

# Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas

Angela María Franco-Cortés,<sup>1</sup> Susana Ramírez-Puerta,<sup>2</sup> Gloria Escobar-Paucar,<sup>3</sup>  
Melissa Isaac-Millán,<sup>4</sup> Paola Andrea Londoño-Marin<sup>5</sup>

## Resumen

**Introducción y Objetivo:** En Colombia ha habido en las últimas décadas un aumento significativo de estudios que indagan por los problemas que aquejan a la niñez. El propósito fue identificar las barreras de acceso a los servicios de atención odontológica que afectan a niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas habitantes del asentamiento El Oasis Tropical del barrio Moravia en Medellín. **Materiales y Métodos:** Se realizó una encuesta estructurada a 80 madres o cuidadoras para obtener información sobre categorías como: predisposición a la consulta, dotación, percepción de necesidades de atención y satisfacción con la atención recibida (Aday y Andersen). **Resultados:** 97.5 % de los niños(as) estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero en una alta proporción (92,5 %) las madres desconocen sus derechos en materia de atención odontológica. Bajo porcentaje de mujeres (8,8 %) perciben problemas bucales que ameriten buscar la atención. 72,5 % de los niños(as) no ha visitado nunca al odontólogo, además es frecuente que los servicios los rechacen por su corta edad. **Conclusión:** El acceso potencial y real a la atención odontológica de la población estudiada está influenciado por determinantes como el desconocimiento de los derechos de atención, la capacidad de pago y variables de organización de los servicios. Tuvo mayor peso el relacionado con la percepción de la necesidad de atención. Superar estas barreras requiere la planificación y desarrollo de intervenciones que comprometan las políticas de salud, la organización de los servicios y las actitudes de madres y cuidadoras. **Palabras clave:** Acceso a los servicios de salud; Preescolares; Salud bucal; Equidad. **Rev.CES Odont.2010;23(2)41-48**

## Barriers of access to oral health services in 1-5 year old children belonging to displaced families

### Abstract

**Introducción and Objective:** The situation of childhood in Colombia has led during the last decades to a significant increase of studies relating to problems that affect it. To identify access barriers to oral health services that affect boys and girls younger than 6 belonging to displaced families and inhabitants in the neighborhood Moravia of the city of Medellín. **Materials and Methods:** A structured survey was made in 80 mothers or caretakers of the children with the purpose of obtaining information on categories such as predisposition, endowment, perception of necessities of attention and satisfaction with oral health care provided, in accordance with that proposed by Aday and Andersen. **Results:** 83,8% of the interviewed women were younger than 30 years old and had a low scholastic education (6.6 years on the average). 97.5% of the children were affiliated to the General System of Social Security in Health, but in a high proportion (92,5%) the mothers ignored the rights of children regarding oral health care. A low percentage of women (8,8%) perceived oral problems that required attention. 72,5% of the boys and girls had not consulted or visited a dentist. It is common for services to reject the children who are too young. **Conclusion:** The potential and real access to the services of the studied population's oral health care is influenced by decisive factors such as ignorance of the rights to care, payment capacity and variables of organization of the services. It was evident that the variable with more weight was that related with the perception of the need for care or treatment. To overcome these barriers requires the planning and development of interventions of health policies, organization of services and the attitudes of mothers and caretakers. **Key words:** Health services access; Preschoolers; Oral health; Equity. **Rev.CES Odont.2010;23(2)41-48**

## Introducción

La situación de la niñez en Colombia ha despertado en las últimas décadas la preocupación de organismos de derechos humanos nacionales e internacionales, debido a que se

encuentran en ascenso circunstancias que ponen en riesgo su integridad física, mental y social. Dentro de las principales causas para esta situación se señalan los altos niveles de pobreza, la exclusión social, los

---

1. Odontóloga. Magíster en epidemiología. Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia.  
2. Odontóloga. Magíster en epidemiología. Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia.

