

BARRERAS DE ACCESO DE LA ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN LA POBLACIÓN DE CHÍA, CUNDINAMARCA, COLEGIO LUNA NUEVA



Área: Ciencia de la salud
Categoría: Pregrado

Caycedo, M, *
Cruz, D, González, P, Loaiza, J. Moreno, A,**

RESUMEN

OBJETIVO: identificar las barreras de acceso en odontología en los niños menores de cinco años en la población de Chía Cundinamarca, colegio luna nueva **MATERIALES Y METODOS:** Estudio descriptivo transversal. Teniendo como población 140 padres y/o cuidadores de los cuales se tomaron 89 para resolver la encuesta, se tabularon los datos y se elaboro un análisis estadístico descriptivo de frecuencia y porcentajes. **RESULTADOS:** dentro de las principales barreras encontradas se destacaron las barreras geográficas, las barreras socio-culturales, las barreras económicas y las barreras de convivencia, reportando que el 100% de la población presentaba una barreras. **DISCUSION:** Cuando se revisaron los niños en el I semestre de 2008 en práctica comunitaria se evidencio un alto índice de caries en un 72.5%, de los cuales el 56.9% tenían necesidad de tratamiento, esto respalda la investigación ya que se hallaron múltiples barreras de acceso odontológico. **CONCLUSIONES:** se identificaron cuatro grupos de barreras, las cuales tenían cada una variables distintas, reportando esto al menos un tipo de barrera en la población.

PALABRAS CLAVES: Barreras, acceso, geográfico, socio-cultural, económico, convivencia.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify barriers to access in dentistry in children under five years in the town of Chía, Cundinamarca, new moon school **MATERIALS AND METHODS:** Cross-sectional. 140 people having as parents and / or caregivers who took 89 for resolving the survey, tabulated data and developed a descriptive statistical analysis of frequency and percentages. **RESULTS:** Within the principal challenges were highlighted geographical, socio-cultural barriers, economic barriers and barriers to coexistence, reporting that 100% of the population presented a barrier. **DISCUSSION:** When we reviewed the children in the first half of 2008 in community practice is evidence a high rate of caries in 72.5%, of which 56.9% were in need of treatment, this supports the research and found that multiple barriers dental access. **CONCLUSIONS:** We identified four groups of barriers which each had different variables, reporting that at least one type of barrier in the population.

KEY WORDS: Barriers, access, geographic, socio-cultural, economic, coexistence.

*Investigadora C.O.C

**Estudiantes investigadores C.O.C

INTRODUCCIÓN

La salud oral es una condición de bienestar de calidad y vida humana, a la cual tiene derecho toda la población, el estado debe vigilar por que este derecho se cumpla y dar las herramientas necesarias para que los individuos tengan acceso a los servicios de salud.(1)

El abordaje de los problemas de salud debe hacerse desde la perspectiva de una constante interacción, de un encuentro como señala Frenk, en el que confluyen lo biológico, lo social, el individuo, la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. (2) por lo tanto el tener una atención odontológica se vuelve una de las prioridades en la salud pública es por ello que en la resolución 3577 del 2006 se decide adoptar el plan nacional de salud bucal que busca brindar soluciones y mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios de los niños menores de cinco años,. (3)

El estado de salud oral de la población infantil se evidencia en indicadores como los reportados en el ENSAB III, donde se encontró que el 60.4% presentaron historia de caries y el 54.8% presentó caries activa, en la dentición primaria, Lo cual demuestra un impacto moderado en los niveles de salud, no alcanzando la meta propuesta por la OMS de tener un ceo-d de 0 (sin experiencia de caries). (4)

El tercer estudio Nacional de salud bucal ENSAB III reporto que En la dentición permanente, el 88.7% de las personas ha presentado historia de caries y el 65.3% tenía caries sin tratamiento. A los 12 años el CPO-D presentó una reducción mayor del 50% al pasar de 4.8 en 1977-80 a 2.3 en 1998, lográndose el cumplimiento de la meta de la OPS para el 2000, de tener este índice menor a 3. En el lapso entre el estudio de 1980 y el de 1998, hay una reducción importante en la proporción de personas con caries, principalmente en los menores de 19 años debido a las medidas preventivas implementadas desde los años 70. (4)

Acceso en salud es definido como el ingreso a los planes de atención básica para una salud integral; es un determinante para el estado de salud de la población, respecto a este se han identificado en diferentes estudios algunas de las barreras que influyen en la asistencia de la población en los servicios de salud como son: La barrera geográfica: definida como el límite natural de distribución espacial de una especie que define la concentración de individuos agregados en un sitio y la ocurrencia de la misma especie en lugares lejanos o remotos a la distribución actual. La barrera Socio cultural: Se define como el desconocimiento de los hechos actuales y falta de conocimientos sobre la vida cotidiana. La barrera de Convivencia:

