



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ESTOMATOLOGÍA

**BARRERAS PARA EL USO DEL SERVICIO DENTAL CON SEGURO
DE SALUD EN UNA COMUNIDAD RURAL EN EL PERÚ**

Use of dental care barriers related to health insurance in a rural community in Perú

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

AUTORES:

GABRIELA ALEXANDRA CHOMBA CHICO

DANIELLA ELOISA SAMANIEGO VASQUEZ

ASESOR:

MG. DIEGO JOSÉ PROAÑO FALCONI

LIMA - PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dr. Alexis Evangelista Alva
Vocal: Dr. Pablo Sánchez Borjas
Secretario: Dr. Francisco Orejuela Ramírez

Fecha de Sustentación: 23 de julio 2021

Calificación: Aprobado

ASESOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mg. Diego Proaño Falconí

Departamento Académico de Odontología Social

ORCID: 0000-0002-7836-2656

DEDICATORIA

A nuestra familia y nuestros ángeles que nos cuidan desde el cielo, les dedicamos todo nuestro esfuerzo y trabajo, sin ellos no seríamos lo que somos.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra alma máter, Universidad Peruana Cayetano Heredia y a todos nuestros docentes y asistentes dentales que fueron parte de nuestra etapa universitaria y clínica.

A nuestro asesor Mg. Diego Proaño, por su paciencia y apoyo en todo el proceso de nuestra tesis.

DECLARACIONES Y CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características de la muestra y prevalencia de la tenencia de seguro de salud según las co-variables en 174 pobladores de la población de Yaután, Casma – Ancash.	22
Tabla 2. Comparación de la barrera de necesidad según las co-variables en 85 pobladores de A.A.H.H Fray Martín de Porras.	23
Tabla 3. Comparación de las barreras habilitadoras según las co-variables en pobladores de A.A.H.H Fray Martín de Porras.	24
Tabla 4. Asociación entre las barreras de acceso al servicio dental y tenencia de seguro de salud en 174 pobladores del A.A.H.H Fray Martín de Porras.	25

TABLA DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	OBJETIVOS.....	3
III.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	4
IV.	RESULTADOS.....	12
V.	DISCUSIÓN.....	14
VI.	CONCLUSIONES.....	17
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
VIII.	TABLAS.....	22
IX.	ANEXOS.....	26

LISTADO DE ABREVIATURAS

A.A.H.H: Asentamiento Humano

CIE: Comité Institucional de Ética en Investigación

MINSA: Ministerio de Salud

PEAS: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud

SIS: Sistema Integral de Salud

ESSALUD: Sistemas de Seguro Social de Salud

IPSS: Instituto Peruano de Seguridad Social

FAP: Fuerzas Armadas del Perú

PNP: Policía Nacional del Perú

RP: Razón de Prevalencia

IC: Intervalo de Confianza

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación de las barreras de acceso al servicio dental entre los pobladores con tenencia de seguro de salud de una comunidad rural del Perú durante el 2018. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal. Basado en datos recolectados por las encuestas de salud oral realizada por el grupo de Waynanuna, del Departamento Académico de Odontología Social de la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el 2018 en la población del Asentamiento Humano Fray Martín de Porras, Yaután, Ancash, Perú. Las variables analizadas fueron, dependiente: barreras de acceso al servicio dental, independiente: afiliación a un seguro de salud y co-variables: factores predisponentes individuales y factores facilitadores. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el software estadístico Stata®. Se midió la diferencia entre la afiliación a un seguro de salud con las barreras de acceso al servicio dental, mediante la prueba de Chi-cuadrado, Prueba de Fisher y Razón de Prevalencia con un intervalo de confianza del 95%. **Resultados:** Se encontró una asociación negativa entre las barreras de acceso al servicio dental y las personas que cuentan con un seguro de salud (RP: 0.72, 95% IC 0.56-0.92). Además la asociación con la barreras fue: infraestructura (RP: 0.34, 95% IC 0.19-0.61), barrera de finanza (RP: 0.33, 95% CI 0.20-0.54) y barrera de necesidad (RP: 0.76, 95% IC 0.52-1.10) **Conclusiones:** Se encontró una asociación negativa entre las barreras de acceso al servicio dental y las personas que contaban con un seguro de salud.

Palabras clave: Rural, barreras, seguro de salud, uso de servicio dental, asociación.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association of barriers to access to dental services among residents with health insurance in a rural community in Peru during 2018.

