

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

INVESTIGADORES:  
CRUZ RUEDA DIANA PATRICIA  
GONZÁLEZ CALDERÓN PAULA ANDREA  
LOAIZA MARTÍNEZ JUAN CARLOS  
MORENO SOTO ANGÉLICA MARIA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTENER EL TÍTULO COMO ODONTÓLOGOS

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA "UNICOC"  
COLEGIO ODONTOLÓGICO  
BOGOTÁ, D.C  
2009

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

INVESTIGADORES:  
CRUZ RUEDA DIANA PATRICIA  
GONZÁLEZ CALDERÓN PAULA ANDREA  
LOAIZA MARTÍNEZ JUAN CARLOS  
MORENO SOTO ANGÉLICA MARIA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTENER EL TÍTULO COMO ODONTÓLOGOS

ASESORES:

CARMENZA MACÍAS  
ODONTÓLOGA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA  
ASESORA CIENTÍFICA

MARTHA LUCIA CAYCEDO  
ODONTÓLOGA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA  
ASESORA METODOLÓGICA

CLARA LOPEZ DE MESA  
ESTADISTA  
ASESORA ESTADISTA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA "UNICOC"  
COLEGIO ODONTOLÓGICO  
BOGOTÁ, D.C  
2009

## **DEDICATORIA**

Dedicamos nuestro trabajo de tesis en primer lugar a Dios, ya que nos dio la oportunidad de vivir y compartir alegrías como estas.

Dedicamos también a nuestros padres ya que sin ellos no hubiera sido posible cursar estudios de educación superior, nos han acompañado en los mejores momentos así como en los momentos difíciles, nuestras familias ya que nos dieron un apoyo inmenso.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a la doctora Martha Lucia Caycedo por su colaboración y apoyo en este trabajo final de investigación porque sin su asesoría este no hubiera sido posible.

Agradecemos a la doctora Clara López de Mesa por su colaboración y apoyo, ya que nos guio en la realización de nuestros resultados.

Agradecemos también a nuestros padres por que sin su ayuda incondicional no hubiéramos logrado alcanzar nuestras metas propuestas en la realización de nuestros estudios de educación superior

## **CONTENIDO**

### **INTRODUCCION**

#### **1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTIFICOS**

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2 JUSTIFICACIÓN

1.3 IMPACTO

1.4 MARCO TEÓRICO

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

#### **2. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

2.1 TIPO DE ESTUDIO

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

2.3 POBLACIÓN ESTUDIO

2.4 MUESTRA

2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

2.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

2.7 VARIABLES

2.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.9 PROCEDIMIENTO

#### **3. RESULTADOS**

#### **4. DISCUSION**

**5. CONCLUSIONES**

**6. RECOMENDACIONES**

**7. BIBLIOGRAFIA**

## 1. ASPECTOS TEÓRICO CIENTIFICOS

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud oral es una condición de bienestar que determina la calidad de vida de las personas, independiente de la situación socio - económica de las mismas; el estado debe propiciar las condiciones y facilitar los medios para que la población en general y en particular los niños menores de cinco (5) años tengan acceso a los servicios integrales de salud. **(ACFO, 2003)**

El sistema de salud en Colombia establece afiliaciones de régimen subsidiado y contributivo, al igual que el régimen de vinculados, los cuales prestan servicios en Medicina y Odontología de acuerdo al plan Obligatorio de salud (POS); éste establece diferentes normas, algunas de las cuales se constituyen en barreras de acceso para el usuario a los servicios, como el pago de cuota moderadora, esto se ve reflejado en diversos estudios como el realizado; se han determinado otras barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud, especialmente en la población de niños menores de 5 años. **(PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, 2006)**

El ENSAB en 1998 presenta información en donde de cada 100 dientes cariados en la población menor de cinco (5) años, solo se obturaron 23. Lo anterior evidencia la poca capacidad resolutive de los servicios de salud, especialmente en el área de la Odontología **(ENSAB III, 1998)**

Lo anterior nos lleva a preguntar: ¿cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud oral en la población menor de cinco (5) años?