Son aquellas que se desencadenan a partir de la atención del personal que presta un servicio. La barrera Económica: Aquellas que se deriva de la limitación de no tener recursos monetarios para solventar las necesidades (1)

El régimen de salud en Colombia establece afiliaciones de régimen subsidiado y contributivo, así mismo el régimen de vinculados, los cuales prestan servicios en medicina y odontología de acuerdo al plan Obligatorio de salud (POS); la ley 100 de 1993, en el capítulo II define y crea el régimen subsidiado, identifica la población beneficiaria y establece la participación de las entidades responsables de aportar los recursos para dicho régimen; aquí se establecen cinco tipos de planes diferentes, a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el sistema general de seguridad social en salud, contando cada uno de ellos con atención básica en salud oral, al cual tienen derecho los niños de 2 a 14 años, sobre educación en técnicas de cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al Odontólogo, aplicación de sellantes y flúor, exámenes de diagnóstico, tratamiento de operatoria, endodoncias, exodoncias y atención de urgencias odontológicas. (5)

En el ENSAB en 1998 se presenta información en donde de cada 100 dientes cariados en la población menor de 5 años solo se obturaron 23, lo que evidencia la poca capacidad resolutoria de los servicios de salud

especialmente en el área de odontología. (4)

Es necesario entender que si se dan a conocer en todas las comunidades sociales los planes que se han creado para que los niños asistan y tengan acceso a los servicios de salud, como está estipulado en el POS y en el plan nacional de salud bucal; hay que enfatizar que en Colombia este servicio para los niños es gratuito y creado específicamente para ellos.

Los niños de 2 a 14 años tienen derecho a atención básica, sobre educación en técnicas de cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al Odontólogo, aplicación de sellantes y flúor, exámenes de diagnóstico, tratamiento de operatoria, endodoncias, exodoncias y atención de urgencias odontológicas. (6)

Las estrategias asistenciales y educativas que tienden a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud, en donde se ha tomado en cuenta que los menores de edad cuenten con la respectiva atención, pero algunos de estos programas no se ejecutan, con las nefastas consecuencias para nuestra población infantil. (7)

En el colegio Luna Nueva de Chía, Cundinamarca se encontró una alta prevalencia de caries activa en el I semestre del 2008 en la realización de la práctica comunitaria, que realizó la institución universitaria Colegios de Colombia, teniendo este marco de referencia esta investigación tiene como objetivo determinar cuáles son las barreras de acceso en esta población.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un Estudio descriptivo transversal en una población de 140 padres y/o cuidadores de niños del colegio Luna Nueva de Chía. Que asistieron el día de la realización de la encuesta y estuvieron dispuestos a contestarla. Se tomo una muestra por conveniencia de 89 padres y/o cuidadores de los niños menores de cinco años. De acuerdo a la resolución 8430 el estudio es considerado sin

riesgo y fue aprobado por el comité de ética institucional, para la recolección de datos se elaboró un instrumento estructurado de 32 preguntas, para la validación de este se realizó una prueba piloto a 18 padres de familia estudio y/o cuidadores, posteriormente se procedió a la recolección de información mediante la aplicación directa de la encuesta a los padres de familia, los datos fueron tabulados en Microsoft Excel 2007 y analizados en el paquete estadístico SPSS versión 15.0 utilizando estadística descriptiva y análisis bivariado.

RESULTADOS

Se encuestaron 89 padres y/o cuidadores de niños menores de cinco años; en cuanto a las características socio demográficas se encontró que el 67.4% género femenino y el 32.6% género masculino, el estado civil se

muestra en la figura 1, 83.1% provenían del área urbana y el 16.6% del área rural, el nivel educativo se muestra en la figura 2; 53.9% eran de estrato 2, 24.7% de estrato 3 y el 21,3 de estrato 1, se encontró 61,8% de los padres y/o cuidadores son < de 30 años y el 38.2% son > de 30 años.

