

**COMPORTAMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE
SALUD BUCAL EN UN GRUPO DE ESCOLARES EN
CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

**YAMILE MARTÍNEZ DÍAZ
YEILY ISABEL THOMAS ALVARADO
KAREN VARGAS RAMIREZ**



**FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL
Bogotá –Marzo 4 2016**

**COMPORTAMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE
SALUD BUCAL EN UN GRUPO DE ESCOLARES EN
CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

YAMILE MARTÍNEZ DÍAZ

YEILY ISABEL THOMAS ALVARADO

KAREN VARGAS RAMIREZ

Trabajo de grado presentado como requisito parcial
para optar al Título de
Magister en Salud Pública y Desarrollo Social

Director:

ANDERSON ROCHA BUELVAS

Línea de Investigación:

Epidemiología y Salud Pública

Grupo de Investigación:

Salud Pública y Desarrollo Social

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE SALUD
MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL
Bogotá – Marzo 4 de 2016**

Nota de aceptación

El trabajo de grado: **COMPORTAMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL EN UN GRUPO DE ESCOLARES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL**. Elaborado: por: Yeily Thomas Alvarado, Yamile Martínez Díaz y Karen Vargas Ramírez. Ha sido aprobado como requisito parcial para optar por el título de Magister en Salud Pública y Desarrollo Social – Fundación Universitaria del Área Andina.

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado 1

Firma del Jurado 2

Bogotá, 4 Marzo de 2016

Le agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobretodo felicidad.

A nuestros padres y familiares por formarnos como personas íntegras, inculcándonos valores, principios y buenas costumbres; acompañándonos en el proceso de formación académica, siendo el apoyo incondicional y la motivación principal para alcanzar este logro.

A la Fundación Universitaria del Área Andina por transmitirnos los conocimientos necesarios para nuestra formación Profesional.

AGRADECIMIENTOS

Damos gracias en primer lugar a Dios por habernos permitido realizar este proyecto.

Agradecemos a la Fundación Universitaria del Área Andina por brindarnos una educación de alta calidad, formándonos como Maestros íntegros de la salud con un enfoque social.

Agradecimiento especial a los Docentes y Doctores del Departamento de Investigación, de la Maestría de Salud Pública y Desarrollo Social, Doctor ANDERSON ROCHA BUELVAS

Agradecimientos especiales a la fundación LUDUS, a la corporación SÍNDROME DE DOWN y Fundación CEPYTIN por abrirnos las puertas para realizar la investigación

RESUMEN

Introducción: Este estudio tuvo como objetivo describir el comportamiento del acceso a los servicios de salud bucal en escolares en condición de discapacidad intelectual en Bogotá, para el año 2015. **Método:** en una muestra de 102 padres de niños/as y adolescentes en condición de discapacidad intelectual, escolares institucionalizados, en edades entre 6 y 18 años, se aplicó una encuesta confidencial, elaborada con base en estudios previos utilizando el modelo comportamental de uso de servicios de salud. **Resultados:** Dentro de los aspectos socioeconómicos se pudo observar, que el 45,1% de la población corresponde a un estrato económico nivel 3. Los indicadores laborales correspondientes a los padres o cuidadores responsables informan que un 76,5% cuenta con trabajo formal. El personal más consultado en un 87,2% sigue siendo el personal de salud bucal, mientras que un 3,9% no tiene a ninguno de los profesionales de la salud como referencia de sus problemas dentales, por desconocimiento de los procesos que se deben llevar a cabo para el acceso a la atención. Una de las barreras de acceso presentadas por el servicio de atención, con un 29,4%, fue el exceso de trámite en EPS/ARS/IPS. **Conclusión:** los padres manifestaron problemas con la accesibilidad al servicio, por desconocimiento sobre los derechos generales y bucales en salud.

Palabras clave: utilización de servicios de salud, niños, discapacidad intelectual, salud bucal, determinantes sociales en salud.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
LISTA DE FIGURAS.....	11
LISTA DE ANEXOS.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I. Caracterización del Problema.....	15
Justificación y relevancia.....	19
CAPÍTULO II. Objetivos.....	22
2.1. Objetivo General.....	22
2.2. Objetivos Específicos.....	22
CAPÍTULO III. Marco Teórico.....	23
3.1. Determinantes Sociales de Salud.....	23
3.2. Acceso a los Servicios de Salud.....	25
3.3. Equidad en Salud.....	27
3.4. Discapacidad.....	28
3.4.1. Modelo Médico.....	30
3.4.2. Modelo Social.....	30
3.4.3. Modelo de las Minorías Colonizadas.....	31
3.4.4. Modelo Universal de la Discapacidad.....	31

3.4.5. Modelo Biopsicosocial	32
3.4.6. Modelo Sociológico.....	32
3.4.7. Etiología y diagnóstico de discapacidad intelectual	34
3.5. Salud Bucal.....	34
3.6. Calidad de vida en personas en condición de discapacidad intelectual	36
3.7. Estado del Arte.....	37
3.8. Marco Legal y Político Nacional	43
3.8.1. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	46
3.8.2. Marco Legal Internacional de la Discapacidad.....	48
CAPÍTULO IV. Aspectos Metodológicos.....	51
4.1. Diseño Metodológico.....	51
4.2. Unidad de análisis.....	51
4.2.1 Muestra 51	
4.2.2 Diseño Muestral.....	51
4.3. Fuentes y técnicas de recolección de información.....	51
4.3.1. Recolección de información	51
4.3.2. Gestión de datos.....	52
4.3.3. Operativo de campo.....	53
4.3.4. Criterios de inclusión.....	53
4.3.5. Criterios de exclusión	54

4.3.6. Variables e instrumentos de medición	54
4.3.7. Procesamiento y análisis de la información.....	55
CAPÍTULO V. Resultados e Interpretación	57
5.1. Objetivo uno.....	57
5.1.1. Aspectos sociodemográficos.....	57
5.1.2 Aspecto de accesibilidad geográfica.....	59
5.2. Objetivo dos.....	59
5.2.1 Aspectos socioeconómicos	61
5.2.2. Aspectos de salud. Servicios de salud	62
5.2.3. Problemas dentales percibidos.....	66
5.2.4 Percepción sobre los tratamientos más frecuentes.....	67
5.2.2. Percepción sobre problemas en atención odontológica y conocimientos sobre derechos en salud y salud bucal	69
5.3. Objetivo tres.....	71
5.3.1 Factores de salud bucodental que promueven la asistencia a los servicios de salud por afectación en la calidad de vida	71
5.3.2 Factores de calidad en la atención recibida	73
CAPÍTULO VI. Discusión	75
6.1. Principales hallazgos.....	75
6.2. Posibles explicaciones de los hallazgos	76

Recomendaciones.....	82
Referencias Bibliográficas.....	83
ANEXOS.....	100

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN (ESTUDIO, BOGOTÁ 2015)	53
TABLA 2. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN (ESTUDIO, BOGOTÁ 2015)	55
TABLA 3. PERCEPCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN ESCOLARES EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD BUCAL (ESTUDIO, BOGOTÁ 2015)	58
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE SATISFACCIÓN SOBRE LA APARIENCIA DE LOS DIENTES (ESTUDIO, BOGOTÁ 2015)	64
TABLA 5. FRECUENCIAS DE LAS PREGUNTAS DEL OHIP- 14 SEGÚN EL IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD BUCAL EN LA POBLACIÓN (ESTUDIO, BOGOTÁ 2015)	67

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. MODELO COMPORTAMENTAL DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL.....	30
FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO . (ESTUDIO BOGOTÁ 2015)	57
FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO DE SALUD . (ESTUDIO BOGOTÁ 2015)	58
FIGURA 4. ESTADO DE SALUD DE DIENTES Y ENCIAS DE LA POBLACIÓN (ESTUDIO BOGOTÁ, 2015)	59
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS DENTALES PERCIBIDOS LOS ULTIMOS 30 DÍAS . (ESTUDIO, BOGOTÁ 2015)	60
FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD POR SEXO. (ESTUDIO BOGOTÁ 2015)	61
FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN DE TRATAMIENTO POR CADA GÉNERO	
FIGURA 8. ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD (ESTUDIO BOGOTÁ, 2015)	64

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN	86
ANEXO B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	90

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han realizado grandes esfuerzos por mejorar las garantías a los derechos fundamentales de las poblaciones con discapacidad, pues se dictó una Ley Estatutaria y se construyó una Política Pública. Sin embargo, en la realidad persisten las dificultades para estas personas, y una de las más graves es la inequidad en los servicios de asistencia sanitaria en general.

Si bien existen datos acerca de las barreras de acceso en salud en Colombia, no existen investigaciones que aborden el tema específico de la salud bucal en esta población, y especialmente en escolares con discapacidad intelectual. De este modo, se diseñó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, con una población de referencia constituida por 102 padres de niños/as y adolescentes escolares institucionalizados en edades de 6 a los 18 años. La recolección de la información se hizo a partir de un instrumento (encuesta) aplicado en tres fundaciones de Bogotá (Fundación Ludus, cepytin y la Corporación Síndrome de Down) con el objetivo de describir el comportamiento del acceso a los servicios de salud bucal en escolares en condición de discapacidad intelectual.

Respecto a los factores de predisposición el 71% fueron niños y el 31% niñas. La mayoría de la población encuestada se encontraba en el rango entre los 4 y 18 años. En cuanto a la ubicación del centro de atención de salud, el 47% afirma que está dentro de la localidad y un 21% cerca de su residencia. En cuanto a tiempo de desplazamiento el 63% coinciden en requerir menos de una hora; siendo el medio de transporte más utilizado bus urbano en un 70%, seguido de vehículo propio en un 17% y el taxi en un 12%. Un 68%

afirma tener dificultades económicas.

En cuanto a la capacidad de acceso la distribución de la patologías obtenidas durante el estudio presentan que más del 50% de los menores cuentan con algún tipo de patología adicional a su condición de discapacidad; dentro de estos se cuenta con que un 44,1 % consumen algún medicamento, seguido de un 25,5% que sufre de alergias, y un 19,6% que padece enfermedades respiratorias. En los últimos 12 meses, los padres consideran que el 40,2% de los hijos tiene buen estado de salud correspondiente a sus condiciones de higiene oral.

Por último, la percepción de los padres según el impacto sobre la calidad de vida de la salud bucal de sus hijos (diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$) con la incapacidad psicológica por presentar problemas para descansar o dormir bien debido a problemas con sus dientes o boca

CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

Casi el 3% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad intelectual, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ouellette, Garcin, Lewis, Minnes & Martin, 2005); asimismo, el Banco Mundial en el 2010 reportó que más de mil millones de personas (un 15% de la población mundial), sufre alguna forma de discapacidad y de 110 millones a 190 millones de individuos tienen restricciones importantes en su capacidad motriz o intelectual. Adicional a todos los problemas generados por las condiciones propias de la discapacidad, las personas con este tipo de limitaciones tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por consiguiente, presentan mayores necesidades insatisfechas a este respecto. (OMS, 2015).

América Latina avanzó notoriamente en la cuantificación y caracterización de las personas con discapacidad, dado que los diferentes datos identificados expresaron la diversidad de enfoques conceptuales y metodológicos que se aplican en cada uno de los instrumentos de recolección de información; no obstante, la diversidad de enfoques utilizados no permite realizar análisis comparativos entre ellos. Por ejemplo Ecuador (en el año 2005) realizó un estudio de prevalencia nacional de discapacidad, usando algunos elementos conceptuales de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) y la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), el cual reportó que el 56% de las personas con discapacidad no trabajaban, y las principales limitaciones detectadas fueron de movilidad, aprendizaje, comunicación e interacción con los demás. Además, el 80% de los participantes señaló que la causa de discapacidad estaba

relacionada con sus condiciones de salud, mientras que el resto se debía a accidentes y otras causas (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

De ahí que, se hace necesario que el sistema de salud brinde a la población con discapacidad inclusión en la atención, ofertar servicios sanitarios preventivos y acceso a los programas de salud pública lo cual permitirá reducir las desigualdades y las necesidades insatisfechas en salud (Organización mundial de la salud OMS , 2011).

Por su parte, Colombia logró algunos adelantos en cuanto a diseños de políticas, y sistemas de información para la población con discapacidad; sin embargo, aún persisten desafíos considerables como la pobreza y la situación de violencia en la que vive el país. Según el Censo General realizado en 2005 se calcula que existen en el país 2.651.701 personas con, por lo menos, una limitación (prevalencia de 6.3%). Así, teniendo en cuenta la población total para Colombia en este mismo año (42.090.502), los datos reportados de limitaciones fueron de 13,0% para hablar, el 11,7% para entender o aprender, 9,4% para relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, el 9,9% para bañarse, vestirse o alimentarse por sí mismo y el 18,8% presentaba otra limitación (Censo General, DANE, 2005b).

En Bogotá el sistema de información sobre discapacidad no tiene un censo actualizado que permita evidenciar el comportamiento de las diferentes discapacidades que se presentan en la población. Según el DANE, "hay unos 331.301 habitantes con algún tipo de discapacidad. El 48% presenta ceguera, el 27% sordera, el 24% parálisis de algunos de sus miembros, el 17% retardo mental, y el 4.7% mudez" (Alcaldía Mayor de Bogotá , 2010).

De igual manera, las personas con discapacidad se enfrentan a múltiples barreras de acceso entre las que se encuentran las características geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras. En consecuencia, la diversidad de factores sociales en el acceso a la salud por parte de las personas con discapacidad, genera serios problemas de exclusión que prevalecen sobre el resto de la población. De tal manera, la marginación está relacionada con las condiciones del entorno, las características individuales y las condiciones sociales en las cuales se desarrolla la cotidianidad de las personas con discapacidad. Por lo tanto, el sector de la salud es sólo una parte de la respuesta multisectorial que debe darse a personas discapacitadas para que se mejoren sus condiciones de vida (Angarita, 2010).

