resultados subrayan la necesidad de fortalecer estrategias educativas focalizadas en poblaciones vulnerables.

La pobreza constituye un determinante social clave en la persistencia de inequidades en salud bucal infantil, al condicionar estructuralmente el acceso a información preventiva y a prácticas adecuadas de autocuidado desde edades tempranas. En contextos de vulnerabilidad, los hogares con menores recursos enfrentan barreras sostenidas para el contacto con los servicios de salud, la continuidad educativa y la disponibilidad de insumos básicos de higiene oral, lo que genera un marcado gradiente social en el acceso a información sanitaria, tal como lo menciona Muñoz Chimbo, los niños en situación de pobreza presentan menor acceso a servicios dentales y educación preventiva, así como mayores tasas de problemas bucales y peor calidad de vida (20). En el Perú, esta relación ha sido documentada previamente, evidenciándose que el nivel socioeconómico influye tanto en el uso de servicios odontológicos como en el acceso a consejería preventiva en población infantil, según Torres-Mantilla y Newball-Noriega (12). En

concordancia, los resultados del presente estudio muestran que los niños de los quintiles muy pobre y pobre presentaron las menores proporciones de acceso a información en salud bucal (53,0 % y 55,15 %), en comparación con los quintiles rico y muy rico (62,46 % y 68,09 %), diferencia estadísticamente significativa. Estos hallazgos confirman el rol de la pobreza como eje estructural de las desigualdades en salud bucal en niños menores de 12 años en el Perú.

Las barreras geográficas también constituyen un determinante estructural de la inequidad en el acceso a información en salud bucal infantil, al limitar la oportunidad y continuidad de acciones preventivas, especialmente en territorios con menor desarrollo social y sanitario. La dispersión poblacional, las dificultades de transporte, la limitada infraestructura de salud y condiciones geográficas adversas, como la altitud elevada, restringen el contacto regular de las familias con los servicios y con las actividades de promoción, según la World Health Organization (21). En concordancia, este estudio evidenció que los niños residentes en áreas rurales tuvieron menor acceso a información de salud bucal en comparación con los urbanos (55,55 % frente a 58,30 %), además de diferencias significativas según región natural, con menores proporciones en la selva y el resto de la costa respecto a Lima Metropolitana ( $p < 0,001$ ). Asimismo, se observó menor acceso en niños que residen a altitudes mayores a 2500 msnm. En conjunto, estos resultados confirman que la ubicación geográfica profundiza desigualdades territoriales y opera como una barrera que perpetúa la inequidad informativa en la población infantil.

El aseguramiento en salud constituye un factor habilitador clave para el acceso a información preventiva en salud bucal infantil, al facilitar la vinculación efectiva con el sistema de salud y con los servicios de promoción. Estudios recientes señalan que la afiliación a un seguro incrementa la probabilidad de contacto con el primer nivel de atención, donde se concentran intervenciones educativas orientadas a la prevención y control de enfermedades bucales, según Falquez et al. (22). En sistemas con desigualdades persistentes, la ausencia de aseguramiento se asocia con menores oportunidades de consejería preventiva, profundizando brechas en el acceso a información sanitaria, según la World Health Organization (21). En línea con ello, los resultados muestran que los niños con seguro presentaron mayor proporción de acceso a información de salud bucal (58,25 %) en comparación con aquellos no asegurados (41,75 %), diferencia estadísticamente significativa. Estos hallazgos confirman que la falta de aseguramiento limita no solo el acceso a atención curativa, sino también a acciones preventivas y educativas, consolidándose como determinante estructural de inequidad.

La edad constituye otro factor diferencial en el acceso a información de salud bucal, debido a variaciones en los espacios de socialización y en la cobertura de estrategias preventivas dirigidas a menores de 12 años. Los niños en edad escolar suelen estar incorporados a programas y campañas educativas desarrolladas en el entorno escolar, mientras que los menores de cinco años dependen principalmente del ámbito familiar y del contacto con servicios de salud para recibir información preventiva, lo que los expone a menor cobertura educativa, según la World Health Organization (21). En concordancia, este estudio evidenció que los niños de 6 a 11

años presentaron mayor acceso a información (58,43 %) que los niños de 0 a 5 años (56,37 %), con diferencia estadísticamente significativa. Aunque la diferencia porcentual es moderada, su significancia estadística sugiere la existencia de una brecha etaria sistemática. Además, se ha descrito que los programas escolares de promoción de salud bucal mejoran el acceso a información y fortalecen hábitos preventivos, beneficiando principalmente a la población en edad escolar, según Bramantoro et al. (21). En este sentido, la menor cobertura informativa en la primera infancia evidencia una desventaja temprana con posibles repercusiones a lo largo del curso de vida.

