

**TÍTULO:** Procesos determinantes del acceso a la atención odontológica de niños durante la primera infancia, Medellín. 2016

Clara Liliana Gallego Gómez<sup>1</sup>. Ángela María Franco Cortés.<sup>2</sup>

## **RESUMEN**

**Contexto.** La generación de políticas y programas sociales en Colombia ha sido incentivada por el reconocimiento de los niños como sujetos de derecho. Estos derechos deberían ser universales, pero en el caso de la salud, está se encuentra condicionada por las posibilidades reales del acceso al sistema de salud, regulada por factores como el modelo de aseguramiento.

**Objetivo.** Analizar el papel de los procesos estructurales, particulares y singulares para identificar aquellos procesos que posibilitan o limitan el acceso a la atención odontológica durante la primera infancia.

**Método.** Desde el enfoque de la determinación social de la salud, se desarrolló un método mixto con mayor peso en lo cualitativo, específicamente una etnografía. Para la selección de los participantes se usó un criterio basado en su relación con una institución del régimen contributivo o una institución del régimen subsidiado. En cada Institución se realizó observación no participante al programa de crecimiento y desarrollo, entrevista grupal a los odontólogos, encuesta a los coordinadores de odontología, y entrevistas individuales a las madres usuarias. Se realizó análisis documental de la política de salud.

**Resultados.** El acceso de los niños de la primera infancia a la atención odontológica se encuentra condicionado por un sistema de salud con fallas estructurales que impone barreras para la atención. En el caso de las instituciones se observó que no están preparadas completamente para la atención de este grupo etéreo. Los modos de vida de las familias son una limitante para el acceso.

**Conclusión.** Una perspectiva de mejora el acceso de los niños de la primera infancia al sistema de salud necesita incluir aspectos fundamentales de la organización del sistema de salud, aspectos particulares de las instituciones prestadoras de salud, del personal tratante y de la dimensión de los cuidadores responsables de los niños.

---

<sup>1</sup> Estudiante Maestría en Ciencias Odontológicas. Universidad de Antioquia

<sup>2</sup> Profesora Titular. Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia

## INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas Colombia ha tenido un importante desarrollo de la legislación que protege a los niños<sup>3</sup> y los reconoce como sujetos de derechos a partir de la promulgación Ley 12 de 1991 que aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por las naciones Unidas, la Ley 1098 de 2006 “Código de la Infancia y la Adolescencia” y la Política de Atención Integral a la Primera Infancia.

Pese a estos esfuerzos de desarrollo de la normatividad, la realidad de los niños dista mucho de la posibilidad del disfrute real de sus derechos. Según cifras oficiales en el año 2013 el 60,3% de los niños en primera infancia vivían en condiciones de pobreza, de los cuales el 23,2% vivía en condiciones de pobreza extrema y el 7,7% eran víctimas del desplazamiento forzado. (Presidencia de la República de Colombia et al., 2013) El informe del año de 2016 de la ONG *Save the Children*, basado en cifras oficiales del Instituto de Medicina Legal y otras instituciones, revela que en el país dos niños llegan cada hora, al Instituto por haber sido presuntamente víctimas de abuso sexual y cada día tres menores de edad son abandonados y dos asesinados. Estas cifras son verdaderamente alarmantes y prueban cómo el reconocimiento de los derechos se queda en el papel y las leyes que lo fundamentan no son garantía suficiente para que en la práctica los niños realmente gocen de protección integral.

Como parte de esta protección integral, la salud ha sido considerada como un derecho fundamental y aunque sabemos que para su completa realización es necesaria la garantía de otros derechos como la seguridad alimentaria, la vivienda y la educación, el presente estudio se interesó por evaluar el acceso a la atención odontológica de los niños en etapa de primera infancia como uno de los componentes de este derecho.

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 [...]”, dicho derecho

---

<sup>3</sup> El presente proyecto utiliza la categoría niños, haciendo referencia tanto a los niños como a las niñas.

está ligado a la resolución concreta de una necesidad cuando se requiera” (Echeverry, 2011). En este orden de ideas, el estudio del acceso a la atención no puede darse al margen de la discusión general sobre la garantía del derecho fundamental a la salud que en Colombia está afectada, primero, por la reducción que se hace de los problemas de salud de las personas a meros daños biológicos individuales, y segundo, porque la atención que se debe ofrecer para resolver dichos problemas está sometida a la lógica de la mercantilización del sistema de salud, en la que quién tiene con qué pagar es quien tiene acceso y mejor atención.

Hablar del derecho al acceso a la atención en salud es entrar en el análisis de las políticas públicas y de la forma como están inscritas en el modelo de desarrollo económico de un país (Restrepo, 2001). En el caso de Colombia y de la mayoría de los países de la región Latinoamericana, el modelo neoliberal y de globalización han impuesto ciertos modos de pensar y hacer las políticas, que influyen, entre otras cosas, en la manera como se organiza el sistema de salud para cubrir las necesidades de las comunidades. Las actuales políticas de salud en el país se han fundamentado en la focalización de subsidios, el asistencialismo a los pobres y han fortalecido un enfoque biomédico de la atención centrado en la enfermedad, que mantiene la exclusión y las inequidades que afectan a todos los grupos poblacionales, especialmente a los niños (Romero, 2009)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrece un Plan de Beneficios que incluye la atención odontológica. Sin embargo, el acceso a esta atención está atravesado por múltiples limitaciones que son comunes al acceso a los demás servicios de salud. Adicionalmente se sabe que los altos costos de la prestación del servicio odontológico, debido a que requieren una mayor capacidad instalada y tecnología sofisticada, induce a los prestadores a que se apliquen estrategias de priorización (escolares, gestantes) que excluye de tajo a otros grupos poblacionales de la atención. Priorización a la que se le suma la incapacidad económica de buena parte de la población para cubrir los costos de los servicios privados, sin dejar a un lado razones sicosociales y culturales que limitan la búsqueda de atención odontológica. (Rocha-buelvas, 2013)

La necesidad del acceso de los niños menores de seis años a la atención odontológica se pone en evidencia al revisar los datos del IV Estudio Nacional de Salud Bucal – ENSAB IV, en los que se reporta experiencia de caries en niños antes de cumplir el primer año de vida. De ello el 6% tiene experiencia de caries en etapa avanzada de cavitación, indicador que se incrementa al 29,3% cuando se suman los estadios incipientes de caries. A los 3 años el porcentaje de niños con experiencia de caries cavitada ya es del 47,1 y a los 5 años es del 62,4. De la misma manera se puede deducir que los niños en estas edades no están accediendo oportunamente a la atención preventiva ni tampoco a la curativa, pues el estudio reporta que de ellos el 43,7% y 52,2% respectivamente, tenían lesiones de caries no tratadas (prevalencia), al momento del examen (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En el caso específico de la ciudad de Medellín, estudios locales sobre la situación de salud bucal de la primera infancia muestran también una alta frecuencia de caries dental, pues la experiencia calculada oscila entre 69,7% y 77,8% con diferencias significativas por edad (Ramírez, 2011) (Quintero, 2014). En estos estudios, los autores destacan que por lo general en este grupo poblacional las lesiones cariosas no son tratadas y es común encontrar necesidades de atención acumuladas, además concluyen sobre la relación de la caries dental con los modos de vida de algunos grupos sociales, como una clara evidencia de las inequidades en salud (Ramírez, 2009).

Otros estudios más 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 no han visitado nunca al odontólogo y sugieren como explicaciones el hecho de que las madres no tienen los recursos económicos o el tiempo necesario para llevarlos a consulta, no consideran importante la dentición primaria o no demandan la atención por el temor a una situación traumática para sus hijos; otras explicaciones hablan de que los servicios rechazan a los niños por su corta edad y por las dificultades del manejo. (Franco, 2010).

En general los estudios concluyen que la frecuencia de consulta odontológica en los niños durante la primera infancia es baja, pese a la importancia demostrada para el adecuado crecimiento y desarrollo físico y emocional (Franco, 2013).

Por lo anteriormente expuesto el fenómeno del acceso a la atención odontológica de los niños y niñas en la etapa de la primera infancia en Colombia y en la ciudad de Medellín, fue identificado como un problema que afecta su derecho a la salud y por lo tanto ameritó un análisis desde una apuesta que superara los enfoques reduccionistas y lo abordara como un problema complejo, determinado histórica, social y culturalmente. Para lograrlo se utilizó el marco explicativo de la determinación social de la salud, un enfoque permite ampliar la mirada sobre la producción de la salud y la vida, dado que retoma como guía para el análisis, las inequidades relacionadas con la posición social e intenta evidenciar sus consecuentes desigualdades.

La determinación social de la salud es un enfoque que desarrolla una crítica al paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología clásica y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social y los modos de vivir, de enfermar, de recibir atención y de morir. Este enfoque utiliza la categoría clase social,<sup>4</sup> 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 y expresiones del Estado); 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, así como la 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 y estilos de vida familiares y personales, cotidianos. Para Breilh estos procesos se encuentran

---

<sup>4</sup> "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 (relaciones que las leyes fijan y consagran), 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, 1979)

siempre en movimiento y “existen relaciones determinantes de lo general frente a lo particular y singular, y al mismo tiempo existe una autonomía relativa y capacidad de incidencia de lo particular y singular frente a lo general” (Breilh, 2003).

En resumen, “de acuerdo a como se presenta la estructura económica, existirán diferentes grupos socioeconómicos que llevan inscrita una calidad de vida propia, producto de su forma de producir y consumir y por lo tanto de consumirse y reproducirse, lo que dará como resultado diversos perfiles y patrones de salud – enfermedad para cada grupo social [y diversas maneras de relacionarse con los servicios y acceder a la atención]. (Breilh, 1980)

El propósito de este estudio fue comprender el papel de los procesos estructurales de la sociedad colombiana y 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 en la etapa de primera infancia.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado previo a la ejecución de la investigación.

Se utilizó un método mixto, siguiendo la tipología propuesta por Creswell del diseño embebido (Creswell, 2003) con un mayor peso del componente cualitativo, 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.

Se decidió darle un mayor peso a lo cualitativo, por la perspectiva hermenéutica que permite, como dice Galeano, “situar la mirada en el sujeto de la acción [en nuestro caso los sujetos que participan en la demanda y oferta de servicios odontológicos para los niños], en sus contextos particulares con sus determinaciones históricas, sus singularidades culturales, sus diferencias y las

distintas maneras de vivir y pensar sobre los grandes y los pequeños acontecimientos y situaciones que han cruzado sus historias personales” (Galeano, 2004). De igual manera esta decisión nos puso en la perspectiva, de develar y comprender la realidad del fenómeno estudiado, sin pretensiones de generalización (Strauss, A. y Corbin, 2002).

