



Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud

ISSN: 1692-715X

ISSN: 2027-7679

Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Cinde
- Universidad de Manizales

Gallego-Gómez, Clara Liliana; Franco-Cortés, Ángela María
Procesos determinantes del acceso a odontología en niños y niñas durante primera infancia*

Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. 17, núm. 1, 2019, Enero-Junio, pp. 193-206
Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Cinde - Universidad de Manizales

DOI: <https://doi.org/10.11600/1692715x.17111>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77360021012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Referencia para citar este artículo: Gallego-Gómez, C. L., & Franco-Cortés, Á. M. (2019). Procesos determinantes del acceso a odontología en niños y niñas durante primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 17(1), 193-206. doi:<https://dx.doi.org/10.11600/1692715x.17111>

Procesos determinantes del acceso a odontología en niños y niñas durante primera infancia*

CLARA LILIANA GALLEGO-GÓMEZ**
Profesora Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia.

ÁNGELA MARÍA FRANCO-CORTÉS***
Profesora Universidad de Antioquia, Colombia.

Artículo recibido en diciembre 15 de 2017; artículo aceptado en marzo 1 de 2018 (Eds.)

• **Resumen (Analítico):** el propósito del estudio fue comprender los procesos estructurales, particulares y singulares que determinan el acceso a la atención odontológica durante la primera infancia a partir del enfoque de la determinación social de la salud. Se utilizó un método mixto desde lo cualitativo de orientación etnográfica y cuantitativo de tipo descriptivo. Incluyó observación no participante, entrevistas grupales e individuales y encuestas. Se encontró que el acceso está determinado por procesos generales como inequidad social, fallas estructurales del sistema y procesos particulares como los patrones de trabajo y consumo de las familias, el sistema de creencias de madres y profesionales, y políticas institucionales. Para mejorar el acceso es necesario realizar procesos tendientes a la transformación de la sociedad, del sistema de salud y de las instituciones, profesionales y cuidadores.

Palabras clave: acceso, primera infancia, determinación social, atención odontológica (Vocabulario Controlado Iresie).

Determinants for access to dental care in early childhood

• **Abstract (analytical):** The purpose of this study was to understand structural, specific and singular processes that determine access to dental care in early childhood using a social determinant of health approach. The authors used mixed methods involving qualitative ethnographic and quantitative descriptive techniques. Non-participant observations, group interviews and interviews with coordinators and parents were conducted. We found that the access to this group is determined by inequalities in society, a health system with structural failures and specific processes such as work and consumption patterns, the belief systems of parents and professionals and institutional policies. In order to improve the access it is necessary to carry out processes that contribute to in the general transformation of society and the health system, as well as specific processes with institutions, staff, and providers.

* Este artículo de investigación científica y tecnológica es una síntesis de la investigación «Procesos determinantes del acceso a la atención odontológica en niños y niñas durante la primera infancia. Medellín, 2016». Aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, mediante Acta 01 de 2016. Realizada en la Ciudad de Medellín, entre febrero 01 del 2016 y junio 30 del 2017. Área: Otras ciencias sociales. Subárea: Interdisciplinaria.

** Magíster en Ciencias Odontológicas Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Especialista en Gerencia de la Salud Pública Universidad CES. Odontóloga Universidad de Antioquia. Profesora Universidad Cooperativa de Colombia. Orcid: 0000-0001-9317-551X. Correo electrónico: clariligg@gmail.com

*** Doctora en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales. Maestría en Epidemiología. Universidad de Antioquia. Odontóloga Universidad de Antioquia. Profesora Titular Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. Orcid: 0000-0001-8579-058X. Índice H5: 3. Correo electrónico: angela.franco@udea.edu.co



Key words: access, early childhood, social determinants, dental care (Controlled Vocabulary Iresie).

Determinações dos processos de acesso à odontologia em crianças durante a primeira infância

• **Resumo (analítico):** O objetivo do estudo foi compreender os processos estruturais, específicos e singulares que podem determinar o acesso ao atendimento da consulta de medicina dentária na primeira infância a partir de um enfoque da determinação social da saúde. Utilizou-se um método misto com orientação etnográfica e quantitativo de tipo descritivo. Incluíram-se observação não participante, entrevistas em grupo e individuais. Encontrou-se que o acesso a saúde na primeira infância é determinado por processos gerais como desigualdade social, falhas estruturais do sistema de saúde, e pelos processos específicos como os modos de trabalho e de consumo das famílias, as crenças das mães e profissionais e as políticas institucionais. Para obter uma melhoria do acesso das crianças a saúde é preciso fazer uma transformação da sociedade, do sistema de saúde, das instituições, dos profissionais e dos responsáveis pelas crianças.

Palavras-chave: acesso, infância, determinação social, medicina dentária (Vocabulário Controlado Iresie).

-1. Introducción. -2. Materiales y método. -3. Resultados. -4. Discusión. -5. Conclusiones. -Lista de referencias.

1. Introducción

La generación de políticas y programas sociales de protección a la niñez en Colombia ha sido incentivada por el reconocimiento de los niños como sujetos de derecho. En el caso del ejercicio del derecho a la salud, existen diferentes procesos que lo determinan y, aunque para su completa realización es necesaria la garantía de otros derechos, el presente estudio se interesó por comprender las posibilidades del acceso a la atención en salud. En palabras de Echeverry, «el acceso a los servicios de salud es el componente del derecho a la salud más tangible y valorado por la población (...), ya que está ligado a la resolución concreta de una necesidad cuando se requiera» (2011).