En relación con el acceso a los servicios de salud bucal el IV Estudio Nacional de Salud Bucal reportó, en el marco analítico de la determinación social, la existencia de factores como la educación, la vinculación laboral, la pobreza, la disponibilidad de servicios socio-sanitarios entre otros, que afectan las condiciones, modos y estilos de vida para que las personas puedan contar con el conocimiento y la disponibilidad de medios para realizar sus prácticas de consumo de alimentos, de higiene oral y acceso a servicios de salud entre otros, los cuales colaboran con el cuidado de su salud bucal en todos sus espacios vitales. A su vez, existen otros factores como la capacidad de pago, el conocimiento de los derechos, la organización de los servicios de salud y las políticas públicas que se han relacionado con el acceso inequitativo a los servicios de salud bucal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Cabe resaltar que, por primera vez, este Estudio Nacional de Salud Bucal (VI ENSAB) incluyó el componente de la determinación social, analizando seis casos. Uno de

estos, fue el caso de una menor de edad pues se identificó la relación que existía entre la precariedad económica y la falta de una respuesta institucional en salud, lo que relega la salud exclusivamente a la atención de enfermedades, con posibles barreras de acceso a los servicios de salud bucal. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En Colombia, los estudios sobre el acceso a los servicios de salud bucal son mínimos y los reportados en la literatura no abordan a la población en condición de discapacidad intelectual.

En el año 2011 se realizó un estudio de acceso a los servicios de salud bucal en estudiantes universitarios, en el cual se encontró que los problemas dentales auto-percibidos más prevalentes eran la caries dental con un 24%, seguido del sangrado de las encías con un 18%. En cuanto a lugar de atención, casi una tercera parte suele asistir a un consultorio o médico particular; un poco más de la quinta parte han tenido problemas en la atención odontológica, siendo el tipo de problemas que más se han presentado, la demora en la asignación de citas y la prestación del servicio con un 54%, seguido de dificultades con el profesional y demás funcionarios con un 36%. Más de la mitad suelen ir otra institución como una acción para resolver necesidades de atención. Entre los tipos de servicio de mayor consulta se encontraron: profilaxis con 61%; exodoncia con un 32%; y operatoria dental con un 31%. (Rocha Buelvas, Hidalgo T, & Hidalgo Eraso, 2013).

Algunos autores afirman que, en el servicio de salud bucal, siempre ha existido un enfoque preventivo dominante y excesivamente sostenido que tiende a centrarse sólo en el cambio de los comportamientos de los individuos de alto riesgo, el cual no ha tenido éxito en la reducción de los espacios de las desigualdades de la salud oral (Cowling, Dandona, & Dandona, 2014).

A partir de lo anteriormente expuesto, se realiza la siguiente pregunta de investigación particular, respecto a la condición de la discapacidad intelectual: ¿Cuál es el comportamiento del acceso a los servicios de salud bucal en un grupo de escolares en condición de discapacidad intelectual Bogotá 2015? La respuesta a tal interrogante se propone como una posible estrategia para proponer una ruta de acción que facilite la gestión en salud para este tipo de población (Ley Estatutaria 1618 de 2013).

JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

La discapacidad no sólo afecta a las personas que la padecen; también involucra a quienes componen su entorno familiar, cuidadores, y al ámbito social, llevando a la reducción de oportunidades de desarrollo y participación en actividades como la educación, la recreación, el descanso, la movilidad, el trabajo y la salud. Aunque las políticas de inclusión social están encauzadas a proveer el acceso y el uso de espacios y servicios, esto en la realidad es muy limitado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). De tal manera, el poder disfrutar de esas actividades es un elemento importante de la igualdad, el bienestar y el desarrollo integral como ser humano, y más aún si se considera la salud un derecho fundamental para el bienestar social y emocional (Corte Constitucional, 2014).

Se hace irónico que las personas con alguna condición ya sea física o mental, que deben acceder por su condición de salud con mayor frecuencia a su médico y/o odontólogo tratante, presentan mayores dificultades para ser atendidos en los servicios de salud a los que tiene derecho. Sin duda, algunos de los obstáculos que afrontan para su pronta atención en los servicios de salud son el enfrentarse, en primer lugar, a la condición intelectual o física del individuo, y esto sumado a los bajos recursos económicos, a la

accesibilidad geográfica, los tiempos de espera, los trámites administrativos y hasta, en muchos de los casos, la baja calidad de los servicios de salud ofertados, lo cual hace que el problema sea más complicado aún. (Vargas I. M., 2010).

Las características descritas, sin duda, conducen a una desigualdad de derechos en salud y, por ende, a una afectación en la calidad de vida de las personas con discapacidad; es entonces cuando se habla de las barreras de acceso que presentan las personas o grupos de personas para obtener los servicios de salud (Rodríguez J., 2015).

Por otro lado, no es suficiente tener estipulado en la normatividad el Plan Obligatorio de Salud para la población Colombiana, pues se requiere que se aplique y se difunda desde el mismo profesional de odontología. Es así que éste debe contar con la capacidad para orientar a los pacientes dentro del sistema de salud actual vigente, y debe tener conocimiento sobre aquellos procesos que le garanticen el acceso a los servicios a los cuales tiene derecho en los planes de beneficios para atender las necesidades del funcionamiento del sistema, al igual que el procedimiento a seguir cuando no se tiene acceso a las actividades excluidas del Plan Obligatorio de Salud. No obstante, cabe resaltar que la UPC asignada para la población con discapacidad es muy baja y no refleja las necesidades reales en atención a estas personas, lo que puede desencadenar muchas más problemáticas a nivel de trabas por la EPS, para su atención. Lo anterior contribuiría a la reducción de las barreras de acceso y no permitiría que se ahondaran las dificultades de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y las propias del Sistema de Salud Colombiano.

A su vez, deben considerarse y respetar las condiciones, tanto en el ámbito de intervención individual como colectiva. Como un ser social, así los procedimientos sean iguales, debe considerarse la individualidad de las personas y brindar un procedimiento

acorde con esas diferencias, como es el caso de los individuos con discapacidad intelectual, ya que no es lo mismo la enseñanza del cuidado de la salud bucal para la población en general, que para las personas con diferentes condiciones o con discapacidad. (Tovar, 2010).

Así, los resultados de este estudio serán novedosos en Bogotá, en el sentido de aportar datos estadísticos que sirvan como representación de las familias con población en condición de discapacidad intelectual, frente a las necesidades de salud bucal y como línea base para mejorar las políticas públicas locales, regionales y nacionales en la atención de la salud bucal a personas con discapacidad intelectual.

CAPÍTULO II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Describir el comportamiento del acceso a los servicios de salud bucal en un grupo de escolares en condición de discapacidad intelectual.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1.- Describir la predisposición de los escolares en condición de discapacidad intelectual de acuerdo a sus características sociodemográficas.

2.2.2.- Analizar la capacidad de acceso a los servicios de salud bucal de los niños/ niñas y adolescentes en condición de discapacidad intelectual

2.2.3.-Establecer los factores de necesidad asociados al acceso de los servicios de salud bucal desde la perspectiva de los prestadores de servicio

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3.1. DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a los países a abordar directamente la inequidad sanitaria en el mundo, ya que las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. La morbilidad se presenta con mayor frecuencia en algunos de los grupos más vulnerables. Paradójicamente, estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes había existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad. (Bossio, Arias, & Dezar, 2011, p. 1).

Frente a esta situación la OMS es enfática en señalar que “La justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura” (OMS, 2009, p. 3). Las brechas sociales que se presentan hoy, en cada país, son en gran medida las responsables de las tasas preocupantes de morbilidad; es decir es directamente proporcional al grado de desigualdad: a mayor desigualdad mayores índices de enfermedades y mortalidad.

De esta manera, “el desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población” (OMS, 2009, p. 3). En esta lógica, superar la inequidad social es realmente superar la inequidad sanitaria; pues obedece a las decisiones políticas y a los modelos económicos. La comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre los Determinantes Sociales de la Salud los ha

definido como "las condiciones en el que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen "y" los conductores fundamentales de estas condiciones (Braveman & Gottlieb, 2014).

De hecho, otros autores como Paula Braveman, expresa que una desigualdad en salud, depende de factores que influyen sobre la salud los cuales podrían estar potencialmente moldeados por la política; es decir, es una diferencia en la cual los grupos socialmente menos favorecidos (pobres, minorías étnicas, mujeres, entre otros) constantemente experimentan peor salud o mayores riesgos de salud que los grupos con mejor nivel socioeconómico (Braveman P. , 2006)

En oposición, al concepto de determinantes sociales de la OMS, Breilh (2013) presenta los elementos para configurar un nuevo paradigma en la epidemiología y la salud pública, con base en tres grandes críticas: una crítica hacia la epidemiología clásica y su fundamentación epistemológica positivista sustentada en los modelos causales, que se concretan en la perspectiva de factores de riesgo; una segunda crítica hacia el modelo empírico-funcionalista de la epidemiología ecológica en el cual el sujeto se comprende desde sistemas ecológico-empíricos (agente, huésped y ambiente), relacionados de manera externa en pos de un equilibrio; y una tercera crítica contra el modelo de los determinantes sociales de la salud, que continúa configurando otro casualismo ya que, sin desconocer su visión crítica hacia la perspectiva más restrictiva de la epidemiología convencional, no plantea un cambio de paradigma, en la medida en que termina convirtiendo las estructuras en variables y en niveles de factores de riesgo.

La carga mundial de la enfermedad y las principales causas de las inequidades en salud reportadas, dentro y entre los diferentes países, se deriva de las circunstancias en

que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; sin embargo, existen factores frecuentemente responsables, como el acceso y uso de los servicios de salud que tienen menor impacto en la salud de la comunidad. La sostenibilidad de la salud de la población y el descenso de las desigualdades en salud se pueden lograr abordando los diferentes determinantes sociales de la salud, involucrando lo social, económico, político, cultural y ambiental. Los determinantes económicos, ambientales, psicosociales y políticos se han reflejado en lo social en general y así mismo en la salud bucal. (Mehta, Rajesh, Roa, Shenoy, & Pai, 2015).

3.2. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

El acceso a los servicios de salud es un tema de interés que, durante varias décadas, ha tomado relevancia en las políticas públicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de manera pertinente en los individuos con discapacidad intelectual; se busca fortalecer y ajustar instituciones, normas, actores y cultura para valorar y respetar la condición de discapacidad, en un marco de diversidad humana, y la posibilidad de lograr un acceso potencial y real a los servicios de salud. Ahora bien, es importante señalar que el concepto de “acceso” ha tenido variaciones según el enfoque con el cual se aborde: centrado en el uso del servicio de salud, como relación, como satisfacción de una necesidad, o como grado de cambio favorable en la salud (Echavarría, 2011).

Para efectos de este estudio trataremos tan sólo los dos enfoques que consideramos pertinentes:

Así, el acceso como una relación, que es la segunda perspectiva, está sustentada por autores como Aday y Andersen (1974) quienes definen el acceso como un “indicador

social de la relación de los individuos con el sistema de salud” (Echavarría, 2011, p. 22). Estos autores establecen tres dimensiones básicas donde relacionan los usuarios del servicio con el sistema de salud: la primera dimensión hace referencia a la política de salud, tiene relación con las acciones planteadas por el Estado en pro de mejorar el acceso a los servicios (financiamiento, educación, mano de obra y organización); la segunda dimensión tiene que ver con el acceso potencial, el cual está relacionado con las características de los individuos y las barreras que se originan a partir de la oferta de los servicios de salud; y, por último, hablan del acceso real, que está ligado a los determinantes y a la resolución, por parte del sistema de las necesidades sentidas por los usuarios (Mejía, Sanchez, & Tamayo, 2007).

En cuanto el segundo enfoque, se encuentran autores como Penchasky y Thomas (1981) y Frenk (1992) quienes establecen el acceso entre los clientes y el sistema de salud para la búsqueda y obtención de la atención a los individuos.

No obstante, Millman (1993) —autor que está dentro del enfoque del acceso—, lo define como un “amplio conjunto de preocupaciones que se centran en el grado en que los individuos y los grupos son capaces de obtener los servicios necesarios desde el sistema de atención médica” (pág. 4). Y explica que, debido a las dificultades para definir y medir el término, la gente equipara el acceso con cobertura de seguro y tener suficientes médicos y hospitales en las zonas donde viven. En ese sentido, el acceso se podría entender como una medida de la política de salud relativamente compleja, la cual se puede establecer en términos multidimensionales utilizando conceptos del modelo de comportamiento (Andersen, 1995).

3.3. EQUIDAD EN SALUD

En el acceso a los servicios de salud es necesario establecer puntos de comparación medibles para poder observar la equidad en la salud, la cual es el parámetro para establecer el nivel de acceso de los diferentes grupos sociales. De hecho y específicamente en el caso de salud, la equidad se entiende como “la ausencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades de salud.” (OPS e Inst. del Banco Mundial, 2001, p. 1).

En la misma línea, la OMS/OPS en el año 2000 establece criterios en relación con las metas de salud a nivel global; con esto se establecen parámetros de observación universal que sirven para establecer medidas ecuanímes a nivel nacional. Whitehead (1991) afirma que la equidad en la salud implica “que idealmente todos deben tener una oportunidad igual para alcanzar su total potencial de salud y, de manera más pragmática, nadie debe ser afectado en cuanto alcanzar el estado óptimo de salud” (p. 7).

