

# Barreras de acceso a los servicios de salud bucodental en poblaciones indígenas del Perú

## Barriers to access to oral health services among indigenous populations in Peru

### Resumen

Las enfermedades bucodentales afectan a millones de personas en todo el mundo, con mayores disparidades en países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a servicios de salud bucodental es limitado para algunos grupos poblacionales. En América Latina, la caries dental es especialmente prevalente. Las poblaciones indígenas enfrentan desafíos adicionales debido a determinantes sociales como la pobreza. El objetivo de este artículo es presentar un análisis sobre las posibles barreras de acceso a servicios de salud bucodental que enfrentan las poblaciones indígenas en el Perú, así como brindar recomendaciones para su abordaje.

**Palabras clave:** Salud bucal; Salud Pública; pueblos Indígenas; Barreras de Acceso a los Servicios de Salud (fuente: DeCS BIREME).

### Abstract

Oral diseases affect millions of people worldwide, with greater disparities in low- and middle-income countries, where access to oral health services is limited for some population groups. In Latin America, dental caries is particularly prevalent. Indigenous populations face additional challenges due to social determinants such as poverty. The objective of this article is to present an analysis of the possible barriers to access to oral health services faced by indigenous populations in Peru, as well as to provide recommendations for addressing them.

**Keywords:** Oral Health; Public Health; Indigenous Peoples; Barriers to Access to Health Services (source: MeSH NLM).

Alisson Salazar-Villavicencio<sup>1,4</sup>, Karla León-Malpartida<sup>2,4</sup>, Kamila Sihuay-Torres<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Universidad Científica del Sur, Facultad de Odontología, Departamento de Ciencias de la Salud. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Odontología. Lima, Perú.

<sup>3</sup> University of Toronto, Faculty of Dentistry. Toronto, Canada.

<sup>4</sup> Qhali Perú, Grupo de Investigación en Salud Pública Dental, Lima, Perú.

### Correspondencia:

Alisson Salazar-Villavicencio:

[melissasalazars118@gmail.com](mailto:melissasalazars118@gmail.com)

Universidad Científica del Sur. Facultad de Odontología. Antigua panamericana Sur km 19, villa el salvador 15067. Lima, Perú.

ORCID: 0000-0003-4542-5013

### Coautores:

Karla León-Malpartida: [karla\\_leon2@usmp.pe](mailto:karla_leon2@usmp.pe)

ORCID: 0009-0000-4253-6573

Kamila Sihuay-Torres: [kamila.sihuay.torres@mail.utoronto.ca](mailto:kamila.sihuay.torres@mail.utoronto.ca)