Existen varias leyes como la 1098 de 2006, la cual en el título II, enuncia las garantías y derechos para la prestación de los servicios de prevención y salud

integral a los niños y adolescentes que requieran tratamiento. **(LEY 1098 DE 2006)**

Se determina que la falta de información acerca de los recursos con los que el estado cuenta, es el mayor impedimento para que los padres de familia busquen que sus hijos sean atendidos por las EPS o ARS, debido a que no son conscientes de la necesidad de prevenir un sin número de enfermedades pertinentes a la salud oral. **(ACFO,2003)**

Es claro que el **nivel socio - económico** de las familias influye en el interés de los padres por llevar a sus hijos al Odontólogo, pero adicionalmente, y esto no ocurre solamente en el municipio de Chía, el **nivel cultural** de las mismas es otro de los factores decisivos para que las personas se interesen por los programas de prevención y atención integral, especialmente en aquellos dirigidos a la población infantil. Otra problemática vigente en el entorno tiene que ver con la **desintegración familiar**, donde en muchos casos la mamá es cabeza de hogar, y por consiguiente se ve obligada a trabajar para asegurar el sustento de sus hijos, sin tener siquiera tiempo para vigilar el estado de salud de sus hijos y menos aún la que tiene que ver con su salud oral. También son frecuentes los casos en los cuales los padres acuden al Odontólogo con sus hijos, pero debido a los **costos** de los tratamientos, éstos son postergados indefinidamente.

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. **(LEY 100 DE 1993)**

Con todo lo anterior nos preguntamos: ¿Cómo en la población menor de 5 años existen barreras de acceso a los servicios de odontología?

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

A pesar de las dificultades existentes, en nuestro sistema de gobierno se han estipulado ciertas leyes que especifican qué tipos de servicios deben prestar las entidades de salud, estableciendo claramente cuáles son sus deberes y sus derechos; se han generado planes de desarrollo que no han beneficiado a todas las regiones, con sus municipios, corregimientos y barrios incluidos. Se realizan campañas de sensibilización para invitar a la población a inscribirse, a participar de los diferentes programas de prevención y tratamiento, a manifestar sus inconformidades con respecto al sistema, a informar los motivos que limitan el acceso a los servicios Odontológicos y sus apreciaciones con el fin de mejorar la prestación de dichos servicios. Toda esta información es procesada estadísticamente por las respectivas entidades.

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 por ignorancia y negligencia de muchas familias algunos de estos programas no se ejecutan, con las nefastas consecuencias para nuestra población infantil.

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, hay que enfatizar que en Colombia este servicio para los niños es gratuito y creado específicamente para ellos.

Es de vital importancia recordarle a los padres de familia la necesidad de acudir a los programas de prevención Odontológica, la cual es más económica y menos

traumática que el tratamiento de una patología.

Cuando los aspectos socio-organizativos y geográficos no facilitan la utilización de los servicios y la obtención de los mismos, sino que por el contrario, obstaculizan los esfuerzos del paciente para obtener atención médica, generan frustración e insatisfacción en el usuario y al sistema de salud le genera una ineficacia en el cumplimiento de sus objetivos y políticas, así como, oportunidades de pérdidas de atención en salud, factor que no se ha investigado con detenimiento ni profundidad.

### **1.3 IMPACTO**

En nuestra comunidad es muy notable la falta de asistencia a los servicios de Odontología, fenómeno que se ha visto reflejado año tras año, puesto que cada que empieza una generación, ésta sigue con las mismas barreras de acceso que las anteriores; por consiguiente, estableceremos los diferentes inconvenientes observados, con el fin de determinar cuáles son las barreras que se presentan para el acceso a los servicios a los niños menores de 5 años, lo cual permitirá establecer estrategias y planes de eliminación de las mismas, mediante políticas de salud pública.

Es necesario enfatizar en los padres de familia acerca de la importancia de conocer y asistir a las campañas de promoción y prevención en salud oral, puesto que a pesar de las diversas dificultades que se presentan, se pueden encontrar opciones para que éstos cuenten con un servicio Odontológico de calidad y así sus hijos obtengan tratamientos de acuerdo a sus necesidades.

Brindar elementos y argumentos basados en evidencias sobre la problemática de las barreras de acceso, permitirá plantear políticas en los procesos para ofrecer garantía de servicios de salud integral al menor de cinco años.

## 1.4 MARCO TEÓRICO

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 **(HUERTAS P. Y COLS, 2006)**

Existen entidades responsables de la afiliación y registro de los afiliados al sistema de la seguridad social en Colombia como son las E.P.S , que se encargan también del recaudo de las cotizaciones y su función básica es organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de salud.