Siguiendo una orientación etnográfica se buscó “captar el punto de vista de un grupo social concreto [en este caso usuarios y profesionales del servicio de odontología de dos instituciones prestadoras de servicio] describiendo las acciones y los hechos que se desarrollan en dicho contexto, propiciando la reflexión de las personas sobre las creencias, prácticas y sentimientos e identificando el sentido actual que tienen de las mismas” (Galeano, 2004). También asumimos la etnografía como método abierto de investigación en terreno donde caben las encuestas, las técnicas no directivas, como la observación participante y las entrevistas no dirigidas (Guber, 2001).

### **Instituciones participantes**

Siendo el acceso a la atención en salud un fenómeno complejo en el que interactúan numerosos procesos que se gestan y se desarrollan, unos en la cotidianidad de las familias, cuyos integrantes (madres y niños, en nuestro caso) por una u otra causa requieren de la atención (potenciales usuarios), otros en la cotidianidad de las instituciones, compuestas por sujetos (profesionales y personal administrativo, en este caso), con diferentes roles que garantizan la prestación del servicio (potenciales prestadores), se decidió captar a los participantes a partir de su relación con los servicios en dos Instituciones Prestadoras de Servicios Salud.

La primera de ellas, institución que atiende el régimen subsidiado en la ciudad de Medellín, de naturaleza pública, que presta servicios de primer nivel de atención y algunos de segundo nivel, a la población pobre y vulnerable de la ciudad. Una vez se contó con el aval del Comité de Ética de la institución, fue escogida una de sus Unidades Prestadora de Servicios, ubicada en la comuna noroccidental de la

ciudad, como sitio de recolección de la información. La segunda institución es un prestador de servicios del régimen contributivo de la ciudad, en la que una vez se obtuvo el aval del comité científico, se escogió una de sus IPS, ubicada en el suroriente de la ciudad para la recolección de la información.

### **Sujetos participantes**

La investigación se realizó con actores que participan directamente en el proceso del acceso a la atención en salud: las madres/padres de los niños usuarios del servicio, quienes toman en últimas la decisión de consultar o no, y los odontólogos(as) como prestadores del mismo.

De igual manera, se trabajó con los Coordinadores de Odontología de las instituciones participantes, quienes tienen que ver con las decisiones institucionales en materia de organización de estos servicios, lo cual permitió una mirada complementaria que refuerza los hallazgos de los otros dos actores.

### **Recolección de la información**

La recolección de la información se hizo con el apoyo de diferentes técnicas, así:

#### ***Revisión y Análisis Documental***

Se realizó revisión y análisis crítico de la literatura disponible sobre procesos estructurales de la organización del Estado, la sociedad colombiana y las políticas, principalmente las de salud con el fin de comprender el papel que cumplen estos procesos en las posibilidades de acceso a la atención odontológica.

#### ***Encuesta de 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, 2010). La aplicación de la encuesta orientada a la identificación de la posición social (clase o fracción de clase) y los modos de vida

de las familias de las mujeres entrevistadas, se dedujo de la respuesta a cuatro preguntas: el lugar que ocupa el principal responsable económico de la familia en el aparato productivo; las relaciones técnicas (frente a los medios de producción); las relaciones de propiedad (papel en la organización del trabajo); y las relaciones de distribución (cuota de la riqueza que disfrutaban) Brelih (1979).

Se reconoce que esta aproximación, aunque insuficiente para dar cuenta de aspectos culturales y políticos de las clases sociales, es un recurso valioso para explicar la distribución desigual del proceso salud enfermedad y otros procesos conexos, como el acceso a la atención en salud de grupos humanos concretos y avanzar en la comprensión de su determinación social.

### ***Observación Participante en el Programa de Crecimiento y Desarrollo***

Se realizó observación no participante en el Programa de Crecimiento y Desarrollo y su papel como puerta de entrada al servicio odontológico para este grupo de edad.

En la primera institución, se realizó observación no participante en el Programa de Crecimiento y Desarrollo, con el apoyo de la enfermera jefe, líder del programa. Se realizaron cinco observaciones en diferentes días y con diferentes grupos de madres y niños. En la segunda Institución se realizaron tres observaciones no participantes con el apoyo de la auxiliar de enfermería y de una auxiliar de higiene oral y una trabajadora social. Las observaciones se realizaron en diferentes grupos de edad.

### ***Entrevistas Grupales a los Odontólogos***

En la primera Institución se realizó entrevista grupal con el equipo del servicio de odontología de la Unidad Prestadora de Servicios. Participaron cinco odontólogos y una auxiliar de higiene oral. En la segunda Institución, se realizó una primera entrevista con los odontólogos del grupo de trabajo de la IPS, en la que participaron un total de 8 profesionales. Después del análisis preliminar de la información se decidió realizar un segundo encuentro, que permitió aclarar algunos puntos que emergieron durante la primera entrevistas.

### ***Entrevistas Individuales a las Madres***

Las madres usuarias del programa de Crecimiento y Desarrollo de la Unidad Prestadora de Servicios, fueron invitadas a participar en el estudio. Se realizó el contacto con ellas y se les explicó el procedimiento de la investigación, se realizó la entrevista y se aplicó la encuesta de modos de vida. Participaron un total de diez madres, las entrevistas fueron realizadas en la casa de la familia.

En la segunda Institución se realizaron las entrevistas a las madres usuarias, una vez fueron contactadas a través de la base de datos del programa de Crecimiento y Desarrollo. En el encuentro, se explicaron los objetivos y procedimientos para realizar la investigación y se realizó la entrevista y la encuesta de modos de vida. Participaron un total de ocho madres, un padre y una abuela cuidadora.

### ***Encuesta a Coordinadores de Odontología***

En la primera institución la coordinación del servicio de odontología, se encuentra a cargo del coordinador médico la Unidad Prestadora de Servicios de Salud, por tanto con esta persona se realizó la entrevista estructurada con el fin de recolectar datos empíricos sobre la organización de los servicios y particularmente del servicio odontológico. En la segunda Institución se realizó la misma entrevista, a quien ocupaba el cargo de coordinadora de odontología.

### **Análisis de la información**

La totalidad de los encuentros fueron grabados y posteriormente transcritos para el análisis. Siguiendo lo propuesto por Creswell (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 (tendencias). 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.

## **RESULTADOS**

### **1. Procesos Generales que Afectan Positiva o Negativamente el Acceso a la Atención en Salud**

Según Sarmiento, las sociedades del siglo XXI presentan “una sólida realidad histórica (y socio-económica) apoyada en esa tercera gran expansión planetaria del capitalismo (una expansión que sucede a las etapas anteriores de los mercados nacionales y del antiguo sistema imperialista, que tuvieron cada una de ellas su propia especificidad cultural, que produjeron nuevos tipos de espacios adaptados a sus dinámicas) (Sarmiento, 2000). Esta expansión del capitalismo ha tenido como una de sus consecuencias la hiper acumulación de riqueza y poder en grupos económicos de orden supranacional. En este proceso se produce la subordinación o exclusión de grandes grupos sociales, generando graves inequidades sociales que se reproducen históricamente.

En Colombia, la inequidad social ha sido constante desde la época de la colonia y el Estado colombiano nunca se ha empeñado en intervenir las causas estructurales de dicha inequidad con el fin de mitigar sus efectos; mucho menos “se ha dado un esfuerzo explícito por parte de las élites gubernamentales para rediseñar nuevas funciones y fortalecer su capacidad redistributiva y de regulación social” (Pizarro & Bejarano, 1994)

Al respecto Sarmiento también afirma que muy por el contrario “las políticas macro económicas e institucionales de la última década del siglo XX, reforzadas por medidas contraccionistas del campo monetario, profundizaron la tendencia

burocrática, expeculativa y rentista de la economía colombiana. El modelo económico impulsado desencadenó el deterioro del sector productivo, el desempleo, la caída en los salarios, la concentración de la riqueza y el aumento de la pobreza”. (Romero, 2000).

Específicamente con las reformas impulsadas en la presidencia de Cesar Gaviria (1990 – 1994) se avanzó de manera significativa hacia la llamada desregulación de la economía y se sentaron las bases para el proceso de reforma neoliberal del Estado. La desregulación de la economía tenía por objeto el establecimiento de reglas que organizaran la actividad económica de acuerdo con la lógica del libre mercado.

La continuidad de esta política neoliberal ha sido garantizada por la vía legal, con los planes nacionales de desarrollo y las leyes anuales del presupuesto (Estrada, 2006). Además, los gobiernos introdujeron una serie de reformas administrativas, bautizadas con el nombre de «modernización del Estado», las cuales apuntaban a aumentar la eficiencia administrativa, a eliminar, disminuir o reformular los mecanismos de intervención y regulación estatal de la economía, a promover la competencia tanto interna como externa, así como a ampliar la autonomía del mercado y por ende del sector privado (Pizarro & Bejarano, 1994).

El ordenamiento que se fue construyendo a lo largo de los años resolvió la tensión, en cierta medida expresada en la Constitución de 1991, entre derechos fundamentales y derechos patrimoniales en favor de los segundos, en gran parte como resultado de la tendencia del proceso político, cuya preocupación central descansa en la protección de los derechos de propiedad de las transnacionales y de los grupos económicos (Estrada, 2006).

La adopción de este modelo de desarrollo capitalista y neoliberal ha traído al país consecuencias como la desigual distribución de la propiedad de la tierra y de los ingresos, entre otros muchos efectos negativos para la gran mayoría de los colombianos. Según datos del Instituto geográfico Agustín Codazzi, 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). Esta distribución

de la tenencia de la tierra refleja la concentración de este medio de producción en una élite minoritaria, excluyendo a miles de ciudadanos de la distribución de la riqueza; lo que se convierte en un determinante de las inequidades estructurales que caracterizan a la sociedad colombiana.

De igual manera la concentración monopólica de la industria en Colombia, ha sido una constante desde la industrialización del país en la década de los cuarenta. En un proceso de crecimiento que duró varias décadas, los conglomerados se fueron consolidando mediante la fusión y absorción de empresas, antes que por la creación de nuevas. Se comenzó por adquirir empresas que desarrollaban actividades conexas a la actividad de la empresa matriz, para posteriormente expandirse de manera horizontal hacia otras actividades económicas, tanto manufactureras como del sector servicios. Ya desde finales de la década de los años setenta y durante la década de los ochenta del siglo pasado, los conglomerados -que en su mayoría eran de propiedad familiar- han diversificado su portafolio de inversión en una amplia gama de actividades económicas dentro de las cuales se destaca su elevada participación en el sector financiero (banca, compañías aseguradoras, cajas de ahorro) (Garay, 2017).

Como consecuencia directa de la inequitativa distribución de la tierra y la concentración monopólica 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 (Oscar, 2014). Más recientemente, según este organismo, en el año 2016, Colombia aparece como el país con la mayor participación del 1% más rico en el ingreso total, lo que supone una amplia brecha en la distribución, puesto que el segmento de los que más reciben llegaba a percibir el 20,5% del ingreso total del país (Negocios, n.d.).