ORCID: 0000-0001-5247-2454

**Conflictos de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

**Fuente de financiamiento:** Autofinanciado.

Recibido: 15/04/2024

Aceptado: 12/02/2025

Publicado: 31/03/2025

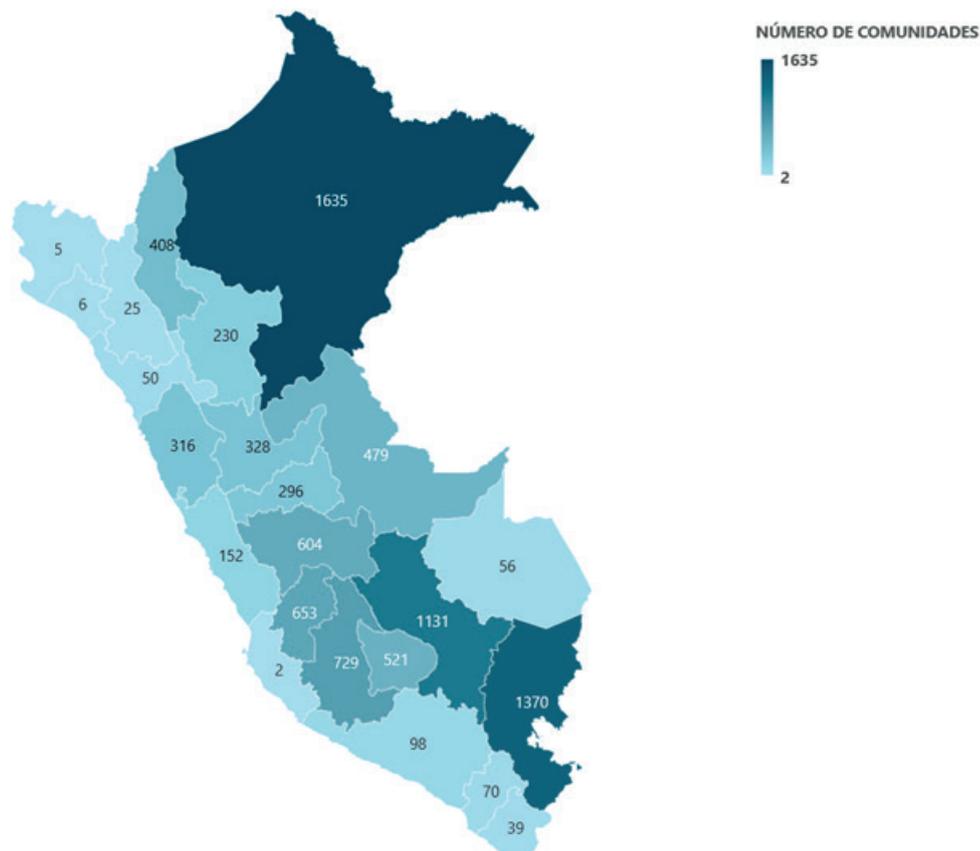
## Introducción

La distribución global de enfermedades bucodentales revela disparidades significativas, siendo más afectados los países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a servicios esenciales de salud bucodental es limitado para algunos grupos poblacionales<sup>1</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 3,5 mil millones de personas en todo el mundo sufren de enfermedades bucodentales, y tres cuartas partes de este grupo reside en países de ingresos medios<sup>1</sup>. América Latina no escapa a esta realidad, ya que según Martins *et al.*<sup>2</sup>, la prevalencia de la caries dental es notablemente alta en comparación con otros continentes.

Lamentablemente, las poblaciones indígenas presentan mayor prevalencia de enfermedades bucodentales que las poblaciones no indígenas en gran parte del mundo<sup>3</sup>. Esto se debe principalmente a diferentes determinantes sociales como consecuencia del colonialismo, racismo, pobreza, entre otros<sup>3</sup>. En el Perú, los pueblos indígenas, también llamados originarios, tienen su origen antes de la creación del Estado Peruano y conservan gran parte de su identidad cultural indígena u originaria. Existen 55

pueblos, de los cuales 51 se encuentran en la Amazonía y cuatro en los Andes. Además, los pueblos indígenas están distribuidos geográficamente en 3,211 localidades alrededor de todo el país (Figura 1)<sup>4</sup>. Un análisis epidemiológico de la salud bucodental en localidades indígenas reveló que todos los adultos examinados presentaban caries dental<sup>5</sup>. Este hallazgo resalta la necesidad de co-crear estrategias de prevención que consideren y aborden los determinantes sociales y barreras de acceso a los servicios de salud, respetando las creencias y autonomía de los pueblos indígenas<sup>6</sup>.

El acceso a servicios de salud se define como la oportunidad o facilidad para que los diferentes grupos poblacionales utilicen servicios adecuados según sus necesidades<sup>7</sup>. Según el modelo conceptual de Penchansky y Thomas modificado por Saurman, las barreras de acceso se dividen en barreras estructurales, financieras, personales y culturales. Las barreras estructurales están dimensionadas en barreras de accesibilidad, disponibilidad, e infraestructura; las barreras financieras se refieren a la asequibilidad o acceso financiero a servicios de salud; y finalmente, las barreras personales y culturales se dimensionan en barreras de aceptabilidad y concientización<sup>9</sup>.



**Figura 1.** Distribución de las comunidades Indígenas en el Perú.

Número de comunidades Indígenas por departamento: Amazonas = 408; Ancash = 316; Apurímac = 521; Arequipa = 98; Ayacucho = 729; Cajamarca = 25; Cuzco = 1131; Huancavelica = 653; Huánuco = 328; Ica = 2; Junín = 604; La libertad = 50; Lambayeque = 6; Lima = 152; Loreto = 1635; San Martín = 230; Madre de Dios = 56; Moquegua = 70; Pasco = 296; Piura = 5; Puno = 1370; Tacna = 39; Ucayali = 479. Fuente: Adaptado de la Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios, Ministerio de Cultura del Perú<sup>4</sup>.