En conjunto, el acceso a información en salud bucal infantil se encuentra estrechamente condicionado por el nivel socioeconómico, reflejando desigualdades estructurales que afectan de manera diferencial a la población infantil. La posición económica del hogar influye en la exposición a educación preventiva, en la interacción con el sistema de salud y en la continuidad de prácticas saludables, configurando un gradiente social desde edades tempranas, como ha sido descrito por Foláyan et al. (24). En concordancia, los resultados del presente estudio muestran un patrón dosis–respuesta: el quintil muy pobre presentó la menor proporción de acceso (53,0 %), mientras que el quintil muy rico alcanzó la mayor (68,09 %), manteniéndose la tendencia de forma consistente a lo largo de los quintiles. Asimismo, el análisis multivariado identificó al índice de riqueza como el principal determinante independiente del acceso a información en salud bucal, observándose que los niños de los quintiles rico y muy rico presentaron hasta 30 % mayor probabilidad de acceso en comparación con el quintil muy pobre. Este

comportamiento coincide con evidencia que señala que la pobreza reduce la exposición a educación sanitaria y el uso de servicios odontológicos preventivos en la infancia, profundizando las brechas en salud bucal, según Čorović et al. (10). De manera complementaria, la ausencia de aseguramiento se asocia con menor probabilidad de acceso a información preventiva, reforzando la interacción entre pobreza y exclusión institucional, como señalan Northridge et al. (9). En línea con estudios recientes en el contexto peruano, la pobreza limita el acceso a consejería preventiva y amplía la inequidad informativa en salud, según Lieneck et al. (8).

No obstante, los hallazgos de esta investigación deben interpretarse considerando ciertas limitaciones que podrían influir en el alcance de las conclusiones. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas, permitiendo únicamente identificar asociaciones entre el acceso a información en salud bucal y los factores sociodemográficos evaluados. En segundo lugar, el uso de datos secundarios de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) puede estar sujeto a sesgos de información vinculados al autorreporte, como errores de recuerdo o variaciones en la interpretación de la información recibida por los cuidadores. Además, la ENDES no permite profundizar en la calidad, el contenido ni la frecuencia de la información en salud bucal, lo que limita una evaluación más integral del acceso informativo. Estas limitaciones no invalidan los resultados, pero sí destacan la necesidad de futuros estudios con diseños longitudinales y enfoques cualitativos complementarios.

A pesar de ello, los hallazgos del presente estudio son relevantes, pues aportan evidencia actualizada sobre inequidades en el acceso a información en salud bucal infantil a nivel nacional, utilizando una base de datos representativa de la población peruana. Los resultados permiten identificar determinantes sociales y territoriales que condicionan dicho acceso, contribuyendo a una mejor comprensión de brechas que se configuran desde edades tempranas. Esta información resulta clave para orientar políticas públicas, fortalecer estrategias de promoción con enfoque de equidad y priorizar intervenciones dirigidas a poblaciones vulnerables. En este sentido, el estudio constituye un insumo útil para la toma de decisiones en salud pública y para el diseño de programas preventivos orientados a reducir desigualdades en salud bucal infantil.

## **VI. CONCLUSIONES**

De manera general se concluye que existe asociación entre el índice de riqueza y el acceso a información de salud bucal en niños menores de 12 años en el Perú 2023.