---

3. Odontopediatra. Magíster en salud pública. Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia.  
4. Odontóloga. Especialista en Odontología Integral del Niño y Ortopedia Maxilar. Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia.  
5. Odontóloga. Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia.

diferentes tipos de violencias –incluida la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, el conflicto armado y los fenómenos de desplazamiento. Cabe anotar que esta situación, que no es exclusiva de este país, es tan solo un reflejo de una realidad que ha adquirido proporciones mundiales.<sup>1</sup>

La Constitución Política de Colombia dispone que los derechos de la niñez prevalezcan sobre los derechos de los demás. En materia de garantías legislativas, el principal logro en los últimos años en el país fue la aprobación de la “Ley de Infancia y Adolescencia” del 8 de noviembre de 2006.<sup>2</sup> Esta ley garantiza, entre otros, el derecho a la salud, a la educación y a la protección integral contra cualquier tipo de acción o conducta que genere daño, sufrimiento o muerte. En el artículo 27 se define la salud integral como “la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones conducentes a la conservación o recuperación de la salud” y se agrega que “ninguna institución prestadora de servicios de salud podrá abstenerse de “atender a un niño o niña que requiera atención en salud”.

A pesar de que esto es lo que dice la Ley, no todos los niños se benefician por igual del acceso a la atención en salud. En el caso de la salud bucal, usualmente los programas y servicios se dirigen específicamente a los escolares, excluyendo a los menores de seis años a pesar de la importancia del estado de salud bucal en estas edades, como predictor de afecciones como la caries en la dentición permanente. Especialmente los niños de bajos ingresos presentan los más altos niveles de caries dental y tienen menos probabilidades de visitar al odontólogo y de recibir tratamiento,<sup>3,4</sup> haciendo del acceso al cuidado dental una dimensión estructural de las disparidades en salud bucal.

Algunos estudios se enfocan a estudiar el acceso a los servicios odontológicos y su relación con las condiciones de salud bucal de los niños y sus autores han demostrado una relación positiva entre el uso de los servicios y una menor experiencia de caries en la dentición primaria en niños de 0 a 6 años;<sup>5-7</sup> otros proponen la utilización de los servicios o la satisfacción de la madre con el cuidado dental, como indicadores de acceso.<sup>6,9-11</sup>

El acceso a los servicios de salud es un concepto complejo, que involucra desde la formulación de políticas de atención hasta la satisfacción del usuario con el servicio recibido; pasa por las características de la población y por la organización del servicio para adecuarse a las necesidades de la población.<sup>12,13</sup> El acceso es también un criterio empleado para analizar la equidad en la prestación de los servicios; se considera

que un sistema es equitativo si todas las personas tienen igual oportunidad de obtener servicios sin importar su capacidad de pago, si tienen igual posibilidad de utilizarlos en los diferentes niveles de atención y si se establecen iguales costos para todos.<sup>14</sup>

En Colombia, pocos estudios se han hecho sobre el tema del acceso de los niños y niñas a los servicios de salud durante la primera infancia. Un estudio reciente hecho en Bogotá encontró que una importante proporción de niños entre 1 y 4 años no fueron llevados a consulta médica cuando estaban enfermos o fueron llevados a personal no profesional, debido principalmente a barreras económicas.<sup>15</sup> No se encontraron estudios relacionados con el acceso a servicios odontológicos en niños/as de este rango de edad.

El objetivo de este estudio fue identificar algunas de las barreras de acceso a los servicios de atención odontológica que afectan a los niños y niñas menores de 6 años habitantes de un asentamiento de desplazados en la ciudad de Medellín y asistentes a los hogares comunitarios de la zona.

### Materiales y Métodos

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. De un total de 150 madres o cuidadoras de los niños/as (1 a 5 años) atendidos regularmente en los 13 hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ubicados en la zona, 80 fueron seleccionadas de manera aleatoria y aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio.

El asentamiento Oasis Tropical está conformado fundamentalmente por familias desplazadas de diferentes regiones del departamento de Antioquia, que en su mayoría pertenecen al estrato 1 y 2 del Sisben (Sistema de identificación de beneficiarios), y que presentan características comunes de extrema pobreza, altas tasas de desempleo, ingresos inestables, bajo nivel educativo y ausencia de servicios públicos esenciales, entre otras.

A las madres o cuidadoras se les aplicó una encuesta estructurada, compuesta por 57 preguntas, abiertas y cerradas, divididas en cuatro grandes ítems: (i) identificación sociodemográfica; (ii) características de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social; (iii) necesidades bucales percibidas y búsqueda de la atención; y (iv) percepción de la calidad de la atención.