De esta concentración de la riqueza 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, lo que significa que más de trece millones de personas se clasificaron como pobres (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2015). Para esta clasificación el DANE define la línea de pobreza, como el costo per cápita mensual mínimo necesario para adquirir una canasta de bienes (alimentarios y no alimentarios) que permiten un nivel de vida adecuado.<sup>5</sup>

El porcentaje de personas en situación de pobreza extrema fue 7,9 para el mismo año, es decir, que 3.808.037 personas en el país, viven con un ingreso mensual mínimo necesario para adquirir únicamente la canasta de bienes alimentarios, que permiten un nivel de sobrevivencia. En suma, en el país, más del 35% de la población, escasamente tiene posibilidades de sobrevivir, y aunque desde las instituciones del Estado se han realizado algunas acciones para mitigar la pobreza, estas han sido insuficientes, porque no alternan la base estructural de la inequidad, resultante del modelo de desarrollo del país.

En Colombia, la pobreza se convierte en uno de los determinantes estructurales que mayor peso tiene en el análisis de la situación de salud y de la atención a la salud y la enfermedad. Como lo expresa Franco “Lo más preocupante es que la pobreza, medida por cualquiera de las formas en que hoy se hace, implica siempre disminución de la calidad de la vida y negación o limitación de derechos básicos”. (Franco, 2015)

La precaria situación del empleo en Colombia, es otro determinante estructural. La tasa de desempleo global es del 9.2%, (CEPAL, 2017) y la informalidad sigue siendo uno de los principales problemas que enfrenta el país con diferencias importantes entre ciudades: mientras Medellín, Manizales y Bogotá presentan

---

<sup>5</sup> Cabe aclarar que en el cálculo del porcentaje de personas en situación de pobreza se debe tener muy en cuenta el indicador con el que se está realizando la medición, ya que a partir del 2011 el DANE, organismo encargado de esta medición, utiliza el Índice de Pobreza Multidimensional que difiere en varios puntos porcentuales de las mediciones realizadas en años anteriores, lo que ha sido utilizado por los entes oficiales como un avance en el mejoramiento de las condiciones de vida de los colombianos.

menores niveles de informalidad (cercanos al 40%) en ciudades como Cúcuta y Sincelejo la tasa de informalidad llega a valores del 65%. (Social, 2106)

En este contexto de múltiples pobreza, las posibilidades de acceso a bienes y servicios, se encuentran limitadas en gran medida, para la mayoría de las personas en el país. En el año 2015, el 10,1% de los hogares colombianos no contaba con servicio de acueducto y el 23% no contaba con alcantarillado (DANE, 2015b). El 13,2% de las niñas y niños menores de cinco años presentaba desnutrición crónica y el 30,2% se encuentra en riesgo de presentarla (Encuesta Nacional de Nutrición, 2010). Datos relacionados con el estado nutricional de las mujeres gestantes muestran que el 16,2% presentó bajo peso para su edad gestacional, siendo las más afectadas las mujeres entre los 13 y 24 años.

Con respecto a la situación de la niñez, en el año 2015, el 9.1% de los hogares reportó barreras para el cuidado de la primera infancia, el 3% tuvo inasistencia escolar de niños y el 29.5% de los hogares tuvo un niño con rezago escolar. La prevalencia oficial de trabajo infantil es del 3%, pero se sabe que extraoficialmente el indicador es mayor (DANE, 2015).

La pobreza económica, social y política da lugar a respuestas de la sociedad que se conjugan en violencias de muchos tipos; en palabras de un investigador del tema “el informe anual del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, esa especie de radiografía de nuestras violencias, nos vuelve a mostrar que seguimos siendo un país violento” (Franco, 2016). Como consecuencia directa de las violencias en el país, especialmente en las últimas décadas, se produce el desplazamiento forzado de la población campesina, que se suma a la situación de pobreza de amplios grupos urbanos y rurales. Según la Unidad para la Reparación de Víctimas, el país tiene actualmente 7.108.181 desplazados, de los cuales el 16.5% son niños y niñas de 0 a 5 años (Victimas, 2017).

Esta realidad, descrita por razones de espacio de manera muy sintética, producto de ese círculo vicioso entre inequidad y violencia, dificulta enormemente la consolidación de un Estado de Derecho que en un país como Colombia garantice mejores condiciones de vida para todos los colombianos.

## ***Política Macroeconómica y Sistema de Atención en Salud***

Hernández nos recuerda que “las relaciones de poder entre las personas, entre los grupos humanos y entre las formas de organización que constituyen el sistema político de cada sociedad, [...] van configurando en el largo plazo, cierto tipo de articulación Estado-Sociedad. En el caso de la salud, tal articulación se expresa en formas concretas de organización de los servicios de atención y prevención de enfermedades, y en ciertas condiciones de bienestar o de salud” (Hernandez, 2000).

Cabe recordar que en materia de prestación de servicios de salud, Colombia contaba hasta 1993 con el Sistema Nacional de Salud, el cual segmentaba los grupos de población, en función de la capacidad adquisitiva y el estatus laboral, dando lugar a subsistemas que funcionaban autónomamente con integración vertical de las funciones, financiación y provisión. Un subsistema era el del Seguro Social, que atendía a trabajadores formales o asalariados y empleados públicos, a cargo del Instituto de Seguros Sociales y diversas Cajas de Seguro; otro era el subsistema público, a cargo del Ministerio de Salud, dirigido a la población sin recursos, atendido a través de la red de hospitales públicos, y otro el subsistema privado, dirigido a la población con capacidad de pago, que a través de seguros privados, clínicas y hospitales particulares, prestaban el servicio de salud a esta parte de la población (Vargas, 2009).

Datos del DANE del año 1992, reportaban que el 22% de la población pertenecía al subsistema del seguro social, cerca del 40% era atendido por el subsistema público, el 13% garantizaba su atención por el subsistema privado de financiación propia y el 25% de los habitantes no tenía acceso a los servicios de salud (Vargas & Molina, 2009).

La crisis económica de la década de los años 80, que afectó entre otros a los países latinoamericanos, provocaron que el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, diseñaran y pusieran en acción una política de ajuste estructural, mediante la cual los países de la región debían reducir el gasto social a cambio de la extensión de créditos para financiar la deuda pública (Vargas, 2009).

En Colombia el ajuste estructural comienza con la Ley 10 de 1990, que promueve la descentralización del país y con la promulgación de la nueva Constitución Política de 1991, que para el caso concreto de la salud, se conformó con reducirla al derecho prestacional a la seguridad social, y en consonancia con los postulados neoliberales, hizo explícita la concurrencia de los agentes públicos y privados para su prestación (Hernandez Álvarez, 2003), todo lo cual se materializa en una propuesta de reforma al sistema de salud, conocida como ley 100 de 1993..

El gran impulso a esta reforma se produjo con el estudio realizado por el Departamento de Población, Salud y Nutrición del Banco Mundial en 1987, que concluyó que el eje de la reforma debía ser la financiación de los servicios en salud, de manera que se pasara progresivamente del gasto gubernamental al gasto privado. Conclusión influenciada por el pensamiento neoliberal en salud, que se fundamenta en cuatro premisas: la focalización, como atención sólo a los más pobres con paquetes o canastas básicas; la disminución del tamaño y las responsabilidades del Estado; la separación de las funciones del Estado; y el cobro de los servicios (Hernández, 2003).<sup>6</sup>

Se estructura, entonces en salud, la idea de los bienes públicos (servicios colectivos de control de epidemias y la atención de desastres) como aquellos que deben ser provistos por el Estado, y los bienes privados (atención médica individual) los que son asumidos de manera individual (Hernandez, 2003). A la luz de esta teoría las personas parecen aceptar más fácilmente que es natural pagar por los bienes que se consumen, entre ellos la atención médica, que ya no es considerada como un derecho sino algo que se compra en el mercado.

Con este modelo de Sistema de Seguridad Social en Salud se estructura en Colombia la concurrencia plural, pública y privada, de aseguradores y prestadores de servicios de salud que compiten en el mercado bajo las reglas del Estado, para

---

<sup>6</sup> La reforma se sustenta en la teoría neoclásica sobre los bienes, según ésta, un bien privado es aquel que se consume individualmente, se agota con el consumo, satisface una necesidad individual, y por tanto el individuo está dispuesto a pagar por él. Así, los bienes privados obedecen a las leyes del mercado y su distribución es mejor y más eficiente por esta vía que por la intervención del Estado. Dos elementos fundamentales del mercado, la libre elección del consumidor y la competencia de oferentes, producen el máximo de eficiencia. (Hernandez, 2003)

equilibrar los intereses de los diferentes actores y separar las funciones de prestación de servicios, aseguramiento y dirección del sistema (Echeverry, 2011). El Estado entonces, se supone que acuerda las reglas con los actores del mercado, vigila su cumplimiento y subsidia la demanda de los que demuestren ser extremadamente pobres (Hernández, 2000).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), basado en el aseguramiento, se organiza entonces en dos regímenes: el subsidiado para la población pobre, seleccionada a través de la focalización y financiado a través de los aportes fiscales de la Nación y la contribución de los trabajadores cotizantes con ingresos altos; y el contributivo para la población trabajadora y su familia, con supuesta capacidad de pago, quienes financian el sistema a través de cotizaciones obligatorias, compartidas entre el empleador y el empleado. En ambos regímenes los usuarios realizan copagos, definidos según clasificación económica, por la utilización de los servicios, para contribuir a la racionalidad y la sostenibilidad financiera del sistema (Echeverry, 2011).

Sobre la política de focalización de subsidios en los más pobres, para aseguramiento en salud, Vega señala que “se ha hecho con base en enfoques metodológicos excluyentes como el Sisben<sup>7</sup> [...]. De acuerdo con estos métodos los pobres beneficiarios son seleccionados a expensas de la exclusión de los otros pobres, para lo cual se da gran peso a variables como el nivel educativo y las características de la vivienda como aproximación del nivel de bienestar o de pobreza, en detrimento de otras que se excluyen o que pudieran ser más relevantes para distinguir entre pobres y no pobres” (Vega, 2002), con esto se

---

<sup>7</sup> Sisbén es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales que, a través de un puntaje, clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas. Se utiliza para identificar de manera rápida y objetiva a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad para focalizar la inversión social y garantizar que esta sea asignada a quienes más lo necesitan. El puntaje se calcula automáticamente dentro del aplicativo a partir de la información reportada por el hogar en la encuesta y es un valor entre cero (0) y cien (100).

siguen segmentado las poblaciones por su capacidad de pago, y se crean más condiciones para la restricción al acceso a la atención en salud.