El acceso a la atención se encuentra suscripto en las políticas públicas y estas están inscritas en el modelo de desarrollo económico de un país (Restrepo & Vásquez, 2001). En el caso de Colombia el modelo neoliberal ha impuesto ciertos modos de pensar que influyen en la manera como se organiza el sistema de salud. Actualmente las políticas de salud mantienen la exclusión y las inequidades que afectan a todos los grupos poblacionales, especialmente a los niños y niñas (Vega, 2009).

El acceso a la atención odontológica está atravesado por múltiples limitaciones que son comunes al acceso a los demás servicios de salud. Adicionalmente, los costos del servicio son altos debido a que requieren una mayor capacidad instalada y tecnología que limita aún más las posibilidades de acceso a este servicio.

La necesidad del acceso de los niños y niñas durante la primera infancia a la atención odontológica se pone en evidencia al revisar los datos del IV Estudio Nacional de Salud Bucal, que reporta que el 6 %, de los niños de un año, tienen experiencia de caries. A los 3 años el porcentaje ya es del 47.1 % y a los 5 años es del 62.4 %. Los niños y niñas en estas edades no están accediendo oportunamente a la atención preventiva ni tampoco a la curativa, pues el estudio reporta que el 52.2 % tenían lesiones de caries no tratadas al momento del examen (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En el caso específico de Medellín, estudios locales muestran una alta frecuencia de caries dental, con una experiencia entre el 69.7 % y 77.8 %. (Quintero, Robledo, Vásquez, Delgado, & Franco-Cortés, 2014; Ramírez, Escobar, Franco-Cortés, Martínez, & Gómez, 2011). Por lo general, en este grupo las lesiones cariosas no son tratadas y es común encontrar necesidades de atención acumuladas;

de manera que los estudios concluyen sobre la relación de la caries con los modos de vida de algunos grupos sociales como evidencia de inequidades en la salud (Ramírez, Escobar, Castro, & Franco-Cortés, 2009).

Otros estudios específicos sobre el acceso de la primera infancia a la atención odontológica en esta ciudad mostraron que un alto porcentaje de los niños y niñas que nunca han visitado al odontólogo, pese a la importancia que tiene en el correcto crecimiento y desarrollo de los niños y niñas (Franco-Cortés, Ramírez, Escobar, Isaac, & Londoño, 2010; Franco-Cortés, Ramírez, & Ochoa, 2013).

De esta manera, el fenómeno del acceso a la atención odontológica de los niños y niñas en la primera infancia ha sido identificado como un problema que afecta su derecho a la salud; para su estudio se deben buscar enfoques que superen las miradas reduccionistas y lo aborden como un problema complejo, determinado histórica, social y culturalmente.

El reconocimiento de que los problemas de salud y la posibilidad de acceder a los servicios de atención para solucionarlos están determinados por las relaciones sociales, cambia la manera como se enfrentan, ya que se pasa de un abordaje desde lo meramente biomédico, al desarrollo de la medicina como una práctica social. A partir del siglo XX se configuran dos enfoques principales para la comprensión de dicha determinación: el enfoque de los *determinantes sociales*, basado originalmente en los planteamientos de la epidemiología social europea y reeditado desde hace poco menos de una década por la Organización Mundial de la Salud; y un segundo enfoque que tiene su origen en las reflexiones de la Medicina Social Latinoamericana —como una propuesta alternativa— y que es conocido como la *determinación social de la salud* (Morales-Borrero, Borde, Eslava-Castañeda, & Concha-Sánchez, 2013).

Frente a lo anterior, el presente estudio utilizó el marco explicativo de la determinación social de la salud, propio de la epidemiología crítica. Este enfoque propone una herramienta para trabajar: la relación entre la reproducción social y los modos de vivir, de enfermar, de recibir atención y de morir. Utiliza la categoría clase o grupo social,¹ que permite explicar cómo la producción de la salud y la atención a la misma se relacionan con los modos de producción y, por lo tanto, están determinadas por procesos estructurales de la dimensión general de la sociedad (sistema de producción, distribución de la riqueza, políticas de Estado) y por procesos particulares que corresponden a los modos de vida de los grupos sociales que constituyen la sociedad (condiciones de trabajo, calidad y disfrute de los bienes de consumo, creación de valores culturales e identidad de cada grupo, capacidad de empoderamiento, organización y soporte). A su vez, estos procesos, generales y particulares se reflejan en la singularidad de los individuos a través de sus rasgos fenotípicos y genotípicos, así como estilos de vida familiares y personales (Breilh, 2003).

Siendo el acceso un fenómeno complejo en el que interactúan numerosos procesos, el propósito de este estudio fue comprender el papel de los procesos estructurales de la sociedad colombiana y el sistema de salud; aquellos particulares de los modos de vida de las familias y los discursos institucionales de los prestadores del servicio en el acceso a la atención odontológica de los niños y niñas durante la primera infancia.

2. Materiales y método

El presente estudio fue aprobado por del Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, luego de corroborar que respeta la legislación vigente en el país para estudios en seres humanos (Res. 8430 de 1993). La participación en la investigación fue de forma voluntaria y con libre decisión de continuar o retirarse del proceso cuando las personas así lo estimaran conveniente. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado previo a la ejecución de la investigación.