La encuesta elaborada por las investigadoras, se centró en las categorías: predisposición, dotación, necesidad, utilización y satisfacción, definidas por Aday y Andersen<sup>16</sup> de la siguiente manera:

- **Predisposición:** Se refiere a las variables que describen la propensión de los individuos a utilizar el servicio. Hace referencia, entre otras cosas, a las creencias y actitudes con respecto a la salud y los servicios, a la información que han recibido sobre los servicios y a las características sociodemográficas como la edad, el sexo, el nivel de escolaridad, el credo religioso, entre otros.
- **Dotación:** Se refiere a los recursos con que el individuo cuenta para utilizar el servicio: nivel de ingreso, cobertura de seguros, lugar de residencia, entre otros.
- **Percepción de la Necesidad de atención:** Se refiere al nivel de enfermedad o problema percibido que podría ser la causa más inmediata para utilizar el servicio.
- **Utilización:** Se refiere al uso real o efectivo de los servicios de salud. Abarca un campo amplio de experiencias y procesos en términos de lugar de la atención, tipo de servicio utilizado, oportunidad, continuidad, integralidad, entre otros.
- **Satisfacción:** Se refiere a las dimensiones de conformidad con el servicio teniendo en cuenta la opinión del usuario sobre la atención recibida, la información suministrada al paciente sobre el manejo de su enfermedad, la calidad de atención brindada, las actitudes y prácticas respecto a la experiencia de utilizar el servicio y la percepción de resolución de la necesidad.

El formulario de la encuesta se probó y ajustó mediante una prueba piloto y fue aplicado finalmente por una persona entrenada para tal fin, en el domicilio de cada mujer participante.

Para el análisis de los datos se procedió en primer lugar a categorizar las respuestas de las preguntas abiertas; posteriormente los datos fueron llevados al programa Epi-info 6.04 con el que se hizo el cálculo de las distribuciones de frecuencia de las respuestas.

## Resultados

### Predisposición

Los hallazgos indican que el 70 % de las mujeres encuestadas tenían entre 21 y 30 años y una proporción del 13,8 son menores de 20 años. El promedio de hijos de estas mujeres era de 3, aunque el 23 % declaró tener un sólo hijo. El nivel educativo fue bajo; en promedio estas mujeres habían estudiado 6,6 años. El 73,8 % de ellas se dedicaba a las labores del hogar. (Tabla 1)

Tabla 1. Caracterización de las mujeres encuestadas

	Característica	Número	%
Edad en años	15 - 20	11	13,8
	21 – 30	56	70,0
	31 y más	13	16,2
	Ninguna	4	5,0
Grado de Escolaridad	Primaria Incompleta	16	20,0
	Secundaria Incompleta	40	50,0
	Secundaria Completa	19	23,8
	Tecnología / Universidad	1	1,20
Ocupación	Ama de casa	59	73,8
	Trabajador dependiente	17	21,2
	Trabajador Independiente	3	3,8
	Estudiante	1	1,2

Las mujeres encuestadas habían recibido poca información sobre los servicios de salud. El 71,2 % desconocían los derechos que los niños y niñas tienen en relación con la atención médica y el 92,5 % desconocían los derechos con relación a la atención odontológica. (Tabla 2)

Tabla 2. Conocimientos sobre derechos en atención en salud

	Item	Número	%
Atención en Salud General	Conocen sus derechos	23	28,8
	Desconocen sus derechos	57	71,2
Atención en Salud Bucal	Conocen sus derechos	6	7,5
	Desconocen sus derechos	74	92,5
Total		80	100

### Dotación

El 97,5 % de los hijos e hijas de las madres encuestadas estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social; de ellos el 90 % pertenecían al régimen subsidiado. (Tabla 3). Cabe anotar que el 28,7 % de las familias tenían una doble afiliación al Sistema, es decir, contaban con afiliación al régimen contributivo y al subsidiado. Las mujeres comentaron que utilizan estas afiliaciones para tratar de superar barreras que impiden el acceso a la atención.

**Tabla 3. Distribución de los niños y niñas según la afiliación al SGSSS\***

Régimen	Número	%
R. Contributivo	6	7,5
R. Subsidiado	Nivel 1	66
	Nivel 2	6
No afiliado	2	2,5
Total	80	100

\* SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

Los resultados mostraron que el 67,5 % de las mujeres debían solicitar los servicios de salud para estos niños y niñas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ubicadas por fuera del barrio donde residen. Esto explica que más de las dos terceras partes de ellas debe utilizar algún medio de transporte para desplazarse hasta el lugar de atención, lo que implica, para muchas, un tiempo de viaje superior a 15 minutos. (Tabla 4). Al tiempo y costos del desplazamiento hasta la Institución Prestadora de los servicios, debe añadirse que el 23,8 % de las usuarias consideraban que el horario de atención no se acomoda a sus condiciones y necesidades.