Otro de los actores responsables en el Sistema, son las aseguradoras de ambos regímenes que reciben un pago anual por cada afiliado y actúan como intermediarias, ya que contratan el paquete de beneficios con los prestadores de servicios. Este paquete denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), amparado por el seguro, cubre servicios de salud curativos con criterios costo – eficientes, y servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Para suavizar el impacto de la reforma, no se habla de aseguradoras sino de Empresas Promotoras de Salud (EPS), a las que les preocupa la salud de los usuarios. Se argumentó que si las EPS competían por eficiencia y calidad, se generaría una igualdad entre los usuarios, y de esta manera se produciría una regulación desde el mercado. Pero se produjo el efecto contrario, ya que la salud tiene altas externalidades, por lo que las aseguradoras, como una forma de control de gastos (Foro de la sociedad civil en salud, 2010), optaron por colocar una serie de barreras de acceso, como la concentración de la contratación de la red de prestadores en algunos lugares que genera barreras geográficas para los usuarios; trámites administrativos difíciles y demorados que desmotivan la utilización de los servicios, la negación de servicios a los pacientes, inclusive a los que se tienen derecho dentro del plan de beneficios, la restricción del acceso al segundo y tercer nivel de atención, la limitación de la autonomía médica, la evasión de la escasa regulación del Estado, la manipulación de leyes, decretos y resoluciones para que estén en consonancia con sus intereses (Vélez, 2016), entre otras muchas estrategias que han sido ampliamente documentadas por varios autores durante estos años de aplicación de la reforma.

Como lo señala Vélez, “El principal problema [del sistema] se llama EPS, especialmente la expectativa de ganancia de los intermediarios a expensas de la negación de la atención en salud a los colombianos. El problema es que no hay

manera de hacer compatibles las ganancias de las EPS con el bienestar general de la población, y creo que para lograr este objetivo se requiere un gran compromiso por parte de la administración pública” (Vélez, 2016). Pero infortunadamente, el Estado ha sido incapaz de controlar el mercado; a través de medidas administrativas se ha intentado poner freno a las aseguradoras, pero han resultado insuficientes, ante el poder desmedido que estos actores han desarrollado en el sistema. Otros opinan que no ha habido la voluntad ni el interés suficiente del Estado para lograrlo.

El otro actor dentro de la organización del Sistema, son las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de naturaleza privada y pública, que se encargan, como lo dice su nombre, de la prestación directa de servicios de salud. Estas instituciones se rigen por el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS (MAPIPOS), que organiza los servicios por niveles según la complejidad de los servicios que se prestan en cada uno de ellos. El acceso al servicio debe ser por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para la atención en los niveles superiores, las personas deben ser remitidas por un profesional en medicina general, de acuerdo con las normas establecidas, y son las aseguradoras las encargadas de definir cómo organizan y relacionan los niveles de atención (Vargas, 2009), lo que ha traído graves consecuencias a la oportunidad y continuidad de las atenciones en salud.

Esta manera de organizar el Sistema de Salud en el país, presenta un problema de tipo estructural, por la tensión permanente entre dos lógicas, la del mercado y la del derecho. Se ha producido una reducción significativa de la acción del Estado, mientras aumentan las inequidades propias del mercado. Se han profundizado las viejas divisiones de la salud en Colombia, medicina para ricos, prestada por la medicina prepagada, con altísimos costos y excesiva concentración de los recursos; medicina para sectores medios o régimen contributivo; y medicina para pobres, con serios problemas de cobertura efectiva en las poblaciones más necesitadas (Hernandez, 2000).

Este modelo de sistema de salud ha sido, desde su implementación, objeto de amplios debates desde todos los sectores, Vélez (Vélez, 2016), Echeverry (Echeverry, 2011), Abadía (Abadía, 2010), Yepes (Yepes Luján, 2010), Vargas y Molina (Vargas, 2009), Hernández (Hernandez, 2000), Franco (Franco, 2004), han documentado en diversas investigaciones que la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha tenido efectos negativos para el país, entre los que se enumeran, el deterioro en el acceso y calidad de los servicios de salud, mayor segmentación de la población para la atención, desmantelamiento de la red pública de servicios, debilitamiento de la autoridad sanitaria, retroceso en los indicadores de salud pública. Y no sólo personas particulares han hecho señalamientos a las consecuencias de la reforma, reportes oficiales de la Procuraduría, la Contraloría y la Defensoría del Pueblo han mostrado, entre otras, el aumento en el gasto de bolsillo de los ciudadanos y en el gasto de salud como porcentaje del PIB,<sup>8</sup> el número total y proporcional de las tutelas en salud, crisis y cierre de hospitales públicos, entre otros (Abadía, 2010).

Una de las críticas más importantes a la reforma al sistema de salud tiene que ver con la cobertura, el gran logro defendido por los reformistas, pues si bien se ha llegado casi al nivel universal (94,2% según la encuesta de calidad de vida 2015) (DANE, 2015b), se siguen presentado dos problemas básicos: el primero, es que no es lo mismo estar afiliado a una de las aseguradoras de cualquiera de los regímenes, que tener acceso real y oportuno a los servicios (Franco, 2004). Existe documentación suficiente para saber que por motivos predominantemente económicos, pero también por cuestiones propias de la organización del sistema, como la distribución geográfica de las EPS y las IPS y por la tramitología administrativa, muchos afiliados, entre ellos los niños y niñas menores de 6 años, no pueden obtener la atención debida en el momento oportuno. El segundo problema de la cobertura es que se han mantenido y en algunos casos se han incrementado las discriminaciones negativas en la afiliación al Sistema, para

---

<sup>8</sup> Desde la entrada en vigencia de la Ley 100, los recursos se han incrementado de forma importante, mientras que en el 2000 representaban el 5,9% del Producto Interno Bruto (PIB), en 2011 alcanzaron una participación del 6,5%. De este último, 1,6% corresponde a la financiación por parte del sector privado y el restante 4,9% al sector público. Este crecimiento ha estado apoyado más en los aportes de los trabajadores y el incremento del gasto de bolsillo, que pasaron de representar el 0,8% del PIB en 2004 al 1,0% en 2011, con un incremento cercano al 33% (Pérez Valbuena & Silva Ureña, 2015).

ciertos sectores de la población. Tales discriminaciones son de tipo regional, de género, de edad y étnico (Franco, 2004).

En el marco de una cascada de críticas y señalamientos por la ineficacia y la ineficiencia del sistema de salud, en el 2007 el gobierno nacional promulgó la Ley 1122, con la que se trató de solucionar los evidentes problemas que se presentaron con la reforma. Esta Ley daba especial énfasis a la financiación del sistema y el flujo de recursos, pero al preservar la orientación mercantilista de la Ley 100, no se produjeron en la práctica cambios importantes, o positivos en la prestación de los servicios de salud (Echeverry, 2011).

Posteriormente, la Sentencia T – 760 de 2008 proferida por la Corte Constitucional que reconoce la salud como un derecho fundamental, se convierte en un hito histórico en el país, dado que invoca y sienta doctrina sobre la protección de este derecho, demanda acciones seguras para el acceso a los servicios de salud contempladas en el POS, y acusa al ente estatal cuando afirma de manera categórica, que el Estado desprotege el derecho a la salud cuando permite que existan vacíos o lagunas en la regulación (Franco, 2012). Esta sentencia se convierte en el precedente de las siguientes reformas introducidas al sistema, pero lastimosamente no ha tenido todos los alcances que se esperaban en el manejo de la seguridad social en salud en el país, ya que continuaron las mismas prácticas por parte de los actores del sistema, en contravía del derecho.

La presión de algunos sectores y actores del sistema, llevó al gobierno a realizar una nueva reforma, que se legalizó con la promulgación la Ley 1438 de 2011, que buscaba el fortalecimiento del Sistema a través de un modelo de prestación del servicio público en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, lo que parecía mostrar una transición de un sistema de salud basado en el mercado hacia otro con mayor protagonismo del Estado. Pero como señala Hernández, “Antes que ir al fondo de la crisis financiera o corregir en serio la inequidad del sistema, [esta ley] no es más que un reacomodo de los actores que pugnan por los recursos, a espaldas de los pacientes ciudadanos” (Hernandez, 2011). Sentencia del autor, que infortunadamente se ha venido cumpliendo, ya que pocos

cambios se dieron en la práctica y los ciudadanos continúan siendo víctimas de un sistema de salud, inequitativo e ineficiente, que poco resuelve de manera oportuna sus necesidades en salud.

El posterior desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015), pone fin a una larga discusión acerca del reconocimiento de este derecho y contrario a lo que se podría creer, su constitucionalización como tal se dio por un profundo desarrollo jurisprudencial, que terminó exigiendo que se positivizara y que independiente del sistema de salud que se aplique en el futuro en Colombia, la salud es un derecho fundamental. Queda esperar cómo se produce su reglamentación, que no quede como tantas otras iniciativas en letra muerta y que efectivamente logre cambiar el modelo con el cual se organiza el sistema de salud en este país.

## **2. Procesos particulares y singulares: Los modos y estilos de vida de las familias que afectan positiva o negativamente el acceso a la atención odontológica de los niños y niñas en primera infancia**

La encuesta aplicada a las mujeres participantes permitió identificar la posición social del grupo familiar y con ello acercarnos a los modos de vida. En las familias del régimen contributivo, el responsable económico pertenece mayoritariamente al grupo de profesionales empleados (60%)<sup>9</sup> y de pequeños comerciantes (20%),<sup>10</sup> para quienes la fuente de ingreso es el salario fijo (entre 2 y 5 salarios mínimos mensuales legales vigentes - SMMLV). El nivel máximo de escolaridad del responsable económico es el posgrado. Algunos cabezas de familia son propietarios de medios de producción y tienen control sobre el proceso de trabajo. En su mayoría las familias habitan en vivienda propia totalmente pagada, ubicada en zonas de la ciudad clasificada como estratos 3 y 4. Casas o apartamentos con cuartos suficientes para todos los miembros y con acceso a los servicios públicos.

---

<sup>9</sup> Categoría que incluye las personas que tienen un título profesional y que están empleadas en empresas públicas o privadas bajo contrato de trabajo permanente.

<sup>10</sup> Categoría en la que se ubican las personas que desarrollan sus actividades económicas en torno a la compra de productos elaborados o semielaborados y su posterior venta en pequeño negocio con local propio estable.

Estas familias no reciben ningún tipo de subsidio del Estado y el acceso a los servicios de salud pocas veces es un problema, más que por las oportunidades del sistema de salud, porque muchos pueden optar por la atención privada.

Por su parte, las familias afiliadas al régimen subsidiado, contaban con un responsable económico que pertenecía al grupo social de los sub-asalariados (70%)<sup>11</sup> o al grupo de obreros (30%)<sup>12</sup>. No tiene propiedades y su tarea principal en el proceso de producción es la de hacer el trabajo. Los ingresos provienen principalmente de ventas ambulantes o jornales, para los sub-asalariados y salario o jornales, para los obreros. El rango de ingresos se encuentra entre medio y un SMMLV. El nivel máximo de escolaridad del responsable económico oscila entre primaria completa y secundaria completa.