¹ «Las clases sociales están conformadas por personas que (...) se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción determinado, por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción, por el papel que desempeñan en la organización del trabajo y, por consiguiente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen.» (Breilh, 1989)

Se utilizó un método mixto, siguiendo la tipología propuesta por Creswell del diseño embebido (Creswell, 2003) con un mayor peso del componente cualitativo, con una orientación etnográfica (Galeano, 2004), complementado con una aproximación cuantitativa para obtener la clasificación de la posición social y los modos de vida de las familias, así como para establecer la cobertura del servicio odontológico en las instituciones participantes.

Sujetos participantes

Todos los participantes fueron invitados a formar parte de la investigación a partir de su relación con las dos Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud: una que atiende afiliados al régimen contributivo y otra que atiende afiliados al régimen subsidiado. La investigación se realizó con actores que participan directamente del proceso de acceso de los niños y niñas a la atención odontológica: las madres/padres, que son quienes toman en últimas la decisión de buscar la atención los odontólogos(as) como prestadores del servicio y los coordinadores de odontología de las dos instituciones participantes. En la tabla 1 se describen los participantes.

Tabla 1. Sujetos participantes en la investigación

Tipo de actor	Número de participantes	Técnica de recolección de la información
Madres de familia	10 régimen subsidiado 10 régimen contributivo	Entrevistas individuales Encuesta Modos de vida
Odontólogos	5 odontólogos del régimen subsidiado 8 odontólogos del régimen contributivo	Entrevistas grupales
Coordinadores de odontología	1 coordinador del régimen contributivo 1 coordinador del régimen subsidiado	Encuesta estructurada

Recolección de la información

Revisión y análisis documental.

Se realizó revisión y análisis crítico de la literatura sobre las principales características del modelo de desarrollo del país, de la sociedad colombiana y de algunas políticas públicas con el fin de identificar aquellos procesos estructurales que determinan el acceso a la atención en salud.

Encuesta sobre modos de vida.

El modo de vida es una categoría fuertemente ligada a la posición social de los grupos humanos, ya que según la posición de clase y sus relaciones características se delimitan las posibilidades económicas, políticas y culturales de cada grupo (Breilh, 1989, 2010). La aplicación de la encuesta permitió la identificación de la posición social y los modos de vida del grupo familiar de las madres entrevistadas.

Observación no participante en el programa de crecimiento y desarrollo.

Se realizó observación no participante durante algunas sesiones del programa de crecimiento y desarrollo dado su papel como puerta de entrada al servicio odontológico en este grupo de edad. En la institución del régimen contributivo se realizaron en total de 10 horas de observación en cinco sesiones diferentes del programa. En la institución del régimen subsidiado se realizaron seis horas de observación en tres sesiones diferentes. Se utilizó un diario de campo para el registro de las observaciones.

Entrevistas grupales a los odontólogos.

En la institución que atiende el régimen subsidiado se realizó entrevista grupal a cinco odontólogos. En la institución del régimen contributivo se realizaron dos entrevistas en la que participaron ocho profesionales.

Entrevistas individuales a las madres.

Las madres usuarias del programa de crecimiento y desarrollo de ambas instituciones fueron invitadas a participar en el estudio. Se realizó la entrevista y se aplicó la encuesta de modos de vida a un total de 20 madres, 10 de cada institución.

Análisis de la información

La totalidad de los encuentros fueron grabados y posteriormente transcritos para el análisis. Siguiendo lo propuesto por Creswell (1997), se realizó en primera instancia la codificación de la información tomando como base las categorías previamente definidas y aquellas emergentes. En un segundo momento de análisis se buscaron los patrones de regularidad de lo expresado por los participantes. Se realizaron mapas conceptuales, primero por cada institución y por cada actor, y luego se integraron por actores para una mejor comprensión de la información, sin perder aquellas diferencias importantes para resaltar entre los actores del régimen contributivo y subsidiado. Para el análisis de la información cuantitativa, se utilizó estadística descriptiva, con el cálculo de la distribución de frecuencias de las variables de interés. El producto del análisis documental fue tenido en cuenta para leer los hallazgos y acercarnos a la comprensión del fenómeno en estudio.

3. Resultados

Procesos generales que afectan el acceso a la atención en salud

Con el propósito de identificar los procesos generales que favorecen o limitan las posibilidades de acceso a la atención en niños y niñas durante la primera infancia, se realizó un análisis crítico de la literatura. Así, encontramos como procesos que limitan la inequidad intrínseca al modelo de desarrollo capitalista y neoliberal que caracteriza al país, que se ve enmarcado por la tenencia de los medios de producción. La distribución de la propiedad de la tierra y de los ingresos en Colombia, según datos del Instituto Geográfico Agustín Codazzi, indica que el 0.06 % de población, posee el 53.6 % de las tierras registradas catastralmente, mientras el 55.6 % de los propietarios posee el 1.7 % de ellas (Vélez, 2016). De igual manera la concentración monopólica de la industria ha sido una constante; los conglomerados industriales son en su mayoría de propiedad familiar y tiene una participación en una amplia gama de actividades económicas (Garay, 1998). Como consecuencia directa esta distribución de la tierra y la concentración de la industria, el país ha sido calificado en los últimos años como uno de los más desiguales de la región en la distribución del ingreso, como lo establecen los reportes de la Cepal del 2009, 2010 y 2011 (Fresneda, 2014).