Methods: Observational, cross-sectional study. Based on data collected by oral health surveys conducted by Waynanuna's group, from the Academic Department of Social Dentistry of the Universidad Peruana Cayetano Heredia in 2018 in the population of the Fray Martin de Porras Human Settlement, Yaután, Ancash, Peru. The variables analyzed were dependent: barriers to access to dental services, independent: affiliation to health insurance and co-variables: individual predisposing factors and facilitating factors. The data obtained were analyzed using the Stata® statistical software. The difference between affiliation to health insurance and barriers to access to dental services was measured using the Chi-square test, Fisher's test and the prevalence ratio with a 95% confidence interval.

Results: A negative association was found between barriers to access to dental services and people who have health insurance (PR: 0.72, 95% CI 0.56-0.92). In addition, the association with the barriers was: infrastructure (PR: 0.34, 95% CI 0.19-0.61), financial barrier (PR: 0.33, 95% CI 0.20-0.54) and necessity barrier (PR: 0.76, 95% CI 0.52 -1.10) **Conclusion:** A negative association was found between barriers to access to dental services and people who had health insurance

Keywords: Rural, Barriers, Health insurance, Use of dental service, association.

I. INTRODUCCIÓN

Los seguros de salud tienen como propósito mejorar la atención hacia la población, las cuales deben presentar determinados estándares de calidad y acceso a prestaciones que proveen actividades y/o servicios de carácter preventivo, promocional, recuperativo y rehabilitador (1). La accesibilidad en el sistema de salud establece el principio fundamental de una atención primaria y está descrito que todos los establecimientos de salud, bienes y servicios deben estar a la disposición de la comunidad considerado como puntos físicos, económicos e informativos (2). Esto se puede analizar mediante el modelo de Andersen, evaluando características demográficas como edad, sexo, social (educación y ocupación) y las conductas de salud (actitudes y conocimientos). Este modelo ayuda a comprender el por qué las familias hacen uso de los servicios de salud y a su vez define y mide el acceso equitativo hacia la atención médica (3). En cuanto a las atenciones dentales, éstas están relacionadas altamente a la situación económica de la persona lo cual se puede percibir en países como el Perú por el acelerado proceso de urbanización y cambios demográficos (4,5). En el Perú, tanto el sector público (conformado por el Ministerio de Salud, MINSA y Sistemas de Seguro Social, ESSALUD) y privado deben proporcionar servicios preestablecidos por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), en este caso muchos afiliados desconocen los tratamientos que el seguro les ofrece. El sistema de salud privado garantiza un mayor flujo de atención en servicios odontológicos, que por medio de un cobro mensual cubre un porcentaje o el total de los tratamientos (6).

En países vecinos como en Colombia, se han realizado estudios sobre análisis de barreras para el acceso a servicios de salud, tanto en Bogotá como en Medellín

(18,19). Por otro lado en Perú se realizó una investigación epidemiológica en asentamientos humanos de Piura, San Martín y Huancavelica por Fracke y Reynoso (15), mencionan la presencia de estas barreras de forma integral de salud, en donde hallaron que el primer y más recurrido lugar de atención de salud es en el propio hogar; esto se debe a que al curarse en casa realizan gastos mínimos, ya que usan de remedios caseros naturales conocidos, no se desplazan, sus actividades rutinarias no se ven afectadas, además de referir que no tienen problemas con el idioma, ya que en la propia casa no experimentan la sensación de desconfianza ni el maltrato que puedan recibir por parte del personal de salud. Pero sólo recurrían al establecimiento de salud cuando la enfermedad es grave o cuando la persona requiere una solución rápida que no interrumpa con sus actividades laborales (15). En el caso de Perú no se han realizado investigaciones acerca de la accesibilidad al servicio dental en un sistema de salud, en personas que cuentan con un seguro de salud perteneciente a una comunidad rural.