Estas familias habitan casas en alquiler ubicadas en estratos 1 y 2, en su mayoría con cuartos insuficientes, pero con agua potable y acceso a los servicios públicos. Sólo una familia recibe subsidios estatales.

Como lo explica Restrepo, “la posición social de las personas determina los resultados en salud de los grupos sociales, reparte la esperanza de vida, así como las probabilidades de enfermar de más o menos cosas, de manera más o menos rápida, las frecuencias de los accidentes con consecuencias lesivas de por vida, la intensidad en el acceso a la atención en salud, el conocimiento de los derechos ante el sistema y las probabilidades de ser considerado con respeto y buen trato, o vulneradas las necesidades y la dignidad de las personas” (Colombia, 2009).

---

<sup>11</sup> Categoría que incluye los trabajadores por cuenta propia no profesional ni técnico, los vendedores ambulantes, las empleadas domésticas

<sup>12</sup> Categoría que incluye trabajadores manuales que laboran bajo contrato permanente en empresas públicas o privadas donde hay diez o más trabajadores. También se incluyen aquí las personas que reciben pago por trabajar como obreros en su propio domicilio (v.gr. las que trabajan en su casa como zapateros, sastres, panaderos, etc. pero lo hacen exclusivamente para fábricas de calzado, tejido, de pan, etc.)

## **2.1 Condiciones del trabajo del responsable económico del niño(a): posición en la estructura productiva; patrones laborales.**

Dados los patrones laborales antes descritos, muchos niños en primera infancia no cuentan con la presencia de la madre durante ocho o más horas al día, debido a su necesaria vinculación al trabajo y el cuidado lo deben delegar en familiares o terceros, una situación limitante, en tanto la cantidad y calidad de tiempo para la crianza se reduce significativamente.

Situación que es más evidente, pero no exclusivamente, en las familias del régimen subsidiado, en las que el número de horas, el tipo de jornada (diurna o nocturna), el salario, el tipo de labores (mayor carga física), afectan las posibilidades de que los padres participen activamente en el cuidado, sobre todo la madre y limita al extremo el tiempo para demandar atención para ellos y para sus hijos, en este caso, atención odontológica:

*“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 cuando los va a llevar al colegio” (Madre, subsidiado)*

Sin embargo, tener o no tener empleo, por obvias razones, juega un papel favorecedor o limitante de las oportunidades de la familia para buscar atención odontológica o incluso para garantizar continuidad de los tratamientos iniciados. Además se corrobora, lo expuesto por varios autores, pues los copagos que el sistema establece, como una forma de racionalizar el uso de los servicios, se convierten en limitantes del acceso.

*“Uno a veces no tiene la cuota económica que le cobran a uno allá. Por ejemplo, la semana pasada mi hijo mayor tuvo odontología y le cobraron 17 mil pesos por la consulta y otros 17 mil por las placas de las muelitas y entonces ahí está todo el tratamiento. Entonces cada que le vayan a poner un sellante de esos hay que volver a pagar. Y aparte que se paga el seguro, más los pasajes y todo” (Madre, contributivo)*

*“Él (niño) tenía la cita para el 3 y me tocó cancelarla porque no tenía pasajes ni cómo pagar la cuota que piden” (Madre, subsidiado)*

Esta situación también la corroboran los odontólogos quienes perciben como las condiciones económicas de las familias, requieren que ambos padres trabajen, dejando los niños al cuidado de terceros, lo que afecta negativamente la crianza y la atención que se requiere en este importante momento del ciclo vital, y disminuye las posibilidades tanto del cuidado de la salud bucal, entre ellas la búsqueda de atención odontológica.

*“O sea el cuidado de los niños está en terceros, que en la abuela, que en la señora del servicio, que no sé qué. Entonces, yo veo muchos, muchos papas que vienen, los traen a las 8 de la noche que salen del trabajo, no los han cepillado, no saben si los cepillaron en todo el día y el niño lleno de caries. Es que ya no está al cuidado de los papas, entonces a los terceros no les vale...”*  
(Odontólogo, contributivo)

*“Casi que si los traen es para la urgencia porque no durmió, de resto es raro que continúen un tratamiento. Pierden las citas porque no hay quien esté pendiente”* (Odontólogo, contributivo)

*“La situación actual es que son niños huérfanos con padres vivos, porque vemos que hay una cantidad de niños impresionante. Padres que no están presentes en la cita, por ejemplo. Ellos vienen asistidos o acudidos por ejemplo por los vecinos o los abuelos, por otras personas que nos directamente los encargados, muchos niños también con padres sustitutos”*  
(Odontólogo, subsidiado)

Operan también como limitantes del acceso las diferencias en el tipo de prestaciones que garantiza una u otra forma de aseguramiento. Para las familias del régimen contributivo, la exclusión de ciertos procedimientos del POS se puede cubrir con la oferta particular de servicios y de hecho como se comentará más adelante, es en muchos casos, la primera opción. Pero para las familias del régimen subsidiado, las exclusiones en el Plan de Beneficios son una gran limitante, ya que al no contar con los recursos económicos para buscar otro tipo de atención, los niños no reciben la atención integral que requieren.

*“... pero que el Sisben no hacía nada para eso, entonces la profesora de la guardería me dijo, váyase para la Universidad de Antioquia y allá la anota. Ya la anoté y estoy esperando que la llamen. Porque sí me da pesar que se le deforme la carita. ¿Y uno cómo paga eso por aparte? No, muy duro”. (Madre, subsidiado).*

## **2.2 Calidad y disfrute de bienes de consumo: sistemas de acceso y patrones de consumo.**

La descripción de las características generales de los modos de vida de las familias, no deja lugar a dudas sobre diferenciales en la calidad y el disfrute de bienes de consumo. Aunque no fue del interés de este estudio profundizar en algunos temas de consumo fue evidente que en general las condiciones de seguridad alimentaria, vivienda, educación, servicios públicos son más precarias en las familias del régimen subsidiado, lo cual de una u otra forma tiene que ver con otras condiciones de consumo como el de los servicios.

Específicamente el consumo del servicio de atención en salud, está atravesado por diferentes procesos que lo favorecen o limitan, aunque desafortunadamente es más lo último y sin lugar a dudas con diferencias que se mantienen, además de las señaladas, entre familias del régimen contributivo y el subsidiado

En primer lugar, la misma fragmentación de la afiliación, que trae graves problemas de acceso. Los odontólogos participantes relatan que se enfrentan a situaciones difíciles de exclusión de niños, pues bajo la lógica del mercado, cada aseguradora es sólo responsable de la atención a sus afiliados, lo que en el contexto de programas educativos/preventivos dirigidos en muchos casos a los niños y que se realizan en espacios cotidianos como el jardín infantil, esto se traduce en restricciones para atender a aquellos que no hagan parte de sus afiliados.

*“... ya no es como era antes que sacábamos el grupo entero, haga un círculo, revelador para todos, cepillado para todos, seda dental para todos, que abra la boca, venga le echo el flúor. Y quedaba el grupo listo, atendido. Ahora es ¿usted es de \*\*? Váyase para \*\*. Es selectivo. No se puede así cuando son niños de la misma Colombia, de la misma Medellín, pero uno les tiene que decir que no. Yo por ejemplo cuando voy a poner el barniz de flúor, uno es, ahh es que usted es de \*\*, no se lo puedo poner, pero vaya allá” (Odontólogo, subsidiado).*

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

*“A partir de la ley 100 empezaron todas estas dificultades, porque se desarticuló el sistema. Ya todos trabajan por separado y eso pone al usuario en el medio, es él quien no recibe a tiempo lo que requiere. Pienso que por ejemplo para ese asunto del tránsito de ellos por el sistema, como mencionaba la doctora ahora, fulanito estuvo tres meses en la EPS, hombre allá empezaron a hacerle las exodoncias, pasa al subsidiado y nosotros a hacerle las restauraciones y ponerle el flúor para que quede listo. Pero la realidad es otra, mientras pasa todas las barreras administrativas de uno, 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 corroborar un ambiente de desconfianza en 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, lo que en la lógica del mercado, se convierte en última instancia en una ganancia para el asegurador, quien ya no tiene la obligación de prestar el servicio.

*“Esa es otra cosa, ellos no hacen todo eso, no todo lo cubren. Ellos hacen una limpieza y dicen eso toca en un privado, pero eso toca hacerlo aparte, eso no lo cubre la EPS. Entonces prácticamente para que le hagan a uno limpieza, le digan qué tiene que hacer y ya. Porque cuando es en si algo importante o algo urgente hay que esperar su tiempito e igual hay que pagar, entonces para que perder tiempo allá si lo podíamos conseguir aparte” (Madre, contributivo)*

*“Es que es muy injusto y aquí pensando hasta preocupante. Nosotros buscamos la forma y estamos pagando particular pero y si uno no tiene con qué ¿entonces qué? Le toca todos los días ir por urgencias o dejar al niño aguantando dolor. Es muy triste, al menos con ellos debería ser distinto” (Madre, subsidiado)*

Con respecto a la búsqueda de atención, encontramos diferencias respecto a cómo los usuarios perciben las necesidades que los llevan a buscar los servicios, y la manera cómo los odontólogos perciben el proceso que realizan los padres. Para los odontólogos la búsqueda de atención odontológica durante esta etapa obedece más a la necesidad que tienen los padres para acceder a otros espacios, cómo el sistema educativo, o requisito para los subsidios del gobierno, que ligan

las subvenciones económicas al cumplimiento por parte de los padres de ciertas obligaciones, entre ellas la atención en salud bucal.

*“Los colegios están pidiendo muchas veces a los niños el certificado odontológico, y eso ayuda, eso ayuda mucho, porque las mamás se ven obligadas cuando es un requisito del colegio a traerlos como tal” (Odontólogo – Contributivo)*

*“Es importante llevarla a los controles... Mire que en el guardería le exigen eso a uno para poder recibírselos” (Odontólogo – Contributivo)*

*“Porque cuando vienen a salud oral muchas veces son acosándolo a uno: es que necesito el certificado de salud oral, porque ya me dieron el de odontología y necesito ir al buen comienzo a lo de Familias en acción, es que no me ha llegado lo de familias en acción, tengo que tener todo pendiente” (Odontólogo – Subsidiado)*

### **2.3 Sistema de creencias y valores culturales que favorecen o limitan el acceso**

El sistema de creencias y valores culturales de cuidadores, profesionales y administradores, determina las necesidades sentidas y las predisposiciones para demandar y utilizar los servicios por parte de unos y para prestarlos por parte de los otros (Echeverry, 2011), por lo tanto el análisis de dicho sistema permitió identificar procesos que limitan o favorecen el acceso

Un primer proceso tiene que ver con el reconocimiento de los niños como sujetos de derecho, que en la mayoría de las mujeres entrevistadas emerge de manera negativa, es decir, las mujeres desconocen que sus hijos tengan derecho a la atención odontológica y a otros asuntos relacionados con el derecho a la salud; tampoco recuerdan haber recibido información al respecto. No obstante, algunas mujeres de ambos regímenes mostraron algún conocimiento sobre el tema y son enfáticas en la necesidad de reclamar el derecho.