Así, el principal objetivo de la evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, necesarios como importante función de salud pública, es “el mejoramiento de la equidad en el acceso a los bienes y servicios de salud y el monitoreo efectivo de quienes realmente reciben estos bienes y servicios” (OPS, 2012, pág. 3).

Aterrizando estos conceptos a Colombia, la manifestación equitativa del acceso a la salud se encuentra restringida en algunos sectores sociales por condiciones económicas y geográficas que generan una importante barrera para acceder a los servicios de salud por parte de poblaciones sensiblemente vulnerables, en temas como la continuidad del servicio, deseo de atención, y acceso a especialistas del régimen contributivo y subsidiado (Mejía,

Sánchez, & Tamayo, 2007). Por consiguiente, Colombia tiene problemas en la administración equitativa de los servicios de salud.

Un ejemplo de ello es Bogotá, en donde ya de por sí las poblaciones de Estratos uno y dos presentan fuertes barreras en el acceso a los servicios de salud que les afectan, y al sumar a ello que el habitante además presente una discapacidad, se termina acrecentando la problemática en términos de la participación en los sistemas contributivos y subsidiados de los sistemas de salud generales (Rubio, 2008).

3.4. DISCAPACIDAD

Para hablar de discapacidad y el funcionamiento de la misma es importante, conocer las diferentes definiciones y modelos conceptuales que han surgido a través del tiempo, los cuales han sido utilizadas por las distintas organizaciones y en diferentes países

Por su parte, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada como marco conceptual para el Informe, define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social) (OMS, 2001 p.7). Basándonos en este concepto se considera la discapacidad como un fenómeno complejo que demuestra la relación de las características del comportamiento humano y las características comportamentales de una persona con limitaciones en la sociedad en la que vive.

Por otro lado, en España autores como Luckasson et al (2002), en el manual de la Asociación Americana de Discapacidades del Desarrollo e Intelectuales (antes la Asociación Americana de Retraso Mental). La definición del Manual 2002 de AAMR

AAIDD quien propone un nuevo concepto de discapacidad intelectual y se considera la definición más idónea para hacer referencia al estado mental de una persona con limitaciones.

La discapacidad intelectual se refiere a:

Limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual, se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad intelectual se ha de manifestar antes de los 18 años de edad (Schalock, R et al 2007, p 1).

Asimismo, la Asociación Americana de Psiquiatría (manual de diagnósticos y estadísticos DSM-VI) agrega un criterio más en cuanto a las muchas etiologías diferentes, de la discapacidad intelectual las cuales puede verse como la vía común final de distintos procesos patológicos que afectan al funcionamiento del sistema nervioso central (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, 2011)

La discapacidad intelectual está asociada a factores de riesgo como la desnutrición, las complicaciones obstétricas y perinatales, el bajo peso al nacer, la intoxicación por plomo, las infecciones del sistema nervioso central (SNC), situaciones

todas frecuentes en la pobreza, por lo que en Latinoamérica la prevalencia puede ser cuatro veces mayor que en otras partes del planeta (Márquez, M., Pérez, V., Aguirre, E., Arciniega, L., & Galván, C., 2014).

En relación con lo anteriormente descrito, es importante reconocer los elementos esenciales de los modelos significativos para entender la evolución del pensamiento referente a la discapacidad a través de los años, desarrollado por el sistema de clasificación de discapacidad promovido por la Organización Mundial de la Salud, de los cuales se destacan seis modelos, que se presentan a continuación.

3.4.1. MODELO MÉDICO

El modelo médico percibe la discapacidad desde un punto de vista científico, asociada al desarrollo individual de cada uno de los sistemas funcionales del cuerpo, que limitan el desarrollo total de las capacidades del individuo, así “se considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales”. (OPS/OMS, 2012, pág. 22).

3.4.2. MODELO SOCIAL

El desarrollo del modelo social se encuentra enfocado en el análisis de las condiciones del entorno en el cual se encuentra una persona con discapacidad; éste genera una estructura del funcionamiento del sistema de salud que abarca todas las características sociales que pueden afectar la calidad de vida de los individuos y las redes de apoyo del mismo.

Esto implica que la discapacidad es vista “como un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad.” (OPS/OMS, 2012, pág. 32).

3.4.3. MODELO DE LAS MINORÍAS COLONIZADAS

Este modelo se enfoca en la lucha por los derechos de las personas con discapacidad; igualmente considera que estas personas son sistemáticamente discriminadas, marginadas y explotadas por la sociedad (Abberley, 1987). Para Padilla (2010) “Este grupo les daría la posibilidad de plantear estructuras asistenciales, tanto como las personas con discapacidad lo requieren, y limitarían de esta forma la marginación y el estigma de los que se sienten sujetos.” (pág. 406).

3.4.4. MODELO UNIVERSAL DE LA DISCAPACIDAD

El modelo universal de discapacidad propone dejar a un lado la sectorización de la población con discapacidad, es decir que

Todos los seres humanos tenemos capacidades y falencias. Ningún ser humano posee todas las habilidades que le permitan adaptarse a las diversas demandas que la sociedad y su entorno le plantean. La incapacidad es relativa y requiere ser contextualizada en un ambiente determinado y en un individuo dado (Padilla, 2010, p. 407).

Así, señala la importancia de la influencia que presenta su condición en el funcionamiento de una comunidad o el entorno social, económico y cultural al que pertenece.

3.4.5. MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Este modelo propone la importancia de las características de la red de apoyo primaria para el aporte de su entorno al individuo y el conocimiento acerca de la visión o perspectiva de vida que tiene la persona con discapacidad, todo esto asociado a las condiciones biológicas y de desarrollo de la limitación. (Padilla, 2010).

3.4.6. MODELO SOCIOLÓGICO

El modelo sociológico (conductual), desarrollado por Anderson en 1968, integra los diferentes modelos teóricos (conductuales, sociológicos y económicos) basados en la utilización del servicio de salud y la generación de redes de apoyo (Fielder, 1981). Este modelo ha sufrido algunos ajustes y adaptaciones para distintos estudios, entre ellas para la salud bucal. Su modelo considera que la utilización de los servicios de salud está en función de:

a) *La necesidad misma de atención.* Es decir, en esta se reúnen todos los factores asociados al proceso de salud-enfermedad. En este sentido, se entiende la necesidad desde dos perspectivas: la primera es en relación con la necesidad del paciente, en función del número de días de incapacidad o de la anti-percepción del estado general de su salud; y la necesidad evaluada por el personal de salud, en función de sus conocimientos.

b) *Los factores predisponentes.* Aquí actúan las variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y las creencias en torno a la salud y a la enfermedad que tengan los pacientes, tales como: composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación, entre otros.

c) *Los factores capacitantes.* Estos incluyen todos los aspectos que tienen que ver con la condición socioeconómica (recursos familiares: ingreso, ahorro, seguros, entre otros). (Arredondo & Meléndez, 1992).

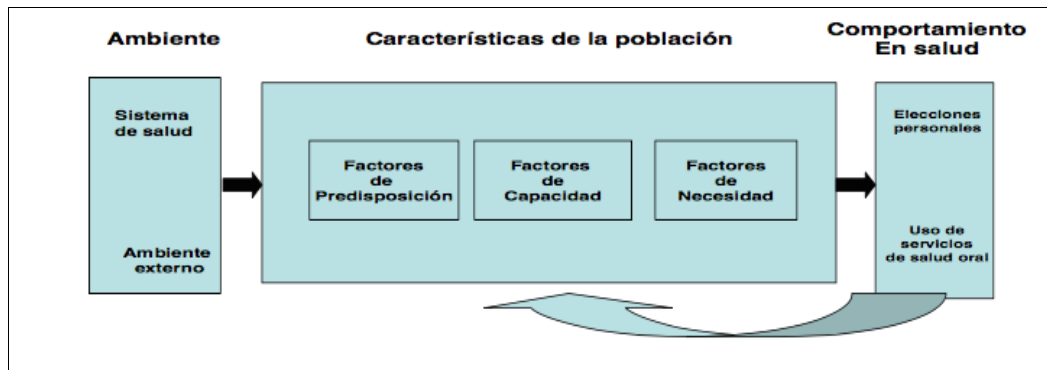


Figura 1. Modelo comportamental de uso de los servicios de salud bucal. ¹

Actualmente, la tendencia de las teorías sobre accesibilidad a los servicios de salud, respecto a la población en condición de discapacidad intelectual, es la de basarse en las condiciones del entorno en el que habitan. De este modo, se propone la discapacidad de las personas como una variable que influye en la protección de los derechos humanos; y como variable positiva, en relación con la calidad de vida de los individuos, de sus núcleos familiares y de la constitución de redes de apoyo.

¹ Adaptado de Andersen (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*; 36 (1), 1-10.

3.4.7. ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La etiología de discapacidad intelectual es definida por Verdugo (2010) como: “Es un constructo multifactorial compuesto por diferentes categorías de factores de riesgo (biomédicos, sociales, conductuales y educativos) los cuales interactúan a través del tiempo y afectan el funcionamiento general de las personas” (p. 99). La evaluación diagnóstica y la clasificación de la etiología consisten en identificar los factores de riesgo que afectan a un individuo, los cuales contribuyen a su funcionamiento actual y a un diagnóstico potencial de la discapacidad intelectual. (Verdugo, 2010).

Así, es de suma importancia resaltar el valor que tiene para las personas, en condición de discapacidad intelectual, el contar con una red de apoyo fuerte que sostenga los valores y principios, que generen lazos de confianza, apoyo en la autonomía y en la toma de decisiones.

3.5. SALUD BUCAL

La Organización Mundial de la Salud OMS (2012) define la salud bucodental como:

la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. (OMS, 2012, p. 1)

En efecto, las enfermedades bucales tienen un impacto en la salud general, la calidad de vida y también puede aumentar el riesgo de mortalidad en los individuos.

Además, los tratamientos de las enfermedades bucodentales son de alto costo para el sistema de salud, y de manera especial para las familias de bajos ingresos.

En la actualidad, existen desigualdades generalizadas en lo que concierne a resultados de salud bucal dentro y entre los distintos países del mundo. No obstante, la mayoría de los estudios que analizan las desigualdades sociales y los gradientes en la salud bucal, se han hecho en poblaciones que se encuentran por encima de la línea de pobreza y en países que presentan altos ingresos, lo que hace difícil evidenciar las desigualdades en la salud social. (Mathur M. , Tsakos, Millett, Arora, & Watt, 2014).

El proceso salud-enfermedad bucal y proceso vital humano no debe comprenderse como un único modelo de teoría del desarrollo, sino que está representado por varias esferas que son: la comunicativa, la cognitiva, la erótica, la moral, la afectiva, la política, la social y la económica. Estas esferas evolucionan de manera gradual en cada ser humano e involucran la calidad de vida y el bienestar por su estrecha relación con la salud general y con procesos de desarrollo, lenguaje, nutrición, autoestima y de apariencia. (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2014).

Está tan implicada la salud bucal en las prácticas cotidianas —y por ende en la calidad de vida, que algunos estudios han reportado que existen padres que tienen conceptos y hábitos equivocados en la higiene bucal, y no se encuentran preparados para efectuar una adecuada enseñanza siendo perjudicados los niños menores de cinco años para quienes es fundamental aprender correctamente el hábito del cepillado dental. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En este sentido, cabe resaltar que el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) incluyó, por primera vez, la situación de los niños de tres años por ser el periodo de inicio de la dentición temporal consolidada, frente a lo cual se encontró que Bogotá tiene valores altos de experiencia de caries con un 68.36%; para los cinco años la prevalencia de experiencia de caries es de un 56.00%, y para los niños de 5 y 12 años, en dentición mixta (DM), se observó un 60.48%. La experiencia de caries en dientes permanentes a los 12 años está presente en 54.16%, y pasa a 75.21% en las personas de 18 años (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2014, p. 37).

De ahí la importancia de que los padres se encuentren preparados para efectuar una adecuada enseñanza de higiene oral, a su vez estar supervisando el cepillado en los primeros años de vida de los niños, y asistir a consulta odontológica. De esta forma evitar la experiencia de caries a temprana edad. (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2014, p. 112)

3.6. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELLECTUAL

Schalock y Verdugo (2007) definen la calidad de vida como “un estado deseado de bienestar personal que tiene características; multidimensional, con propiedades éticas universales y émicas ligadas a la cultura. Además, tiene componentes objetivos y subjetivos que está influenciada por factores personales y ambientales” (p. 22).

El concepto de calidad de vida ha surgido en las últimas dos décadas como un principio ligado a cualquier actividad empresarial o de promoción de servicios, con el objetivo de mejorar las prestaciones y la eficiencia de sus intervenciones. Su aplicación al

ámbito de las personas con discapacidad se sustenta y pretende superar los conceptos de normalización, entorno no restrictivo y desinstitucionalización que ha provocado la revolución en los servicios y recursos en la atención a este colectivo en la última parte del siglo XX. (Muntaner, 2013)

Si todas las personas necesitan, en algún momento apoyo o requieren ayuda, las personas en condición de discapacidad precisan de esas ayudas y apoyos de un modo más amplio, más generalizado, intenso y en general de una manera más permanente. El hecho de que algunas personas, por su discapacidad, necesiten un apoyo a lo largo de su vida, hace relevante que existan otras personas con la disposición y voluntad de proporcionárselo de forma deseada. Así, la calidad de vida de las personas con discapacidad depende de las opciones que les proporcione la sociedad, ya que se determina por la interacción compleja de dos factores considerados relevantes también para las personas sin discapacidad: en primer lugar los relacionados con el bienestar personal en las áreas físicas, social, material y cognitiva; y por otra parte, las medidas ambientales dirigidas a ofrecer un entorno social abierto a las oportunidades con el fin de satisfacer esta necesidad y promover una estabilidad sentimental, de control y de visión al futuro. (Muntaner, 2013).