Y de forma específica se concluye:

- El acceso a información en salud bucal fue mayoritario y estuvo principalmente a cargo del Ministerio de Salud.
- El acceso a información en salud bucal estuvo asociado a región natural, área de residencia, lugar de residencia, altitud, tenencia de seguro de salud y edad.
- El acceso a información en salud bucal estuvo asociado a índice de riqueza considerando la región natural, área de residencia, lugar de residencia, altitud, tenencia de seguro de salud y edad.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Park B, Cho H, Shin H. Disparity in access for people with disabilities to outpatient dental care services: a retrospective cohort study. *BMC Oral Health*. 2023;23:213. doi:10.1186/s12903-023-02948-6
2. FDI World Dental Federation. Improving access to oral healthcare. *Int Dent J*. 2022;72(1):2–3. doi:10.1016/j.identj.2021.11.003
3. King S, Thaliph A, Laranjo L, et al. Oral health literacy, knowledge and perceptions in a socially and culturally diverse population: a mixed-methods study. *BMC Public Health*. 2023;23:1446. doi:10.1186/s12889-023-16381-5
4. Whitehead L, Talevski J, Fatehi F, Beauchamp A. Barriers to and facilitators of digital health among culturally and linguistically diverse populations: qualitative systematic review. *J Med Internet Res*. 2023;25:e42719. doi:10.2196/42719
5. Tynan A, Walker D, Tucker T, et al. Factors influencing the perceived importance of oral health within a rural Aboriginal and Torres Strait Islander community in Australia. *BMC Public Health*. 2020;20:514. doi:10.1186/s12889-020-08673-x
6. Tella AJ, Olanloye OM, Ibiyemi O. Potential of teledentistry in the delivery of oral health services in developing countries. *Ann Ib Postgrad Med*. 2019;17(2):115–123. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7358811/>

7. Raghupathi V, Raghupathi W. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Arch Public Health*. 2020;78:20. doi:10.1186/s13690-020-00402-5
8. Northridge ME, Kumar A, Kaur R. Disparities in access to oral health care. *Annu Rev Public Health*. 2020;41:513–535. doi:10.1146/annurev-publhealth-040119-094318
9. Lieneck C, Connelly E, Ireland D, et al. Facilitators and barriers to oral healthcare for women and children with low socioeconomic status in the United States: a narrative review. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(16):2248. doi:10.3390/healthcare11162248
10. Corovic S, Janicijevic K, Radovanovic S, et al. Socioeconomic inequalities in the use of dental health care among the adult population in Serbia. *Front Public Health*. 2023;11:1244663. doi:10.3389/fpubh.2023.1244663
11. Hernández-Vásquez A, Bendezu-Quispe G, Azañedo D, et al. Use of oral health care services in Peru: trends in socioeconomic inequalities before and after the implementation of universal health insurance. *BMC Oral Health*. 2019;19:39. doi:10.1186/s12903-019-0731-7
12. Torres-Mantilla J, Newball-Noriega E. Factors associated with the use of oral health services in Peruvian children under the age of 12 years. *Clin Exp Dent Res*. 2023;9:230–239. doi:10.1002/cre2.674
13. León S, Giacaman RA. COVID-19 and inequities in oral health care for older people: an opportunity for emerging paradigms. *JDR Clin Trans Res*. 2020;5(4):290–292. doi:10.1177/2380084420934742

14. Garcés-Elías MC, Del Castillo-López CE, Beltrán JA, et al. Peruvian children's access to oral health information during the COVID-19 pandemic. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2022;12:638–645. doi:10.4103/jispcd.JISPCD\_103\_22
15. Patrick DL, Lee RS, Nucci M, et al. Reducing oral health disparities: a focus on social and cultural determinants. *BMC Oral Health.* 2006;6 Suppl 1:S4. doi:10.1186/1472-6831-6-S1-S4
16. León-Manco RA, Garcés-Elías MC, Beltrán JA, Agudelo-Suárez AA. Access to preventive oral health information in Peruvian children: public health implications. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2022;12(6):646–652.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática (PE). Ficha técnica ENDES 2023. Lima: INEI; 2023. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3041581/8604-ficha-tecnica-2024.pdf>
18. Rhythm S, Sania G, Gupta P. Oral health and social determinants: a comprehensive review. *Indian J Appl Res.* 2024;14(12):1–2.
19. Houghton N, Bascolo E, Cohen RR, et al. Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities: implications for rural proofing for health. *Rural Remote Health.* 2023;23(1):7822.
20. Muñoz Chimbo NB, Vázquez Romero WS. Incidencia de la pobreza en la salud oral de la población infantil en Latinoamérica: revisión sistemática. *Rev Latinoam Salud Publica.* 2024;38(1):45–58.