El Perú es uno de los pocos países en el mundo con cobertura universal de salud que incluye servicios de salud bucodental. Sin embargo, aún existen desigualdades en el acceso a estos servicios evidenciado por el poco uso de servicios públicos<sup>2, 10</sup>. Si bien la ubicación geográfica de los puestos de salud bucodental podría ser una de las principales barreras de acceso para las poblaciones indígenas del Perú, otras barreras, como las descritas anteriormente, tienen un rol fundamental en este problema<sup>9</sup>. Por este motivo, el objetivo de este artículo es presentar un análisis sobre las posibles barreras de acceso a servicios de salud bucodental que enfrentan las poblaciones indígenas en el Perú, así como brindar recomendaciones para su abordaje.

### **Sistema de salud bucodental peruano**

Para abordar las diferentes barreras de acceso a los servicios de salud bucodental que las comunidades indígenas podrían enfrentar es necesario empezar por comprender el funcionamiento del sistema de salud bucodental peruano. El sistema de salud se organiza a través de un sistema público y privado, ambos regulados por el Ministerio de Salud (MINSA) y supervisados por la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud). En el sistema público existen cuatro tipos de aseguradoras: Seguro Integral de Salud (SIS), Seguro Social de Salud (EsSalud), Fondo de Sanidad Policial (Saludpol), y la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) del Ejército del Perú. Cada aseguradora pública brinda sus servicios en centros de salud específicos y son financiados principalmente por el Gobierno (SIS, IAFAS y Saludpol) y los empleadores de un trabajo formal (EsSalud). Por otro lado, en el sector privado, existen seguros privados y las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Las EPS son administradas por el Seguro Social de Salud con financiamiento de los empleadores, y funcionan como un complemento al EsSalud. Los seguros privados y EPS brindan servicios bucodentales en clínicas y consultorios privados afiliados a cada aseguradora. Así mismo, en el sector privado también existen redes de proveedores municipales que cobran un costo menor en comparación a los centros privados, y organizaciones sin fines de lucro que brindan servicios gratuitos (Figura 2)<sup>11</sup>.

### **Barreras estructurales: Accesibilidad**

Las barreras de accesibilidad están relacionadas con la distancia entre el centro de salud y el paciente, teniendo en cuenta los recursos de transporte, tiempo de viaje, distancia y costo<sup>7</sup>. En el Perú, las poblaciones indígenas enfrentan barreras de accesibilidad a los servicios de salud bucal ya que generalmente tienen que recorrer largas distancias para llegar a un servicio de primer nivel de atención<sup>12</sup>. Además, las áreas rurales del Perú cuentan con una proporción menor de dentistas en comparación con las áreas urbanas<sup>13</sup>.

En un informe de la Defensoría del Pueblo del Perú, se identificó que una de las situaciones más críticas en varias comunidades indígenas es la carencia de vehículos en los establecimientos de salud, a pesar de que cada establecimiento debe contar con al menos uno propio para

situaciones de emergencias o visitas extramurales<sup>13</sup>. Por ejemplo, en todos los establecimientos de salud inspeccionados en la provincia del Manu, ubicada en la región de Madre de Dios, se observó la ausencia de vehículos, y en el caso de contar con ellos, su estado era inoperativo<sup>14, 15</sup>. Esta problemática, es agravada por las difíciles condiciones geográficas, la escasa actividad de embarcaciones y la limitada disponibilidad de combustible.

El costo del transporte puede convertirse en una barrera adicional para aquellos con recursos limitados. Las barreras de accesibilidad impactan directamente en la frecuencia del uso del servicio dental, afectando negativamente la salud bucal a largo plazo y creando más inequidad. Como estrategia para mejorar la accesibilidad de las poblaciones indígenas a los servicios de salud bucodental, es fundamental mejorar la ubicación de los centros de salud de atención primaria en áreas de difícil acceso. Además, el Ministerio de Salud podría generar convenios con empresas de transporte locales para reducir o eliminar los costos asociados con el viaje a servicios de salud de las poblaciones indígenas.