Frente a esta problemática los sistemas de salud públicos en zonas rurales deben organizarse para dar una respuesta óptima para la atención a los pacientes, haciendo frente a los escasos recursos que poseen, las cuales están constituidas por tecnología, equipamiento, financiamiento, infraestructura y disponibilidad del profesional. Los hallazgos de esta investigación generarán evidencia sobre la importancia del seguro de salud para mejorar el acceso al servicio dental, ya que las barreras de acceso que tenga la población se van a ver disminuidas.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la asociación de las barreras de acceso al servicio dental entre los pobladores con tenencia de seguro de salud de una comunidad rural del Perú durante el 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Evaluar las características sociodemográficas y conductas de salud de la población de una comunidad rural del Perú durante el 2018
- 2) Comparar las características sociodemográfica y conductas de salud entre los pobladores con tenencia de seguro de salud de una comunidad rural del Perú durante el 2018
- 3) Comparar las barreras de infraestructura, barrera de necesidad y barrera de finanzas entre pobladores con seguro de salud en una comunidad rural del Perú durante el 2018, según los factores de Andersen.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Observacional, transversal.

Población

Del estudio “Estudio prospectivo sobre monitoreo en salud oral y uso del servicio dental en una comunidad rural del Perú”, por el grupo de Waynanuna en diciembre del 2018, se obtuvo una población de 392 registros de viviendas particulares e integrales del Asentamiento Humano Fray Martin de Porras, Yaután, Casma – Ancash. Perú.

Muestra

Teniendo como muestra para nuestra investigación un total de 174 registros de viviendas particulares e integrales del Asentamiento Humano Fray Martin de Porras, Yaután, Casma – Ancash. Perú.

Criterios de selección

Se incluyeron sólo aquellos registros que respondieron a todas las variables de interés. Se excluyeron a 218 registros por los siguientes motivos: menores de 18 años, variables de interés incompletas y miembros del hogar ausentes en los últimos 30 días.

Variables

Tipo de Variable	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Dependiente	Barreras de acceso al servicio dental	Motivos o razones por las que las personas deciden no acudir al servicio dental	Personas que no han acudido al servicio dental por lo menos en los últimos 12 meses	¿Cuáles son las razones por las que no acudió al Centro o Establecimiento de Salud?	Cualitativo Politómica	Nominal	Se encuentra lejos No tuvo dinero Demoran mucho en atender No confío en los médicos No era grave/ no fue necesario Prefiere curarse con remedios caseros No tiene seguro Falta de tiempo Se autorecetó o repitió una receta anterior Maltrato del personal de salud

Nuestra variable dependiente se la dividió en dos grupos según el modelo de Andersen³:

Variable	Sub tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Barreras relacionadas a los factores habilitantes	Barrera habilitadora de Infraestructura	Motivos o razones por las que las personas deciden no acudir al servicio dental	Personas que no han acudido al servicio dental por lo menos en los últimos 12 meses	¿Cuáles son las razones por las que no acudió al Centro o Establecimiento de Salud?	Cualitativo Politómica	Nominal	Se encuentra lejos Demoran mucho en atender Falta de tiempo No confío en los médicos Maltrato del personal de salud
	Barrera Habilitadora de Finanza	Motivos o razones por las que las personas deciden no acudir al servicio dental	Personas que no han acudido al servicio dental por lo menos en los últimos 12 meses	¿Cuáles son las razones por las que no acudió al Centro o Establecimiento de Salud?	Cualitativo Politómica	Nominal	No tuvo dinero No tiene seguro
Barreras relacionadas a los factores de necesidad		Motivos o razones por las que las personas deciden no acudir al servicio dental	Personas que no han acudido al servicio dental por lo menos en los últimos 12 meses	¿Cuáles son las razones por las que no acudió al Centro o Establecimiento de Salud?	Cualitativo Politómica	Nominal	No era grave/ no fue necesario Prefiere curarse con remedios caseros Se autorecetó o repitió una receta anterior

Tipo de Variable	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Independiente	Afiliación a un Seguro de Salud	Persona que contaba con una afiliación a una entidad prestadora de Seguro de Salud	Si la persona posee algún seguro	¿A qué Institución corresponde el Seguro que usted tiene?	Cualitativo Politémica	Nominal	SIS ESSALUD / IPSS Seguro de FAP o PNP Entidades prestadora de Salud Seguro privado

Tipo de Variable	Variable	Sub tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Covariable	Factores Predisponentes Individuales	Sexo	Características que distinguen a los involucrados	Registros que describen el género al que pertenece el encuestado. Reportado en la base de datos.	Sexo	Cualitativo Dicotómico	Nominal	Masculino = 1 Femenino = 2
		Edad	Tiempo que ha pasado desde el nacimiento del individuo	Registro de la edad al momento de la encuesta, reportada en la base de datos	Ciclo Vital Minsalud – Bogatá ¹²	Cuantitativo Discreta	Razón	Juventud : 18 – 26 años Adulthood : 27-59 años Vejez : 60 años a más
		Nivel Académico	Nivel más alto alcanzado de acuerdo a los estudios del individuo	Registro del nivel académico al momento de la encuesta, reportada en la base de datos	Nivel Académico	Cualitativa Politómica	Ordinal	Sin nivel – Inicial Primaria Secundaria - Superior

Las covariables se dividieron en dos factores según el modelo de Andersen³.

