

FRECUENCIA DE CONSULTA ODONTOLÓGICA DURANTE LA PRIMERA INFANCIA. MEDELLÍN, 2011

Ángela María Franco-Cortés*, MSc₁, Blanca Susana Ramírez-Puerta, MSc₁, Emilia María Ochoa-Acosta, MSc₁

₁ Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Colombia

Recibido: 22 de marzo del 2013. **Aprobado:** 16 de abril del 2013.

***Autor de correspondencia:** Ángela María Franco Cortés, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, (57) 4 219 67 72, Calle 64 n.º 52-59, correo electrónico: franco.angelamaria@gmail.com

Cómo citar este artículo: Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta BS, Ochoa-Acosta EM. Frecuencia de consulta odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2011. Revista Nacional de Odontología. 2013; 9(16): 9-13.

Resumen. Introducción: se busca establecer la frecuencia de consulta odontológica en niños asistentes a los hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de la ciudad de Medellín. **Métodos:** se indagó por la frecuencia de la consulta odontológica en 320 niños del ICBF, con edades comprendidas entre los 6 meses y 5 años, mediante encuesta hecha a las madres o adultos responsables. **Resultados:** 57,2% de los niños había sido llevado por lo menos una vez en su vida al odontólogo. Entre los niños que tenían el antecedente de la consulta, el 73,3% fue llevado para “revisión”, mientras que el 13,7% requería tratamiento curativo. El 42,8% de los niños no había visitado nunca el odontólogo, y las razones más frecuentes que adujeron los cuidadores fueron: “el niño está muy pequeño” y “no he visto la necesidad”. **Conclusión:** sigue siendo baja la consulta odontológica en los niños y niñas durante la primera infancia, pese a la importancia demostrada para el adecuado crecimiento y desarrollo físico y emocional, y pese a que otros estudios muestran que persisten altas prevalencias de caries en este grupo poblacional.

Palabras clave: acceso a atención, primera infancia, salud bucal, servicios de salud.

Frequency of Dental Consultation During Early Childhood. Medellín, 2011

Abstract. Introduction: The main objective of this study was to establish the frequency of dental consultation by children who attend community homes that belong to the Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, Colombian institute for family welfare) in Medellín. **Methods:** We performed a descriptive evaluation to ascertain the frequency of dental consultation by 320 children from ICBF with ages between 6 months and 5 years. Surveys were used to gather information from mothers or primary caregivers. **Results:** 57.2% of the children had been previously taken to the dentist. 89.6% of those children had been taken within the last year. Among the reasons given by care givers to not attend dental consultation, 56.4% stated that children were too young and 22.1% revealed that they requested the appointment but it was not scheduled. Significant differences regarding type of social security insurance or socioeconomic status among those who were taken to the dentist and those who were not were not found (χ^2 2.87, p value 0.4117 and χ^2 5.84; p value 0.5399, respectively). **Conclusion:** There is a low frequency of dental consultation by boys and girls during the early childhood despite the fact that such procedure is important for their adequate emotional and physical growth and development and that other studies have shown that cavity prevalence is high in this population.

Keywords: access to care, early childhood, oral health, health services.

Frequência de consulta odontológica durante a primeira infância. Medellín, 2011

Resumo. Introdução: busca-se estabelecer a frequência de consulta odontológica em crianças que vão aos lares comunitários do Instituto Colombiano de Bem-estar Familiar (ICBF) da cidade de Medellín. **Métodos:** indagou-se pela frequência da consulta odontológica a 320 crianças do ICBF, com idades compreendidas entre 6 meses e 5 anos, mediante enquete feita às mães ou adultos responsáveis. **Resultados:** 57,2% das crianças tinham sido levadas pelo menos uma vez em sua vida ao odontologista. Entre as crianças que tinham o antecedente da consulta, 73,3% foram levadas para “retorno”; enquanto 13,7% requeriam tratamento curativo. 42,8% das crianças não tinham ido nunca ao odontologista, e as razões mais frequentes que os cuidadores deram foram: “a criança está muito nova” e “não vi a necessidade”. **Conclusão:** continua sendo baixa a consulta odontológica nas crianças durante a primeira infância, apesar da importância demonstrada para o adequado crescimento e desenvolvimento físico e emocional, e apesar de outros estudos mostrarem que persistem altas prevalências de cáries nesse grupo populacional.