### **Barreras estructurales: Disponibilidad**

Las barreras de disponibilidad se refieren a la relación entre el volumen y el tipo de servicios existentes, incluyendo los recursos disponibles, con el volumen de pacientes y el tipo de sus necesidades<sup>7</sup>. Una cantidad necesaria de profesionales de la salud, así como adecuados establecimientos de salud y servicios, juegan un rol importante en la prevención de barreras de disponibilidad<sup>7</sup>. Los largos tiempos de espera para obtener una cita médica pueden ser resultado de una brecha en cuanto a los recursos disponibles y necesidades de la población.

En el Perú, existe una escasez de servicios dentales en las comunidades indígenas, por lo que es fundamental mejorar la distribución equitativa de odontólogos en todo el país. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se recomienda una proporción de un odontólogo por cada 2 000 habitantes en países en desarrollo como Perú. Sin embargo, en el Perú existe 1 dentista cada 600 o 700 habitantes<sup>16</sup>. Para abordar esta brecha, la implementación de programas como el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) es un paso en la dirección correcta, pero se deben implementar medidas adicionales para retener a estos profesionales de la salud en estas áreas una vez finalizado su servicio obligatorio<sup>17</sup>.

Para mejorar la disponibilidad de servicios de salud bucodental para las poblaciones indígenas, es esencial implementar estrategias integrales y sostenibles. Por ejemplo, para mejorar la disponibilidad de personal de salud especializado se podría usar la tele odontología, lo cual permitiría acceder a servicios de consulta especializada y seguimiento a distancia, superando además las barreras geográficas. Capacitar a miembros de las comunidades indígenas como promotores de salud bucal, implementar programas de incentivos para atraer y retener profesionales de la salud bucodental en áreas rurales, e integrar los servicios de salud bucal en los programas de atención primaria de salud también son estrategias importantes.