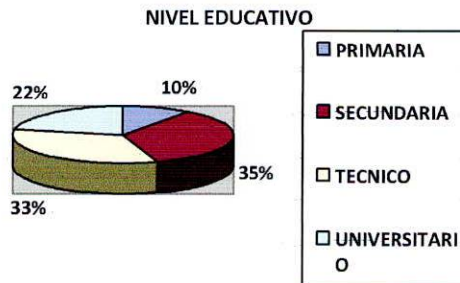
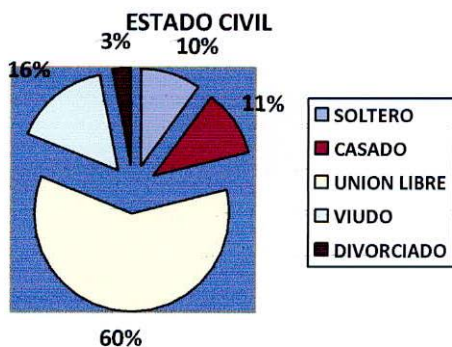


FIGURA 1

FIGURA 2

En las siguientes tablas se muestran las barreras en sus categorías:

BARRERAS GEOGRAFICAS	SI	NO
----------------------	----	----

1.1 Distancia centro de salud (más de 10 cuadras)	66.3 %	33.8 %
1.2 Tiempo entre casa – centro de salud (mas de 30 minutos)	15.7 %	84.3%
1.3 Transporte (Bus, Carro)	31,4%	68.6%

BARRERAS SOCIO-CULTURALES	SI	NO
2.1 Importancia de dientes temporales	87.6%	12.4%
2.2 Ha llevado su hijo al odontólogo	66.3%	33.7%
2.3 Asiste al odontólogo lo lleva por dolor	54.2%	45.8%
2.4 Ausencia de su hijo por problemas odontológicos	47.5%	52.5%
2.5 Permiso para ir a la consulta odontológica	42.4%	57.6%
2.6 Consulta adicional a la EPS	23.7%	76.3%

BARRERAS ECONOMICAS	SI	NO
3.1 Cancelación cuota moderadora para la consulta	78.0%	22.0%
3.2 Valor de la cuota moderadora (Inadecuado)	74.6%	25.4%
3.3 Valor del pasaje (inadecuado)	7.1%	92.9%
3.4 No dispone de algún porcentaje para ingreso al servicio odontológico	67.8%	32.2%

BARRERAS DE CONVIVENCIA	SI	NO
4.1 Su solicitud de consulta es personalmente.	74.6%	25.4%
4.2 Solicitud de cita inmediata	78%	22%
4.3 La atención recibida es mala	39%	61%
4.4 la primera vez asistencia odontología del niño fue entre 51-60 meses	64.4%	35.6%
4.5 Satisfecho con la consulta	40.7%	59.3%
4.6 Tiempo de espera antes de la consulta es de más de 15 min	86.4%	13.6%
4.7 Relación odontólogo-paciente buena	55.9%	44.1%
4.8 Cuando llega tarde lo atienden	30.5%	69.5%
4.9 Cuando va de urgencia lo atienden	44.1%	55.9%
4.10 Su hijo ha sido remitido a exámenes complementarios	20.3%	79.7%
4.11 Solicitud de documento de identidad al ingresar al centro de salud	71.2%	28.8%
4.12 Centro de salud con recursos adecuados	49.2%	50.8%
4.13 Oportunidad de escoger horario	22%	78%
4.14 Tiempo de consulta adecuado	45.8%	54.2%
4.15 Ha dejado de asistir a la consulta por la atención recibida	27.1	72.9%
4.16 Prefiere que a su hijo lo atienda un especialista en pediatría.	25.4%	74.6%
4.17 Buena distribución del consultorio	30.5%	69.5%

4.18 Privacidad durante la cita odontológica	18.6%	81.4%
4.19 Utiliza alguna ayuda como remedios caseros, automedicación, farmacia ets, cuando presenta dolor, sin consultar un odontólogo.	100%	0%

En cuanto a la práctica comunitaria realizada en el I semestre de 2008 en la misma población estudiada se encontraron datos elevados de caries en un 72.5% , a los cuales se les

envió una remisión a los padres de familia evidenciando la necesidad de tratamiento de cada niño en 56.9%

DISCUSION

En el I semestre del 2008 se encontraron cifras de dientes con historia de caries de 72.5% cuando se revisaron los niños en la práctica comunitaria; a cada padre y/o cuidador se le entrego una remisión con las necesidades de tratamiento para ser atendidos en su respectiva

eps, evidenciando que el 56.9% de los niños presentaban prioridad de tratamiento, esto nos llevo a identificar porque la falta de acceso a los servicios odontológicos; posteriormente se identificaron distintas barreras de acceso a los servicios.

Se han hecho evidentes diferentes barreras de acceso en la población , ya que cada niño (cuidador) tiene diferentes obstáculos para la asistencia al servicio odontológico; es importante resaltar que en los cuatro grandes grupos de barreras se encontró que cada niños tenia al menos una barrera.

acceso a los servicios de salud en cuanto a prevención y tratamiento.

Entre las barreras geográficas se encontró que la distancia entre la casa y el centro de salud era a mas de 10 cuabras , lo cual se convertia en una impedimento para la asistencia al servicio odontológico.