Palavras-chave: acesso ao atendimento, primeira infância, saúde bucal, serviços de saúde.

Introducción

Los niños y niñas¹ de cero a cinco años son hoy un grupo de alta prioridad en las políticas públicas, no sólo en Colombia, sino en el mundo. En nuestro país, la estrategia de la Presidencia de la República “De Cero a Siempre” plantea que los derechos de los niños y las niñas en la primera infancia son impostergables; la familia, la sociedad y el Estado están en la obligación de garantizar la protección, la salud, la nutrición y la educación inicial desde el momento de la gestación hasta los cinco años [1].

Garantizar a los niños el goce efectivo del derecho a la salud implica, entre otras cosas, asegurar el acceso real a los servicios de salud, junto con todas aquellas políticas y acciones que procuren la reducción de las inequidades, la disminución de la pobreza, y la justicia social. El Estado colombiano ha manifestado su intención de desarrollar un conjunto de políticas, planes, programas y acciones, en el marco de las disposiciones de la Ley de Infancia y Adolescencia [2], que considera que todos los niños del país son sujetos titulares de derechos. Materializar este reconocimiento implica la realización de un trabajo conjunto que involucre la participación de instituciones públicas, privadas y distintos actores sociales, con el fin de generar condiciones para hacer efectiva la protección integral de este grupo poblacional.

Por otro lado, y con el fin de orientar las acciones en salud, el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el que, entre otras, se propone a los niveles territoriales y locales la gestión de políticas públicas que propendan por la garantía de los derechos de niños y adolescentes, mediante la inclusión de estrategias orientadas al fortalecimiento de acciones de detección, atención temprana, protección específica, manejo oportuno, tratamiento y rehabilitación de las condiciones que afectan la salud bucal, visual, auditiva, cognitiva, motora, emocional y comunicativa desde la primera infancia [3].

Se puede afirmar entonces que Colombia y muchas de las principales ciudades del país, entre ellas Medellín, cuentan con un marco legal amplio que debería garantizar los derechos de protección integral de la infancia, entre ellos la atención en la salud, y en salud bucal en particular, la cual es importante en tanto la vigilancia, la prevención y el control a las enfermedades bucales tienen un impacto positivo en su crecimiento y

desarrollo físico y psicológico, y, por tanto, en la garantía de una vida saludable para el menor [4, 5].

A pesar de ello, muchos son los obstáculos que rodean la atención odontológica de los niños menores de seis años; obstáculos o barreras que van desde las propias creencias de sus padres respecto a la necesidad o no de la atención, hasta las barreras que ponen los mismos servicios de atención, por tratarse de un grupo poblacional que demanda una organización particular y especial del servicio, que muchas veces no se compadece con los criterios de costo/beneficio que guían hoy su organización y disponibilidad.

Este estudio se realizó con el objetivo de identificar tanto la frecuencia de la consulta odontológica en los niños durante la primera infancia, como algunas características de esta consulta, con el propósito de sumar información a un diagnóstico que se viene haciendo de tiempo atrás en la ciudad de Medellín, y que busca visibilizar la necesidad de abrir los espacios de atención a los menores al tiempo que se promueven cambios culturales en la población para que haga uso de esos espacios.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo en 320 niños con edades comprendidas entre los 6 meses y 5 años, quienes asistían a 37 hogares comunitarios (HC) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y a tres centros infantiles (CI) del Programa Buen Comienzo. Los HC y CI estaban ubicados en las comunas y barrios de Medellín cuya población mayoritariamente está clasificada en estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. Se seleccionaron de 5 a 10 niños por HC o CI, para luego contactar al adulto responsable para la aplicación de una encuesta. El protocolo del estudio fue sometido a evaluación por el Comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Para la realización del estudio, se obtuvo la aprobación y colaboración de las directivas del ICBF y del Programa Buen Comienzo de la Alcaldía de Medellín. Los adultos responsables de los niños conocieron y firmaron el consentimiento informado para la participación en el estudio.

Se aplicó una encuesta estructurada a los cuidadores, en la que se indagó por los antecedentes de demanda y atención odontológica del menor. Se obtuvo, además, información acerca de variables sociodemográficas, como el estrato socioeconómico de residen-

1 En adelante, con el término niños, se hará referencia a ambos sexos.

cia, edad y sexo del infante, y se registró el parentesco y el nivel de escolaridad del cuidador.