# SISTEMA DE SALUD BUCODENTAL PERUANO

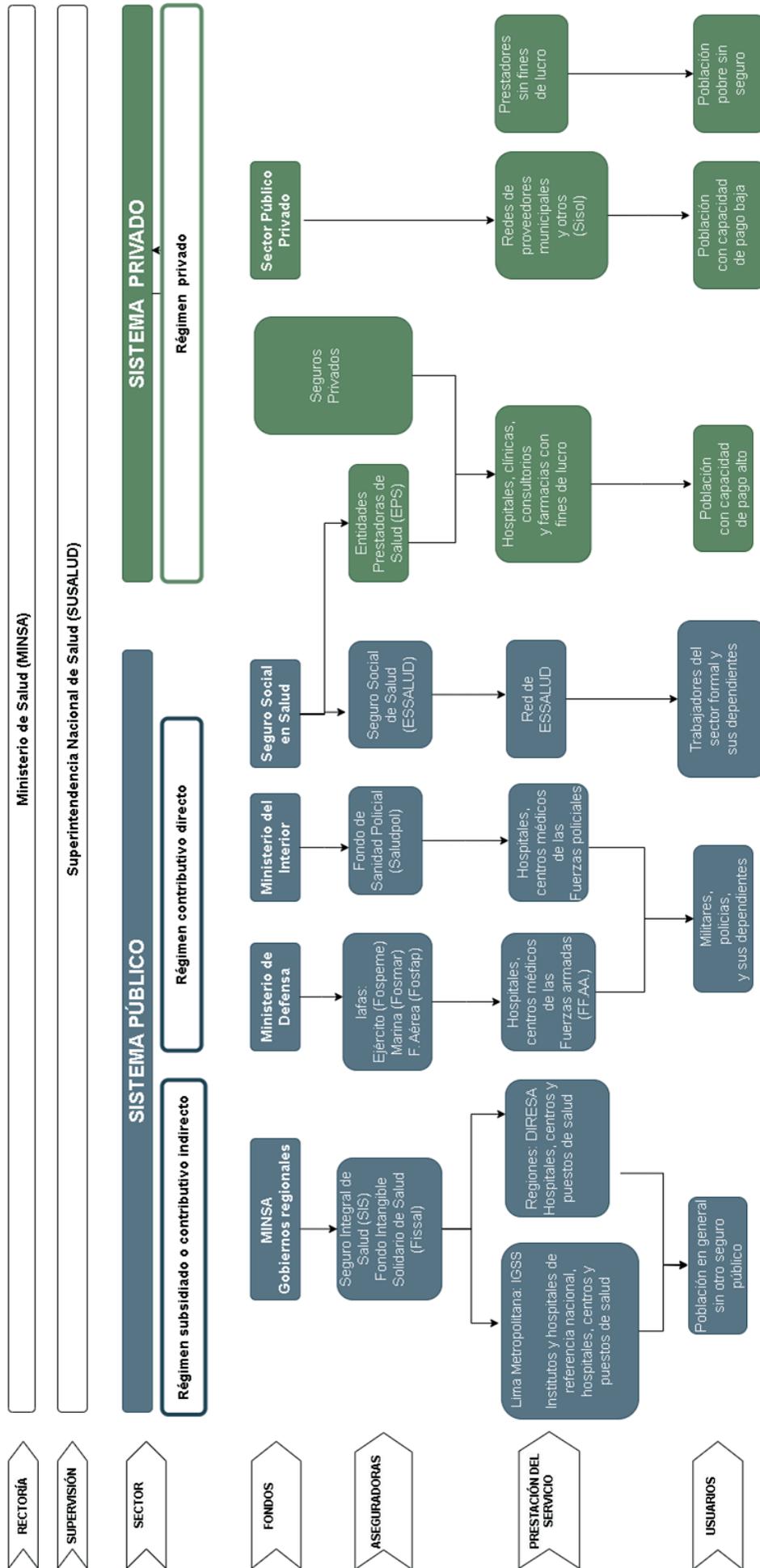


Figura 2. Funcionamiento del sistema de salud bucodental peruano.

Fuente: Adaptado de Lazo <sup>11</sup>.

## Barreras estructurales: Infraestructura

Las barreras de infraestructura se refieren a cómo se organizan los recursos disponibles de los servicios de salud para atender a los pacientes. Esto incluye la disponibilidad de un sistema de citas, los horarios de funcionamiento, la disponibilidad de atención sin cita previa y los servicios telefónicos. Además, se refiere a la capacidad de los pacientes para adaptarse a estas características y la percepción que tienen sobre su pertinencia<sup>7</sup>.

Según informes del Ministerio de Salud del Perú, solo el 32% de los establecimientos de salud cuenta con infraestructura adecuada, y apenas el 25% presenta equipamiento suficiente<sup>18</sup>. Problemas de gestión, como déficit de recursos humanos, presupuesto insuficiente y falta de infraestructura, son evidentes en el sector salud del país<sup>17</sup>. Espinoza *et al.*<sup>19</sup>, hallaron que algunos de los principales problemas de gestión del sector salud son déficit de recursos humanos (43,7%), déficit presupuestal (38,3%), deficiente infraestructura (33,1%), falta de equipamiento (21,9%) y falta de medicamentos (10,7%). Estos datos dejan en evidencia el claro problema de gestión que existe en el sector de salud del país.

En zonas rurales, especialmente en comunidades indígenas, la falta de instalaciones y equipamiento adecuados impide el acceso a servicios de salud de calidad<sup>18,19</sup>. Por ejemplo, en el reporte de la Defensoría del Pueblo, se evidenció que en una comunidad indígena de Madre de Dios los pacientes demoraban varias horas para transportarse desde sus viviendas hasta los centros de salud para llegar dentro del horario de atención. Esto los obliga a regresar otro día o pernoctar en el lugar, lo que conlleva a una pérdida económica y de tiempo<sup>14</sup>.

Es fundamental adaptar la atención de salud bucodental a las necesidades específicas de las comunidades indígenas para superar las barreras de infraestructura que dificultan su acceso a estos servicios<sup>20</sup>. Así mismo, es necesario que SUSALUD, entidad adscrita al Ministerio de Salud, fortalezca su trabajo de supervisión en todas las regiones del país, evaluando el estado de los servicios de salud de cada región y la disponibilidad de recursos como equipos e insumos que existen en ellos<sup>20</sup>. Las observaciones de SUSALUD deberían llegar a las autoridades sanitarias regionales y a los directores de los hospitales para mejorar la calidad de atención en salud que se brinda a la población.

Debido a que los recursos financieros de los establecimientos de salud pueden ser escasos, una estrategia de solución podría ser la creación de alianzas con organizaciones no gubernamentales para implementar programas o campañas de donación que colaboren en el mantenimiento de los centros de salud. Así mismo, se podrían crear voluntariados para cubrir los horarios de atención en los que no hay personal de salud disponible.