*“La verdad, como no estamos informados de esos derechos, nos hubiera tocado igual [consultar] particular” (Madre, subsidiado)*

*“... yo si pienso que hay un desconocimiento impresionante de a lo que tenemos derecho, sobre todo en esa parte de la salud porque es lo que yo te*

*digo, esa parte de la ley es enredada, le toca a uno ir a contratar a un abogado que te va a cobrar un montón de plata y muchas personas no pueden acceder ni hay el tiempo para adquirir el conocimiento” (Madre, contributivo)*

*“Conocer el tema de los derechos, porque yo digo que si uno no conoce los derechos no puede exigir” (Madre, subsidiado)*

Cabe señalar que entre los profesionales la situación no es significativamente distinta, si bien ellos están más informados del derecho de los afiliados, su papel en muchos casos tiene que ver con la contención de la demanda, para lo cual recurren al desconocimiento de derechos.

*“Es que esas son estrategias para cumplir con unos indicadores de oportunidad. Usted se consigue la cita para el examen a los dos días pero para que se pueda hacer lo que necesita yéndole bien al mes y medio” (Odontólogo, subsidiado)*

Por otro lado, las creencias de las madres usuarias y la valoración positiva de 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 de ellas y de sus hijos. A esta valoración positiva de la salud bucal y en particular del papel de la dentición primaria, le siguen mejores prácticas de cuidado y una actitud más proclive a la prevención y la búsqueda oportuna de atención.

*“Si uno le enseña a cuidarse los dientes de leche, más adelante cuidarse los permanentes va a ser fácil también” (Madre, contributivo)*

*“Ya ha tenido dos citas odontológicas, primero lo lleve a los seis meses y ya después al año le tocó de nuevo la cita. En la última que tuvo, la doctora me dijo que estaba grandecito y que aún no le habían salido todos los dientes necesarios, pero de ahí para acá le salieron todos” (Madre, contributivo)*

Un hallazgo que se proyecta como un proceso que limita es el de las creencias, sobre las capacidades de los profesionales según su experiencia de formación. Las madres, principalmente del contributivo, mostraron la tendencia a creer más

en la atención brindada por un odontólogo especialista (odontopediatra), a quien consideran con mejores capacidades para la atención de sus hijos, especialmente en lo que tiene que ver con el manejo de la conducta, de tal forma que evite una experiencia traumática en los niños.

*“Porque me da más confianza, no sé. Es que un odontólogo general es para todas las personas, un odontopediatra puede manejar en un niño mucho más fácil, esos miedos que por ejemplo ella tiene o el estrés que puede generar en muchas ocasiones la ida al odontólogo”.* (Madre, contributivo)

*“Pienso que hace falta que sea atendido por una persona que sea como más especializada en niños, porque definitivamente los atienden como si fueran grandes”* (Madre, subsidiado)

Un hallazgo que se comportó como un proceso que es determinante de manera positiva o negativa para el acceso de los niños, según las circunstancias, es el de las experiencias previas de la madre en relación con la atención odontológica. En unos casos las experiencias previas negativas impulsan a la madre a buscar la atención para “evitar que pase por lo mismo que les tocó a ellas”; en otros casos la experiencia negativa impulsa a la madre a una actitud de protección al niño evitándole exponerse de manera temprana a lo que identifican como una vivencia traumática.

*“De hecho yo trato de cuidarle mucho los dientes a ella porque a mí no me generaron la cultura de cuidado de la boca”* (Madre, contributivo)

Para otras madres y para algunos profesionales, como una muestra de inconsistencias en la formación de los mismos, el argumento es que los niños en primera infancia, por lo menos los 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 como al mencionarles a las madres la necesidad de revisión odontológica para sus hijos en este grupo de edad, ellas lanzan expresiones como ¡tan chiquito! ¡Ah pero son dientes de leche! ¡No él no se deja revisar, difícilmente se deja cepillar!.

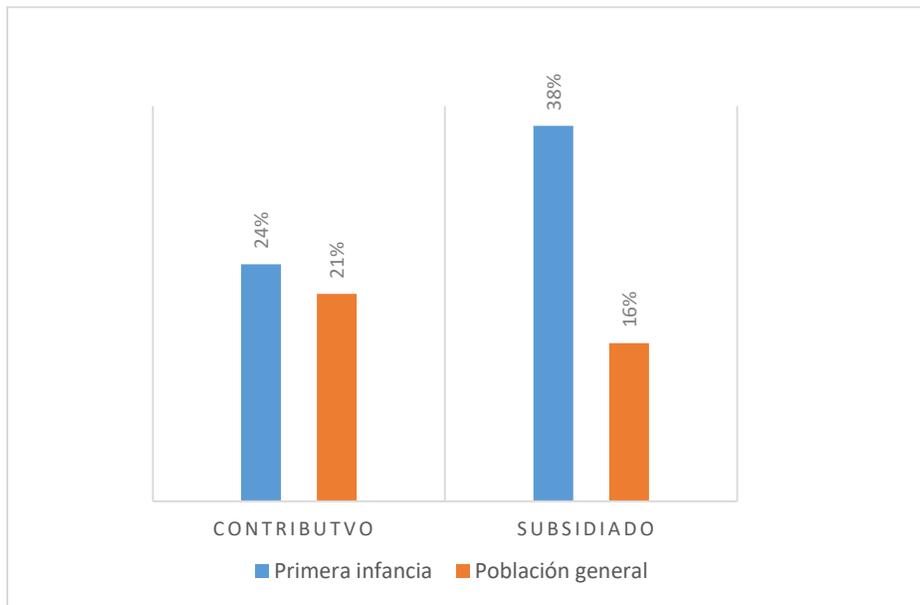
### 3. Otros procesos institucionales que favorecen o limitan el acceso de los niños a la atención odontológica

#### Cobertura

Se recolectó información cuantitativa, que permitió establecer la cobertura del servicio de odontología, medida a través de las consultas de primera vez, tanto para la población de todas las edades como para los niños en primera infancia, quienes representan el 4,6% del total de afiliados a la IPS del régimen contributivo y el 7,3% en la del régimen subsidiado.

En la IPS del régimen contributivo la cobertura global del servicio odontológico es del 24% y para la primera infancia es del 21%. En la IPS del régimen subsidiado, la cobertura es del 16,3% y del 38,2% respectivamente. Para la atención a los niños menores de cinco años, las políticas de priorización facilitan el acceso, teniendo una mejor cobertura para la población general. En el siguiente gráfico se observa la cobertura de odontología en ambas instituciones:

Gráfico 1: Consultas odontológicas IPS Participantes. Año 2016



Fuente: Elaboración propia

### ***Las políticas públicas dirigidas a la primera infancia***

Las políticas públicas y sus estrategias dirigidas a la primera infancia, tal como es el caso de la estrategia “Soy Generación Más Sonriente”, diseñada y orientada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se proyectan como procesos que facilitan el acceso de los niños a la atención odontológica, obligando a los servicios a que incentiven la demanda o hagan búsqueda activa de los niños. Así lo relata uno de los coordinadores de odontología de las IPS incluidas en este estudio:

*“Ahorita con los lineamientos de soy generación más sonriente, ya sabemos que esto es nuevo, pero que 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)

De la misma manera actúan políticas institucionales que priorizan a grupos poblacionales específicos, favoreciendo su acceso a la atención:

*“También la empresa está trabajando ahorita con APS, Atención Primaria en Salud y trabaja 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)

Estas políticas adoptada 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, es un proceso que podría favorecer el acceso de los niños a la atención odontológica, en tanto las madres usuarias son motivadas desde estos espacios a buscar la atención para sus hijos.

*“La lleve a las vacunas del añito y me dijeron que venga y le miramos los dientecitos y me dieron de una vez la cita”* (Madre, subsidiado)

*“Yo los llevo a las citas de crecimiento y ellos allá me dan las citas de odontología”* (Madre, subsidiado)

De hecho la observación no participante en este estudio ratificó que en la institución de régimen subsidiado, “la enfermera les escribe en el carné, la remisión para odontología y les explica a las mamás como deben pedir las citas”. El problema se presenta cuando esta demanda inducida choca con asuntos como

el de la baja capacidad instalada de las instituciones, la cultura organizacional o las creencias de las madres frente a la consulta para sus hijos pequeños, como se verá en el siguiente punto.

Sin embargo, las políticas institucionales para la organización del servicio, se convierten en procesos directamente relacionado con las posibilidades de acceso de los niños a la atención odontológica: los horarios que se fijan para su atención, la capacidad instalada pensada más para la atención de adultos, el número de odontólogos disponibles con disposición y formación para tratar a los niños, se convierten en barreras del acceso efectivo al servicio y la continuidad en la atención. Estos hallazgos fueron más frecuentes, aunque no exclusivos, en las instituciones encargadas de la atención de las familias del régimen subsidiado, mientras que las del régimen contributivo, presentan mayores posibilidades de acceder al servicio, debido a la manera como se organiza en las instituciones que lo atienden.

*“[...] 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. Con el ficho le dan a uno la cita. El proceso no es fácil porque uno ha escuchado que, por ejemplo, usted tiene seguro y llama por teléfono. No se tiene que acalorar caminando, perder la mañana haciendo fila y todas esas cosas” (Madre, subsidiado)*

*“Pero acá es muy difícil pedir la cita porque apenas dan tres fichos. A veces le toca a uno irse a amanecer allá y uno con niños no puede. Además a mí me toca trabajar mucho, para mí es muy difícil uno amanecer allá y al otro día ir a trabajar” (Madre, subsidiado)*

Adicionalmente, la llamada “tramitología”, derivada de las políticas institucionales, que deben sufrir los usuarios para obtener una cita, una remisión o una aprobación de una orden de servicios , con grandes obstáculos por parte de las aseguradoras, se traducen en verdaderas limitantes a la hora de recibir la atención que requieren los niños.

*“Se supone que deben llamar de \*\* a decir su autorización está lista y debe ir por ella y pedir la cita. O a veces mandan la autorización a la institución y ella [la auxiliar] llama al paciente y le dice, vea su cita queda para este día. Si no, que es la mayoría de los casos, el paciente debe acercarse a uno de los puntos de \*\* y reclamar la autorización y la información de las clínicas que*

*pueden atenderlo. Es lo más usual y se les demora mucho” (Coordinador, subsidiado)*

A este proceso que se limita las posibilidades de acceso, se suman las actitudes de los profesionales generales, atravesadas por su propio sistema de creencias, para quienes la atención de los niños no es “atractiva” ni “rentable” por el grado de dificultad que implica su conducta. Esta situación se agrava por las dificultades que se presentan a la hora de acceder a un servicio especializado en el sistema de seguridad social, ya que la remisión al segundo nivel de atención requiere de trámites administrativos, que limitan y en muchos casos anulan completamente las posibilidades de atención especializada, especialmente, en el régimen subsidiado.