Así, es de suma importancia resaltar el valor que tiene para las personas en condición de discapacidad intelectual, el contar con una red de apoyo fuerte que sostenga los valores y principios que generen lazos de confianza, apoyo en la autonomía y en la toma de decisiones.

3.7. ESTADO DEL ARTE

Un estudio cualitativo realizado en Canadá, sobre el acceso a la atención en salud bucal, evidenció que cada vez se hace más difícil obtener una cita. Aunque la salud

bucal también hace parte de la salud en general, no está contemplada dentro de los servicios de salud prestados a la comunidad, y en lo que concierne a los niños se observó que existen pocos procedimientos ofertados. El estudio utilizó cuestionarios para abordar las problemáticas que deben enfrentar las empresas responsables de brindar salud bucal a las personas que reciben ayuda del gobierno en todo Canadá.

La respuesta a los aspectos positivos de la salud bucal reportó que el 84% de los encuestados aseguraron que los hospitales públicos eran útiles, y el 81% sintieron que los odontólogos brindaban una buena atención. Sin embargo, la conclusión de esta investigación fue que la salud bucal está aislada de la salud general, que personas con especial necesidad son las que mayor problema tienen para acceder a los servicios de salud bucal y a los especialistas, lo que se suma a los insuficientes planes de salud bucal que brinda el gobierno, a la reducción de presupuestos locales y a la reducción de ingresos por el desempleo de algunos de ellos (Main, Leake, & Burman, 2006).

En el año 2008 se realizó, en Australia, un estudio sobre los factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos públicos. Se evidenció una fuerte intención y actitud favorable hacia la visita al odontólogo. Los análisis correlacionales revelaron que, además, las creencias juegan un papel importante al influir en la propia intención de visitar al odontólogo; se encontró que un 35% de los encuestados habían realizado una visita odontológica. Entre las desventajas reportadas se hallaron las extracciones innecesarias, tener que esperar mucho tiempo en la sala de espera para la cita programada, y la experiencia del dolor dental. (Luzzi & Spencer, 2008)

Es relevante entonces que los esfuerzos, para reducir las barreras que existen actualmente, se dirijan a mejorar el acceso a los servicios odontológicos públicos, a

identificar los objetivos que afecten de manera positiva la asistencia a la visita odontológica de los grupos desfavorecidos en una comunidad y, de igual forma, para promover el cuidado de la salud bucal de manera más eficaz y eficiente en grupos que lo requieran. (Luzzi & Spencer, 2008)

Otro estudio realizado en Australia reportó que, específicamente, las personas con discapacidad intelectual tienen dificultad en la atención odontológica; esto es en parte como consecuencia de las dificultades de comunicación y la demora de las citas con el especialista. Además se encontró que las personas en condición de discapacidad intelectual presentaban problemas de caries dental, y enfermedad periodontal producida por los efectos secundarios de los medicamentos antiepilépticos. (Lennox N. , Ware, Carrington, Callaghan, & al, 2012)

Para el contexto latinoamericano, en Brasil, Gaio y colaboradores realizaron un estudio sobre las escuelas promotoras de salud y su impacto en la salud bucal de las personas con discapacidad intelectual, en escolares entre 2 y 19 años. Los resultados mostraron que la percepción de los padres con respecto a la salud oral, la apariencia de los dientes y las encías de sus hijos y los hábitos de masticación variaron entre regular y buena. El 60,6% de los padres creen que la salud bucal de sus hijos no afecta sus relaciones con otras personas. En cuanto a las experiencias, el 49,3% de la muestra había experimentado caries, el 23,8% había experimentado sangrado de las encías, y el 17,8% había experimentado el dolor de muelas en los tres meses anteriores. No obstante, se pudo evidenciar que las características sociodemográficas de los escolares los hace más vulnerables, en relación con el estado de salud bucal. (Gaio C. , Moysés, Bisenelli, França, & Moysés, 2010).

Otro estudio, también efectuado en Brasil, midió la percepción de un grupo de madres de niños y adolescentes con síndrome de Down que contemplaba la salud general y la salud bucal de los hijos y su impacto en la vida del niño con este síndrome. Fue un estudio cualitativo con una muestra de diecinueve madres de bajos ingresos. Esta investigación buscaba indagar sobre sus opiniones, actitudes, valores y creencias, así como sus percepciones acerca de la salud del niño con síndrome de Down, y la opinión de las ellas sobre el impacto de la salud bucal en la vida del niño en condición de discapacidad intelectual. (Oliveira, Pordeus, Luz, & Paiva, 2010)

Los resultados de esta percepción en cuanto a la salud en general, fueron buenos; en cuanto a la salud bucal, se encontró que el daño de los dientes lo atribuyen al consumo frecuente de antibióticos y al no lavado de ellos posterior a la ingesta de medicamentos o alimentos. Destacan que la salud bucal de sus hijos ha estado descuidada por las diversas obligaciones relacionadas con el menor. Entre los obstáculos referidos estuvieron la no asistencia a la consulta odontológica, las dificultades en el acceso odontológico ya que por su condición requieren de sedación y, en algunos de los casos, se hace necesaria para la extracción de todos sus dientes por el mal estado de los mismos. (Oliveira, Pordeus, Luz, & Paiva, 2010)

De igual manera, los especialistas son muy escasos, y esto sumado a los factores culturales, tiempo limitado para sus quehaceres, bajos recursos económicos, el acceso a los servicios de salud especializados, el bajo impacto de la salud bucal en la sociedad, obstaculiza el tipo de atención que se centra en la promoción de la salud. Es así que esto confirma aún más el impacto de los determinantes en la salud bucal. (Oliveira, Pordeus, Luz, & Paiva, 2010)

Jongh, A.; Houtem, C.; Schoof M.; Resida, G., & Broers, D. (2008) realizó un estudio sobre el estado de salud oral, las necesidades de tratamiento, y los obstáculos para el cuidado dental de los niños no institucionalizados con discapacidades intelectuales severas, en los Países Bajos. Evaluó al azar en siete guarderías diferentes, el estado de salud bucal de 61 niños, 38% de ellos fueron mujeres entre los 4 y los 12 años de edad. Los cuidadores (n=126) y odontólogos (n=40) completaron variables sociodemográficas, higiene oral, la frecuencia de las visitas al dentista, y las posibles barreras para el cuidado oral diario de los niños. De todos los niños, 57,4% tenían caries no tratadas. Los cuidadores consideran la no cooperación de sus pacientes como el aspecto más problemático de su cuidado bucal diario (68%), mientras que los odontólogos consideran que la comunicación es una barrera importante para el tratamiento (75%). Así, los niños no institucionalizados holandeses con discapacidades graves siguen recibiendo un grado relativamente bajo de la atención dental de calidad. Esto es particularmente cierto para los niños pertenecientes a grupos étnicos minoritarios. Los problemas de comunicación se consideraron la barrera más importante para el tratamiento, seguido por la falta de una compensación económica y la falta de experiencia en el tratamiento de niños con discapacidad mental. (Jongh et al., 2008).

De forma semejante, se encontró en un estudio efectuado en el noreste de Inglaterra que las comunidades más pobres tienen una barrera potencial para el uso de servicios dentales por la ubicación de sus comunidades, ya que deben transitar largas distancias para acceder al servicio de odontología. (Landes & Holmes, 2012)

En Colombia no hubo hallazgos sobre estudios publicados de barreras de acceso a los servicios de salud bucal en niñas, niños y adolescentes en condición de discapacidad

intelectual. No obstante, las fundaciones sin ánimo de lucro y la academia han realizado su aporte en la generación de conocimiento en la población en condiciones de discapacidad intelectual un ejemplo de ello, fue la investigación en discapacidad en Colombia reto para la inclusión en capital humano, donde se aborda la discapacidad en forma general en diferentes dimensiones: corporal, individual, social, el acceso a los servicios de salud y la situación a nivel departamental.

En cuanto al componente de acceso a los servicios de salud en personas con discapacidad, el estudio de Gómez usa las mediciones para identificar la exclusión en salud, en primer lugar describen los indicadores externos en los que determina el número de personas que no están cubiertas por el sistema de seguridad social, en segundo lugar orienta a la medición en las disparidades de acceso en las que incluye variables como: la restricción geográfica, el nivel de pobreza y los antecedentes culturales.

En ese orden de idea, la restricción geográfica mide el número de personas que, aunque tiene derecho acceder a los servicios de salud en la práctica están aislados, o no adquieren estos servicios en su comunidad . Por otro lado, la pobreza identificada como la carencia absoluta de recursos, o falta de poder adquisitivo que impide la satisfacción de necesidades mínimas, entre ellas los cuidados de salud. (Gómez, 2010)

Una revisión sobre acceso a la atención en salud realizada en Colombia, en población sin discapacidad, demostró que la probabilidad de utilizar los servicios curativos aumenta con la escolaridad, la edad (niños y adultos) y con el hecho de pertenecer al sexo femenino. En cuanto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios, los estudios

evidencian dificultades relacionadas con la accesibilidad geográfica de los servicios y con elementos organizativos como los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención. Así, la barrera geográfica y la calidad del servicio surgen a partir del no uso de servicios entre los asegurados. (Vargas, Vázquez, & Mogollón, 2010)

De igual manera, un estudio de caso sobre las barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada, reveló que el régimen subsidiado presenta dificultades financieras, acceso a la atención especializada, y problemas para acceder a la atención primaria por parte de los asegurados al régimen contributivo del área urbana. (Vargas I., 2009).

Otro estudio realizado en relación con las barreras y determinantes de acceso a los servicios de salud demostró la vulnerabilidad de la población con menores recursos aun cuando posee seguro; la ausencia de dinero continúa siendo una de las principales barreras para acceder a los servicios de salud, mientras que estar afiliado a la seguridad social y tener educación, se constituyen en los principales determinantes para el modelo de utilización del sistema formal. (Rodríguez & Trillas, 2010).

3.8. MARCO LEGAL Y POLÍTICO NACIONAL

Uno de los documentos más importantes es la Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero 2015, la cual regula el derecho fundamental a la salud. Vale resaltar los artículos 2, 6 y 11:

Artículo 2• Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y

con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Artículo 6. *Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.* El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

c) *Accesibilidad.* Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. (...)

Artículo 11. *Sujetos de especial protección*

Las personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención (Ministerio de Salud y de la Protección , 2015).

De igual manera, la **LEY 1346 DE 2009** (Julio 31). Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, quien ratifica mediante el **ARTICULO 25**. Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud (Alcaldía mayor de Bogotá D.C, 2009).

Asimismo, Colombia ha acogido y ratificado tratados o convenios en relación con los derechos de las personas con discapacidad que es importante mencionar: la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada mediante Ley 16 de 1972, la cual habla sobre las medidas de protección al menor e igualdad ante la ley; el Convenio

159 sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, ratificado mediante Ley 82 de 1988, el cual promueve la integración en la sociedad de las personas con discapacidad; la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por Colombia mediante Ley 12 de 1991, esta establece que el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, que le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten su participación activa en la comunidad; y la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, ratificada mediante Ley 762 de 2002, y cuyo objetivo es la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad además de propiciar su plena integración en la sociedad. (Congreso de la República de Colombia, 2004)

En la última década, el enfoque respecto al concepto de personas con discapacidad ha tenido cambios positivos significativos. Es así como el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 80 de 2004 plateaba que la Política Pública de Discapacidad se divisara desde el enfoque del manejo social del riesgo, redireccionándose ahora con el CONPES 166 de 2013, a partir de un enfoque de derechos.

Acatando lo mencionado, en diciembre de 2006, en la sede Naciones Unidas de Nueva York, donde se llevó a cabo la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se direcciona que el nuevo abordaje de esta población debe hacerse con autonomía y libertades salvaguardadas por el Estado. (Departamento Nacional de Planeación. CONPES social 166, 2013)

Este último documento busca además puntualizar las responsabilidades para la ejecución de una Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social.

Para tal fin plantea la implementación de estrategias y recomendaciones que lleven a garantizar escenarios y condiciones no sólo de igualdad de los derechos, sino también de las libertades fundamentales de cada una de las personas con discapacidad, articulado con la intervención del Estado, de la comunidad civil y de las comunidades desde el Sistema Nacional de Discapacidad (SND), establecido en la Ley 1145 de 2007.

3.8.1. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021

Este Plan define como finalidad la atención integral de salud a las personas con discapacidad, busca minimizar los casos de discapacidad de la población adoptando estilos de vida saludable y así mismo, reducir los factores de riesgo contemplando los ciclos vitales. Los objetivos de este componente son cinco:

- Contribuir a que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la salud, sin ningún tipo de discriminación por medio de políticas públicas.
- Generar procesos de inclusión social por medio de acuerdos intersectoriales y reconocimiento como sujeto de derecho.
- Reconocer al individuo en el enfoque diferencial en cuanto a educación, comunicación y salud, generando un sistema de información geo-referenciado.
- Implementar las políticas, planes, programas y proyectos que favorezcan al desarrollo de esta población.
- Capacitación a las personas del sector salud sobre los derechos en salud de las personas en condición de discapacidad.

De este modo la meta para el 2021, en el componente de discapacidad, es tener un modelo de atención integral en salud para esta población, que permita desarrollar las políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones para un desarrollo integral.

Otro documento marco, es el Decreto 470 de Octubre 12 de 2007, el cual adopta la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital. Este decreto comprende el periodo entre el 2007 y 2020, y define como objetivo garantizar los derechos fundamentales de las personas con discapacidad. Esta política pública de discapacidad se fundamenta en un enfoque de derechos y en la participación activa del Estado para garantizar a las personas con algún tipo de discapacidad, la igualdad de oportunidades, dentro de factores como la salud, la educación, la vivienda, la movilidad y el bienestar.