Tipo de Variable	Variable	Sub tipo de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Tipo	Escala	Valores
Covariable	Factores Facilitadores	Ultimo motivo de Consulta	Razón por la cual el individuo acudió al servicio dental	Registros que describe motivo de consulta del encuestado, Reportado en la base de datos.	Tipo de Motivo de Consulta	Cualitativo Politómica	Nominal	Preventivo Recuperativo No se atendió
		Última visita dental	Ultima vez que el individuo acudió a una consulta dental	Registro de la última consulta dental, reportada en la base de datos	Tiempo del último uso del Servicio Dental	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Menor a 2 años Mayor a 2 años o Nunca

Técnicas y/o Procedimientos

Este trabajo se basó en la observación del “Estudio prospectivo sobre monitoreo en salud oral y uso del servicio dental en una comunidad rural del Perú”, por el grupo de Waynanuna de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, realizado el mes de diciembre del 2018.

Fase 1. Autorización de permiso al Departamento Académico de Odontología Social de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Se solicitó el acceso a la base de datos del proyecto “Estudio prospectivo sobre monitoreo en salud oral y uso del servicio dental en una comunidad rural del Perú”, considerando como un punto importante el anonimato de las personas que realizaron dichas encuestas.

El uso de la base de datos será exclusivamente para fines de investigación.

Fase 2. Revisión de la base de datos del proyecto de Waynanuna 2018

Se accedió a la base de datos del proyecto “Estudio prospectivo sobre monitoreo en salud oral y uso del servicio dental en una comunidad rural del Perú”, se descargó en el programa STATA versión 2016, confinando los siguientes datos: 31 preguntas, las cuales hablaban sobre características del hogar, educación, programas sociales, uso del servicio dental y consumo de azúcar. Estos datos, fueron recopilados y registrados por los encuestadores del grupo Waynanuna, los cuales se encargaron que todos los datos sean legibles.

Se depuraron aquellos registros incompletos y registros de personas menores de 18 años.

Fase 3. Organización de base de datos

Con la información recolectada, se generó una nueva base de datos en el programa STATA 2016 y en está a su vez se aplicó el plan de análisis.

Consideraciones Éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y obtuvo el permiso del Departamento Académico de Odontología Social de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, para el uso de la base de datos.

Plan de análisis

Se utilizó el programa Stata® Versión 16 para filtrar los datos y analizar nuestras variables, generando así una nueva base de datos compuesta por la muestra. Para el análisis univariado de las variables categóricas del estudio (Barreras de acceso al servicio dental, afiliación a un seguro de salud, sexo, edad, educación, motivo de consulta y tiempo del último uso del servicio dental), se presentaron frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

Tanto para el análisis bivariado de la comparación de las co-variables (sexo, edad, educación y motivos de consulta) con las barreras de acceso al servicio dental como para la comparación entre las personas que cuentan con seguro de salud con las barreras al acceso al servicio dental, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher con un nivel de confianza de 95%.

Para evaluar la asociación entre barreras del acceso al servicio dental y la tenencia de seguro de salud se realizó una medida de asociación de Razón de Prevalencia con un nivel de confianza de 95%.

IV. RESULTADOS

La muestra analizada en el presente estudio fue de 174 registros, entre las edades de 18 a más de 60 años, ésta representa el 44% de la población total.

En la Tabla 1, se evidencia que la mayoría de los participantes fueron mujeres, adultas de a 27–59 años de edad, al igual que aquellos que contaban con un seguro de salud, diferenciándose en el nivel académico ya que en la muestra la mayoría contaban con secundaria-superior y en el caso de los que contaban con un seguro de salud la mayoría tenía un nivel académico de primaria, donde en ambos casos aproximadamente tres de cada cuatro personas acudieron a su última visita dental durante los últimos 2 años, siendo el último motivo de consulta tratamientos recuperativos.