21. World Health Organization. Oral health. Fact sheet. Geneva: WHO; 2025 Mar 17. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
22. Falquez M, Canessa-Rojas A, Lanata-Flores A, et al. Association between type of health insurance and dental visits among Ecuadorian older population: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2025;25:94. doi:10.1186/s12889-024-20800-6
23. Bramantoro T, et al. Effectiveness of school-based oral health promotion programmes. *BMC Oral Health*. 2021;21:423.
24. Foláyan MO, Rosa de Barros Coelho EM, et al. Early childhood caries and inequalities using the Sustainable Development Goal 10 framework: a scoping review. *BMC Oral Health*. 2025;25:219. doi:10.1186/s12903-025-05587-1

## VIII. TABLAS

**Tabla 1. Acceso a información de salud bucal, índice de riqueza y características de niños menores de 12 años en el Perú, 2023.**

| Variables                               | n            | %             |
|---|--------------|---------------|
| Acceso a información de salud bucal     |              |               |
| Si                                      | 14476        | 57.42         |
| No                                      | 10855        | 42.58         |
| Proveedor de información de salud bucal |              |               |
| Ministerio de Salud                     | 8058         | 60.20         |
| Seguridad Social (EsSalud)              | 1000         | 7.45          |
| FF.AA / PNP                             | 28           | 0.23          |
| Sector Privado                          | 3405         | 25.75         |
| Otros                                   | 880          | 6.37          |
| Índice de riqueza                       |              |               |
| Muy pobre                               | 7049         | 30.36         |
| Pobre                                   | 6136         | 26.43         |
| Medio                                   | 4502         | 19.39         |
| Rico                                    | 3378         | 14.55         |
| Muy rico                                | 2153         | 9.27          |
| Región natural                          |              |               |
| Lima metropolitana                      | 2602         | 11.21         |
| Resto Costa                             | 6804         | 29.30         |
| Sierra                                  | 7806         | 33.62         |
| Selva                                   | 6006         | 25.87         |
| Área de residencia                      |              |               |
| Urbano                                  | 15752        | 67.84         |
| Rural                                   | 7466         | 32.16         |
| Lugar de residencia                     |              |               |
| Capital                                 | 2602         | 11.21         |
| Pequeña ciudad                          | 6617         | 28.50         |
| Pueblo                                  | 6533         | 28.14         |
| Campo                                   | 7466         | 32.15         |
| Altitud                                 |              |               |
| Menos de 2500 msnm                      | 16621        | 71.59         |
| De 2500 a más msnm                      | 6597         | 28.41         |
| Tenencia de seguro de salud             |              |               |
| Si                                      | 22267        | 87.65         |
| No                                      | 3064         | 12.35         |
| Sexo                                    |              |               |
| Hombre                                  | 16996        | 70.21         |
| Mujer                                   | 8335         | 29.79         |
| Edad                                    |              |               |
| De 0 a 5 años                           | 12907        | 49.16         |
| De 6 a 11 años                          | 12424        | 50.84         |
| <b>Total</b>                            | <b>25331</b> | <b>100.00</b> |

n: Frecuencia absoluta.

?: Frecuencia relativa.

**Tabla 2. Acceso a información de salud bucal según índice de riqueza y características de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2023.**