**Tabla 4. Comportamiento de las variables que intervienen en la accesibilidad geográfica**

	Item	Número	%
Localización del centro de salud	En el barrio	26	32,5
	En la comuna	46	57,5
	En otra ciudad	8	10,0
Tiempo de Desplazamiento*	< 15	38	47,5
	Entre 16-30	35	43,7
	Entre 31-60	6	7,5
	> 60	1	1,3
Medio de Transporte	Taxi	40	50,0
	Bus	21	26,3
	Ninguno	18	22,5
	Metro	1	1,2
Total		80	100

\* Tiempo medido en minutos

#### Percepción de la necesidad de atención odontológica

Una alta proporción de las madres o cuidadoras percibían un buen estado de salud de los infantes, tanto de salud general (68,8 %), como bucal (81,4 %). Aunque el 18,6 % percibían una salud bucal regular o mala en sus hijos, sólo el 10 % lo consideraba un problema, y para el 8,8 % este problema ameritaba solicitar atención odontológica para solucionarlo.

#### Utilización de los servicios

Los hallazgos mostraron que el 7,5 % de las mujeres solicitó atención odontológica para los niños/as y 6,3 % la recibió. Las mujeres que no solicitaron atención, aún percibiendo la necesidad, argumentaron falta de tiempo.

Las mujeres cuyos niños accedieron a la consulta pero no recibieron la atención, explican que esto se debió a dificultades en el comportamiento durante la atención.

A la pregunta de cuándo fue la última vez que el niño/a fue llevado a consulta odontológica, el 72,5 % contestó que nunca lo habían llevado, una baja proporción, el 13,7 %, lo llevó en los últimos 6 meses (incluidas aquellas mujeres que percibieron un problema bucal que ameritaba atención) y el porcentaje restante acudió al odontólogo hace más de seis meses. La principal razón que reportaron las madres o cuidadoras para no solicitar la atención fue que piensan o les habían dicho que el niño "está muy pequeño" para llevarlo al odontólogo. (Tabla 5)

Tabla 5. Frecuencia de la consulta odontológica y motivos de no consulta

	Item	Número	%
Última consulta Odontológica	< 6 meses	11	13,7
	Entre 6-12 meses	2	2,5
	> 12 meses	7	8,8
	Nunca	58	72,5
	NS / NR	2	2,5
Motivos para no Solicitar atención	Está muy pequeño	21	26,2
	No ha tenido necesidad	13	16,2
	Lo revisaron en brigadas o guardería	15	18,8
	Falta de tiempo	5	6,2
	Descuido	2	2,5
	Queda muy lejos	2	2,5
	NS / NR	22	27,5
Total		80	100

### Satisfacción

La totalidad de las madres o cuidadoras que utilizaron los servicios odontológicos en los últimos 6 meses (6,3 %) manifestaron haber quedado satisfechas con la atención recibida porque pudieron resolver el problema por el que consultaron.

### Discusión

El estudio del acceso a los servicios de salud se ha llevado a cabo bajo diversos modelos teóricos. El modelo propuesto por Aday y Andersen en 1974 se considera uno de los de mayor aceptación y se fundamenta en la tesis de que la utilización de los servicios de salud no es un producto exclusivo de determinantes individuales, sino el resultado de la interacción entre factores individuales, sistema de salud y contexto social, donde también influye la experiencia anterior del usuario potencial o su grupo familiar con la utilización de los servicios.

Ahora bien, por tratarse de una población identificada y censada como población desplazada, se pudo constatar que a través del Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN, la mayoría de las familias (97,5 %) estaban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social. Sin embargo, como lo plantean varios autores,<sup>13,15,17</sup> esta afiliación no es condición única y suficiente, porque otros factores diferentes al aseguramiento también afectan la

posibilidad de acceder al servicio y realizar una utilización efectiva del mismo.