Los datos recolectados fueron digitados en una base de datos creada en el programa Epi-info versión 6.04 y se analizaron en el programa SPSS® versión 14.0. En el análisis de la información se obtuvieron las distribuciones de frecuencia de las variables demográficas y se calcularon porcentajes para las variables categóricas definidas para identificar la frecuencia de consulta odontológica. Se realizaron pruebas Chi² de independencia para explorar diferencias según aseguramiento y estrato socioeconómico.

Resultados

Del total de los 320 niños cuyas madres o adultos responsables fueron encuestados, el 54,7% era de sexo masculino, el 62% tenía entre tres y cuatro años y el 64,7% pertenecía a grupos familiares de estratos 1 o 2 (figuras 1 y 2).

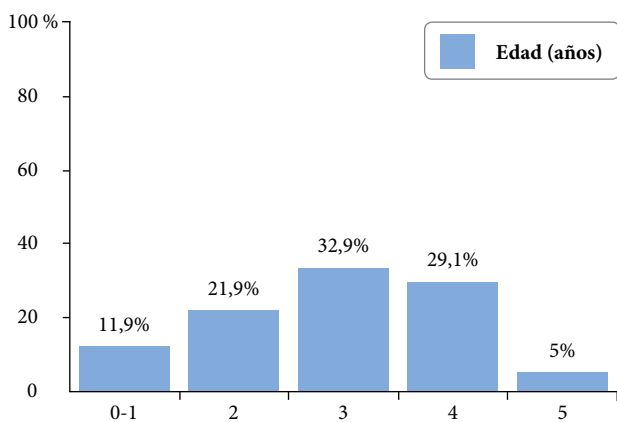


Figura 1. Distribución del grupo de estudio según edad

Fuente: elaboración propia

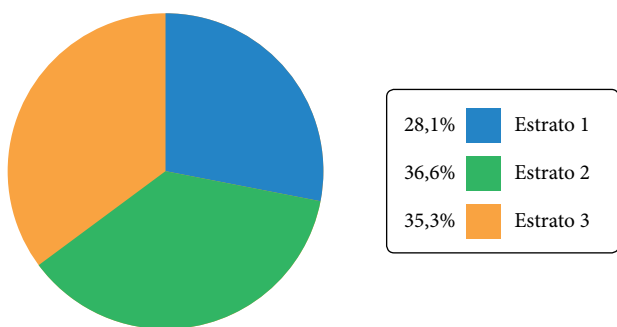


Figura 2. Distribución del grupo de estudio según el estrato

Fuente: elaboración propia

En el 74,1% (237) de los casos, fue la madre quien contestó la encuesta; la abuela fue el cuidador que llenó los datos en el 16,3% de los casos, y el porcentaje restante fue contestado por otro tipo de parientes o personas cercanas a la familia. La escolaridad de los cuidadores fue baja (máximo primaria completa) en el 23,8% de los encuestados, mientras que fue media en el 57,8% de los casos —o sea, tenían secundaria incompleta o completa—, en tanto que en el 18,4% se registró como alta la escolaridad (nivel técnico o universitario).

En el 55,3% de los casos se encontró que el principal responsable económico del niño era el padre, en el 29,1%, la madre, y en el restante 15,6%, un familiar cercano. De estas personas responsables económicamente del niño, el 55,9% estaba afiliado al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 35,9% al subsidiado, un 2,8% no tenía ningún tipo de aseguramiento y el 5,3% no informó.

Con respecto a los antecedentes de atención odontológica, el estudio encontró que el 57,2% (183) de los niños había sido llevado por lo menos una vez en su vida al odontólogo, y que el 51,3% había asistido a la consulta en el último año. De los 183 niños que tenían el antecedente de la consulta, 135 (73,3%) fueron llevados para “revisión”, mientras que 25 (13,7%) requerían tratamiento curativo (figura 3).