En la Tabla 2, podemos observar que aquellos que reportaron presentar barreras de necesidad fueron generalmente personas que si asistieron al servicio dental, de cierta manera las personas en edad adulta de 27-59 años, en su mayoría mujeres, en nivel académico secundaria-superior y con seguro de salud.

En la Tabla 3, observamos la comparación entre la barrera habilitadora de infraestructura y las co-variables, tenemos que las mujeres, con edad adultez (27-59 años) y nivel académico de secundaria-superior, que poseen un seguro de salud y acudieron alguna vez al odontólogo, pero dentro de la encuesta no se atendieron

en el servicio durante el último año. Por otro lado, la comparación entre la barrera habilitadora de finanza y las co-variables, tenemos que las mujeres, con edad adultez y nivel académico desde inicial o sin nivel, si contaban con seguro de salud y que si acudieron al servicio dental durante los últimos dos años, pero se obtuvo que dentro del último año no asistieron al servicio dental por ende como último motivo de consulta se obtuvo el resultado de no atendido.

En la Tabla 4, se observa la asociación entre las barreras de acceso al servicio dental y la tenencia de seguro de salud. Encontramos que el contar con un seguro de salud está asociado con una menor probabilidad (RP: 0.72, 95% IC 0.56–0.92) de presentar una barrera de acceso al servicio dental. Específicamente encontramos que, aquellos con un seguro de salud tuvieron menores probabilidades (RP: 0.33, 95% IC 0.20-0.54) de reportar una barrera de finanza, en comparación con aquellos sin seguro. De la misma manera, aquellos con seguro tuvieron menores probabilidades (RP: 0.34, 95% IC 0.19–0.61) de reportar una barrera de infraestructura. Finalmente, se encontró que hay menor probabilidad (RP: 0.76, 95% IC 0.54-1.10) de reportar una barrera de necesidad entre las personas que cuentan con seguro de salud.

V. DISCUSIÓN

Este es el primer trabajo que asocia barreras de acceso al servicio dental y personas que cuentan con seguro de salud en el Perú en una comunidad rural. Encontramos como hallazgo principal una asociación negativa entre las barreras de acceso al servicio dental y tenencia del seguro de salud. Específicamente, aquellos con un seguro de salud presentaron menor probabilidad de presentar barreras relacionadas con infraestructura, finanza y necesidad. Además, encontramos que aproximadamente ocho de cada nueve pobladores contaban con un seguro público de salud.

Nuestro hallazgo principal es alentador ya que nos indica que la mayoría de la población que estuviera afiliada a un seguro de salud, tiene una menor probabilidad de presentar barreras para acudir al servicio dental. Esto se puede deber a que las personas que están afiliadas a un seguro de salud identifican que tanto el centro de salud como el servicio dental les da un beneficio para satisfacer sus necesidades de atención y malestar que presenten (20). Al igual que nuestra investigación, el estudio de Michell, Michella y Meryl en el 2018, se encontró que las personas que cuentan con un seguro de salud hacen un mayor uso del servicio dental a comparación de las que no cuentan con un seguro de salud. Mostrando que en el 2016, tres de cada cuatro personas contaban con un seguro de salud (14).

Según nuestros hallazgos específicos, podemos identificar que la barrera de infraestructura para los pobladores que no contaban con seguro, puede estar relacionada a la poca cobertura/disponibilidad de profesionales en el área de salud dental, equipamiento, tecnología, falta de orientación y/o por la poca importancia

a la salud dental de las personas, además de la lejanía de los puestos de salud o centros de salud (13). Con respecto a la barrera de finanzas, sea posiblemente a que dichos pobladores, no contaban con dinero para la adquisición de medicamentos, empezar o continuar con sus tratamientos y el costo del traslado hacia el centro de salud (20).

Este estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser abordadas. Uno de los factores limitantes en nuestro estudio, como un posible sesgo de selección, fue la fecha de la recolección de datos, tanto debido a la temporada del año (vacaciones) como los días en los que se iba a hacer la encuesta a los pobladores, ya que muchos salían del pueblo de viaje o salían a trabajar. Sin embargo esto aun así no afectó a la población que analizamos ya que se logró analizar datos de 174 personas, 44% de la población total. Por otro lado otro de los factores limitantes, como un posible sesgo de clasificación, fue la falta de capacitación o preparación de los encuestadores, ante adversidades como lo son el lenguaje de algunos pobladores (ya que muchos adultos hablaban en quechua), situación que pudo causar información confusa en algunos casos. Sin embargo esto se superó ya que en esos casos se contó con la presencia de algún familiar que ayudó en la traducción.