| Variables                   | Acceso a información de salud bucal |       |      |       | p*     |
|-----------------------------|-------------------------------------|-------|------|-------|--------|
|                             | Si                                  |       | No   |       |        |
|                             | n                                   | %     | n    | %     |        |
| Índice de riqueza           |                                     |       |      |       |        |
| Muy pobre                   | 3736                                | 53.00 | 3313 | 47.00 |        |
| Pobre                       | 3384                                | 55.15 | 2752 | 44.85 |        |
| Medio                       | 2635                                | 58.53 | 1867 | 41.47 | <0.001 |
| Rico                        | 2110                                | 62.46 | 1268 | 37.54 |        |
| Muy rico                    | 1466                                | 68.09 | 687  | 31.91 |        |
| Región natural              |                                     |       |      |       |        |
| Lima metropolitana          | 1640                                | 63.03 | 962  | 36.97 |        |
| Resto Costa                 | 3686                                | 54.17 | 3118 | 45.83 | <0.001 |
| Sierra                      | 4910                                | 62.90 | 2896 | 37.10 |        |
| Selva                       | 3095                                | 51.53 | 2911 | 48.47 |        |
| Área de residencia          |                                     |       |      |       |        |
| Urbano                      | 9184                                | 58.30 | 6568 | 41.70 |        |
| Rural                       | 4147                                | 55.55 | 3319 | 44.45 | 0.001  |
| Lugar de residencia         |                                     |       |      |       |        |
| Capital                     | 1640                                | 63.03 | 962  | 36.97 |        |
| Pequeña ciudad              | 3764                                | 56.88 | 2853 | 43.12 | <0.001 |
| Pueblo                      | 3780                                | 57.86 | 2753 | 42.14 |        |
| Campo                       | 4147                                | 55.55 | 3319 | 44.45 |        |
| Altitud                     |                                     |       |      |       |        |
| Menos de 2500 msnm          | 9187                                | 55.27 | 7434 | 44.73 | <0.001 |
| De 2500 a más msnm          | 4144                                | 62.82 | 2453 | 37.18 |        |
| Tenencia de seguro de salud |                                     |       |      |       |        |
| Si                          | 12904                               | 58.25 | 9363 | 41.75 | <0.001 |
| No                          | 1572                                | 51.53 | 1492 | 48.47 |        |
| Sexo                        |                                     |       |      |       |        |
| Hombre                      | 9775                                | 57.66 | 7221 | 42.34 |        |
| Mujer                       | 4701                                | 56.85 | 3634 | 43.15 | 0.272  |
| Edad                        |                                     |       |      |       |        |
| De 0 a 5 años               | 7229                                | 56.37 | 5678 | 43.63 |        |
| De 6 a 11 años              | 7247                                | 58.43 | 5177 | 41.57 | 0.001  |

n: Frecuencia absoluta. %: Frecuencia relativa. p: Significancia estadística. \*Prueba de Chi-cuadrado.

**Tabla 3. Asociación entre el acceso a información de salud bucal e índice de riqueza de niños menores de 12 años de edad en el Perú, 2023.**