### ***Calidad del proceso educativo***

Además de las condiciones relatadas en las categorías anteriores, un hallazgo muy importante en la presente investigación tiene que ver con la calidad del proceso educativo que realizan los odontólogos, que claramente limita el acceso y genera barreras para la consulta, en dos vías: una primera que tiene que ver con mensajes confusos, excesivamente técnicos, con lo que no se consigue que las madres usuarias reconozcan la importancia de la atención odontológica temprana y oportuna, y una segunda vía que tiene que ver con la naturalización que han hecho los profesionales de entender la educación como un asunto de juzgar los comportamientos del otro, que es percibido por los usuarios como regaño y los desmotiva para la búsqueda de atención o para continuar con los tratamientos.

Durante la observación no participante presenciamos falta de los profesionales de una actitud más dialógica con las madres y una intención de culpabilizarlos, con las consecuencias de un comportamiento reactivo defensivo que en muchos casos conduce a no volver a la consulta. Esto consignamos en el diario de campo: “Durante la actividad la odontóloga les explica a las madres las principales enfermedades de la boca, sus causas y desarrollo. Una de las mamás le dice que su niña tiene los dientes muy dañaditos desde que salieron, la odontóloga le

responde que eso es mentira, que los dientes salen buenos y los dejan dañar por la alimentación y la falta de cepillado (Observación, subsidiado)

## **DISCUSIÓN**

La reflexión y el debate sobre la infancia que se han dado en las sociedades occidentales ha sido un proceso decisivo para el reconocimiento de sus derechos y el desarrollo de políticas sociales destinadas a este grupo social (Jaramillo, 2011). En Colombia, con mucha más fuerza a partir de las década de los años noventa, en el siglo pasado, 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 diferenciales a las necesidades de los niños, que buscan influir de manera positiva en sus condiciones de vida.

Entre ellas, la política de primera infancia, que busca brindar a la población infantil todas las garantías para que desarrollen su potencial, al comprender que cualquier intervención que se realice en favor de los menores de seis años, resulta fundamental para la consolidación de las características que tendrán las personas y la sociedad en el futuro (Presidencia de la República de Colombia et al., 2013). Bajo la orientación de esta política, y como ejemplo más cercano, se diseña en 2015, la estrategia denominada “Soy Generación Más Sonriente” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), que busca promover acciones para el mejoramiento de salud bucal de los niños, visibilizando las necesidades de educación y atención preventiva, en especialmente en este grupo de edad. Estas iniciativas, como se pudo poner en evidencia en los resultados de este estudio, se traducen en mayores posibilidades de acceso a la atención odontológica, ya que obligan a las instituciones a priorizar a los niños y niñas dentro de sus políticas de atención.

Sin embargo, pese a las buenas intenciones que tengan en el papel las políticas, 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 una escasa o nula capacidad para asumir, entre otros consumos, los copagos y demás gastos derivados de la atención en salud, como lo demuestran numerosos estudios en el país (Echeverry, 2011)

Por tanto, la falta de dinero sigue siendo una importante barrera al acceso para población con seguro de salud, especialmente en aquellas familias que presentan menores posibilidades económicas, como nos relata Echeverry, “Los más pobres son quienes menos posibilidades de atención tienen, considerando que enfrentan más obstáculos para la búsqueda de los servicios”, (Echeverry, 2011) lo que se convierte en un grave problema de inequidad en salud.

Estructuralmente, también la organización del sistema de salud, que se basa en la intervención de las fuerzas de un Estado mínimo y de un mercado que controla la demanda de los servicios médicos, que está orientado por tanto, a disminuir el gasto público y a garantizar las ganancias de los agentes privados, (Echavarría, 2011), se comporta como un determinante de las posibilidades de acceso real, de la población en general y de los niños en particular, a los servicios de salud, pese a todo lo que se diga sobre su principio de cobertura universal.

Pues aunque las cifras oficiales, nos hablan de la garantía del aseguramiento de casi la totalidad de la población, la afiliación a la seguridad social, en cualquiera de sus dos regímenes, no garantiza la atención, ya que la institución aseguradora o prestadora establece mecanismos para que los usuarios obtengan los servicios que terminan por impedir la utilización de los mismos. Es decir, la afiliación a la seguridad social parece no haber eliminado las barreras para acceso a los servicios de salud. (Vargas, 2009)

Todo lo cual nos lleva a concluir, como lo dice Abadía, que el sistema de salud colombiano, presenta fallas estructurales que vienen del modelo de aseguramiento, el cual entra en contradicción con la garantía del derecho a la salud y el acceso a los servicios de atención (Abadía, 2010), poniendo en perspectiva la solución al problema de las barreras de acceso, en principio, en una transformación de la organización del sistema.

En la dimensión de los determinantes particulares, aquellos que están asociados a la posición social de las familias y las personas, se identificaron procesos que favorecen el acceso de los niños y niñas durante la primera infancia a la atención odontológica, pero infortunadamente se identificaron también, y más frecuentemente, procesos que limitan dicho acceso.

Los resultados muestran que los patrones de trabajo de los padres, especialmente de la madre, reducen las posibilidades de cuidado de la salud bucal, tanto en la casa como en la búsqueda de atención odontológica en los servicios o la continuidad del tratamiento cuando este logra comenzarse. Otros estudios han encontrado situaciones similares, Echavarría encontró que entre los padres existe mayor posibilidad de no asistir a la consulta odontológica de sus hijos, ya habitualmente no les dan permiso en el trabajo o tienen otros niños a su cuidado y no los pueden dejar solos. Otros motivos, que reporta el estudio, fueron atribuidos a la pérdida de trabajo y como consecuencia la desafiliación al sistema. (Echavarría, 2011)

De igual manera, Franco, reporta como los horarios de atención que ofrecen las instituciones prestadoras de servicios de salud, constituían un impedimento para solicitar la cita, dado que por lo general se cruza con horarios de trabajo de las madres o cuidadores. (Franco, 2010)

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, quienes presentan mayores dificultades para acceder a los servicios por la falta de dinero para pagos obligatorios, o para acceder a los servicios no incluidos en el POS. (Echeverry, 2011) Este hallazgo coincide con lo reportado por Watson, quien señala que el nivel de ingresos familiar es una fuerte barrera potencial del acceso, especialmente en niños preescolares, pues encuentra diferencias en la distribución de las visitas para el cuidado dental preventivo, entre niños y adolescentes de familias de bajos ingresos y aquellos pertenecientes a familias con altos ingresos (Watson, Manski, & Macek, 2001).

Del mismo modo, Concha, encontró como el estrato socioeconómico de la familia, es un limitante para el acceso, al evidenciar que las personas que pertenecen al estrato tres tienen una probabilidad casi dos veces mayor de asistir a la consulta odontológica que las de estrato socioeconómico uno (Concha, 2015).

Asociado a estos procesos de los patrones laborales encontramos en el presente estudio 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, ante la ausencia del padre o la madre o ambos, son puestos 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 (Giraldo, 2000). Esta situación, afecta negativamente la crianza y la atención que requiere el niño en este importante momento de su ciclo vital, en especial disminuye las posibilidades del cuidado en salud, particularmente la búsqueda de atención odontológica y la continuidad en el tratamiento.

Otro proceso importante, que participa en las posibilidades de acceso, es el de las formas de organización de las Instituciones que prestan los servicios de salud. Malagón plantea que “los mecanismos que condicionan el acceso a los servicios de salud suponen un entrecruzamiento y, desde luego, una tensión entre la oferta sanitaria y las características de los distintos grupos demandantes. La utilización de estos servicios depende fundamentalmente de la capacidad de capacitación que tiene el sistema de salud sobre los individuos; es decir, de su capacidad de normalización establecida, bien sea directamente por la institución, o por las características de los entornos culturales. (Malagon, 1999)

En este estudio encontramos que dentro de las políticas organizacionales existen procesos que facilitan el acceso a los niños, uno de los más importantes es la demanda que se induce a la atención odontológica de los niños desde el programa de crecimiento y desarrollo y el de vacunación, esto se convierte en una importante puerta de entrada al servicio de odontología para este grupo de edad.

Sin embargo, otros procesos operan en sentido contrario y contrarrestan el beneficio anterior, entre ellos encontramos la poca capacidad instalada en las instituciones, es decir, la falta de recursos humanos y físicos para atender a los niños pequeños, especialmente en el régimen subsidiado (Abadía, 2010). De esta situación se derivan problemas con la oportunidad y los cortos tiempos de atención, que convierten el conseguir una cita y terminar un tratamiento en un proceso engorroso, ya que para completar un tratamiento las madres y los niños requerirán visitar los servicios en varias ocasiones, lo que disminuye las posibilidades de atención. (Echavarría, 2011).

Desde la mirada estrictamente biomédica, la poca importancia que se le ha dado a la dentición primaria, que se ha considerado como transitoria o temporal, desconociendo el papel que tiene una dentición saludable en el crecimiento y desarrollo de los niños. Llevando a la prioridad que el sistema de salud le ha dado a otros grupos de edad para la atención, grupos que se han considerado más “rentables”, por menores dificultades y demanda de tiempo para la atención, mayor facturación, entre otras razones.

Adicionalmente, las políticas institucionales se encuentran atravesadas por las características propias de este Sistema de Salud, en el que los trabajadores de la salud suelen ser vistos como operarios de un sistema productivo a quienes se imponen restricciones mediante el seguimiento de guías y estándares, como criterios de control del ejercicio profesional, garantizando con ello mayores márgenes de rentabilidad a los aseguradores. (Abadía, 2010)

Otros hallazgos importantes del presente estudio, están relacionados con el sistema de creencias de la madres, que se convierte, en unos casos, en un proceso facilitador y en otros, una limitante del acceso de los niños a la consulta odontológica. Como proceso favorecedor encontramos avances en el reconocimiento y formación de las madres en el tema de los derechos, entre ellos 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, dice Echeverry, se convierte en una

manera de empoderamiento de los usuarios frente el sistema, y puede provocar cambios en la forma como se está organizando, al tener usuarios más conscientes de ellos (Echeverry, 2011). De igual manera, la percepción positiva que tienen las madres sobre la dentición primaria y su papel en el crecimiento y desarrollo físico y psicológico de los niños, se convierte en procesos facilitadores, dado que han producido cambios positivos en las prácticas de cuidado y en la búsqueda de atención odontológica oportuna para sus hijos.