En nuestra investigación encontramos que 46 (26.4%) de la población nunca asistió al servicio dental, de esta cantidad 37 (80.4%) contaban con un seguro de salud. Esto se puede deber a cuestiones culturales y creencias que presente la población, haciendo que esto pueda influenciar en la decisión de no asistir al servicio de salud (20). Por otro lado, esta información se puede deber a que durante el año 2018, los requisitos para estar afiliado al SIS, eran no contar con otro seguro de salud,

pertenecer al grupo de pobreza o pobreza extrema (según el padrón general de hogares) y contar con el DNI vigente (21).

Algunas implicaciones políticas se deberán de tomar en cuenta de la mano con estos hallazgos. Para empezar, se debe de implementar y hacer seguimiento de las políticas de promoción de la salud (16). Se deben de implementar proyectos propuestos por el MINSA en relación a las prácticas favorables para la salud general y dirigida al municipio; escuelas, centros laborales y agentes comunitarios (16). Complementando lo dicho anteriormente, se debe de hacer una mayor capacitación de seguros sociales a los pobladores. Esto ayudará en gran medida a que la población se sienta confiada en la información que se está brindando y mejore el acceso a los servicios de los centros de salud y de esta manera lograr que la población no presente barreras para el acceso al centro de salud y por ende al servicio dental. Finalmente, en futuras investigaciones se recomienda registrar las actividades del servicio dental del centro de salud de la comunidad. Por otro lado, en próximas encuestas se debe de implementar encuestas en idioma nativo o contar con un traductor certificado que nos ayude al momento de encuestar.

VI. CONCLUSIONES

La investigación acerca de las barreras para el uso del servicio dental con seguro de salud en una comunidad rural en el Perú, teniendo una muestra de 174 pobladores del A.A.H.H Fray Martín de Porras, durante el mes de diciembre del 2018, tiene las siguientes conclusiones:

1. Se encontró una asociación negativa entre las barreras de acceso al servicio dental con las personas que contaban con un seguro de salud en el A.A.H.H Fray Martín de Porras - Yaután, Áncash en el año 2018. Por ende el contar con un seguro de salud, es favorable con respecto al uso del servicio dental y de esta manera evita que la población presente barreras de acceso.
2. Se encontró que de los 174 pobladores, la mayoría de los participantes fueron mujeres, con edad adulta entre los 27-59 años de edad, donde el nivel académico que poseían era de secundaria-superior y acudieron a una última visita dental durante el año 2018.
3. Se encontró que dentro de los 174 registros, ocho de cada nueve pobladores (88%) contaban con un seguro de salud, siendo la mayoría mujeres, en edad adulta entre los 27-59 años, que poseían un nivel académico de primaria y a su vez tres de cada cuatro personas acudieron a una última visita dental durante el 2018.
4. Con respecto a la comparación entre las barreras de acceso al servicio dental entre los pobladores que contaban con un seguro de salud, encontramos que las personas que:
 - Estadísticamente no hay diferencias significativas con respecto al sexo con las barreras de acceso al servicio dental.

- Existe una diferencia estadística significativa entre la barrera de infraestructura con respecto al nivel académico.
- Existe una diferencia estadística significativa entre la barrera de necesidad con respecto a la tenencia de seguro y último motivo de consulta.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gobierno del Perú 2015. Plan esencial de aseguramiento: plan de beneficios. PEAS. Seguros de salud; 2015.
2. Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud, Nota descriptiva N°323. Ginebra: OMS; 2015.
3. Andersen RM. revisiting the behavioral model and access to medical care: ¿Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995; 36(1):1–10.
4. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care* 1981 feb;19(2):127–40.
5. Alcalde-Rabanal E, Lazo-Gonzalez O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud pública México*. 2011; 53(2):S247-S250.
6. Hernandez-Vasquez A, Vilcarromero S, Rubilar-Gonzalez J. Neglect of oral health in children as a public health problem in Peru. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2015;32 (3):604-605.
7. Organización Mundial de la Salud. Sistema de salud: Principios para una atención integrada. OMS; 2003 p. 118-119; 140-143
8. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral de salud. Lima: Medicus Mundi Navarra Delegación Perú y Salud Sin Límites Perú; 2012 p.47-72
9. Valdez W, Napanga EO, Oyola A, Mariños JC, Vílchez A, Medina J, et al. *Análisis de Situación de Salud Del Perú*. Lima: Ministerio de Salud 2013.
10. Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas: Inequidades y barreras en los sistemas de salud. OMS; 2017.