Entre los beneficios de esta normativa se encuentra la generación de espacios de integración social y de superación, la búsqueda de un mejor desarrollo humano social y el apoyo de sostenimiento a las personas con discapacidad. La política de discapacidad para el Distrito contempla cuatro dimensiones:

1. *Desarrollo de capacidades y oportunidades:* entre los que se encuentra el derecho a la salud, a la educación, el desarrollo de la productividad, a la vivienda y bienestar.
2. *Ciudadanía activa:* entre los que se encuentran el derecho a la participación para la incidencia, formación ciudadana, información y a la comunicación para la participación, el fortalecimientos de actores sociales y el fortalecimiento institucional.
3. *Cultural y simbólica:* esta dimensión respeta que cada sociedad se relacione de forma diferente con la población con discapacidad; esto debido a estructuras sociales, creencias, lenguaje, religión, y diversas formas de expresión de culturas, reconocimiento de la diversidad, de la interculturalidad, el fomento al arte y a la cultura, al turismo, a la recreación y al deporte.

4. *Entorno, territorio y medio ambiente*: en un territorio habitado con calidad ambiental, el bienestar y la productividad, entornos favorables y seguros, se entiende como condiciones sanitarias mínimas de agua potable, aire limpio, cero contaminación visual, auditiva, educación, vivienda y recreación y ambientes sin violencia. Esta dimensión comprende aspectos como la accesibilidad, movilidad personal, sensibilización y formación ciudadana, comunicación e información. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007)

3.8.2. MARCO LEGAL INTERNACIONAL DE LA DISCAPACIDAD

Los documentos de carácter internacional indican el deber de los Estados y de la sociedad misma en lo relacionado con los derechos de las personas con discapacidad, en pro de la prevención en este grupo de personas. No es de carácter obligatorio, pero sí es un compromiso de los Estados a nivel interno que adopten y los pongan en práctica a través de la legislación.

Uno de los documentos base es la Declaración de los Derechos Humanos, cuya ratificación se da en 1948. Esta Declaración busca la garantía fundamental para que todos los seres humanos sin distinción de raza, estrato social, género o de regiones, sean tratados con igualdad de garantías de los derechos (ACNUR (Agencia de la ONU para los refugiados), 1948).

Otro documento legal fundamental es la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental promulgado por la Asamblea General en diciembre de 1971. Esta tuvo como objetivo el desarrollo de actitudes en diferentes ambientes de la vida cotidiana, además de fomentar la incorporación y la puesta en marcha de la inclusión social.

El Programa de Acción Mundial para la Discapacidad, establecido en 1982, estimula la promoción de medidas para la prevención de la discapacidad, la rehabilitación y la igualdad en la participación plena en una sociedad para las personas con discapacidad. Estos principios fueron de obligatorio cumplimiento, independientemente del grado de desarrollo de los países. (ONU, 1982)

Diez años después se expiden las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad (1993), en las cuales se encuentran recomendaciones para la igualdad en la participación en la vida social. El propósito de esta norma es garantizar los derechos y obligaciones de niñas, niños, mujeres y hombres con discapacidad. (ONU, 1993)

La Convención de los Derechos del Niño, aprobada por Colombia en 1991, enfatiza sobre los derechos y deberes que se debe tener con los niños y niñas en cualquier grado de discapacidad física y mental, puesto que ellos deben tener cuidados especiales para que disfruten de una vida plena con igualdad de oportunidad en educación y acceso a la salud en cuanto a tratamiento y rehabilitación. (UNICEF, 1989)

Asimismo, fue ratificada también por Colombia en el 2002 la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, de la Organización de Estados Americanos.

Marco Contextual

Las fundaciones donde se realizó el estudio fueron:

La Fundación LUDUS, ubicada en el barrio el Virrey de Bogotá D.C., en la calle 88 No 22-34, poniendo a disposición de niños y adolescentes con necesidades especiales, problemas de aprendizaje y discapacidad cognitiva leve en el desarrollo de las áreas

sensorial, motora, socio afectiva, académica y del lenguaje dentro de un ámbito social, familiar y escolar de diferentes estratos económicos de la ciudad. La fundación LUDUS promueve que los niños y adolescentes desarrollen habilidades prácticas que les permitan llevar a cabo actividades de la cotidianidad, mediante un modelo escolar donde los niños y adolescentes deben asistir a la fundación durante todo el día en el transcurso de la semana, la fundación atiende aproximadamente a 70 personas (Fundación Ludus, 2001).

La Fundación CEPYTIN, ubicada en el barrio Castilla de Bogotá D.C., en la Cra 73# 7 C 39 es un lugar para vivir el derecho a la capacidad diferente, y reconocer las posibilidades de cada ser para su autonomía e independencia. Fue creada en 1988 para la prestación de servicios de habilitación integral a niños y adolescentes en condición de discapacidad intelectual y/o física; dentro de un marco de derechos para lograr la inclusión social, educativa y laboral. En 25 años se ha brindado servicios a más de 1.300 usuarios y sus familias (Fundación CEPYTIN, 2001)

La corporación síndrome de Down, ubicada en Calle 119 A # 70- 48. Busca fortalecer en los niños/niñas y adolescentes el desarrollo, el comportamiento adecuado, habilidades comunicativas verbales y lecto escritas así como de pensamiento lógico matemático, que les permita participar en su contexto socio familiar, de una manera pertinente y eficaz así como apoyar a la familia en la interacción con el niño. Anualmente la Corporación atiende en sus programas y servicios un promedio de 500 niños y jóvenes con Síndrome de Down, de los cuales un sesenta y seis por ciento (66%) pertenecen a estratos uno, dos y tres (Corporación síndrome de down , 2015)

CAPÍTULO IV. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de estudio: Observacional descriptivo, de corte transversal.

Población de estudio

Universo: Padres de niños/as y adolescentes escolares institucionalizados.

Población: 102 padres de niños/as y adolescentes escolares institucionalizados, en edades entre 4 y 18 años, residentes en Bogotá en el año 2015.

4.2. UNIDAD DE ANÁLISIS

4.2.1 MUESTRA

Comprendió 102 padres de niñas/niños y adolescentes con discapacidad intelectual, escolares institucionalizados de la ciudad de Bogotá D.C.

4.2.2 DISEÑO MUESTRAL

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

4.3. FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.3.1. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los datos fueron obtenidos de fuente primaria. El trabajo de campo se realizó dentro de las instituciones con los padres de niñas/niños y adolescentes que participaron en el estudio. Con el objetivo de motivar a las diferentes instituciones y su equipo interdisciplinario, se realizaron reuniones donde se presentó la investigación y los compromisos por parte de los investigadores. Antes de iniciar la recolección de los datos,

se efectuó una reunión con los padres de familia y el grupo interdisciplinario tratante, con el objetivo de darles a conocer todo lo referente a la investigación y la importancia que tendría la información que ellos suministrarán.

Se inició el trabajo de campo con un estudio piloto (15 encuestas), con el fin de revisar la comprensión del lenguaje utilizado, las dificultades en su cumplimiento, el tiempo de realización y la consistencia interna del cuestionario utilizado. El estudio piloto se llevó a cabo por parte de las investigadoras mediante entrevista personal a 15 padres de niños/as y adolescentes en condición de discapacidad intelectual, en la Localidad Cinco (5) de Usme, Territorio 18, pertenecientes al programa “Territorio saludable”. Luego se realizó, junto con el tutor, la crítica de la información para detectar omisiones e imprecisiones de los datos y volver a campo en caso necesario.

4.3.2. GESTIÓN DE DATOS

Con respecto al control de calidad y almacenamiento de los datos obtenidos en las encuestas definitivas se estima que la confiabilidad de los datos se controló antes, durante y después de la recolección, ya que previamente se estimaron los siguientes procedimientos: 1) la inclusión de preguntas de verificación, 2) el diseño de un manual de procedimientos estandarizados, 3) la capacitación al equipo y 4) la prueba y ajuste de procesos e instrumentos. Durante el trabajo de campo se hizo seguimiento semanal al desarrollo de la recolección de la información. Por último, los datos se almacenaron en bases de datos previamente construidas en EPI- INFO. De hecho para el control de calidad de la digitación, se tomó una muestra de 10% de las encuestas y se comparó con los registros de dichos formularios en la base de datos. Las bases de datos fueron exportados al

programa estadístico R versión 3.2.0 para Windows - Excel de la Universidad de Zurich para el análisis.

4.3.3. OPERATIVO DE CAMPO

El consentimiento informado para participar en esta investigación y el instrumento de recolección de datos fueron aprobados por el Comité de Ética de la Facultad de Salud, de la Fundación Universitaria del Área Andina y por la dirección de las Fundaciones donde se realizó el estudio (LUDUS, CEPYTIN y Corporación Síndrome de Down). Se visitaron las instituciones terapéuticas que ofrecen tratamiento a los niños, niñas, y adolescentes en condición de discapacidad intelectual ya identificadas, para garantizar el apoyo y hacer la coordinación para el desarrollo del estudio. Se realizó —a través del director de la institución— una convocatoria a los padres de los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad intelectual con el fin de presentarles el objetivo del estudio en forma general, exponer la metodología y solicitar su colaboración en el mismo. Finalmente, se realizó una lista de las pacientes de cada institución que participaron en el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión preestablecidos, y un cronograma de visitas a las instituciones para la recolección de la información.

4.3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✚ Grupo padres de niñas, niños, y adolescentes entre 4 y 18 años en condición de discapacidad intelectual, y que estuviesen institucionalizados.
- ✚ Población que asista a las fundaciones dentro de los programas educativos permanentes, desde la educación no formal.

4.3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✚ Niñas, niños, y adolescentes en discapacidad intelectual que estén bajo protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
- ✚ Niñas, niños, y adolescentes con trastorno de asperger

Control de sesgos de información:

De selección: seleccionar adecuadamente la unidad de análisis, cumpliendo con los criterios de inclusión .

De Confusión: Tanto los investigadores como los encuestadores fueron estandarizados en lo referente a la aplicación del instrumento de recolección de información.

4.3.6. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

A partir del estudio piloto se realizó un cuestionario estructurado que permitió la recolección de información sobre las variables de interés. La teoría que guió la selección de las variables y su método de medición fue el modelo de Andersen, *Behavioral model and access to medical care* (Watt, 2002), con la respectiva adaptación a salud bucal del investigador Kiyak (1987). (Véase Figura 1). Se establecieron entonces como *variables de exposición* los factores determinantes del acceso a servicios de salud bucal, los cuales son los siguientes:

Factores de necesidad: La necesidad de cuidados de salud bucal y el impacto de la condición bucal en la calidad de vida y clasificación de la salud bucal. Basado en la revisión de otros instrumentos como el OHIP-14 *Oral "Health Impact Profile"* (con su traducción al español) (López & Baelum, 2006).

Este incluye categorías tales como: malestar físico, limitación función, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía; en este estudio sólo se utilizaron las variables malestar físico y limitación en la función, por la condición de discapacidad intelectual de los niño/as y adolescentes, motivo por el cual el instrumento fue aplicado a los padres donde expresaron la percepción de las variables anteriormente mencionadas.

Factores de predisposición: en estos se consideraron variables sociodemográficas como el sexo; la edad en años cumplidos; el régimen de seguridad social; los antecedentes de salud; el diagnóstico de discapacidad intelectual, y el estrato socioeconómico.

Factores de capacidad: Estos consideraron variables como el estado de salud; el estado de salud bucodental; los problemas dentales; la salud general; la satisfacción con apariencia de los dientes; el estrato socioeconómico; el apoyo Social (Duke-11); el conocimiento sobre derechos de atención en salud bucal; y el conocimiento sobre derechos de atención en salud general.

En cuanto a las *variables de resultados* se tuvo en cuenta el hecho de “haber consultado un odontólogo en los últimos doce meses”. Indiferentemente del uso de los servicios de salud bucal.

4.3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó el programa R versión 3.2.0 para Windows - Excel de la Universidad de Zurich. El nivel de significación para todas las pruebas se fijó en $p=0,05$, lo que significa que se considera como significativo solamente si $p < 0,05$. Para la descripción de las variables se utilizó el promedio y la desviación estándar solamente en el caso de

variables paramétricas (edad); se usó la mediana para variables ordinales, o sea las que se dan en una escala, y la frecuencia y porcentaje para variables nominales (cualitativas).

Para el análisis bivariado se utilizó la prueba Chi cuadrado para variables nominales, o la prueba exacta de Fisher cuando las frecuencias eran muy bajas, como en el caso de la cardiopatía, diabetes, hipoglicemia. Se aplicó la prueba t de Student para comparar los promedios de edad de niños vs niñas; las medianas se compararon por medio de la prueba Anova de Kruskal-Wallis y la correlación entre variables ordinales se determinó por medio de la prueba Chi cuadrado de Mantel y Haenszel.

Por otro lado, se tuvieron en cuenta los aspectos éticos a la luz de la resolución 8430 de 1993, en cuanto a: la privacidad del individuo (Art. 8); realizar una investigación sin riesgo (Art. 11), en la que no se efectuó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio; y efectuar el trámite del Consentimiento Informado (Art. 14).

CAPÍTULO V. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

5.1. OBJETIVO UNO

Describir la predisposición de los escolares en condición de discapacidad intelectual, de acuerdo a las características sociodemográficas.