De igual manera, se deriva el problema estructural de la pobreza en Colombia. Para el año 2015 el porcentaje de personas en situación de pobreza en el país era de 27.8 %, mientras que el porcentaje de personas en situación de pobreza extrema era de 7.9 % para el mismo año (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2015). La precaria situación del empleo en Colombia es otro determinante estructural; la tasa de desempleo global reportada para el 2016 es del mayor al 9 %, y la informalidad sigue siendo uno de los principales problemas que enfrenta el país (Fedesarrollo, 2016).

En breve contexto presentado de manera sintética por razones de espacio, nos permite entender como en el Sistema de Salud o Sistema General de Seguridad Social en Salud, responde de este modelo de desarrollo del país, y arrastra desde sus orígenes en 1993 un problema de tipo estructural por la tensión permanente entre dos lógicas: la del mercado y la del derecho (Hernández, 2000).

Este modelo de sistema de salud ha sido, desde su implementación, objeto de amplios debates desde todos los sectores. Abadía y Oviedo (2010), Echeverry (2011), Franco (2003), Hernández (2000), Vargas (2009), Vélez (2016) y Yepes (2010), entre otros, han documentado en diversas investigaciones los efectos negativos de este modelo de sistema, entre los que se enumeran: las barreras para el acceso y el deterioro de la calidad de los servicios, mayor segmentación de la población para la atención, desmantelamiento de la red pública de servicios, debilitamiento de la autoridad sanitaria y retroceso en los indicadores de salud pública. Reportes oficiales de la Procuraduría, la Contraloría y la Defensoría del Pueblo han señalado el aumento en el gasto de bolsillo de los ciudadanos y en el gasto de salud como porcentaje del producto interno bruto,² el aumento del número de tutelas para reclamar el acceso y la crisis económica, entre otros (Abadía & Oviedo, 2010). De esta manera, los aspectos estructurales de inequidad, pobreza y organización del sistema limitan las posibilidades de acceso de los niños y niñas a la atención odontológica.

Procesos particulares y singulares: los modos y estilos de vida de las familias que afectan positiva o negativamente el acceso

La posición social del responsable económico de la familia.

El análisis de la información de la encuesta de modos de vida mostró que en seis de las diez familias participantes afiliadas al régimen contributivo el responsable económico pertenece al grupo de profesionales empleados³ y, en las demás, al grupo de pequeños comerciantes⁴ para quienes la fuente de ingresos es el salario fijo (por lo general entre dos y cinco salarios mínimos mensuales legales vigentes —SMMLV—). Algunos son propietarios de medios de producción y tienen control sobre el proceso de trabajo. En su mayoría estas familias habitan en vivienda propia, ubicada en estratos tres y cuatro.

Por su parte, en siete de diez familias afiliadas al régimen subsidiado, el responsable económico pertenece al grupo de los sub-asalariados⁵ y en las familias restantes al grupo de obreros.⁶ Ninguno de los responsables tiene propiedades y su tarea principal en el proceso de producción es la de hacer el trabajo. El rango de ingresos se encuentra entre medio y un SMMLV. Estas familias habitan casas en alquiler ubicadas en estratos uno y dos.

Condiciones del trabajo de la madre o el cuidador principal.

Se encontró que muchos niños no cuentan con la presencia de la madre durante ocho o más horas al día, debido a su necesaria vinculación laboral. Esto implica que el cuidado lo deben delegar en familiares o terceros, lo que constituye una situación limitante, en tanto la cantidad y calidad de tiempo para la crianza se ve afectada. Esta situación es más evidente en las familias del subsidiado, en las que el número de horas, el tipo de jornada, el salario y el tipo de labores afectan las posibilidades de que los padres —sobre todo la madre— participen activamente en el cuidado, así como limita al extremo el tiempo para demandar atención en salud para ellas y para sus hijos.

«Uno intenta hacer lo que allá le recomiendan, pero es muy difícil. Es que, entiéndame, uno con tres hijos, esposo... Tengo que salir a trabajar casi a diario; llega uno y tiene todo lo de la casa acumulado: las tareas de los niños, casi que uno no se acuerda de lavarles los dientes.» (Madre, subsidiado)

2 Desde la Ley 100 de 1993, los recursos se han incrementado, mientras que en el 2000 representaban el 5.9 % del PIB, en 2011 alcanzaron el 6.5 %. Este crecimiento ha estado apoyado en los aportes de los trabajadores y el incremento del gasto de bolsillo, que pasaron del 0.8 % en 2004 al 1.0 % en 2011 (Pérez-Valbuena & Silva-Ureña, 2015).

3 Personas que tienen un título profesional y que están empleadas bajo contrato de trabajo.

4 Personas que desarrollan sus actividades económicas a través de la compra de productos y su venta.

5 Trabajadores por cuenta propia, vendedores ambulantes, empleadas domésticas.

6 Trabajadores manuales que laboran bajo contrato o sin él y perciben salario o jornal.

Adicionalmente, una baja capacidad adquisitiva y los copagos se convierten en limitantes del acceso.

«Uno a veces no tiene la cuota económica que le cobran a uno allá. Entonces cada que le vayan a poner un sellante de esos hay que volver a pagar, más los pasajes y todo.» (Madre, contributivo)

Operan también como limitantes del acceso las exclusiones en el paquete de servicios. Para las familias del régimen contributivo la exclusión de ciertos procedimientos del Plan Obligatorio de Salud se puede cubrir con la oferta particular de servicios y, de hecho, es la primera opción. Pero para las familias del régimen subsidiado las exclusiones en este Plan son una gran limitante.