Estas afiliaciones se hacen por medio de un régimen el cual es definido como conjunto de reglas que se imponen o se siguen. Dentro de estos regímenes se encuentran el contributivo donde se clasifica en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) de los individuos, su núcleo familiar que tiene capacidad de pago de los servicios; y el subsidiado clasificación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de los individuos, y su núcleo familiar, que reciben los servicios gracias a una vinculación

subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad. **(CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA, LEY 100 1993)**

En el régimen contributivo se incluye el gasto de las EPS públicas y privadas que participan de dicho régimen. Se excluye el gasto de los regímenes especiales que no hacen parte del SGSSS.

En el régimen subsidiado se incluye el gasto de las EPS, ESS, Cajas de Compensación familiar y demás entidades que participan de dicho régimen.

En el plan nacional de salud bucal (PNSB) se estipula brindar soluciones y mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios a los niños menores de cinco años, con relación a la caries dental. **(Plan nacional de salud bucal , 1996)**

En el tercer estudio nacional de salud bucal en Colombia se encontraron datos como:

- ▶ Los niños de 5 años presentaron reducción del 30% en el promedio de dientes con historia de caries y el índice ceo-d paso de 4.2 en 1977-80 a 3.0 en 1998.
- ▶ Si bien el 39.6% de estos niños no han tenido historia de caries, demostrando un impacto moderado en los niveles de salud, no se logró la meta propuesta por la OMS de tener un 50% de niños de esta edad con un ceo-d de 0 (sin experiencia de caries).
- ▶ El 60.4% presentaron historia de caries y el 54.8% presentó caries activa, en la dentición primaria.
- ▶ En la dentición permanente, el 88.7% de las personas ha presentado historia de caries y el 65.3% tenía caries sin tratamiento.
- ▶ El CPO-D1 presentó en la edad de 12 años 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 (**III Estudio nacional de salud bucal. ENSAB III , 1998**)

En cuanto a la protección existe un ente creado para formular políticas y expedir o modificar las normas que se requieran para garantizar a toda la población la prestación de los servicios de salud bucal y las condiciones para su adecuada prestación, así como asesorar y hacer seguimiento a las acciones que deben ejecutar las entidades territoriales del nivel departamental y municipal, así como las EPS y ARS con relación a este servicio. Orienta igualmente, las acciones para lograr la unidad de las líneas, estrategias y acciones del Plan Nacional de Salud Bucal, dentro del SGSSS, además de retroalimentar a las entidades y a la población con los resultados de las acciones emprendidas, como lo es el ministerio de la protección social (MPS). (**Ministerio de la protección social** )

Se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones mediante la ley 100 de 1993.

## LIBRO PRIMERO

**ARTÍCULO 3o.** DEL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

## LIBRO SEGUNDO

El sistema general de seguridad social en salud

### TÍTULO I

Disposiciones generales

### CAPÍTULO I

Objeto, fundamentos y características del sistema

Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.

**ARTICULO. 154.-Intervención del Estado.** El Estado intervendrá en el servicio público de seguridad social en salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

- a) Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en el artículo 2º y 153 de esta ley;
- b) Asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia

## CAPÍTULO II

De los afiliados al sistema

**ARTICULO. 157.-**Todo Colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el sistema general de seguridad social en salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

### A) Afiliados al sistema de seguridad social

Existirán dos tipos de afiliados al sistema general de seguridad social en salud:

1. Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente ley.
2. Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley, son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y

urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

**ARTICULO. 160.-** Son deberes de los afiliados y beneficiarios del sistema general de seguridad social en salud los siguientes:

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
2. Afiliarse con su familia al sistema general de seguridad social en salud.
3. Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.
5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente ley.
6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
8. Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.

#### CAPÍTULO IV

##### De los usuarios

**ARTICULO. 198.-.** Las instituciones prestadoras de salud deberán garantizar un

adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas.

**ARTICULO. 199.-** El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente.

**ARTICULO. 200.-Promoción de asociaciones de usuarios.** Para aquellas poblaciones no afiliadas al régimen contributivo, el gobierno promoverá la organización de las comunidades como demandantes de servicios de salud, sobre la base de las organizaciones comunitarias de que trata el artículo 22 de la Ley 11 de 1986, y el Decreto 1416 de 1990, los cabildos indígenas y, en general, cualquier otra forma de organización comunitaria.

Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal – Ensab III. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónica – Enfrec II. Tomo VII: Estudio Nacional de Salud Bucal. Primera Edición, 1999.

Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Bucal, 1996.

Defensoría del Pueblo en “El Marco Normativo del Derecho a la Salud en Colombia”.

En el estudio realizado por la ACFO se clasificó el servicio de salud como: 58% califican la salud como buena; 57% la califican como regular.

Clasifican el uso a los servicios de salud como: : asisten 6,9% vinculados; 9,2% Subsidiados; 83.9% no usan el servicio. (ACFO, 2006)

De acuerdo a las cifras anteriormente mencionadas, preocupa que solo asista un porcentaje tan reducido a los servicios de salud integral; ni siquiera se logra una cifra de un 20%, lo cual indica que existen barreras que impiden que las personas

no utilicen estos servicios. (ACFO, 2006).

Es preocupante saber que algunas de las personas que no utilizan estos servicios, recurren a medidas caseras, es decir, se auto medican; Las personas que utilizan estos medios han manifestado que no les interesa ir a ningún Odontólogo puesto que en su casa tienen la solución al problema que se les presente.

Por lo anteriormente mencionado se reportaron diversos artículos:

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. (Díaz R, – 2001).

En todos los sistemas de seguridad social, la salud emerge como un derecho humano, por ende, un derecho de todos. Por eso en especial para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los conceptos de equidad y accesibilidad se ponen de manifiesto cuando se habla de la salud como derecho (Villarreal G, 2003).

La meta de cualquier sistema de cuidados médicos o dentales es el de proveer los servicios que la población necesita. Sin embargo, generalmente el acceso al cuidado sigue una regla inversa: los que necesitan cuidados dentales más frecuentemente, no los reciben. Las enfermedades bucales, por su alta morbilidad, se encuentran entre los cinco problemas de mayor demanda de atención en los servicios de salud de este país, situación que da lugar al ausentismo escolar y laboral, así como a la necesidad de hacer gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población (Medina. C. 2004).

La descripción y análisis del estado de salud de la población, la evaluación como proceso de culminación y ajuste de cualquier intervención en salud, históricamente

ha necesitado de información. Una necesidad fundamental para todo planificador es disponer de información, ya sea ésta cualitativa o cuantitativa, que le permita conocer el escenario actual en que recibe una empresa para proponerse metas y objetivos en el tiempo. ( **Valenzuela M. – 2005**).

Debe darse prioridad al aseguramiento de la población no cubierta. No vale la pena eliminar los pagos de las cuotas moderadoras por su poco impacto y debe estudiarse con cuidado el gasto de bolsillo en medicamentos el cual es a todas luces exageradamente alto. ( **Yépez F. – 2003**).

La Doctora Karen Yoder describe la historia de la Odontología organizada como líder para lograr el acceso a la atención de la salud oral a la importancia que ahora tiene. Ella explica porque a la aceptación se le debe dar una mirada más cercana dentro de la profesión y nos advierte de los posibles resultados cuando es mal entendida, mal usada y / o aplicada demasiado pronto para las áreas de diagnóstico, tratamiento, el pago, o con los cuatro pasos de ser un paciente ( **Catalanotto F. – 2006**).

La definición de una atención adecuada y la aceptación universal fue más allá de toda una dentista o incluso una organización cualquiera. Describir la adopción de sistemas de un solo pensamiento aprueba las definiciones de atención y paciente, para entender cuales son las responsabilidades y deberes para quien decide contar con un servicio de salud ( **Patthoff D. 2007**).

La utilización se refiere a comportamientos observados o documentados de pruebas de las personas al uso real de los servicios de salud o los patrones de frecuencia de las visitas dentales, la frecuencia o los tipos de servicios prestados. Utilización puede reflejar las actividades de auto evaluación iniciado por los pacientes o recomendados por los médicos. ( **Crall J. –2006**).