## Barreras financieras: Asequibilidad

Las barreras de asequibilidad se refieren a la relación entre el costo de los servicios de salud y la capacidad de pago de los usuarios, así como el tipo de cobertura, prestaciones cubiertas y aceptación de los planes de seguros<sup>7</sup>.

El nivel socioeconómico tiene un rol fundamental en el uso de los servicios de salud y como lo mencionan Azañedo *et al.*<sup>10</sup>, en Perú la brecha para el acceso a los servicios de salud bucodental entre las comunidades urbanas y rurales es notable. Según los resultados de su estudio, el acceso a un servicio dental fue del 86,4% en zonas urbanas, mientras que en zonas rurales fue del 62,3%<sup>10</sup>. Esta diferencia evidencia que las comunidades rurales enfrentan mayores dificultades para acceder a la atención odontológica, por lo que se considera que el acceso a los servicios de salud bucodental en las poblaciones indígenas se encontraría aún por debajo de estos porcentajes.

A pesar de que el SIS brinda a toda la población peruana un aseguramiento universal con cobertura integral y gratuita de salud, aún existen limitaciones en la cobertura de algunos tratamientos, escasez de medicamentos, equipamientos e insumos<sup>21</sup>. El 87% de pacientes encuestados asegurados por el SIS, manifestaron no poder adquirir medicamentos prescritos debido a problemas de reconocimiento para el reembolso del SIS, revelando una brecha entre la pretensión de equidad del sistema de salud en Perú y su desarrollo real<sup>21,22</sup>. Asimismo, en el año 2017 un estudio encontró que el 9,5% de la población que tenía sentido de pertenencia a un pueblo indígena tenía que pagar para acceder a los servicios dentales públicos<sup>24</sup>. Además, debido a la falta de equipos radiológicos en funcionamiento en muchos centros de primer nivel de atención, los pacientes deben pagar de su bolsillo para exámenes radiológicos complementarios en centros de salud privados.

Para abordar las barreras financieras que enfrentan las poblaciones indígenas en el Perú, se debe considerar fortalecer y ampliar la cobertura del SIS con el fin de cubrir en su totalidad el costo de otros tratamientos dentales que podrían ser considerados esenciales para esta población<sup>24</sup>. Por ejemplo, tratamientos de rehabilitación, tratamientos de ortodoncia preventiva en niños, entre otros. Asimismo, se podrían forjar alianzas con organizaciones no gubernamentales para implementar programas de salud bucodental específicos para estas comunidades, ofreciendo tarifas preferenciales o servicios gratuitos<sup>22</sup>.

## Barreras personales y culturales: Aceptabilidad

Las barreras de aceptabilidad se refieren a la percepción de los pacientes sobre el personal de salud; así como, la percepción del personal de la salud hacia las características personales aceptables del paciente<sup>7</sup>. En otras palabras, estas barreras se refieren a la reacción de los pacientes hacia las características del personal y servicio de salud como edad, sexo, religión, etnicidad, tipo de servicio, ubicación del servicio, entre otros<sup>7</sup>.

Los profesionales de salud a menudo tienen una comprensión limitada de las prácticas tradicionales y la cultura de las poblaciones indígenas. Asimismo, según el informe de la Defensoría del Pueblo, el personal de salud enfrenta barreras lingüísticas y culturales debido a su desconocimiento de la lengua indígena del lugar donde

prestan sus servicios. Esta situación impide brindar una atención adecuada a este sector poblacional, lo que se suma a la desconfianza que podrían sentir los pacientes hacia el personal de los centros de salud<sup>25</sup>.

Por ello, es crucial que la atención médica en general sea sensible y receptiva a las necesidades específicas de las comunidades indígenas<sup>26</sup>. Para reducir esta barrera es necesario capacitar al personal de salud en competencia cultural para comprender y abordar las necesidades específicas de las poblaciones indígenas de manera respetuosa y efectiva. Así mismo, se podría fomentar la participación de la comunidad en el diseño y prestación de servicios de salud bucodental, respetando sus prácticas y creencias tradicionales, mediante programas de educación culturalmente sensibles. A parte de ello, se pueden establecer alianzas con líderes comunitarios y organizaciones indígenas para garantizar que los servicios de salud bucodental sean culturalmente apropiados y aceptables para estas poblaciones.