| Variables  | Acceso a información de salud bucal |              |           |        |        |                   |           |        |   |
|--|-------------------------------------|--------------|-----------|--------|--------|-------------------|-----------|--------|---|
|  | Modelo nulo                         | Modelo crudo |           |        |        | Modelo ajustado 4 |           |        |   |
|  |                                     | Coefficiente | RP        | IC95%  | p      | Coefficiente      | RPa       | IC95%  | p |
| <b>Modelo 1: Índice de riqueza</b>                 |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Índice de riqueza                                  |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Muy pobre  | Ref.                                |              |           |        | Ref.   |                   |           |        |   |
| Pobre  | 0.09                                | 1.10         | 1.05-1.16 | <0.001 | 0.11   | 1.11              | 1.05-1.18 | <0.001 |   |
| Medio  | 0.16                                | 1.18         | 1.11-1.25 | <0.001 | 0.16   | 1.17              | 1.08-1.27 | <0.001 |   |
| Rico   | 0.23                                | 1.25         | 1.17-1.34 | <0.001 | 0.22   | 1.25              | 1.13-1.37 | <0.001 |   |
| Muy rico   | 0.29                                | 1.33         | 1.23-1.45 | <0.001 | 0.26   | 1.30              | 1.15-1.45 | <0.001 |   |
| Varianza   | 1.24                                |              |           |        | 0.86   |                   |           |        |   |
| Coefficiente de correlación intraclase (CCI %)     | 0.25                                |              |           |        | 0.09   |                   |           |        |   |
| p  | <0.001                              |              |           |        | <0.001 |                   |           |        |   |
| <b>Modelo 2: Características geográficas</b>       |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Región natural                                     |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Lima metropolitana                                 | Ref.                                |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Resto Costa  | -0.02                               | 0.98         | 0.89-1.09 | 0.726  | -      | -                 | -         | -      |   |
| Sierra   | -0.09                               | 0.92         | 0.77-1.10 | 0.362  | -      | -                 | -         | -      |   |
| Selva  | -0.15                               | 0.86         | 0.59-1.25 | 0.422  | -      | -                 | -         | -      |   |
| Área de residencia                                 |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Urbano   | Ref.                                |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Rural  | -0.10                               | 0.91         | 0.87-0.95 | <0.001 | -      | -                 | -         | -      |   |
| Lugar de residencia                                |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Capital  | Ref.                                |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Pequeña ciudad                                     | -0.07                               | 0.93         | 0.70-1.25 | 0.640  | -      | -                 | -         | -      |   |
| Pueblo   | -0.01                               | 0.99         | 0.89-1.10 | 0.837  | -      | -                 | -         | -      |   |
| Campo  | -0.06                               | 0.94         | 0.80-1.11 | 0.493  | -      | -                 | -         | -      |   |
| Altitud  |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Menos de 2500 msnm                                 | Ref.                                |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| De 2500 a más msnm                                 | -0.01                               | 0.99         | 0.94-1.05 | 0.750  | -      | -                 | -         | -      |   |
| Varianza   | 0.10                                |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Coefficiente de correlación intraclase (CCI %)     | 0.86                                |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| p  | <0.001                              |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| <b>Modelo 3: Características sociodemográficas</b> |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Tenencia de seguro de salud                        |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Si   | Ref.                                |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| No   | -0.11                               | 0.90         | 0.85-0.95 | <0.001 | -      | -                 | -         | -      |   |
| Sexo   |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Hombre   | Ref.                                |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| Mujer  | -0.02                               | 0.98         | 0.95-1.02 | 0.337  | -      | -                 | -         | -      |   |
| Edad   |                                     |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| De 0 a 5 años                                      | Ref.                                |              |           |        |        |                   |           |        |   |
| De 6 a 11 años                                     | 0.04                                | 1.04         | 1.01-1.08 | 0.013  | -      | -                 | -         | -      |   |
| Varianza   | 0.23                                | 0.11         |           |        |        |                   |           |        |   |
| Coefficiente de correlación intraclase (CCI %)     | 0.05                                | 0.03         |           |        |        |                   |           |        |   |
| p  | <0.001                              | <0.001       |           |        |        |                   |           |        |   |

RP: Razón de prevalencias. aRP: Razón de prevalencias ajustado. IC95%: Intervalo de confianza al 95%. p: Significancia estadística.  
a: Ajustado por región natural, área de residencia, lugar de residencia, altitud, tenencia de seguro de salud y edad.

## ANEXOS

### Anexo 1. Definición operacional de variables

| Variable                            | Definición conceptual  | Definición operacional  | Tipo        | Escala             | Valores  |
|-------------------------------------|--|---|-------------|--------------------|--|
| Acceso a información de salud bucal | Proceso por el cual una persona recibe o busca información para beneficio propio y para una mejora de su salud bucal.        | Información obtenida del módulo Encuesta de Salud de la ENDES, de la base de datos CSALUD08, de la pregunta QS806: En los últimos 12 meses, es decir, desde ___ del año pasado hasta ___ de este año ¿usted ha recibido información sobre el cuidado e higiene de los dientes, lengua y boca de las niñas y niños de una persona o medio de comunicación? | Cualitativa | Nominal dicotómica | 1: Sí<br>2: No   |
| Índice de riqueza                   | Quinta parte de una población estadística ordenada de menor a mayor según el individuo más pobre al más rico de la población | Información obtenida del módulo Datos Básicos de MEF de la ENDES, de la base de datos RECH11, del indicador V190.   | Cualitativa | Ordinal politómica | 1: 1er quintil<br>2: 2do quintil<br>3: 3er quintil<br>4: 4to quintil<br>5: 5to quintil |
| Región natural                      | Unidades territoriales determinadas por el relieve, el clima y la vegetación constituye una región natural                   | Información obtenida del módulo Características de la Vivienda de la ENDES, de la base de datos RECH23, del indicador SHREGION.   | Cualitativa | Nominal politómica | 1: Lima Metropolitana<br>2: Resto de la costa<br>3: Sierra<br>4: Selva                 |
| Área de residencia                  | Entorno en el que se desenvuelven los grupos humanos en su interrelación con el medio ambiente.                              | Información obtenida del módulo Características del Hogar de la ENDES, de la base de datos RECH0, del indicador HV025.  | Cualitativa | Nominal dicotómica | 1: Urbano<br>2: Rural  |
| Lugar de residencia                 | Espacio físico donde reside una persona según desarrollo poblacional.  | Información obtenida del módulo Características del Hogar de la ENDES, de la base de datos RECH0, del indicador HV026.  | Cualitativa | Ordinal politómica | 1: Capital, ciudad grande<br>2: Ciudad pequeña<br>3: Pueblo<br>4: Campo                |
| Altitud de residencia               | Distancia vertical entre cualquier punto en la <u>tierra</u> y el nivel del mar.   | Información obtenida del módulo Características del Hogar de la ENDES, de la  | Cualitativa | Ordinal dicotómica | 1: <2500 msnm<br>2: >2500 msnm   |