Esto se pudo constatar en este estudio, no sólo por los resultados que se acaban de mostrar sino por los resultados que arrojó una evaluación complementaria que se hizo a los niños y niñas sobre la historia de caries dental. Evaluación que mostró que el 77,8 % de ellos tenían caries al momento de realizar este estudio. Este hallazgo es comparable con el del estudio de Ismail y colaboradores que buscaba valorar la asociación entre el nivel socioeconómico y la severidad de caries en niños de 6-7 años afiliados a un programa de cuidado dental de financiación estatal, al que tuvieron acceso garantizado desde el nacimiento. Los hallazgos indican que garantizar el acceso al cuidado dental no elimina las diferencias en la severidad de la caries cuando hay otros determinantes económicos, sociales, familiares y culturales influyendo negativamente.<sup>3</sup>

Algunos autores señalan que el nivel de ingresos es una fuerte barrera potencial del acceso, especialmente en niños preescolares. Watson<sup>18</sup> reportó diferencias en la distribución de las visitas para el cuidado dental preventivo, entre niños y adolescente de familias de bajos ingresos y aquellos pertenecientes a familias con altos ingresos. Barros encontró que el 77 % de los niños de 0 a 6 años nunca han visitado un consultorio odontológico.<sup>8</sup> En este estudio, 72,5% de las madres o cuidadoras nunca han llevado al niño/a al consultorio

odontológico y sólo el 13,7% los llevaron en los últimos seis meses, contrario al 64% reportado en los estratos altos y medios y el 48,3% en niños de bajos ingresos en la misma ciudad.<sup>19</sup>

Otros determinantes que también predisponen el acceso de los niños a los servicios de salud, son los relacionados con la edad y la escolaridad de la madre. En este estudio se encontró que la mayoría de las madres o cuidadoras encuestadas eran muy jóvenes y con un bajo nivel educativo, además, un alto porcentaje (77 %) de ellas tenía más de dos hijos. Estas características pudieran constituir en conjunto y fortalecidas por otras condiciones, barreras culturales para el acceso potencial de los niños a la atención odontológica, dado que la falta de experiencia y los limitados conocimientos de estas madres podrían afectar la actitud asumida frente a la salud bucal de sus hijos y la importancia que se le otorga al cuidado bucal y a la dentición primaria. Un estudio realizado en Campeche, México en población de rangos de edad similar, encontró que hay una correlación positiva entre el nivel educativo y la actitud positiva de la madre frente a la salud bucal de sus hijos y la utilización de los servicios.<sup>9</sup>

A estas condiciones de baja escolaridad, se suma el hecho de que un alto porcentaje de las mujeres encuestadas desconocían cuáles son los derechos que tienen, tanto ellas como los niños y niñas, con relación a la atención en salud general y salud bucal. Este desconocimiento, resultado de la ausencia de iniciativas del Estado para difundir los derechos entre los ciudadanos, constituye una fuerte barrera de acceso debido a que el desconocimiento del derecho lleva a que no se exija su cumplimiento y se asuma un papel pasivo cuando por alguna razón éste es negado.

Las mujeres encuestadas señalaron además, otras características propias de la organización del sistema de atención que sin duda se suman a las barreras ya mencionadas. Entre ellas la localización del prestador y la accesibilidad geográfica. En este estudio se encontró que para el 67,5 % de las mujeres, las instituciones prestadoras de servicios a quienes les correspondía consultar, estaban localizadas por fuera de su zona de residencia, lo que implica un gasto extra para cubrir el transporte y la disponibilidad de tiempo para el desplazamiento. De igual manera, los horarios de atención que ofrecen las instituciones prestadoras de servicios de salud, constituían para la cuarta parte de las mujeres entrevistadas un impedimento para solicitar la cita, dado que por lo general se cruza con sus horarios de trabajo. Estos hallazgos coinciden con

los de Siegal, quien reportó barreras institucionales (horario de atención, disponibilidad de profesionales e inconvenientes para obtener la cita) para el acceso al cuidado bucal de los niños de 3 a 5 años, como segunda razón después de los ingresos familiares insuficientes.<sup>20</sup>

Uno de los hallazgos de este estudio que llama la atención por el impacto que puede tener en el acceso, es el relacionado con la percepción de la madre o cuidadora sobre las necesidades de atención de los niños y niñas. Se encontró que la mayoría de las mujeres (81,2 %) percibían un buen estado de salud bucal y sólo el 8,8 % considera necesario buscar la atención, aunque esta percepción no coincide, como se comentó antes, con los hallazgos de los investigadores durante la valoración de la historia de caries en estos menores (prevalencia 77,8 %; ceo-d promedio 5,11).<sup>21</sup>