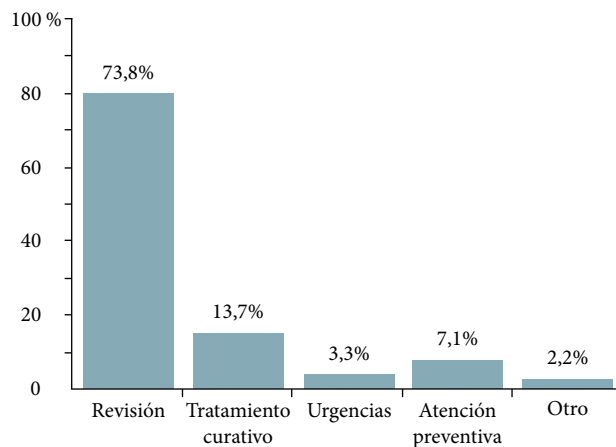


Figura 3. Motivo de consulta de la última visita al odontólogo

Fuente: elaboración propia

El 42,8% de los niños no había visitado nunca el odontólogo, y las razones más frecuentes que adujeron los cuidadores fueron que “el niño está muy pequeño” y que “no ha visto la necesidad” (figura 4).

No se encontraron diferencias significativas en el antecedente de atención odontológica según el ré-

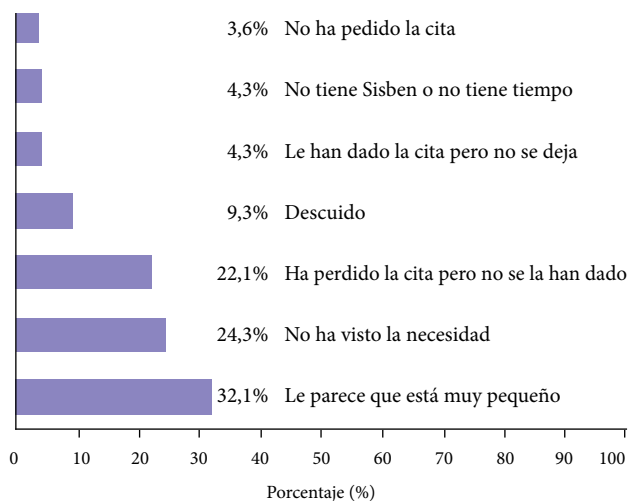


Figura 4. Razones por las que el niño no había sido llevado al odontólogo

Fuente: elaboración propia

gimen de aseguramiento del responsable económico (Chi^2 2,87, valor p 0,4117); tampoco las diferencias fueron significativas según el estrato socioeconómico de la vivienda del niño (Chi^2 5,84; valor p 0,5399).

Discusión

Las reiteradas reformas al sistema de salud colombiano, contrario a lo que dicen sus principios, están cerrando las puertas del acceso a los servicios a cada vez más amplios sectores de la población, pues aunque el aseguramiento se dice universal, a la hora de demandar la atención, los aseguradores y prestadores de los servicios argumentan variadas razones para contener esa demanda [6, 7]. Esto en últimas implica que el acceso a la atención en salud dependa de la capacidad adquisitiva de las personas, o, de manera más amplia, de la posición social del grupo familiar de quien necesita o demanda el servicio, y que como resultado de esto sea la población pobre la que esté más expuesta a no recibir atención oportuna que evite o controle a tiempo los problemas de salud [8].

Este estudio encontró que poco menos de la mitad de los niños incluidos en él no ha recibido nunca atención odontológica, sea esta de tipo preventivo o curativo, lo que significa que no ha tenido acceso a un profesional que valore su situación de salud bucal, identifique riesgos tempranamente, dialogue con el cuidador sobre los hábitos de cuidado y atienda las necesidades. En otras palabras, en el 42,8% de los niños

estudiados, menores de seis años, no ha sido efectivo el derecho a la atención integral en salud, a pesar de que múltiples estudios realizados en Medellín —ninguno de ellos de carácter poblacional, pero con muestras seleccionadas aleatoriamente— han mostrado que la prevalencia de caries en los niños menores de seis años alcanza todavía niveles altos, que en la mayoría de los casos superan el 50% [9-12].

El análisis de las razones que los cuidadores dan para que estos niños no hayan visitado nunca al odontólogo muestra claramente que en cerca de la tercera parte de los casos las razones tienen que ver con las deficiencias, reiteradas ya por otros estudios generales, de organización del sistema de salud: la falta de aseguramiento, el aseguramiento pero sin acceso, la inadecuada organización del servicio, entre otras. Situaciones que por lo general terminan condenando el niño a enfermar u obligando a la familia, según el estrato socioeconómico, a buscar la atención privada [8, 13].