5.1.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se contó con una población de 102 padres con hijos en condición de discapacidad intelectual institucionalizados en tres fundaciones de Bogotá (LUDUS, CEPYTIN y Corporación Síndrome de Down, el 71% fueron niños y el 31% niñas. La mayoría de la población encuestada se encontraba en el rango entre los 4 y 18 años. El 55% de los escolares pertenecía al régimen de seguridad social contributiva, seguida del régimen subsidiado con un 22,5%, seguido del régimen especial con un 21,5%. El promedio de personas en el hogar es de 4, dentro de un rango de 2 a 7 integrantes por familia, el promedio de hermanos es de 1,2, dentro de un rango de 0 a 4 hermanos por familia, y el 52% de los padres eran casados. (Ver en la Tabla 1).

Descripción sociodemográfica de la muestra			
Género:	Niños	Niñas	Total
Edad: (años)	71	31	102
Promedio ± s	10,7 ± 5	10,6 ± 4,1	10,7 ± 4,3
Rangos	4 a 18	3 a 18	3 a 18

Distribución de la muestra por tipo de régimen			
Régimen	Frecuencia	Porcentaje	
Contributivo	56	55	
Especial	22	21,5	
Subsidiado	23	22,5	
No sabe	1	1	
Total	102	100	

Distribución por Composición del hogar			
Variable	Promedio	Rango	
No. Personas en hogar	4	2 a 7	
No. Total de hermanos	1,2	0 a 4	
No. Hermanos hombres	0,8	0 a 3	
No. Hermanas	0,5	0 a 3	
Lugar que ocupa en familia	[2]	1 a 6	

Distribución según estado civil de los padres			
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	
Soltero	7	7	
Casado	53	52	
Unión libre	28	27,5	
Viudo	0	0	
Separado	14	13,5	
TOTAL	102	100	

Tabla 1. Variables sociodemográficas de la población (Estudio, Bogotá 2015)²

5.1.2 ASPECTO DE ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Como objeto de la investigación, se considera como uno de los determinantes de acceso más importantes para la accesibilidad a la prestación de los servicios de salud bucal, de la población con discapacidad, la distancia a la que queda la institución prestadora de los servicios de salud. En cuanto a la ubicación del centro de atención de salud, el 47% afirma que está dentro de la localidad y un 21% cerca de su residencia. En cuanto a tiempo de desplazamiento el 63% coinciden en requerir menos de una hora; siendo el medio de transporte más utilizado bus urbano en un 70%, seguido de vehículo propio en un 17% y el taxi en un 12%. Un 68% afirma tener dificultades económicas.

5.2. OBJETIVO DOS

Analizar la capacidad de acceso a los servicios de salud bucal de los niños/niñas y adolescentes en condición de discapacidad intelectual.

La distribución de la patologías obtenidas durante el estudio presentan que más del 50% de los menores cuentan con algún tipo de patología adicional a su condición de discapacidad; dentro de estos se cuenta con que un 44,1 % consumen algún medicamento, seguido de un 25,5% que sufre de alergias, y un 19,6% que padece enfermedades respiratorias.

*Total de muestra: Datos Válidos 102 – Datos No válidos 0. Se realiza análisis a datos relevantes para el estudio. Gran parte de los menores participantes del estudio, así como sus cuidadores desconocen la posición que ocupa el menor dentro del núcleo familiar, variable descartada de la muestra por falta de información.

Según la distribución obtenida por el tipo de discapacidad con la que cuentan los menores podemos observar que el tipo o nivel de discapacidad con más relevancia dentro de la población objeto, es el de discapacidad intelectual moderada con un 50%, dentro de lo cual se encuentra una frecuencia de 39 menores promedio, seguido de la discapacidad intelectual leve con un porcentaje de 38,5%, considerándose como la gran mayoría de los menores identificados para el presente estudio (Tabla 2).

Frecuencia de patologías total y por género			Total y por sexo	
Enfermedad	Frec total	Porcentaje	Frec. Niños	Frec. Niñas
Cardiopatía	5	4,9	3	2
Diabetes	1	0,98	1	0
Hipoglicemia	1	0,98	1	0
Respiratoria	20	19,6	15	5
Digestiva	13	12,7	8	5
Psiquiátrica	12	11,8	9	3
Autoinmune	1	0,98	0	1
Alergia	26	25,5	20	6
Uso medicina	45	44,1	34	11

Distribución de la muestra por grado de discapacidad intelectual				
Escala de leve a profunda: 1 a 4 No especificado en 24 casos				
Discapacidad	Frecuencia	Porcentaje	Frec. Niños	Frec. Niñas
Leve	30	38,5	19	11
Moderada	39	50	27	12
Grave	4	5	4	0
Profunda	5	6,5	3	2
Total especificados.	78	100	53	25
No especificada	24		15	9

Tabla 2. Condiciones de salud de la población (Estudio, Bogotá 2015)

5.2.1 ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

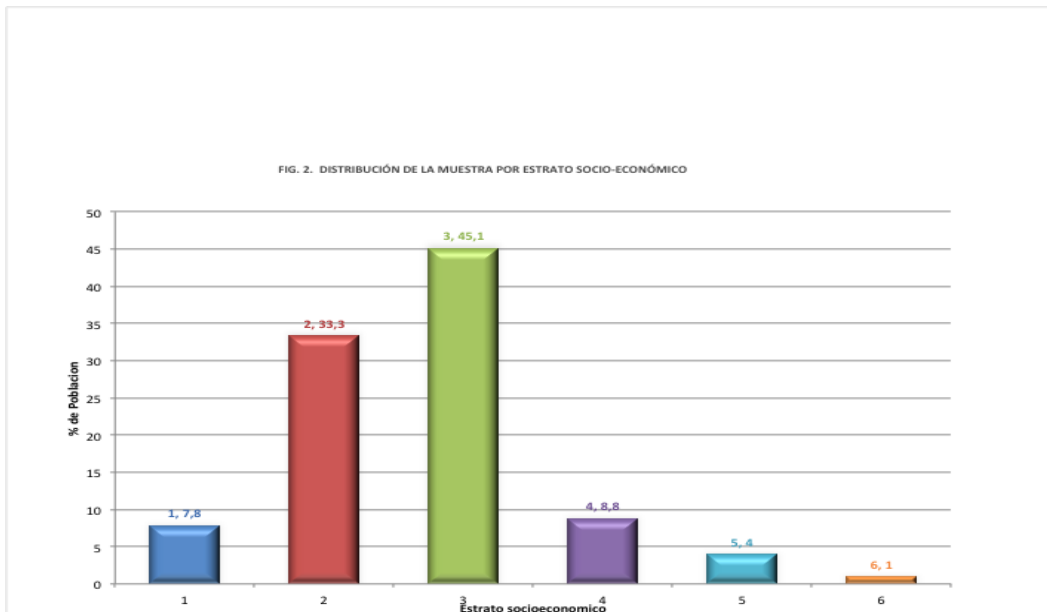


Figura 2. Distribución de la muestra por estrato socioeconómico (Estudio. Bogotá 2015)

Dentro de los aspectos socioeconómicos se puede observar, mediante la información obtenida, que el 45,1% de la población corresponde a un estrato económico nivel 3, seguido de un 33,3% pertenecientes a estrato 2, seguido de un 8,8% pertenecientes a estrato 4, seguido de un 7,8% pertenecientes a estrato 1%, seguido de un 4% pertenecientes a estrato 5% y seguido de un 2% pertenecientes a estrato 6%. Los padres cabeza de hogar responden que el 76,5% cuenta con trabajo formal, y se identificó que un 22,5% de estos afirman no contar con ningún tipo de trabajo. Dentro de las condiciones laborales referidas por los cuidadores se encuentra que el 40% de ellos son empleados, seguido con un 17% en condición de independientes, considerando éstos como los datos más relevantes dentro de la descripción socioeconómica.

5.2.2. ASPECTOS DE SALUD. SERVICIOS DE SALUD

Variables	Hombres		Mujeres		P-valor	Total	
	N	%	N	%		N	%
Estado de salud							
Muy malo	1	1,41	0	0,00	0,187	1	0,98
Malo	3	4,23	2	6,45		5	4,90
Regular	21	29,58	6	19,35		27	26,47
Bueno	43	60,56	17	54,84		60	58,82
Muy bueno	3	4,23	6	19,35		9	8,82
Afectación emocional por situación de salud							
No	12	16,90	8	25,81	0,681	20	19,61
Si	59	83,10	23	74,19		82	80,39
Satisfacción apariencia de los dientes							
Satisfecho	56	78,87	20	64,52	0,505	76	74,51
Insatisfecho	15	21,13	11	35,48		26	25,49
Percepción Estado de salud bucodental							
Bueno	30	42,25	14	45,16	0,284	44	43,14
Regular	30	42,25	15	48,39		45	44,12
Malo	11	15,49	2	6,45		13	12,75
Problemas dentales							
No	21	29,58	11	35,48	0,881	32	31,37
Si	50	70,42	20	64,52		70	68,63

Tabla 3. Percepción de salud bucal en escolares en condición de discapacidad intelectual (Bogotá, 2015)

*Nota: Agrupación de variables para análisis, Afectación emocional (No = 1; Si= 2,3,4,5), Satisfacción en apariencia (Satisfecho= 1,2; Insatisfecho= 3,4), Estado de salud bucodental (Bueno= 4,5;Malo=1,2);Prueba Chi cuadrado de diferencias en medidas ($p < 0,05$); Variable no significativa para análisis.

La percepción en salud bucal de los escolares objetos del estudio representan que pese a que sus cuidadores consideran que los menores tiene actualmente un buen estado de

salud 60,56 de población masculina y un 54,83% de la población femenina, no obstante también manifiestan la existencia de problemas dentales con un 70,42% en hombres y un 64,51% en mujeres, Sin embargo mediante la aplicación de métodos estadísticos no se presento diferencias significativas según p-valor obtenido.(Tabla 3)

En los últimos 12 meses, los padres consideran que el 40,2% de los hijos tiene buen estado de salud correspondiente a sus condiciones de higiene oral, y el 44,1% consideran que el estado de salud de sus hijos es regular, y el 12.7% consideran que sus hijos tienen mala condiciones de salud bucal, lo cual significa que más del 50% del estado de salud oral no es el adecuado por algún tipo de afectación o alteración de la higiene bucal de los menores. (Figura 3).

El impacto emocional que genera a su familia el estado de salud de los menores afecta la condición o el estado emocional de sus cuidadores, así como el de ellos mismos.

El porcentaje de los cuidadores que consideran un cambio en este se encuentra distribuido de la siguiente manera: un 34,3% de los padres o cuidadores reconoce que en los últimos doce meses ha tenido afectación emocional leve por situación de salud de sus hijos, seguido de un 33,3% de los padres o cuidadores reconoce que en los últimos doce meses ha tenido afectación emocional moderada por la situación de salud de sus hijos.

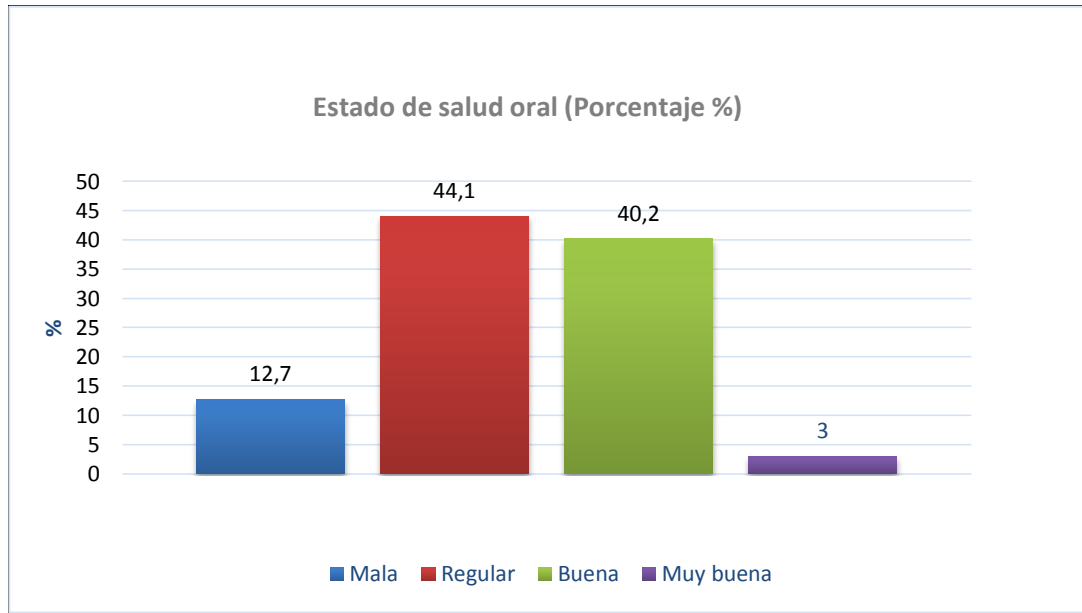


Figura 3. Distribución del estado de salud (Estudio, Bogotá 2015)³

Dentro del estudio se estimó medir el grado de satisfacción que perciben los padres o cuidadores de niños/niñas en situación o condición de discapacidad intelectual en cuanto a la apariencia de los dientes de los menores puede estar condicionada por otros aspectos físicos propios de la etiología de la discapacidad intelectual. Obteniendo como resultados relevantes que el 52% de los padres o cuidadores responden estar algo satisfechos con la apariencia de los dientes de sus hijos, seguido de un 24,5% que se considera insatisfecho con la apariencia de los dientes de los menores y tan solo un 22,5% se encuentra satisfecho con la apariencia de los dientes de los menores. (Tabla 4).

³ Total de muestra: Datos Válidos: 102 – Datos No válidos: 0. Se realiza análisis a datos relevantes para el estudio.