Reflexionar sobre este hallazgo constituye una de los retos más importantes, para empezar a encontrar vías de solución al problema, por cuanto la valoración de la necesidad de atención, en una población de alto aseguramiento, puede jugar un papel muy importante en la superación de algunas de las barreras de acceso. Sin desconocer las otras que ya se han mencionado. Para esto se debe tener en cuenta que un porcentaje significativo de las mujeres encuestadas (77,5 %) relacionan la ausencia de síntomas, especialmente la ausencia de dolor, con “buenas condiciones de salud bucal” y en consecuencia no consideran necesario solicitar la atención.

Ahora bien, entre las pocas mujeres encuestadas que percibían un problema bucal en los niños, no todas deciden consultar por ese motivo y señalaron razones como la falta de tiempo o “las dificultades de comportamiento” que según su experiencia, es el argumento que el personal de la Institución prestadora del servicio esgrime, para no brindar la atención a los niños. Las mujeres señalaron que generalmente recurren a otros mecanismos para solucionar el problema, como el empleo de remedios caseros, las sugerencias de familiares o personas significativas o el uso de medidas terapéuticas que fueron efectivas en experiencias anteriores.

Las dificultades en el comportamiento del niño o niña durante la atención odontológica, expresadas por las madres como “no se dejó atender” y que se considera una razón importante para no solicitar el servicio, pueden estar fuertemente influenciadas por las experiencias negativas previas, del niño(a) o de otros miembros de su núcleo familiar, durante la atención odontológica. Además, en algunas ocasiones los padres utilizan los procedimientos médicos y odontológicos como

argumentos de amenaza o castigo para lograr un cambio en la conducta y este hecho afecta negativamente el comportamiento del niño(a) al momento de la consulta. Así mismo, el profesional que brinda el servicio puede no contar con la preparación, la experiencia o el tiempo necesario para el manejo del menor de edad durante la atención.

Con relación al acceso real, las pocas mujeres encuestadas que habían utilizado los servicios de atención odontológica (6,3 %) para sus hijos, manifestaron que se encontraban satisfechas con la atención que recibieron. El alto grado de satisfacción se relacionó con lo que las mujeres denominaron la resolución del problema que originó la consulta.

Uno de los hallazgos más significativos de este estudio se relaciona con la alta proporción de madres o cuidadoras que reportan que nunca han solicitado atención odontológica (72,5 %) para los niños, a pesar de que el 77,5 % de ellos tiene problemas de caries. Si relacionamos este hallazgo con un comentario anterior sobre la percepción del estado de salud bucal, podríamos afirmar que una de las necesidades más urgentes de estas mujeres para participar activamente en el cuidado de la salud bucal de sus hijos es aprender a reconocer de manera precoz los signos de enfermedad bucal, especialmente de caries, y complementariamente, con algunas de ellas, se debe trabajar en la comprensión de la importancia de la dentición primaria para los niños, dado que, aunque con menos frecuencia, la poca importancia de esta dentición, sigue siendo una de las razones que las mujeres exponen para no solicitar la atención.

De igual manera, algunas madres manifiestan que no perciben necesidad de solicitar la atención odontológica para sus hijos porque consideraban que la atención recibida en brigadas de salud o en los hogares comunitarios del ICBF es suficiente. Se debe tener en cuenta que en la mayoría de los casos estas brigadas no cuentan en el equipo de trabajo con odontólogos para la valoración bucal sino que las revisiones son realizadas por otros profesionales de la salud como médicos o enfermeras que no están capacitados para tal fin. Además, la frecuencia con que se realizan estas brigadas puede ser muy variable, lo que no garantizaría continuidad en la atención recibida y las condiciones en las que se desarrollan no permiten que se lleven a cabo todos los procedimientos que podrían estar indicados.

Los resultados de esta investigación sugieren que el grado de acceso potencial y real de los niños y niñas

menores de seis años, a los servicios de salud bucal está influenciado por la participación de múltiples factores, entre los que podemos señalar la edad y el nivel educativo de las madres o cuidadoras y el desconocimiento de sus derechos en atención en salud. Influyen también variables económicas, porque es claro que la afiliación al Sistema de Seguridad Social no es garantía de acceso.<sup>3,15,22</sup> debido a que existen otros factores dependientes de la capacidad de pago y variables de organización de los servicios. Pero es evidente que entre todas las variables, en este estudio sobresalen las relacionadas con la percepción de la necesidad de atención, que a su vez está cruzada por determinantes culturales, sociales y económicos.