11. Caicedo-Rosero AV, Estrada-Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. *Rev. Gerencia Política de la Salud*. 2016; 15(31): 146-174.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. *Ciclo de Vida*. Bogotá: Minsalud.2021.
13. Defensoría del pueblo. Defensoría del Pueblo advierte escasez de personal médico en 5 establecimientos de Casma. DFP.2018; volumen (1).
14. Carbonel M, Consoli M, Peraldo L. Utilización de servicios odontológicos según la afiliación de seguro de salud, 2018.
15. Francke M, Reynoso R. Diagnóstico participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión. *Rev. Consorcio de investigación económica y social observatorio del derecho a la salud*. 2007;32(1) 1-133.
16. Gobierno del Perú. *Modelo de abordaje para la promoción de la salud*. Lima.2010.
17. Mejía M. Determinantes de salud de los adultos del asentamiento humano fray martin de porras yautan ancash,2015. *ULADECH* 2018; 1(1-129).
18. Rodriguez J, Rodriguez D, Corrales J. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en la población colombiana. *Scientific Electronic Library Online*. 2015;1 (1-12).
19. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2014; 13(27): 242-265.

20. Sánchez D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Rev. MIMSS.2017;55 (1):82-89.
21. Redacción R. SIS:¿cómo afiliarse al seguro integral de salud gratuito?. Perú 21.2018. Disponible en: <https://peru21.pe/vida/salud/sis-afiliarse-seguro-integral-salud-gratuito-peru-requisitos-cobertura-nnda-nnlt-440590-noticia/?ref=p21r>

VIII. TABLAS

Tabla 1. Características de la muestra y prevalencia de la tenencia de seguro de salud según las co-variables en 174 pobladores de la población de Yaután, Casma-Ancash

Co-variables	Muestra		Con seguro de salud			valor- <i>p</i> *
	n	%	n	%	[95% IC]	
Sexo						0.004
Masculino	73	42.0	58	79.5	[68.5–87.3]	
Femenino	101	58.1	95	94.1	[87.3–97.3]	
Edad						0.333
Juventud (18–26 años)	24	13.8	19	79.2	[58.5–91.1]	
Adulthood (27–59 años)	119	68.4	107	89.9	[83.0–94.2]	
Vejez (60 + años)	31	17.8	27	87.1	[70.1–95.1]	
Nivel Académico						0.434
Inicial o sin nivel	40	23.0	33	82.5	[67.5–91.5]	
Primaria	66	37.9	60	90.9	[81.1–95.9]	
Secundaria - Superior	68	39.1	60	88.2	[78.1–94.0]	
Tenencia de seguro						-
Sí	153	87.93	-	-	-	
No	21	12.07	-	-	-	
Última visita dental						0.069
< 2 años	128	73.6	116	90.3	[84.2–94.2]	
Nunca	46	26.4	37	80.4	[66.4–89.5]	
Último Motivo de consulta						0.083
Preventivo	27	15.5	23	85.2	[66.4–94.4]	
Recuperativo	101	58.1	93	92.1	[85.0–96.0]	
No se atendió	46	26.4	37	80.4	[66.4–89.5]	

*Las comparaciones se realizaron con la prueba Chi-cuadrado

Tabla 2. Comparación de la barrera de necesidad según las co-variables en 85 pobladores de A.A.H.H Fray Martin de Porras.

Barrera relacionada a los factores de necesidad				
	n	%	[95% IC]	valor-p*
Sexo				0.305
Masculino	39	45.9	[35.5-56.6]	
Femenino	46	54.1	[43.4-64.4]	
Edad				0.067
Juventud (18–26 años)	11	12.94	[27.4–65.5]	
Adultez (27–59 años)	53	62.4	[35.8–53.6]	
Vejez (60 + años)	21	24.7	[49.6–81.8]	
Nivel académico				0.275
Inicial o sin nivel	24	28.2	[44.2–73.9]	
Primaria	30	35.3	[33.8–57.6]	
Secundaria - Superior	31	36.5	[34.1–57.5]	
Tenencia de seguro				0.202
Sí	72	84.7	[40.1–79.8]	
No	13	15.3	[39.2–55.0]	
Alguna vez visitó al odontólogo*				<0.001
Sí	50	58.8	[61.7–86.3]	
No	35	41.2	[31.0–47.8]	
Último motivo de consulta				<0.001
Preventivo	16	18.8	[40.2–76.0]	
Recuperativo	34	40.0	[25.1–43.5]	
No se atendió	35	41.2	[61.7–86.3]	