«... pero que el Sisbén no hacía nada para eso, entonces la profesora de la guardería me dijo, váyase para [servicio particular] ¿Y uno cómo paga eso por aparte? No, muy duro.» (Madre, subsidiado)

Calidad y disfrute de bienes de consumo de la familia.

En esta categoría se encontró cómo la fragmentación de la afiliación trae graves problemas de acceso. Los odontólogos participantes relatan que se enfrentan a situaciones difíciles de exclusión pues, bajo la lógica del mercado, cada aseguradora es solo responsable de la atención a sus afiliados, lo que se traduce en restricciones para atender a los que no los son.

«Ahora es: ¿usted es de [determinada EPS]? Váyase para allá. Es selectivo. No se puede así cuando son niños de la misma Colombia, pero uno les tiene que decir que no.» (Odontólogo, subsidiado)

La misma reflexión sobre los efectos de la fragmentación aplica para aquellos casos en los que el afiliado y sus beneficiarios pasan de un régimen a otro en razón de su situación laboral.

«El tránsito de ellos por el sistema hace que mientras pasan todas las barreras administrativas de un (régimen), cae al otro y aun sin recibir la atención que necesita.» (Odontólogo, subsidiado)

La fragmentación de la atención y las políticas institucionales terminan por afectar la confianza del usuario. En ambos regímenes, pero especialmente en el contributivo, se pudo identificar un ambiente de desconfianza con la calidad de la atención que brindan las instituciones lo que, entre otras cosas, ocasiona una «naturalización» del gasto de bolsillo puesto que lleva a muchos de los usuarios a buscar atención por fuera de sus aseguradoras.

También con respecto a la búsqueda de atención encontramos que esta obedece más a la necesidad que tienen los padres de cumplir requisitos para la admisión del niño en el jardín infantil o para recibir subsidios del gobierno.

«Porque cuando vienen a salud oral muchas veces son acosándolo a uno: es que necesito el certificado de salud oral, para el Buen Comienzo a lo de Familias en acción.» (Odontólogo, subsidiado)

Sistema de creencias y valores culturales que favorecen o limitan el acceso.

Un proceso que limita es el desconocimiento que tienen las madres de que los niños son sujetos de derecho. La mayoría de las entrevistadas desconocen que sus hijos tienen derecho a la atención odontológica y tampoco recuerdan haber recibido información al respecto.

«La verdad, como no estamos informados de esos derechos, nos hubiera tocado igual [consultar un servicio] particular.» (Madre, subsidiado)

Por otro lado, la valoración positiva que tienen algunas madres sobre la salud bucal como fuente de bienestar del niño emergió como una categoría que influye directamente en la búsqueda de atención odontológica y se convierte en un proceso que favorece el acceso. Para otras madres el argumento es que los niños menores de dos o tres años no requieren atención odontológica, en tanto la dentición primaria no se ha completado. En la observación no participante encontramos que al comentarles la necesidad de revisión odontológica para sus hijos ellas lanzan expresiones como: ¡tan chiquito! ¡Ah, pero son dientes de leche! ¡No, él no se deja revisar, difícilmente se deja cepillar!

Otro proceso que limita el acceso son las creencias sobre las capacidades de los profesionales para la atención según su nivel de formación. Las madres, principalmente del contributivo, mostraron la tendencia buscar la atención de un odontopediatra por considerarlo más idóneo.

«Porque me da más confianza. Es que un odontólogo general es para todas las personas; un odontopediatra puede manejar un niño mucho más fácil.» (Madre, contributivo)

Igualmente, encontramos en los odontólogos también la creencia de necesitar condiciones especiales para la atención a los niños más pequeños, especialmente sobre tres aspectos: en primer lugar, las condiciones locativas:

«Es un centro de atención de odontología, pero no es específico para niños y locativamente si le faltaría más para la atención de los niños. Decoración, tamaño de la silla y otras cosas que los odontopediatras manejan mejor que lo que podemos manejar aquí.» (Odontólogo, contributivo)

Segundo, las cualidades individuales del odontólogo tratante:

«Atender niños es difícil, hay que tener como el palito o la química y no todos los odontólogos tenemos esa química.» (Odontólogo, subsidiado)

Y, finalmente, su formación:

«Lamentablemente en los pregrados cada vez dan menos [formación en atención en primera infancia]; entonces si vos como estudiante tienes que cumplir unos objetivos no creo que el objetivo sea manejo del niño.» (Odontólogo, contributivo)

De igual manera emergió que el manejo del niño genera angustia a la hora de enfrentar esta atención, lo que se deriva en remisión al especialista:

«Este niño es mejor que lo atienda una especialista, que tiene el tiempo, que lo puede medicar, que lo puede sedar, que tiene espacios más amigables.» (Odontólogo, contributivo)

Procesos institucionales que favorecen o limitan el acceso de los niños a la atención odontológica

Priorización de grupos poblacionales.

En la Institución Prestadora de Servicio del régimen contributivo la cobertura⁷ global del servicio odontológico es del 24 % y del 21 % para la primera infancia. Por su parte, en la institución del régimen subsidiado la cobertura es del 16.3 % y del 38.2 % respectivamente. La cobertura es mayor en

⁷ La cobertura del servicio de odontología fue medida a través de las consultas de primera vez.

el prestador público que acata más rigurosamente, por obvias razones, las directrices de priorización. Como lo relata el coordinador del régimen subsidiado.