En consecuencia, para la intervención de estas barreras de acceso a la atención odontológica de los niños durante la primera infancia, es necesario abordar el problema de manera integral, con actividades que comprendan el reconocimiento efectivo del derecho a la atención, actividades de organización de los servicios y actividades de comunicación y educación con las madres o cuidadores sobre la importancia de la salud bucal y su papel en el proceso de crecimiento y desarrollo de sus hijos, la relación entre salud general y bucal y los derechos que puede demandar por su afiliación al Sistema de Seguridad Social.

## Referencias

1. Alianza por la niñez colombiana [Internet]. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/alianza\\_por\\_la\\_niñez\\_colombiana](http://es.wikipedia.org/wiki/alianza_por_la_niñez_colombiana). [Consultado Enero de 2010].
2. República de Colombia. Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la infancia y la adolescencia. Congreso de Colombia. Bogotá: Legis; 2006.
3. Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc* 2001;132:295-303.
4. Crall JJ. Access to Oral Health Care: Professional and Societal Considerations. *J Dent Educ* 2006; 70:1133-1138.
5. Tomita N, Bijella V, Lopes E, Franco L. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 años matriculadas em creches: importância de fatores socioeconômicos. *Rev Saude Publica* 1996; 30:413-420.

6. Ismail AI, Sohn W, Tellez M, Willem JM, Betz J, Lepkowski J. Risk indicators for dental caries using the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS). *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36:55-68.
7. Ahacic K, Thorslund M. Changes in dental status and dental care utilization in the Swedish population over three decades: age, period, or cohort effects? *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36:118-127.
8. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien Saude Colet* 2002; 7:709-717.
9. Medina-Solís C, Maupomé G, Avila-Burgos L, Hajar-Medina M, Segovia A, Pérez-Nuñez R. Factors influencing the use of dental health services by preschool children in Mexico. *Pediatr Dent* 2006; 28: 285-292.
10. Guay AH. Access to dental care. Solving the problem for underserved populations. *J Am Dent Assoc* 2004; 135: 1599-1605.
11. Milgrom P, Spiekerman C, Grembowski D. Dissatisfaction with dental care among mothers of Medicaid-enrolled children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 451-458.
12. Aday L, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res* 1974; 9:208-220.
13. Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales R, Uribe C, et al. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev Salud Pública* 2000; 2 (2): 145-164.
14. Tono T. Acceso a los servicios de salud en Colombia: Efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos. *Coyuntura Social* 2000; 23:145-167.
15. Yepes F, Ramírez M. Las barreras de acceso en la atención de salud de la población de uno a cuatro años en Bogotá: ¿Es viable la universalización del seguro? *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* 2006:85-105.
16. Aday L, Andersen R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res* 1983;18(1):49-74.
17. Restrepo JH, Echeverri E, Vasquez J, Rodríguez S. Balance del regimen subsidiado de salud en Antioquia. *Gerencia y Políticas de Salud* 2003; 2 (4): 34-57.
18. Watson MR, Manski R, Macek M. The impact of income on children's and adolescents preventive dental visits. *JADA* 2001; 132 :1580-1587.
19. Franco AM, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Rev CES Odont* 2004;17(1):19-29.
20. Siegal MD, Marx ML, Cole SL. Parent or Caregiver, Staff, and Dentist Perspectives, on Acces to Dental Care issues for Head Start Children in Ohio. *Am J Public Health* 2005;95:1532-1538.
21. Escobar-Paucar G, Ramírez-Puerta BS, Franco-Cortés AM, Tamayo-Posada AM, Castro-Aguirre JF. Experiencia de caries dental en niños de 1-5 años de bajos ingresos. Medellín. Colombia. *Rev CES Odont* 2009;22(1):21-28.
22. Fisher MA, Mascarenhas AK. Does Medicaid improve utilization of medical and dental services and health outcomes for Medicaid-eligible children in the United States? *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35:263-271.

**Correspondencia:**

franco.angelamaria@gmail.com

Recibido para publicación: Octubre de 2010  
Aprobado para publicación: Noviembre de 2010



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007