- Prueba de Chi-cuadrado*

Tabla 3. Comparación de las barreras habilitadoras según las co-variables en pobladores de A.A.H.H Fray Martin de Porras

	Barreras Relacionadas a los factores habilitantes							
	Barrera Habilitadora de Infraestructura (n=33)				Barrera Habilitadora de Finanza (n=41)			
	n	%	[95% IC]	<i>p</i>	n	%	[95% IC]	<i>p</i>
Sexo				0.375*				0.3111*
Masculino	15	45.1	[11.5–26.6]		20	48.8	[18.4–38.8]	
Femenino	18	54.5	[14.9–34.4]		21	51.2	[13.9–29.9]	
Edad				0.813*				0.076*
Juventud (18–26 años)	6	18.2	[11.6–45.8]		6	14.6	[11.6–45.8]	
Adulthood (27–59 años)	23	63.6	[13.2–27.5]		23	56.1	[13.2–27.5]	
Vejez (60 + años)	6	18.2	[8.9–37.1]		12	29.3	[23.4–56.7]	
Nivel Académico				0.304*				0.146*
Inicial o sin nivel	11	33.3	[15.9–43.3]		14	34.2	[21.9–50.9]	
Primaria	10	27.3	[8.3–26.0]		14	34.2	[12.9–32.8]	
Secundaria - Superior	14	39.4	[12.5–31.9]		13	31.7	[11.4–30.3]	
Tenencia de seguro				0.002**				<0.001**
Sí	24	72.7	[11.3–23.1]		29	70.7	[13.5–26.0]	
No	9	27.3	[27.7–68.3]		12	29.3	[35.8–76.1]	
Alguna vez visitó al odontólogo				0.014*				0.013*
Sí	18	54.6	[10.3–23.0]		24	58.5	[12.9–26.5]	
No	15	45.5	[20.6–47.4]		17	41.5	[24.3–51.7]	
Último motivo de consulta				0.030*				0.027*
Preventivo	5	15.2	[10.3–41.6]		7	17.1	[12.8–45.4]	
Recuperativo	13	39.4	[8.4–22.1]		17	41.5	[10.7–25.5]	
No se atendió	15	45.4	[20.6–47.4]		17	41.5	[24.3–51.7]	

- Prueba de Chi-cuadrado*
- Se utilizó la Prueba de Fisher**

Tabla 4. Asociación entre las barreras de acceso al servicio dental y tenencia de seguro de salud en 174 pobladores del A.A.H.H Fray Martin de Porras

Barreras de acceso al servicio dental	Con seguro de salud				Sin seguro de salud		
	n	%	[95% IC]	RP [95% IC]	n	%	[95% IC]
Barreras de acceso							
Con barrera de acceso al servicio dental	89	84.0	[75.6– 89.8]	0.72 [0.56– 0.92] p=0.045*	17	16.0	[10.2–24.4]
Sin barrera de acceso al servicio dental	64	94.1	[85.3– 97.8]		4	5.9	[2.2–14.7]
Barrera habilitadora de infraestructura							
Con barrera habilitadora de infraestructura	25	71.4	[54.4–84.0]	0.34 [0.19– 0.61] p=<0.001*	10	28.6	[16.0–46.0]
Sin barrera habilitadora de infraestructura	128	92.1	[86.2–96.0]		11	7.9	[4.4–13.8]
Barrera habilitadora de finanza							
Con barrera habilitadora de finanza	29	70.7	[55.1–82.6]	0.33 [0.20– 0.54] p<0.001*	12	29.3	[17.4–45.0]
Sin barrera habilitadora de finanza	124	93.2	[87.5–96.5]		9	6.8	[3.5–12.5]
Barrera de necesidad							
Con barrera de necesidad	72	84.7	[75.3–90.9]	0.76 [0.52– 1.10] p=0.202*	13	15.3	[9.1–24.7]
Sin barrera de necesidad	81	91.0	[83.0–95.5]		8	9.0	[4.5–17.0]

- RP - Razón de Prevalencia
- Prueba de Chi Cuadrado*