Con respecto al conocimiento y uso de los programas de control del niño sano y control prenatal, la ACFO reporto que 76.9% de los informantes de menores de cinco años vinculados en las ARS no conocen dichos programas, solo 44.6% de los afiliados reportó saber de estos .(9) Evidenciando esto las falencias que encontramos en nuestra investigación relacionadas con las barreras socio-culturales en cuanto a la falta de conocimiento sobre dichos programas.

En las barreras socio-culturales se encontró que la asistencia odontológica solamente se da por la presencia de dolor en un 54.2% de la población menor de cinco años. Describiendo que esto limita el

Las barreras económicas evidenciaron que el 78% de la población cancelan cuota moderadora, de los cuales el 75% reporta que el valor de esta es inadecuado y un 68% no dispone de esta cuota, dando a entender que las barreras

económicas limitan el acceso a la atención odontológica, contradiciendo el artículo desarrollado por JAMES J. CRALL que expone claramente que las barreras económicas no son un

espera más de 15 minutos para ser atendido en su consulta odontológica, el 78% dice que el horario de la cita no es flexible a su tiempo, y el 100% de la población utiliza diferentes ayudas como automedicación, remedios caseros y otros cuando hay presencia de dolor. Todo esto se convierte en un conjunto de barreras en cuanto a el tiempo empleado para la solicitud de la cita, ya que muchas personas no disponen de mucho tiempo libre para estos trámites; A la hora de ingresar a la cita el tiempo de espera antes es muy extenso, esto hace que los padres y/o cuidadores no asistan a ella o en dado caso no soliciten la cita.

Se reportó en el documento de los FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, que las medidas caseras y la automedicación fue la más alta proporción de las respuestas, esto sugiere sustitución de usos por la existencia de barreras de convivencia al acceso a los servicios o por limitaciones relacionadas con el costo (9), teniendo relación los resultados encontrados es la investigación.

CONCLUSIONES

impedimento para el acceso a los servicios odontológicos (8).

En las barreras de convivencia se destaca que el 75% de la población solicita su cita personalmente, un 87%

Se identificaron cuatro grupo de barreras de acceso a la consulta odontológica en niños menores de cinco años en la población de Chía, Cundinamarca, colegio luna nueva, las cuales fueron: Barreras económicas, barreras socio-culturales, barreras geográficas, y barreras de convivencia; tomando como el 100% de la población estudiada 89 padres y/o cuidadores, los cuales tenían algún tipo de barreras dando como resultado el 100% de la población con cierta barrera.

En las barreras geográficas, la distancia del centro de salud se convierte en un impedimento para asistir a la consulta odontológica siendo esta la variable más destacada en este grupo de barreras. La relación con las barreras geográfica y el estrato es muy significativa ya que a mayor estrato se evidencio mayor barreras geográfica.

En las barreras socio-culturales se identifica que la asistencia odontológica está limitada solo a la presencia de dolor, refiriendo que cuando no hay presencia de este no se acude al servicio odontológico por algo tan importante como la prevención y el tratamiento oportuno.

En general se dice que las barreras económicas son un impedimento en

esta población a la hora de tener acceso a la atención odontológica ya que se reporta el pago de la cuota moderadora alto.

En las barreras de convivencia se reporta en mayor frecuencia el uso de remedios caseros y la automedicación, además de la manera como se solicita

la cita para la atención odontológica que se realiza de manera personal.

Las barreras económicas y las barreras de convivencia están muy relacionadas con el estado civil, siendo más significativas en los padres solteros y casados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. HUERTAS P, MERCADO D, RIASCOS C, ZULUAGA C. ACFO documento interno, Foro política pública-2006
2. DIAZ R, Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos. Rev. ADM 2001; 58 (2), 68-73.
3. Ministerio de la protección social, Resolución 3577 de 2006, septiembre 28 de 2006.
4. MINISTERIO DE SALUD.III Estudio Nacional de Salud Bucal 1998- Ensab III. Tomado de SIVIGILA., Oficina de Epidemiología. 1998
5. CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA, Ley 100, libro segundo, Título II, Capitulo II, Artículo 157, 1993.
6. LA SALUD ORAL EN BOGOTÁ, D.C, un vistazo a la realidad. Problemas de salud bucal. Rev. Colomb med. 2007;Vol. 38 (3) 181-186
7. JAMES J. CRALL, D. D. S, Sc. D, Access to oral health care: professional and societal considerations, Journal of dental education, 2006.70,(11) 1133-1138.
8. ACFO, Factores condicionantes y determinante del acceso a los servicios de salud , Foro de política pública, 2003