La descripción y análisis del estado de salud de la población, la evaluación como

proceso de culminación y ajuste de cualquier intervención en salud, históricamente ha necesitado de información. Una necesidad fundamental para todo planificador es disponer de información, ya sea ésta cualitativa o cuantitativa, que le permita conocer el escenario actual en que recibe una empresa para proponerse metas y objetivos en el tiempo. **(VALENZUELA M.T, 2005).**

Más tarde un artículo referido a estas cuestiones aborda claramente algunos de los datos en apoyo de la afirmación de que existe un problema real en el acceso a la atención de la salud oral, especialmente para algunas poblaciones; demuestra claramente las dificultades en el acceso a los niveles de salud oral **(Catalanotto – 2006).**

Es de vital importancia conocer las tendencias del desarrollo de la práctica Odontológica en México, teniendo como base el análisis de tres paradigmas fundamentales del modelo global: el desarrollo humano sustentable, el libre mercado y el del consumidor enmarcados en las condiciones de salud bucal de la población; estos paradigmas orientan el desarrollo futuro de la práctica Odontológica al inicio del nuevo milenio **(Luengas M.I. 2000).**

La presente investigación se dirige hacia las inequidades y disparidades que afectan a aquellos que tienen una menor facilidad para aprovechar los recursos existentes para conseguir una óptima salud oral. Sea por la razón que sea, el desconocimiento de los problemas de salud puede conllevar a dolores y sufrimientos innecesarios, a provocar complicaciones muy graves en el estado de bienestar del individuo, así como a ocasionar unos costos sociales y financieros que disminuyen de forma significativa la calidad de vida y que sobrecargan a la sociedad **(Casals E. – 2000).**

Uno de los principales problemas en las investigaciones epidemiológicas en nuestro país es la falta de recursos y personal para emprender encuestas rigurosamente estructuradas. La escasez de recursos que padece el Sector Salud

en cuanto a la adquisición y sistematización de la información, se refleja en el reducido número y confiabilidad de las estadísticas oficiales en salud dental. Por estas razones es frecuente la decisión de dejar temporalmente de lado el muestreo estadísticamente riguroso, apelando a estudios basados en muestras de conveniencia. Este es el caso de esta investigación.

Por dos factores, es razonable argumentar que la falta de recursos financieros es una barrera importante al demandar servicios de atención dental: a) es coherente con la proporción del gasto federal en salud que recibe la población en los medios rural y urbano marginal de provincia, en comparación con el que se otorga a la población urbana con servicios preferenciales, b) esta suposición se encuentra apoyada por la creciente limitación del acceso a la práctica odontológica que se ha venido acentuando Entre 1982 y 1991(**Carvantes G. ,1993**)

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.6 OBJETIVO GENERAL**

Identificar las barreras de acceso a los servicios de odontología en los niños menores de cinco años en el colegio Luna nueva, Chía , Cundinamarca

### **1.7 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ❖ Determinar las barreras geográficas.
- ❖ Determinar las barreras socio - culturales.
- ❖ Determinar las barreras económicas
- ❖ Determinar las barreras de convivencia

## **2. ASPECTOS METOLOGICOS**

### **2.1 Tipo de Estudio**

Estudio descriptivo de corte Transversal

### **2.2 Objeto de estudio**

Padres de escolares del Colegio Luna Nueva, curso Transición.

### **2.3 Población de estudio**

140 Padres de escolares del Colegio Luna Nueva, curso Transición.

### **2.4 Muestra**

89 padres de niños menores de cinco años de la población del colegio luna nueva , de chía Cundinamarca.

### **2.5 Criterios de inclusión**

Padres con niños menores de cinco años

Padres que asistan el día de la encuesta

### **2.6 Criterios de exclusión**

Padres que se nieguen a contestar la encuesta

Padres que no estén interesados en el tema

## 2.7 Variables.

<b>GEOGRAFICAS</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
<b>Distancia del centro de salud</b>	Menos de 10 cuadras Más de 10 cuadras	Distancia que existe desde la zona de vivienda hasta el centro de salud	Cuantitativa
<b>Tiempo entre casa –centro de salud</b>	Menos de 30 min Más de 30 min	Tiempo que transcurre desde la salida de la vivienda hasta el centro de salud	Cuantitativa
<b>Transporte</b>	Bus, carro, a pie , bicicleta, moto	Medio de transporte que utiliza para llegar al centro de salud	Cualitativa

<b>SOCIO-CULTURALES</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
<b>Importancia de dientes temporales</b>	Si No	Conocimiento sobre la importancia de los dientes temporales	Cualitativa
<b>Ha llevado su hijo al odontólogo</b>	Si No	Control asistencial al odontólogo	Cualitativa
<b>Asiste al odontólogo lo lleva por dolor</b>	Prevención Tratamiento Dolor	Percepción sobre la importancia de los controles odontológicos	Cualitativa
<b>Ausencia de su hijo por problemas odontológicos</b>	Si No	Falta de asistencia a la escuela por presentar alguna patología bucal	Cualitativa