«También se está trabajando ahorita con APS, Atención Primaria en Salud y trabajamos por hitos. Está el hito de la primera infancia que es de 1 a 5 años y ahí incluye todo lo de salud oral.»
(Coordinador, subsidiado)

Las políticas públicas dirigidas a la primera infancia.

Las políticas públicas y sus estrategias, como «Soy generación más sonriente», se proyectan como procesos que facilitan el acceso a la atención odontológica.

«Ahorita con los lineamientos de Soy generación más sonriente, hay que incluirlo y que debemos atender a toda la población de 0-5 años que antes no se hacía y ya los profesionales se van enterando de esto.» (Coordinadora, contributivo)

Estrategias como esta, adoptadas por las instituciones, así como la demanda inducida que se hace desde programas como el de vacunación y el de crecimiento y desarrollo, dirigidos a esta franja de población, son procesos que favorecen el acceso.

Otras políticas institucionales de organización del servicio se convierten en verdaderas barreras del acceso efectivo y de la continuidad en la atención; por ejemplo, los horarios que se fijan para la atención o para dar las citas y la capacidad instalada en relación con el número de odontólogos disponibles.

«Allá va uno, unos días de la semana, no recuerdo bien cuáles, que son específicamente para niños. Hace fila, como todos y le dan un ficho para la cita.» (Madre, subsidiado)

Adicionalmente, la llamada «tramitología» (derivada de las políticas institucionales) que deben sufrir los usuarios para obtener una cita, una remisión al segundo nivel o una aprobación de una orden de servicios, se traduce en un proceso que también limita.

«Se supone que deben llamar de [asegurador] a decir, su autorización está lista y debe ir por ella y pedir la cita. Si no, que es en la mayoría de los casos, el paciente debe acercarse a uno de los puntos de [asegurador] y reclamar la autorización. Es lo más usual y se les demora mucho.»
(Coordinador, subsidiado)

4. Discusión

En Colombia, con mucha más fuerza a partir de la década de los años noventa, el reconocimiento de los niños como sujetos de derecho ha permitido avances en la legislación que se han visto reflejados en la generación de políticas y programas sociales; entre ellas, la política de primera infancia (Presidencia de la República de Colombia & Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013) y estrategias de atención específica como la denominada «Soy generación más sonriente» (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), que se traducen en mayores posibilidades de acceso a la atención odontológica, ya que obligan a las instituciones prestadoras de servicios a priorizar a los niños y niñas dentro de sus políticas de atención.

Sin embargo, pese a los avances normativos, los resultados de este estudio no pueden leerse al margen de determinantes estructurales del acceso como la inequitativa distribución de la riqueza que pone en situación de pobreza a más de la mitad de la población colombiana, la que por obvias razones tiene escasa o nula capacidad para asumir, entre otros consumos, los copagos y demás gastos derivados de la atención en salud. Por tanto, la pobreza es, de una u otra forma, la más importante

barrera para el ejercicio del derecho a la salud y al acceso a la atención. Echeverry (2011) lo relata así: «los más pobres son quienes menos posibilidades de atención tienen, considerando que enfrentan más obstáculos para la búsqueda de los servicios» (p. 102), lo que se convierte en un problema de inequidad en salud.

Estructuralmente, también la organización del sistema de salud, basada en la intervención de las fuerzas de un Estado mínimo y de un mercado que controla la demanda de los servicios médicos, está orientada a disminuir el gasto público y a garantizar las ganancias de los agentes privados (Echavarría, 2011), comportándose como un limitante de las posibilidades de acceso real.

Así pues, aunque las cifras oficiales hablan del aseguramiento de casi la totalidad de la población colombiana, la afiliación a la seguridad social no garantiza la atención, ya que la institución aseguradora o la prestadora establecen tales mecanismos para que los usuarios accedan a los servicios, lo que termina por impedir la utilización de los mismos (Vargas & Molina, 2009).

Todo lo cual nos lleva a concluir, como lo plantean Abadía y Oviedo (2010), que el sistema de salud colombiano presenta fallas estructurales que provienen del modelo de aseguramiento, el cual entra en contradicción con la garantía del derecho a la salud y al acceso a los servicios de atención.

En la dimensión de los determinantes particulares encontramos cómo los patrones de trabajo de los padres, especialmente de la madre, reducen las posibilidades de cuidado de la salud bucal, tanto en el hogar como en las instituciones, afectando en estas últimas, la búsqueda de atención odontológica o la continuidad del tratamiento. Franco-Cortés et al. (2013) reportaron que los padres tienen menos posibilidades de asistir a la consulta odontológica de sus hijos, porque no les dan permiso en el trabajo o tienen otros niños a su cuidado y no los pueden dejar solos. De igual manera, Franco-Cortés et al. (2010), reportan que los horarios de atención que ofrecen las instituciones prestadoras de servicios de salud dificultan el acceso a la atención (hallazgo que se corrobora en este estudio), principalmente entre los afiliados al régimen subsidiado.

Directamente relacionado con los patrones de empleo, se encuentra que la capacidad adquisitiva de las familias es un proceso que limita el acceso a atención especialmente de los usuarios el régimen subsidiado. Este hallazgo coincide con lo reportado por Watson, Manski y Macek (2001), quienes señalan que el nivel de ingresos familiar es una fuerte barrera potencial del acceso, especialmente en niños preescolares. Del mismo modo, Concha (2015) encontró que las personas que pertenecen a estratos económicos más altos tienen mayores probabilidades de asistir a la consulta odontológica.