Satisfacción con la apariencia de los dientes		
Grado	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecho	23	22,5
Algo satisfecho	53	52
Insatisfecho	25	24,5
N.R.	1	1
TOTAL	102	100

Tabla 4 . Distribución de satisfacción sobre la apariencia de los dientes (Estudio, Bogotá 2015)

En concordancia con el resultado anterior, se refleja como característica principal del nivel de satisfacción el estado de los dientes de los menores, del cual se puede observar que un 44,1% responden poseer un regular estado de salud de los dientes y las encías de sus hijos, seguido de un 40,2% que consideran que es bueno el estado de salud de los dientes y encías de los menores objetos de la investigación. (Figura 4).

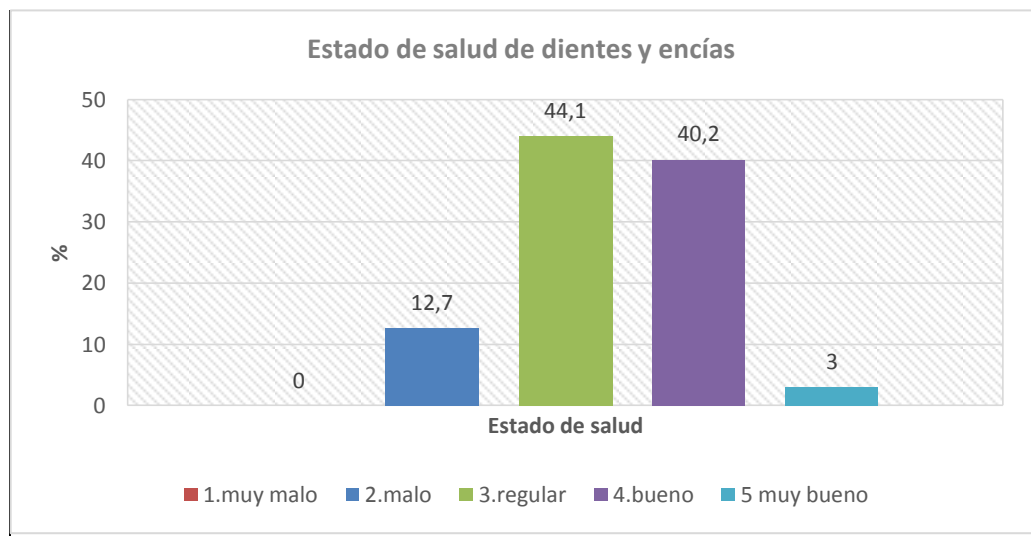


Figura 4. Estado de salud de dientes y encías de la población (Estudio, Bogotá 2015) ⁴

⁴ Total de muestra (Datos Validos 102 – Datos No validos 0), se realiza análisis a datos relevantes para el estudio.

Pese a las condiciones de accesibilidad reportadas por los cuidadores de los menores en condición de discapacidad, estos manifestaron que el 68,6% responden haber tenido problemas dentales por lo cual solicitaron la atención del servicio de odontología en el centro de salud en el cual se encuentran adscritos en los últimos doce meses, y el restante 30,4% consideró que las limitaciones o alteraciones presentadas no requerían de la atención inmediata.

5.2.3. PROBLEMAS DENTALES PERCIBIDOS

Los problemas dentales percibidos más prevalentes fueron la mala mordida o dientes mal ubicados con un 48%, seguido del dolor de muelas, dientes o encías, caries dental y sangrado de las encías con un 28,4%. Los problemas dentales auto percibidos se presentan de manera similar entre niños y niñas, por lo cual el género no establece diferencias significativas (Figura 5).

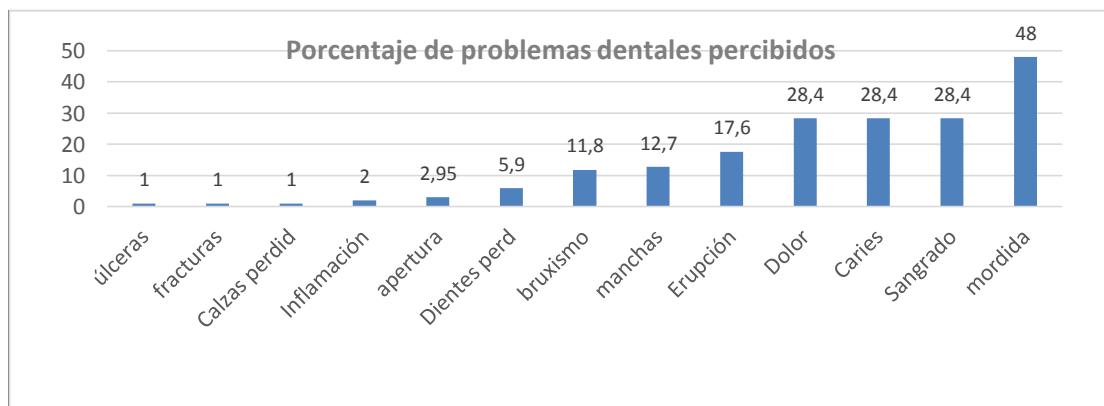


Figura 5. Distribución de problemas dentales percibidos los últimos 30 días (Estudio, Bogotá 2015)⁵

⁵ Total de muestra: Datos Válidos 102 – Datos No válidos: 0. Se realiza análisis a datos relevantes para el estudio.

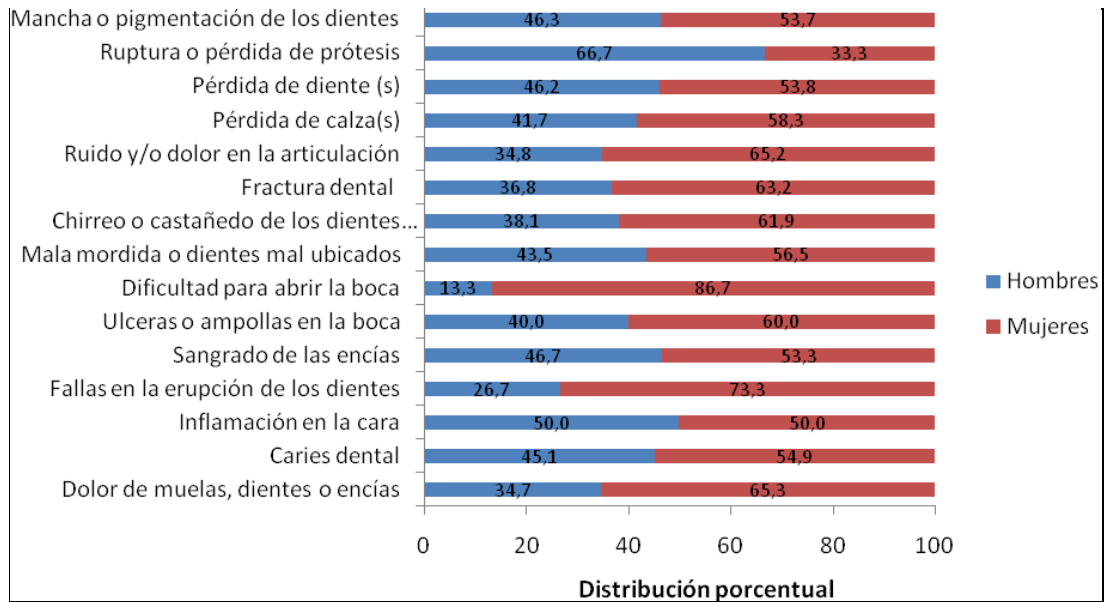


Figura 6. Distribución de problemas de salud por sexo (Estudio, Bogotá 2015)⁶

Según la distribución porcentual obtenida entre los niños y niñas objetos de estudio, se puede identificar que los niños tienen una mayor participación en los problemas de salud correspondientes a la pérdida o ruptura dental, en cuanto a las niñas se observa que la mayor dificultad la presentan al momento de abrir la boca con un 86,7% en cuanto al consumo de alimentos (Figura 6).

5.2.4 PERCEPCIÓN SOBRE LOS TRATAMIENTOS MÁS FRECUENTES

Como resultado de la investigación se puede observar que el personal más consultado en un 87,2% sigue siendo el personal de salud bucal, mientras que un 3,9% no tiene a ninguno de los profesionales de la salud como referencia de sus problemas dentales, por desconocimiento de los procesos que se deben llevar a cabo para el acceso a la

⁶ Total de muestra: Datos Válidos 102 – Datos No válidos: 0. Se realiza análisis a datos relevantes para el estudio.

atención. Una de las barreras de accesos presentadas por el servicio de atención con un 29,4% fue el exceso de trámite en EPS/ARS/IPS, siendo ésta la razón para no consultar ese problema dental.

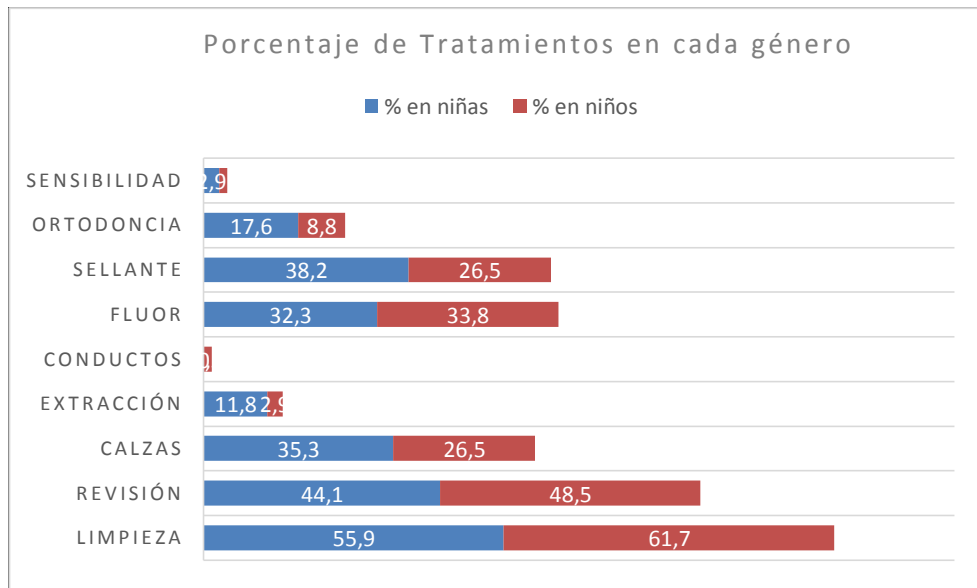


Figura 7. Distribución de tratamiento por cada género (Estudio, Bogotá 2015)⁷

Durante las últimas consultas a las cuales asistieron los niños y niñas en condición de discapacidad a los servicios de salud por problemas de dentales, se encuentra que los tratamientos realizados a los niños en su gran mayoría son la limpieza bucal con un 61.7%, seguido de 55.9% para las niñas; de igual manera el tratamiento de revisión representa un 48,5% de participación en niños y un 44,1 % para las niñas en el mismo ítem.

Durante el estudio se pudo identificar que la mayoría de la población participante cuenta una afiliación al régimen de seguridad social en salud; por tal razón las entidades a las que recurren con mayor frecuencia los menores en condición de

* Total de muestra: Datos Válidos 102 – Datos No válidos: 0. Se realiza análisis a datos relevantes para el estudio

discapacidad objetos del estudio, corresponden a las EPS/ARS a las que se encuentran vinculados, reportando un 78.4% de asistencia. Como resultado se observa que los gastos o costos generados por los tratamientos tanto odontológicos, como de salud en general, son cubiertos en gran parte por la entidad de afiliación con un 80,4%, seguido de las consultas a clínicas privadas o tipos de aseguramiento complementario con el cual cuentan los menores, teniendo en cuenta su condición de discapacidad, con un 12,7%, los cuales ocasionan unos costos adicionales a los padres o cuidadores correspondientes a un 8,8% y un 6,9% a organizaciones no gubernamentales enfocadas en la atención y protección de los niños en condición de discapacidad.

Una de las características principales al momento de realizar o solicitar la accesibilidad a los servicios de salud la constituyen las condiciones de atención ofrecidas por las instituciones prestadoras de los servicios de salud en la ciudad de Bogotá. Como resultado del estudio se pudo determinar que 89 de los 102 padres encuestados manifiestan, que se sintieron bien atendidos por el odontólogo que les realizó la última consulta dentro los últimos 12 meses, pero a su vez 57 de los 102 padres manifestaron haber tenido problemas con la accesibilidad al servicio; todo esto como resultado del desconocimiento por parte de los cuidadores sobre los derechos generales en salud, tanto de los mismos padres o cuidadores, como de los menores de edad con el adicional de complejidad de la situación o condición de discapacidad diagnosticada.

5.2.2. PERCEPCIÓN SOBRE PROBLEMAS EN ATENCIÓN ODONTOLÓGICA Y CONOCIMIENTOS SOBRE DERECHOS EN SALUD Y SALUD BUCAL

Cuando les han negado la atención odontológica por parte de la institución aseguradora o entidad responsable de la afiliación en el sistema general de salud, los padres o cuidadores de los menores en condición de discapacidad objetos de estudio, manifestaron que el 54% suele ir a otra institución prestadora de servicios de salud, sea ésta de carácter público o privado, seguida de otro en un 25,4 % que recurren a opciones alternativas de atención, llámese este particular o soluciones de carácter tradicional. Como consecuencia de los diferentes procesos, trámites engorrosos y negativa por parte de las instituciones pertenecientes al régimen de seguridad social en salud se encuentra el presentar una acción de tutela en un 15,7% por parte de los padres o cuidadores, con el fin de garantizar el acceso al servicio, seguida de acudir a organizaciones (ONG) en un 2,9% como una acción para resolver necesidades de atención (Ver Figura 8).