### **Barreras personales y culturales: Concientización**

Las barreras relacionadas a la concientización, según Saurman, se refieren al conocimiento del paciente sobre los programas o servicios de salud ofrecidos y la competencia del servidor en el entorno local y factores comunitarios<sup>9</sup>. Es crucial que los proveedores de servicios de salud estén bien informados sobre las prácticas de salud de la comunidad a la que sirven.

Los agentes comunitarios son fundamentales para facilitar el acceso a los servicios de salud, programando citas y orientando a la comunidad sobre cómo llegar al centro de salud más cercano. Sin embargo, según el informe de la Defensoría del Pueblo, solo el 7% de los agentes comunitarios en Madre de Dios hablan la lengua originaria en distritos con población indígena<sup>27</sup>. Esto podría ser debido a que los agentes comunitarios no son de la misma comunidad, lo cual es fundamental para una comunicación efectiva con la población.

Es crucial implementar estrategias educativas para reforzar la formación de los agentes comunitarios de salud sobre el funcionamiento del sistema de salud<sup>22</sup>. Estas estrategias educativas podrían incluir módulos que aborden la diversidad cultural y lingüística de las comunidades indígenas, así como la importancia de adaptar los servicios de salud a las necesidades específicas de la población<sup>20</sup>.

### **Conclusiones**

La disparidad en el acceso a la atención de salud bucodental para las poblaciones indígenas en Perú requiere atención inmediata. Para abordar las barreras de acceso a servicios de salud bucodental se pueden considerar varias soluciones y recomendaciones. Es fundamental mejorar la ubicación de los centros de salud bucodental en áreas de difícil acceso y garantizar la disponibilidad de vehículos adecuados para visitas comunitarias o brigada móviles para brindar atención médica; así como para facilitar el transporte de los pacientes a los centros de

salud. Además, se debería destinar recursos financieros para fondos de investigación para monitorizar o abordar las barreras de acceso a servicios de salud bucodental a nivel nacional, así como se necesitan datos más precisos que pueden ser obtenidos a través de encuestas nacionales como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

### **Referencias**

1. Organización Mundial de la salud. Salud Bucodental [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Martins S, Álvarez E, Abanto J, Cabrera A, López R, Masoli C, Echevarría S, Mongelos M, Guerra M, Amado A. Epidemiología de la caries dental en América latina. Revista de Odontopediatría Latinoamericana [Internet]. 2014. 4(2). Disponible en: <https://backup.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/2/art-4/>
3. Tiwari T, Jamieson L, Broughton J, Lawrence HP, Batliner TS, Arantes R, Albino J. Reducing Indigenous Oral Health Inequalities: A Review from 5 Nations. J Dent Res. [Internet]. 2018 [citado el 26 de marzo del 2024]; 97(8): 869-877. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022034518763605>
4. Ministerio de Cultura. Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios. [Internet]. 2016 [citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>
5. Herrera-Serna BY, Lara-Carrillo E, Toral-Rizo VH, do Amaral RC. Comparación entre incidencia y factores de riesgo de cáncer oral en diferentes países de América Latina. Revista De Salud Pública [Internet] 2020 [citado el 26 de marzo del 2024]; 24(2): 49–63. DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24n1>
6. Constante HM, Bastos JL, Peres KG, Peres MA. Socio-demographic and behavioural inequalities in the impact of dental pain among adults: a population-based study. Community Dent Oral Epidemiol. [Internet] 2012 [citado el 26 de marzo del 2024]; 40: 498-506. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00701.x>
7. Pechansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care [Internet]. 1981 [citado el 26 de marzo del 2024]; 19(2):127–40. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3764310>
8. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Rahman MH. Poverty and access to health care in developing countries. Ann N Y Acad Sci. [Internet] 2008 [citado el 26 de marzo del 2024]; 1136: 161-171. DOI: <https://doi.org/10.1196/annals.1425.011>
9. Saurman E. Improving access: modifying Pechansky and Thomas's Theory of Access. J Health Serv Res Policy. [Internet] 2016 [citado el 26 de marzo del 2024]; 21(1): 36-9. DOI: <https://doi.org/10.1177/1355819615600001>
10. Azañedo D, Díaz D, Hernández A. Salud oral del adulto mayor: acceso, desafíos y oportunidades para la salud pública peruana. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. [Revista en la Internet]. 2016 [citado el 26 de marzo del 2024]; 33(2): 373 -375. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2201>