Por otra parte, en el presente estudio hallamos que la crianza y el cuidado de los niños ya no se encuentra en manos de los padres. Esta realidad ha sido reportada por otros estudios que han encontrado cambios importantes en las responsabilidades familiares, pues usualmente los niños están al cuidado de abuelos, tíos y otros familiares o vecinos quienes carecen del conocimiento sobre las necesidades de cuidado del niño, carecen de autonomía para la toma de decisiones o sencillamente no lo consideran su responsabilidad (Serna, Hurtado, Mejía, & Zapata, 2000). Debido a esta fragmentación en el cuidado el niño o niña está expuesto a permanentes contradicciones e incoherencias de parte de sus diferentes cuidadores y cuidadoras (Moreno-Zavaleta & Granada-Echeverri, 2014). Esta situación afecta negativamente la crianza y la atención que requiere el niño; en especial disminuye las posibilidades del cuidado en salud, particularmente la búsqueda de atención odontológica y la continuidad en el tratamiento.

En este estudio encontramos que las políticas organizacionales inducen la demanda de la atención odontológica de los niños y niñas, especialmente desde el programa de crecimiento y desarrollo y el de vacunación. Sin embargo, otros procesos operan en sentido contrario y contrarrestan el beneficio anterior. Entre ellos encontramos la poca capacidad instalada en las instituciones, especialmente en el régimen subsidiado (Abadía & Oviedo, 2010). De esta situación se derivan problemas como la oportunidad de las citas o los cortos tiempos de atención, que convierten en un proceso engorroso el trámite de conseguir una cita o el de terminar un tratamiento. De tal manera, para completar un tratamiento las madres con sus hijos requerirán visitar los servicios en varias ocasiones, lo que disminuye las posibilidades de que sean resueltas todas sus necesidades originales (Echavarría, 2011).

Dentro del sistema de creencias descubrimos como proceso favorecedor el reconocimiento de las madres sobre el derecho a la salud para ellas y sus hijos, lo que las lleva a buscar atención y a demandarla en el caso que no se les brinde de manera oportuna. Este conocimiento de los derechos en salud, afirma Echeverry (2011), se convierte en una manera de empoderamiento de los usuarios frente al sistema, y puede provocar cambios en la forma en la que se organiza, al tener usuarios más conscientes de ellos.

Pero como proceso limitante hallamos a la percepción que tiene algunas madres respecto a la consulta odontológica como hecho traumático, lo que las lleva a no consultar para evitar este tipo de experiencias para sus hijos. Este hallazgo ha sido reportado por otros autores, quienes relatan que las dificultades en el comportamiento del niño durante la atención odontológica se considera una razón importante para no solicitar el servicio (Franco-Cortés et al., 2010).

Otro proceso propio del sistema de creencias que opera como limitante es la relación que se establece entre los profesionales de la salud y los usuarios del sistema, ya que los profesionales usualmente parados desde el campo del saber científico intentan —amparados en sus juegos de verdad— destituir cualquier otro sentido, significado o símbolo que no participe o que contraría su orden de verdad (Malagón, 1999). Esta actitud de los profesionales crea una barrera con los usuarios de los servicios, imposibilita el diálogo de saberes y, en último término, los aleja del servicio.

Adicionalmente, dentro del sistema de creencias y valores de los profesionales, muy posiblemente derivados de fallas en su formación, encontramos que la percepción que tienen sobre su capacidad de atención odontológica a los niños durante la primera infancia también limita las posibilidades de acceso. Los profesionales sienten la carencia de una formación particular que los haga idóneos para la atención diferencial a este grupo edad y presentan sentimientos de angustia relacionados con la atención, especialmente con el manejo del niño en la consulta.

También encontramos que las dotaciones con las que cuentan los profesionales desfavorecen las posibilidades de acceso; ello en tanto que, al ser los profesionales la puerta de entrada al servicio, muchas veces optan por la negación del servicio o la remisión al especialista, lo que conlleva múltiples trámites administrativos, con grandes obstáculos por parte de las aseguradoras.

Como procesos singulares de las familias, especialmente del régimen contributivo, encontramos que se ha naturalizado el gasto: las personas creen que es normal pagar por este servicio y que, para tener calidad y oportunidad, se debe pagar un cargo adicional, conformándose con no utilizar la red de prestadores de su aseguradora, pues la consideran además de baja calidad. Esto es un logro de los administradores del sistema, quienes no solo se ahorran la prestación del servicio al que los afiliados tienen derecho, sino que tienen en la venta de servicios adicionales un nuevo nicho de mercado en salud.

Dentro de las limitaciones del estudio debemos plantear que las familias partícipes de la investigación fueron invitadas a participar desde su relación las instituciones prestadoras del servicio de salud, lo que supone que ya habían superado algunas barreras de acceso al servicio de salud, que pueden no encontrarse en el análisis de esta investigación.

5. Conclusiones

Este estudio, elaborado desde el marco explicativo de la determinación social de salud, nos permitió comprender que ciertas determinantes estructurales de la dimensión general de la realidad de la sociedad colombiana (como las condiciones de pobreza, el desempleo y la lógica de organización del sistema de salud) se comportan como procesos que limitan el acceso a la atención de manera proporcional a como los grupos sociales estén afectados por dichos procesos.