Otros procesos propios del sistema de creencias, en cambio, operan como limitantes, entre ellos encontramos las relaciones que se establecen entre los profesionales de la salud y los usuarios del sistema, ya que los profesionales usualmente parados desde el campo del saber científico intentan, amparado en sus juegos de verdad, destituir cualquier otro sentido, significado o símbolo que no participe o que contraríe su orden de verdad. (Malagon, 1999) Esta actitud de los profesionales crea una barrera con los usuarios de los servicios, imposibilita el dialogo de saberes, y en último término, los aleja del servicio.

Adicionalmente, dentro del sistema de creencias 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, limita las posibilidades de acceso. Los profesionales admiten 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, tanto personal, entendida como habilidades especiales que faciliten la empatía con los niños, como profesional, entendida como los conocimientos específicos y laboral, entendida como tiempo e infraestructura física, les resultan insuficientes para la atención odontológica de los niños. Esta situación es un proceso que desfavorece las posibilidades de acceso, ya que al ser los profesionales la puerta de entrada al servicio, bajo las condiciones anteriormente descritas, muchas veces optan por la negación del servicio o la remisión al especialista, que conlleva múltiples trámites

administrativos, con grandes obstáculos por parte de las aseguradoras, que se traducen en verdaderas limitantes a la hora de recibir la atención que requieren los niños.

Por otro lado se encontró que en el sistema de creencias de profesionales y madres, se encuentra arraigada la idea de que la atención al niño menor de seis años debe ser realizada por un profesional especialista. En los primeros, claramente se desprende de lo comentado antes, pues la dificultad que representa la atención de los niños, especialmente en el manejo de la conducta, y las políticas institucionales de facturación y rendimiento, que hacen que los profesionales privilegien la atención en otros grupos poblaciones que representen mayor productividad, lo cual en últimas significa que no es sólo un asunto de creencias sino también de políticas institucionales.

Las madres por su parte, aluden razones, como la mayor preparación y unas mejores habilidades personales del especialista para prestar una atención adecuada a sus hijos. Por eso como procesos singulares de las familias, especialmente del régimen contributivo, encontramos que se ha hecho naturalización del gasto, las personas, creen que es normal pagar por este servicio y que para tener calidad y oportunidad se debe pagar, conformándose con no utilizar la red de prestadores de su aseguradora, pues la consideran 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, (medicina prepagada, póliza, plan complementario, entre otros), un nuevo nicho de mercado en salud.

Finalmente, otro proceso que limita el acceso de los niños es el de las percepciones que tiene la madre respecto a la consulta odontológica, ya que al considérala traumática, prefiere no consultar tratando de evitar este tipo de experiencias para sus hijos. Este hallazgo ha sido reportado por otros autores, que relatan que las dificultades en el comportamiento del niño durante la atención odontológica, se considera una razón importante para no solicitar el servicio, percepciones que están fuertemente influenciadas por las experiencias negativas

previas, del niño o de otros miembros de su núcleo familiar, durante la atención odontológica. (Franco, 2010) También, se ha descrito cómo la ansiedad materna se refleja en la ansiedad infantil, en la práctica odontológica, y cómo esta relación da como resultado un comportamiento negativo del niño en el consultorio. (Albuquerque, 2015)

## **CONCLUSIONES**

1. El desarrollo de políticas públicas y programas sociales diferenciales para la protección de los niños, posibilitan el acceso a la atención odontológica, pero se hace necesario un mayor compromiso por parte de los actores involucrados, para llevar estas políticas a la práctica.
2. Existen una serie de procesos de carácter general, particular y singular que favorecen el acceso de los niños a la atención odontológica durante la primera infancia pero son más aquellos que lo limitan.
3. A nivel estructural la pobreza y vulnerabilidad de amplios sectores de la población conlleva procesos que limitan objetivamente las posibilidades de acceso. De la misma manera la lógica de organización del Sistema de Salud Colombiano tiene fuerte influencia en las escasas posibilidades de acceso
4. A nivel particular las políticas de las instituciones que prestan los servicios odontológicos, son en muchos casos limitantes del acceso para los niños más pequeños.
5. A nivel particular los patrones de trabajo y consumo, así como asuntos relacionados con el sistema de creencias limitan el acceso de los niños a la atención odontológica.
6. Una perspectiva de mejora al acceso de los niños durante la primera infancia, debe intervenir aspectos de la dimensión general, desde la organización del Sistema de Salud, que superen los problemas estructurales que limitan el acceso, pero también es necesario intervenir

aspectos de la dimensión particular, tanto de las madres, como de los odontólogos.

7. Los odontólogos optan en muchos casos por derivar la atención del niño menor de seis años, en su mayoría por no sentirse preparados para brindar esta atención, se hace necesario una reflexión en los aspectos curriculares de los pensum de las Facultades de Odontología que se relacionan con la formación de los futuros profesionales para la atención de los niños durante la primera infancia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Abadía Barrero, C. E., & Oviedo Manrique, 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.
- Albuquerque Da Cunha, W., Nahás Pires Corrêa, M. S., & Abanto Alvarez, J. (2015). Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Revista Estomatológica Herediana*, 17(1), 22. <http://doi.org/10.20453/reh.v17i1.2428>
- Breilh, J., & Granda, E. (1980). *Investigación de la Salud en la Sociedad, Guía Pedagógica sobre un nuevo enfoque del Método*. CEAS.
- Breilh, J. (1979). Breve Recopilación Sobre Operacionalización De La Clase Social Para Encuestas En La Investigación Social. *CEAS*, 0–11.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. (Primera Ed). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial SA.
- Breilh, J. (2010). 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE - CEBES SEMINARIO: "REDISCUTINDO A QUESTÃO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE,"* 1–37.
- Colombia, C. U. N. de. (2009). Inequidad, el gran problema de la salud en Bogotá. <Http://www.cid.unal.edu.co>, 1–6.
- Concha, S. (2015). *Determinación social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas*

de tres localidades de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia.

Creswell, J. (1997). *Qualitative Inquiry and reserch design. Choosing among five traditions* (Primera Ed). san francisco: SAGE.

Creswell, J. (2003). *Research Design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2.<sup>o</sup> ed.). Londres: Sage. (SAGE, Ed.) (2 edition). California - Estados Unidos: SAGE.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2015). *Pobreza monetaria y multimodal en Colombia 2015*.

Echavarría, N. (2011). *Acceso a los servicios curativos de salud oral en escolares de la localidad de Fontibón de Bogotá D.C., 2009*. Pontificia Universidad Javeriana.

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. *Rev Gerenc Polit Salud*.

Estrada, J. (2006). *Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia. Los desafíos de la emancipaciones en un contexto militarizado*.

Franco-cortés, A. M., Ramírez-puerta, S., Escobar-paucar, G., Isaac-millán, M., & Londoño-marín, P. A. (2010). Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. *Rev.CES Odont*, 23(2), 41–48.

Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta BS, O.-A. E. (2013). Frecuencia de consulta odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2011. *Revista Nacional de Odontología*, 9(16), 9–13.

Franco, S. (2004). 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* *Revista Gerencia Y Políticas de Salud*, 4, 58–69.

Franco, S. (2015). Y la pobreza ahí. *El Espectador*, p. 20 de Octubre.

Franco, S. (2016). El carrusel de nuestra violencias. *El Espectador*, p. 13 de septiembre.

Galeano, M. E. (2004). *Estrategias de la investigación social cualitativa. El giro de la mirada* (Primera Ed). La Carreta Editores.

Garay, L. J. (2017). Colombia: estructura industrial e internacionalización 1967-1996.

- Giraldo, Claudia. Hurtado, Lilliana. Mejía Luz. Zapata, P. (2000). *El niño, la niña y la crianza humanizada*. Universidad de Antioquia.
- Guber, R. (2001). *La Etnografía. Método, campo y reflexividad* (Primera ed). Bogota. DC., Colombia: Editorial Norma.
- Hernandez, M. (2000). El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización 1. *Rev. Salud Pública*, 2(2), 121–144.
- Hernandez Álvarez, M. (2003). Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. In *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas* (pp. 347–361).
- Jaramillo, L. (2011). Concepción de infancia. *Zona Próxima*, 8, 108–125.
- Malagon, R. (1999). La boca como representación. In G. G. Vigoya M (Ed.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (pp. 95–108). Bogota. DC., Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *IV Estudio Nacional de Salud Bucal. Situación en Salud Bucal*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Soy generación más sonriente*.
- Negocios, E. y. (n.d.). La desigualdad en Colombia es mayor de lo que se piensa. *El Tiempo*.
- Oscar, F. (2014). *Clases sociales, modos de desarrollo y desigualdad: Lineamientos para su análisis*. Universidad Nacional de Colombia.
- Pizarro, E., & Bejarano, A. M. (1994). Colombia. Neoliberalismo moderado y liberalismo socialdemócrata. *Nueva Sociedad*, (133), 12–19.
- Presidencia de la República de Colombia, Ministerio de Cultura, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Departamento Nacional de Planeación, ... Extrema. (2013). Estrategia de atención integral a la primera infancia: Fundamentos políticos, técnicos y de gestión, 282.
- Quintero CA, Robledo DP, Vásquez A, Delgado O, F. Á. (2014). Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2007. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*, 25(2), 325–341.
- Ramírez-puerta, B. S., & Escobar-paucar, G. (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. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*, 20(2), 129–137.
- Ramírez B, Escobar G, Franco A, Martínez M, U. L. (2011). Caries de la infancia temprana en niño de cinco años. Medellín, Colombia. 2008. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2011;22(2): 164-172., 22(2), 164–172.
- Restrepo, J. (2001, May). Acceso y utilización de servicios de salud Apuntes para una discusión inacabada. *Periodico El Pulso*. Medellín, Colombia.
- Rocha-buelvas, A. (2013). Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal : un indicador de equidad \* Analysis of access to oral health services : an indicator of equity Análise sobre o acesso a serviços da saúde bucal : um indicador de equidade, 12(25), 96–112.
- Romero, M. (2000). Declabe del Estado Social. *Ecuador Debate*, 50, 53–66.
- Romero, R. V. R. (2009). Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. (Spanish). *Revista Gerencia Y Políticas de Salud*, 8(16), 7–11.
- Sarmiento, L. (2000). NOTAS INTRODUcTORIAS PARA LA COMPRESION DE CUATRO SITUACIONES POS MODERNAS. *Ensayos de Economía. Departamento de Economía Universidad Nacional*, 7, 141–152.
- Social, F. C. de I. E. y. (2106). *La calidad del empleo Informe Mensual del Mercado Laboral*.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría. fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias Access to health services in six Colombian cities: limitations and consequences.
- Victimas, U. para la reparacion de. (2017). *Registro único de víctimas*.
- Watson, M. R., Manski, R. J., & Macek, M. D. (2001). The impact of income on children's and adolescents' preventive dental visits. *Journal of the American Dental Association* (1939), 132(11), 1580–1587; quiz 1597.