|                             |  |   |             |                    |                                       |
|-----------------------------|--|---|-------------|--------------------|---------------------------------------|
|                             |  | base de datos RECH0, del indicador HV040  |             |                    |                                       |
| Tenencia de seguro de salud | Condición de contar con seguro de salud público o privado.                     | Información obtenida del módulo Características del Hogar de la ENDES, de la base de datos RECH0, de la pregunta SH11: ¿(NOMBRE) está afiliado(a) o inscrito(a) en: ESSALUD, Seguro Integral de Salud o en algún otro seguro de salud | Cualitativa | Nominal dicotómica | 1: Si<br>2: No                        |
| Sexo                        | Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie. | Información obtenida del módulo Encuesta de Salud de la ENDES, de la base de datos CSALUD08, de la pregunta QS20/QSSEXO: ¿Cuál es el sexo del niño(a)?  | Cualitativa | Nominal dicotómica | 1: Hombre<br>2: Mujer                 |
| Edad                        | Números de años cumplidos cronológicamente.                                    | Información obtenida del módulo Encuesta de Salud de la ENDES, de la base de datos CSALUD08 de la pregunta QS802D/QS23: ¿Cuántos años cumplidos tiene?  | Cualitativa | Nominal dicotómica | 1: de 0 a 5 años<br>2: de 6 a 11 años |

## Anexo 2: Aprobación CIE - UPCH

### CONSTANCIA-CIEI-580-45-24

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo la categoría de revisión **EXENTO**. La aprobación será informada en la sesión más próxima del comité.

Título del Proyecto : **"INEQUIDADES DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD BUCAL EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD EN EL PERÚ, 2023"**

Código SIDISI : **216151**

Investigador(a) principal(es) : **De Los Santos Luna Ivonne Sally  
Salazar Peña Gladys Alicia**

La **aprobación** incluyó los documentos finales descritos a continuación:

**1. Proyecto de investigación, versión 1.0 de fecha 31 de Octubre del 2024.**

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La categoría de **EXENTO** es otorgado al proyecto por un periodo de cinco años en tanto la categoría se mantenga y no existan cambios o desviaciones al protocolo original. El investigador está exonerado de presentar un reporte del progreso del estudio por el periodo arriba descrito y sólo alcanzará un informe final al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **Martes 13 de noviembre del 2029**.

*El presente proyecto de investigación sólo podrá iniciarse después de haber obtenido la(s) autorización(es) de la(s) institución(es) donde se ejecutará.*

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

**Lima, 13 de noviembre del 2024**



---

Manuel Raul Perez Martinot  
Presidente  
Comité Institucional de Ética en Investigación  
Universidad Peruana Cayetano Heredia

CONSTANCIA-CIEI-E-032-08-26

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó de manera expedita la **ENMIENDA/MODIFICACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del Protocolo : **“ASOCIACIÓN ENTRE EL ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD BUCAL E ÍNDICE DE RIQUEZA EN NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS EN EL PERÚ, 2023”**

Código SIDISI : 216151

Investigador(a) principal(es) : **De Los Santos Luna, Ivonne Sally.  
Salazar Peña, Gladys Alicia**

La enmienda/modificación corresponde a los siguientes documentos:

1. **Protocolo de investigación, versión 2.0 de fecha 06 de febrero del 2026**

**Lima, 17 de febrero del 2026.**