<b>Permiso para ir a la consulta odontológica</b>	Si No	Inasistencia al sitio de trabajo para asistencia odontológica	Cualitativa
<b>Consulta adicional a la EPS</b>	Si No	Asistencia por fuera del centro de atención de la EPS	Cualitativa

<b>ECONÓMICAS</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
<b>Cancelación cuota moderadora para la consulta</b>	Si No	Pago de la cuota para que le presten la atención en salud	Cualitativa
<b>Valor de la cuota moderadora</b>	Adecuado Inadecuado	Percepción sobre el valor en pesos que tiene que cancelar al momento de la cita	Cuantitativa
<b>Valor del pasaje</b>	Adecuado Inadecuado	Monto del pasaje para llegar a la asistencia odontológica.	Cuantitativa
<b>Dispone de algún porcentaje para ingreso al servicio odontológico</b>	Si No	Dispone de dinero para la asistencia odontológica como aporte adicional al salario básico	Cualitativa

<b>DE CONVIVENCIA</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
<b>Su solicitud de</b>	Si	Forma de solicitud	Cualitativa

<b>consulta es personalmente.</b>	NO	de cita.	
<b>Solicitud de cita inmediata</b>	Si No	Le dan la cita en el momento que la solicita	Cualitativa
<b>La atención recibida es mala</b>	Si No	Percepción sobre la forma de prestar el servicio.	Cualitativa
<b>La primera vez asistencia odontología del niño fue entre</b>	0-20 meses 21-40 meses 41-50 meses 51-60 meses o más	Edad en meses en la cual el niño fue llevado por primera vez al odontólogo.	Cuantitativa
<b>Satisfecho con la consulta</b>	Si No	Aceptación de la consulta.	Cualitativa
<b>Tiempo de espera antes de la consulta es :</b>	Menos de 15 mtos Más de 15 mtos	Tiempo transcurrido entre la hora original de la cita y la hora de atención	Cuantitativa
<b>Relación odontólogo-paciente buena</b>	Si No	Trato entre el odontólogo y el paciente.	Cualitativa
<b>Cuando llega tarde lo atienden</b>	Si No	Prestan el servicio al llegar minutos tardes justificando esta	Cualitativa

<b>Cuando va de urgencia lo atienden</b>	Si No	Prioridad al ver la condición	Cualitativa
<b>Su hijo ha sido remitido a exámenes complementarios</b>	Si No	Remisión a exámenes como rx, exámenes de sangre.	Cualitativa
<b>Solicitud de documento de identidad al ingresar al centro de salud</b>	Si No	Presentar documento de identidad para poder entrar al centro de salud para la atención.	Cualitativa
<b>Centro de salud con recursos adecuados</b>	Si No	Dotación adecuada para la atención.	Cualitativa
<b>Oportunidad de escoger horario</b>	Si No	Ubicar su cita de acuerdo a su tiempo.	Cualitativa
<b>Tiempo de consulta adecuado</b>	Si No	Tiempo para la prestación del servicio proporcionado al tratamiento	Cualitativa
<b>Ha dejado de asistir a la consulta por la atención recibida</b>	Si No	Falta de asistencia a los servicios odontológicos por la mala prestación del servicio	Cualitativa
<b>Prefiere que a su hijo lo atienda un especialista en pediatría.</b>	Si No	Percepción sobre el trato y el manejo de los niños en la consulta odontológica	Cualitativa

<b>Buena distribución del consultorio</b>	Si No	Consultorio con una buena ubicación, espacios adecuados.	Cualitativa
<b>Privacidad durante la cita odontológica</b>	Si No	Se presenta la suficiente intimidad en el momento de la cita odontológica	Cualitativa
<b>Utiliza alguna ayuda como remedios caseros, automedicación, farmacia EPS, cuando presenta dolor, sin consultar un odontólogo.</b>	Si No	Falta de ir a la asistencia odontológica por creer que las medidas caseras y la automedicación son la solución a los problemas dentales.	Cualitativa

## 2.8 Instrumento de recolección de datos.

**BARRERAS DE ACCESO ODONTOLÓGICO EN MENORES DE CINCO AÑOS EN LA POBLACION DE CHIA CUNDINAMARCA - COLEGIO LUNA NUEVA**

Instrucciones: Lea con cuidado y marque con una (X) en cada casilla, debe marcar solo una respuesta.