11. Lazo O, Alcalde J, Espinoza O. El Sistema de salud en Perú. Situación y desafíos [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016 [citado el 26 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://repositorio.cmp.org.pe/bitstream/handle/20.500.12971/32/libroSistemaSaludPeru.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. MINSA: Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología Prevalencia nacional de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú, 2001–2002. Lima. 2005 [citado el 26 de marzo del 2024]. Disponible en: [http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub\\_caries/prevalencia\\_caries.pdf](http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_caries/prevalencia_caries.pdf)
13. McKernan S, Reynolds J, Mcquistan M. Access to dental care. En: Burt and Eklund's Dentistry, Dental Practice, and the Community. Elsevier; 2021. p. 20–7. Disponible en: <https://experts.umn.edu/en/publications/access-to-dental-care>
14. No SID-I. La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural [Internet]. Gob.pe. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/Informe-Defensorial-N-169.pdf>
15. Núñez M, Mendoza P, Del Campo J, Chilca M. Efecto del programa SERUMS en la equidad de la distribución de recursos humanos del primer nivel de atención en Perú. An. Fac. med. [Internet] 2021 [citado el 26 de marzo del 2024]; 82(4): 290-300. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832021000400290&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832021000400290&script=sci_abstract)
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de Vida en el Perú. Lima: INEI; [Internet] 2011. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/condiciones-de-vida/1/#lista>
17. Densidad del personal odontológico (por 10 000 habitantes) [Internet]. datadot. [citado el 20 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://data.who.int/es/indicadores/i/9F88C44>
18. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, Schwendicke F. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. Am J Public Health. [Internet] 2018 [citado el 26 de marzo del 2024];108: e1-e7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29267052/>
19. Espinoza-Portilla E, Gil-Quevedo W, Agurto-Távora E. Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2021 [citado el 10 de enero de 2024];46(4): e2146. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n4/e2146/>
20. Benites-Zapata VA, Saravia-Chong HA, Mezones-Holguin E, Aquije-Díaz AJ, Villegas-Ortega J, Rossel-de-Almeida G, et al. Modelo de supervisión basado en el riesgo para instituciones prestadoras de servicios de salud como herramienta para la protección de los derechos en salud en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar. 21];33(3):401-10. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2373>
21. Moscoso M, Fuhs A, Carbone A. Barreras de acceso a centros de salud para personas con discapacidad física: el caso de Perú. Cadernos de Saúde Pública. 2019 [citado el 26 de marzo del 2024];35. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/V6h9qYpMnF7JRHYD6GVzf4s/abstract/?lang=es>
22. No ID. Atención de Salud para los más pobres: El Seguro Integral de Salud [Internet]. Gob.pe. [citado el 16 de enero de 2024]. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/943\\_GOB418.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/943_GOB418.pdf)
23. Pastor R, Tuesta NS. Etnicidad en el Perú e inequidad en el acceso del servicio dental de salud [Internet] [Tesis de pregrado]. [Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. Disponible en : [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6605/Etnicidad\\_TuesaBernaola\\_Nathaly.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6605/Etnicidad_TuesaBernaola_Nathaly.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Márquez Mucha IC. Gasto de bolsillo en servicio dental y conexos en la población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS) en el Perú en el año 2016. Universidad Peruana Cayetano Heredia; [Internet] 2018. [citado el 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/4353>
25. Fraser B. Providing medical care in the Peruvian Amazon. Lancet. [Internet] 2006 [citado el 26 de marzo del 2024]; 386: 1408–1409. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17061349/>
26. Hernández- Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Prado-Galbarro FJ, Bendezu-Quispe G. External user satisfaction with healthcare at facilities of the Ministry of Health of Peru and its associated factors. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2019 Dec. 3 [citado el 26 de marzo de 2024]; 36(4): 620-8. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4515>
27. No ID. La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado [Internet]. Gob.pe. [citado el 26 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/021documentos/B09C92BC24B04BE305258154005BE738/\\$FILE/Informe\\_N\\_134.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/021documentos/B09C92BC24B04BE305258154005BE738/$FILE/Informe_N_134.pdf)

#### Contribuciones de los autores:

Redacción – Borrador original: MSV, KLM

Redacción – Revisión y edición: MSV, KLM, KST

Supervisión: MSV, KLM, KST