Por su parte, las restantes dos terceras partes de los cuidadores aducen razones que se suelen catalogar ligeramente como razones “culturales”, atribuibles a decisiones “personales” de las madres o cuidadores. En este grupo encajan respuestas como: “No he visto la necesidad de llevarlo a consulta”, “me parece que está muy pequeño”, “descuido”, etc. Sin que el alcance de este estudio permita hacer afirmaciones concluyentes sobre el grado de participación que tienen las denominadas decisiones “personales” o los “estilos de vida”, que por lo general dependen más de las oportunidades educativas y en general de los modos de vida característicos de los grupos sociales, que de creencias y valores particulares, habría que decir que razones como las citadas esconden también falencias del sistema de salud al que desde la perspectiva de la promoción y la prevención le corresponde llevar la educación en salud oportunamente a las madres y cuidadores, para que comprendan la importancia de la consulta temprana [14, 15].

En el del grupo de niños que habían sido llevados a consulta, cabe destacar que en un alto porcentaje de los casos se argumentan motivaciones que se podrían denominar preventivas (revisión y atención preventiva fueron las respuestas). En todos los grupos de edad, pero en este particularmente, la práctica sistemática de la demanda de atención para la revisión es útil para garantizar la detección oportuna de problemas; sin embargo, vale la pena tener en cuenta que en muchos de estos casos esta demanda estaba motivada, según lo dijeron los cuidadores, por la exigencia de un certificado

de salud bucal como requisito para que el niño pudiera permanecer en el hogar comunitario o centro infantil, lo que deja pendiente de respuesta la adopción real de esta práctica preventiva de cuidado bucal de los niños por parte de sus cuidadores.

Conclusiones

Sigue siendo muy baja la frecuencia de consulta odontológica en los niños y niñas durante la primera infancia, pese a su importancia demostrada para el adecuado crecimiento y desarrollo físico y emocional, y pese a que otros estudios muestran altas prevalencias de caries en este grupo poblacional.

Las razones de la baja consulta son una combinación de responsabilidades de las autoridades políticas y sanitarias encargadas de garantizar el acceso a los servicios y la educación en salud orientada a desarrollar potencialidades en los actores familiares y comunitarios cercanos a los niños.

Agradecimientos

A la Secretaría de Salud de Medellín y a la Universidad de Antioquia por la financiación del estudio mediante convenio de asociación N°4600031117 de 2011.

A las directivas del Programa Buen Comienzo de la Alcaldía de Medellín y del ICBF, a las madres de los hogares comunitarios del ICBF, a las directoras y agentes educativos de los centros infantiles, y a los niños y sus cuidadores por su contribución para la ejecución del estudio.

Referencias

- [1] Colombia. Comisión Intersectorial para la Primera Infancia. Estrategia De Cero a Siempre. Atención integral a la primera infancia. Bogotá: Presidencia de la República; 2012.
- [2] Colombia. Congreso de la República. Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la infancia y la adolescencia. Bogotá: El Congreso; 2006.
- [3] Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: El Ministerio; 2012.
- [4] Low W, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatric Dent.* 1999; 21: 325-6.
- [5] Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(5): 1550-6.
- [6] Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2009; 27(2): 121-30.
- [7] Mejía A, Sánchez AF, Tamayo JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2007; 9(1): 26-38.
- [8] Colombia. Ministerio de la Protección Social, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Análisis de la Situación de Salud en Colombia 2002-2007. Tomo VI. Análisis de desigualdades e inequidades en salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.
- [9] 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.
- [10] 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): 21-8.
- [11] Ramírez-Puerta BS, Escobar-Paucar G, Franco-Cortés AM, Martínez-Pavón MC, Gómez-Urrea L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2011; 22(2): 164-72.
- [12] Ramírez BS, Escobar G, Castro JF, Franco AM. Necesidades de tratamiento en dentición primaria, en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada, en una comunidad de bajos ingresos. Moravia, Medellín, 2006. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2009; 20(2): 129-37.
- [13] Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta BS, Escobar-Paucar G, Isaac-Millán M, Londoño-Marín PA. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. Medellín. *Rev CES Odont.* 2010; 23(2): 41-8.
- [14] Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Burgos-Gil LM. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes de una población urbana. Medellín, Colombia. *Salud Publica Mex.* 2010; 52: 46-51.
- [15] Mouradian WE. The face of a child: children's oral health and dental education. *J Dent Educ.* 2001; 65: 821-31.