DATOS DEL CUIDADOR				DATOS DEL NIÑO											
Edad	<input type="text"/>	Numero de hijos en el colegio	<input type="text"/>	Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Nivel Educación	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Técnico	Estrato	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Afiliación a una EPS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grupo étnico	<input type="checkbox"/> Indígenas <input type="checkbox"/> Afrocolombiano	Genero	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Genero	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Residencia	<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana	Regimen	<input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo	Vinculado	<input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/> No Vinculado	Edad	<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/>				
1	1.1 Distancia Centro salud	1.2 Tiempo entre su casa -- centro de salud	1.3 En que se transporta para llegar a la consulta	2	2.1 Importancia dientes temporales	2.2 Ha llevado a su hijo al odontólogo	2.3 Cuando asiste al odontólogo lo lleva por	2.4 Su hijo se ha ausentado del colegio por problemas odontológicos	2.5 Solicita permiso en su trabajo para asistir a la consulta de su hijo	2.6 Usted asiste a consulta privada adicional a la de la EPS	Motivo porque asiste				
	<input type="checkbox"/> Menos de dos cuadras <input type="checkbox"/> Mas de cinco cuadras <input type="checkbox"/> Mas de diez cuadras	<input type="checkbox"/> De 10 min <input type="checkbox"/> De 15min-30min <input type="checkbox"/> De 30min- 40min	<input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Carro		<input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prevención <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
3	3.1 Cuota moderadora para la consulta	3.2 Valor cuota moderadora para la consulta	3.3 Valor del pasaje	3.4 Dispone de algún porcentaje de sus ingresos para el servicio odontológico	4	4.1 Como solicita la consulta	4.2 Su solicitud de cita es inmediata	4.3 La atención recibida es	4.4 A que edad llevo por primera vez a su hijo al odontólogo	4.5 Satisfecho con la consulta	4.6 Cuanto tiempo espera antes de la consulta	4.7 Cuando asiste a la consulta lo atienden a tiempo	4.8 Relación paciente-odontólogo	4.9 Cuando llega tarde lo atienden	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado	<input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 1200	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Personalmente <input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 5 min <input type="checkbox"/> 15 min <input type="checkbox"/> 30min	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4.10	4.10 Cuando a tenido una urgencia lo atienden	4.11 Acude a alguna asistencia odontologica diferente a la de la EPS cuando su hijo tiene dolor	4.12	4.13	4.14	4.15	4.16	4.17	4.18	4.19	4.20	4.21	4.22	4.23	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	

**BARRERAS DE ACCESO ODONTOLÓGICO EN MENORES DE CINCO AÑOS EN LA POBLACION DE CHIA CUNDINAMARCA - COLEGIO LUNA NUEVA**

Instrucciones: Lea cada pregunta con cuidado y marque con una (X) en cada casilla, marca solo una respuesta en cada pregunta.

5	5.1 Ha sido remitido su hijo a exámenes complementarios	5.2 Le piden Identificación al ingresar	5.3 Considera que el centro de salud cuenta con recursos adecuados para la atención	5.4 El horario de atención concuerda con su tiempo asignado para la cita	5.5 Tiene oportunidad de escoger el horario que se acomode a su tiempo	5.6 Considera que el tiempo de consulta es
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> Inadecuado
5.7	5.7 Ha dejado de asistir al odontólogo por la atención recibida	5.8 Prefiere que lo atienda un	5.9 Considera que el consultorio esta bien distribuido	5.9	5.9	5.9
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Odontologo General <input type="checkbox"/> Odontopediatra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## **2.9 Procedimiento**

Se hizo el reconocimiento del sitio a realizar la investigación, posteriormente se tomo una muestra de 18 padres y/o cuidadores a los cuales se les realizo una prueba piloto, se tabularon, digitaron, procesaron y analizaron los datos en Microsoft Excel 2007 ; de acuerdo a los resultados se modifico y se valido el instrumento para hacer la respectiva encuesta a 89 padres y/o cuidadores.

Se prosiguió a tabular, digitar, procesar en Microsoft Excel 2007 ; y analizar los datos recolectados en el paquete estadístico SPSS versión 15.0, utilizando estadística descriptiva y análisis bivariado para así concluir con nuestra investigación dando respuesta a los objetivos de la investigación.