Desde el punto de vista de determinantes particulares y singulares que afectan de manera diferencial a los grupos sociales y a las familias, este estudio hizo evidente que las condiciones de

trabajo de los padres, el consumo de servicios de atención en salud (afectado por la fragmentación en la afiliación, la desconfianza en el sistema, la presencia de copagos y otros gastos adicionales del servicio, entre otros procesos) y el sistema de creencias y valores (especialmente el desconocimiento de los derechos en salud) se convierten en frecuentes limitantes de las posibilidades de acceso.

Una posible mejora al acceso de los niños durante la primera infancia debe transformar aspectos de la dimensión general hacia modelos incluyentes y solidarios de relación y convivencia; con ello se podría lograr la transformación de la organización del sistema, lo que realmente garantice el derecho a la salud y pero también se necesita la transformación de aspectos de la dimensión particular y singular de las familias, las instituciones y los profesionales.

Listado de referencias

- Abadía, C. E., & Oviedo, D. G. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 86-102.
- Breilh, J. (1989). *Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2010). Las tres «s» de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En R. Passos (Ed.), *Determinação Social Da Saúde e Reforma Sanitária* (pp. 1-37). Río de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes.
- Concha, S. (2015). *Determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá*. (Tesis de Doctorado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., Colombia.
- Creswell, J. W. (1997). *Qualitative inquiry and reserch design: Choosing among five traditions*. San Francisco: Sage.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. San Francisco: Sage.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística,. (2015). *Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2015*. Bogotá, D. C.: Autor. Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_15_.pdf
- Echavarría, N. (2011). *Acceso a los servicios curativos de salud oral en escolares de la localidad de Fontibón de Bogotá D. C., 2009*. (Tesis de Maestría). Pontifica Universidad Javeriana, Bogotá, D. C., Colombia.
- Echeverry, M. E. (2011). Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 97-109.
- Fedesarrollo. (2106). *La calidad del empleo. Informe Mensual del Mercado Laboral*. Recuperado de: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/IML-Junio-2016-Web.pdf>
- Franco-Cortés, Á. M., Ramírez, S., Escobar, G., Isaac, M., & Londoño, P. A. (2010). Barreras de acceso a los servicios odontologicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. *Revista CES Odontología*, 23(2), 41-48.
- Franco-Cortés, Á. M., Ramírez, B. S., & Ochoa, E. M. (2013). Frecuencia de consulta odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2011. *Revista Nacional de Odontología*, 9(16), 9-13. <http://dx.doi.org/10.16925/issn.1900-3080>
- Franco, S. (2003). Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma a la salud y seguridad social en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, (4), 58-69.
- Fresneda, O. (2014). *Clases sociales, modos de desarrollo y desigualdad: lineamientos para su análisis*. (Borrador de avance de Tesis Doctoral). Doctorado en Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., Colombia.

- Galeano, M. E. (2004). *Estrategias de investigación social cualitativa: el giro en la mirada*. Medellín: La Carreta.
- Garay, L. J. (1998). *Colombia: estructura industrial e internacionalización 1967-1996*. Bogotá, D. C.: Departamento Nacional de Planeación.
- Hernández, M. (2000). El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 121-144.
- Malagón, R. (1999). La boca como representación. En M. Viveros, & G. Garay (Eds.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (pp. 95-108). Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *IV Estudio Nacional de Salud Bucal. Situación en salud bucal*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Soy generación más sonriente*. Recuperado de: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/lineamientos_soy_generacion_mas_sonriente.pdf
- Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J., & Concha-Sánchez, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud Pública*, 15(6), 797-808.
- Moreno-Zavaleta, M. T., & Granada-Echeverri, P. (2014). Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 121-139. doi:10.11600/1692715x.1216052513
- Pérez-Valbuena, G. J., & Silva-Ureña, A. (2015). *Una mirada a los gastos de bolsillo en salud en Colombia*. Bogotá, D. C.: Banco de la República.
- Presidencia de la República de Colombia, & Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2013). *Estrategia de atención integral a la primera infancia: fundamentos políticos, técnicos y de gestión*. Bogotá, D. C.: Presidencia de la República.
- Quintero, C. A., Robledo, D. P., Vásquez, A., Delgado, O., & Franco-Cortés, Á. M. (2014). Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2007. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 25(2), 325-341.
- Ramírez, B. S., Escobar, G., Castro, J. F., & Franco-Cortés, Á. M. (2009). 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. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 20(2), 129-137.
- Ramírez, B. S., Escobar, G., Franco-Cortés, Á. M., Martínez, M. C., & Gómez, L. (2011). Caries de la infancia temprana en niño de cinco años, Medellín, Colombia, 2008. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 22(2), 164-172.
- Restrepo, J., & Vásquez, J. (2001). *Acceso y utilización de servicios de salud: apuntes para una discusión inacabada*. Recuperado de: <http://www.periodicoelpulso.com/html/mayo01/observa/observa.htm>
- Serna, C., Hurtado, L., Mejía, L., & Zapata, P. (2000). *El niño y la niña y la crianza humanizada*. (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://ayura.udea.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1092/1/CA0352.pdf>
- Vargas, I. (2009). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*. (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 121-130.
- Vega, R. (2009). Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 7-11.

- Vélez, M. (2016). *La salud en Colombia: pasado, presente y futuro de un sistema en crisis*. Bogotá, D. C.: Penguin Random House.
- Watson, M., Manski, R., & Macek, M. (2001). The impact of income on children's and adolescents preventive dental visits. *Journal of the American Dental Association*, 132(11), 1580-1587. doi: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2001.0093>
- Yepes, F. J. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 118-123.