### 3. 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 3.1, 83.1% provenían del área urbana y el 16.6% del área rural, el nivel educativo se muestra en la figura 3.2; 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.

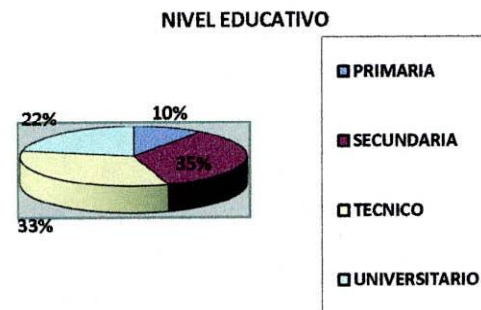
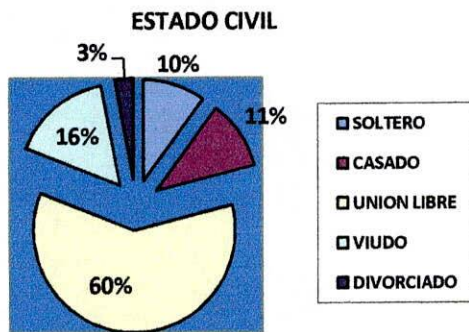


FIGURA 1

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%

<b>BARRERAS ECONOMICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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%

<b>BARRERAS DE CONVIVENCIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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%

#### 4. DISCUSIÓN

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 entregó 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 tenía al menos una barrera.

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

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

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. 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.

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 impedimento para el acceso a los servicios odontológicos

En las barreras de convivencia se destacó que el 75% de la población solicita su cita personalmente, un 87%, 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, teniendo relación los resultados encontrados es la investigación.

## 5. CONCLUSIONES

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.

## **6. RECOMENDACIONES**

Se considera interesante investigar sobre las distintas barreras de las diferentes poblaciones del país, entre ellas las más alejadas como las comunidades indígenas, comunidades marginadas y demás, ya que en cada entorno se caracterizan variables distintas.

Cabe resaltar que las barreras en la atención odontológica no solamente se reflejan en la población menor de cinco años, también se presentan en los adolescentes, adultos y adultos mayores, por esto es importante identificar y diferenciar las variables existentes en cada población.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. ACFO, Factores condicionantes y determinante del acceso a los servicios de salud , Foro de política pública, 2003
2. AMARIS, G, LA SALUD COMO UN DERECHO humano, por ende, un derecho de todos. 2003, Vol.: 53, Fasc 2; 79-90
3. CARVANTES, G, La falta importante de recursos financieros como barrera al demandar servicios de atención dental. Revistas científicas de América latina. , y el Caribe, España y Portugal. Vol. 35; 004; 357- 367.
4. CASALS, E. las inequidades y disparidades que afectan a aquellos que tienen una menor facilidad para aprovechar los recursos existentes para conseguir una óptima salud oral.. Rev. Sal Pub.,2000; 5: 49-68
5. CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA, Ley 100, 1993.
6. DIAZ R, Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos. Rev. ADM 2001; 58 (2), 68-73.
- 7.
8. HUERTAS P, MERCADO D, RIASCOS C, ZULUAGA C. ACFO documento interno, Foro política pública-2006.
9. 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.
10. 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.

11. LUENGAS, M. Las tendencias del desarrollo de la práctica Odontológica en México, teniendo como base el análisis de tres paradigmas fundamentales del modelo global, 2000. Revista ADM 2000; 57 (1): 12-18
12. MEDINA C. Utilización de servicios odontológicos de salud por niños menores de cinco años con seguridad social. Rev. Mex Pediatr 2004; 71 (5) 222-228.
13. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, RESOLUCION 3577 DE 2006, plan nacional de salud bucal , Diario oficia N° 46.411, octubre de 2006
14. MINISTERIO DE SALUD. III Estudio Nacional de Salud Bucal 1998– Ensab III. Tomado de SIVIGILA., Oficina de Epidemiología. 1998.
15. VALENZUELA, MT. Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. Rev. Cienc Trab, 2000 Jul; 7(17): 118-122
16. YEPEZ, FJ. Qué opinan diversos actores del sector salud frente a la reforma de la ley 100 de 1993 Colombia, Rev. Facultad Nacional De Salud Púb, 2004 vol.: 22 ,147-176.