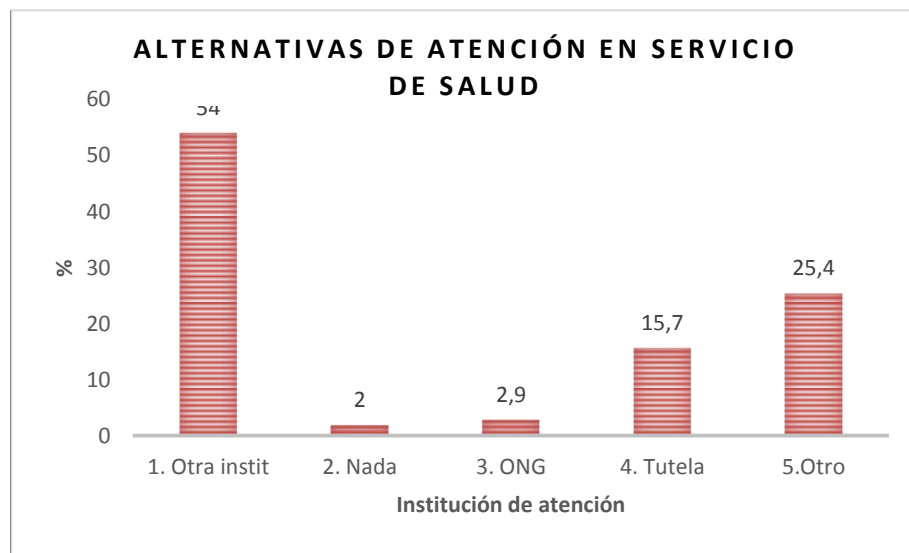


Figura N° 8 Alternativas de atención en servicios de salud. Estudio, Bogotá 2015

5.3. OBJETIVO TRES

Establecer los factores de necesidad asociados al acceso de los servicios de salud bucal desde la perspectiva de los prestadores de servicios

5.3.1 FACTORES DE SALUD BUCODENTAL QUE PROMUEVEN LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD POR AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA

La identificación de las condiciones de salud bucal de la población en condición de discapacidad se ve afectada con mucha frecuencia pese a los cuidados manifestados por los cuidadores de los menores objetos del presente estudio, según los resultados de identificación obtenidos durante el desarrollo de la investigación se muestra que el 61,97% masculino y un 70,97% femenino de los menores presentaron problemas en sus dientes, para la cual como resultado de la aplicación de prueba de Chi cuadrado se identifican variables a estimar de carácter significativo considerando su valor, Resultado de aplicación de prueba Chi cuadrado de diferencias en medidas ($p < 0,05$). (tabla4).

El principal determinante de la asistencia a los servicios de salud, especialmente a los servicios de odontología prestados por las diferentes instituciones del sistema general de salud en la ciudad de Bogotá, lo constituyen las condiciones de vida de la población.

Se encontró que 67,4% de los padres participantes, percibieron que sus hijos en condición de discapacidad intelectual han referido dolor en dientes o boca en el último año y el 64,70%, Ha tenido problemas para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes.

Pregunta	Masculino				Femenino				p-valor
	N	%	Media	Mediana	N	%	Media	Mediana	
Limitación Funcional									
a. Usted como responsable observo en los últimos 6 meses que la persona con discapacidad ¿Ha tenido problemas para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes?	44	61,97	1,38	1	22	70,97	0,94	0	0,022
b. ¿La persona con discapacidad ha manifestado cambios en el sabor o el gusto de las comidas debido a problemas en dientes o boca?	41	57,75	1,06	1	16	51,61	0,55	0	0,019
Dolor Físico									
c. ¿La persona con discapacidad ha referido dolor en dientes o boca en el último año?	49	69,01	1,34	1	20	64,52	0,74	1	0,006
d. ¿Has notado en la persona con discapacidad molestias para comer alguna comida por problemas en sus dientes o boca?	49	69,01	1,28	1	20	64,52	0,84	1	0,024
Malestar psicológico									
e. ¿Has observado preocupación en la persona con discapacidad debido a problemas con sus dientes o boca?	30	42,25	1,1	0	21	67,74	1,06	1	0,841
f. ¿Has sentido a la persona con discapacidad nerviosa(o) debido a problemas con sus dientes o boca?	29	40,85	0,75	0	16	51,61	0,74	0	0,689
Incapacidad física									
g. ¿La persona con discapacidad ha tenido problemas para comer bien debido a problemas con sus dientes o boca?	40	56,34	1	1	13	41,94	0,58	0	0,073
h. ¿La persona con discapacidad ha tenido que parar de comer alguna vez por problemas con sus dientes o boca?	34	47,89	0,92	1	16	51,61	0,61	0	0,245
Incapacidad psicológica									
i. ¿La persona con discapacidad ha tenido algún problema para descansar o dormir bien debido a problemas con sus dientes o boca?	19	26,76	0,58	0	10	32,26	0,16	0	0,016

Tabla 5. Frecuencias de las preguntas del OHIP-14 según impacto sobre la calidad de Vida en salud bucal en la población de estudio (Bogotá, 2015) Nota: Los valores de respuesta (Nunca) no se tienen en cuenta para el análisis de las frecuencia por ser resultados negativos, Total de la muestra 102 (Masculinos 71 - Femeninos 31).

Con respecto a los factores de necesidad asociados al acceso de los servicios de salud y la percepción de los padres según el impacto sobre la calidad de vida de la salud bucal de sus hijos se evidenció (diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$) con los problemas para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes. Además, percibieron cambios en el sabor o el gusto de las comidas debido a problemas en dientes o boca ($p < 0,05$). Al evaluar el dolor físico y la percepción de los padres según el impacto sobre la calidad de vida de la salud bucal de sus hijos (diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$) persona con discapacidad ha referido dolor en dientes o boca en el último año, molestias para comer alguna comida por problemas en sus dientes o boca.

Por último, la percepción de los padres según el impacto sobre la calidad de vida de la salud bucal de sus hijos (diferencias estadísticamente significativas $p < 0,05$) con la incapacidad psicológica por presentar problemas para descansar o dormir bien debido a problemas con sus dientes o boca

5.3.2 FACTORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN RECIBIDA

Durante la aplicación del instrumento de recolección de la información y como parte de la estructura del mismo, se propuso como objetivo identificar la percepción en cuanto las condiciones y la calidad de los servicios prestados por las instituciones pertenecientes al régimen de seguridad social en salud, responsables de la afiliación de la población objeto de estudio y por motivos de necesidad en cuanto a las alteraciones del funcionamiento normal de su boca o por realización de consultas de carácter preventivo, asistieron al servicio de odontología durante los últimos doce meses. Se asignaron las siguientes calificaciones a los diferentes criterios presentados durante el desarrollo de la accesibilidad al servicio: 1) El trato del personal obtuvo una calificación de 7,25 2) Eficacia de la atención obtuvo una calificación 6,88 3) La información recibida obtuvo una calificación 4,23 4) Accesibilidad, obtuvo una calificación de 7,36 5) Oportunidad, obtuvo

una calificación 6,57 6)Seguridad, obtuvo una calificación 7,49 7) Planta física – recursos, obtuvo una calificación 7,86 8)Atención general, obtuvo una calificación 7,47. Como resultado de la evaluación total del conjunto de criterios evaluados durante la prestación del servicio y sometido al sistema de medición de la escala de Likert, da como resultado final un calificativo aceptable a la prestación del servicio de salud bucal en su conjunto.

Evaluación de la calidad de la atención recibida en salud bucal en la población (Bogotá, 2015) de estudio											
Pregunta		Masculino			Femenino			p-valor	Total Prom	Med	±DS
		Prom	Med	±DS	Prom	Med	±DS				
1. Trato del personal involucrado en la atención odontológica	Odontologo	6,77	6,77	2,4	7,45	8	2,72	0,078	7,11	8	2,509
	Auxiliar	6,99	6,99	2,03	8,13	8	2	0,002	7,56	8	2,079
	Recepcionista	7,07	7,07	2,17	7,68	8	2,23	0,061	7,37	8	2,197
	Otro personal	6,86	6,86	2,15	7,13	8	2,33	0,363	6,99	7,5	2,197
2. Eficacia en la atención recibida	Tiempo duración consulta	5,96	6	2,33	7,19	8	2,56	0,009	6,58	7	2,455
	Examen/ tratamiento realizado	6,58	7	2,3	7,77	8	2,03	0,009	7,18	7	2,277
3. Información recibida	Explicación diagnóstico y/o tratamiento realizado	6,85	7	2,09	7,55	8	2,39	0,034	7,2	8	2,197
	Instrucciones posteriores	1,27	1	0,45	1,26	1	0,44	0,92	1,26	1	0,443
4. Accesibilidad	Horario atención	6,76	7	1,86	7,97	8	2,09	0,001	7,36	8	2,003
5. Oportunidad	Tiempo espera primera cita	5,27	5	2,54	6,87	8	2,72	0,004	6,07	6	2,683
	Tiempo espera atención	6,2	7	2,53	7,94	8	1,98	0,001	7,07	8	2,498
6. Seguridad	Confianza brindada	6,89	7	2,41	7,81	8	2,57	0,015	7,35	8	2,482
	Privacidad atención	7,01	7	2,13	8,26	8	1,71	0,004	7,64	8	2,083
7. Planta física y recursos	Instalaciones	7,14	8	1,99	8,61	9	1,15	0	7,88	8	1,895
	Equipos y materiales	7,11	8	1,79	8,58	8	1,15	0	7,85	8	1,755
8. Atención general	Nivel general	6,75	7	2,22	8,19	8	2,1	0	7,47	8	2,272

Como resultado del proceso de evaluación de la percepción tenida por parte de los cuidadores de los menores objetos del estudio, se representa mas del 75% de las variables y situaciones dispuestas para efectos del analisis que existe un promedio de calificación de la atención en los servicios del 6.87% generando un nivel de percepción favorable para la accesibilidad al sistema de salud en la ciudad de Bogota, mediante la priorizacion de los pacientes en condicion de discapaciad.

Nota: Total poblacion 102; Criterios de calificación (0≥ y ≤ 5 como Mal servicio) y (6≥ y ≤ 10 como Buen servicio);Promedio de calificación Total 6.87%;Resultado de aplicación de prueba Chi cuadrado de diferencias en medidas (p<0,05)

Tabla 6. Evaluación de los criterios de atención durante la consulta (Estudio, Bogotá 2015)*Nota: Total población 102; Criterios de calificación (0≥ y ≤ 5 como Mal servicio) y (6≥ y ≤ 10 como Buen servicio); Promedio de calificación Total 6.87%; Resultado de aplicación de prueba Chi cuadrado de diferencias en medidas (p<0,05)

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN

6.1. PRINCIPALES HALLAZGOS

De los factores de predisposición se resaltan los siguientes datos, arrojados por el análisis descriptivo. El promedio \pm s- $10,7 \pm 5$, de los niños, está en un rango de edad de 4 a 18 años; el $10,6 \pm 4,1$ de las niñas está en un rango de edad de 3 a 18 años. Más de la mitad de los niños, niñas y jóvenes escolares que participaron en el estudio de acceso a los servicios de salud bucal, pertenecían al régimen contributivo y a un estrato tres, medio bajo socioeconómico.

En cuanto a factores de capacidad relacionados con la situación de salud general, una cuarta parte de la población sufre de alergias y menos de la mitad consumen algún medicamento; más de la mitad de los padres respondieron que sus hijos tienen un buen estado de salud bucal, utilizan los servicios de salud y están algo satisfechos con la apariencia de los dientes de sus hijos. Los padres percibieron que el estado de salud de dientes y encías de sus hijos es bueno y más de la mitad de los niños, niñas y jóvenes presentaron problemas dentales en los últimos doce meses.

Respecto a los factores de necesidad cuando los niños, niñas y jóvenes presentaron problemas a nivel de cavidad bucal, más de la mitad de los padres consultaron al odontólogo en el último año, dando como resultado de la evaluación total del conjunto de criterios evaluados durante la prestación del servicio y sometido al sistema de medición

de la escala de Likert, da como resultado final un calificativo aceptable a la prestación del servicio de salud bucal en su conjunto.

6.2. POSIBLES EXPLICACIONES DE LOS HALLAZGOS

Los factores de capacidad, como los problemas percibidos, son similares a los reportados por la Asociación Internacional para el estudio científico de la Discapacidad Intelectual tales como: mala oclusión, enfermedad gingival, periodontal y diversas patologías de la mucosa oral. De igual manera, el estudio reveló que las personas con discapacidad intelectual presentan dificultades para realizar la higiene bucal y que el 40% de los procedimientos bucales se realizaron bajo anestesia general, ocasionando mayor gasto al sistema de salud (Ouellette et al., 2005). Estos hallazgos coinciden con los arrojados en este estudio donde los problemas percibidos por los padres en los escolares fueron: mala mordida o dientes mal ubicados con un 48%, con un mayor porcentaje en niñas, seguido de patologías como sangrado de las encías, caries dental, y dolor de muelas.

Además hay coherencia entre los problemas percibidos con los servicios de mayor consulta: por un lado los preventivos como limpieza, y por otro lado los servicios curativos como operatoria dental los cuales se realizan como tratamiento para la caries dental y periodontopatías. La percepción de la caries dental por parte de los padres coincide con los resultados del estudio realizado en Australia por Lennox, en personas en condición de discapacidad. (Lennox et al., 2012).

Sobre la percepción de la atención odontológica, los padres realizaron el tratamiento odontológico de sus hijos, en las empresas promotoras de salud (EPS), seguido

de las clínicas privadas. No obstante, más de la mitad de los padres perciben diversos problemas en la atención odontológica en cuanto a la demora en la asignación de citas con el especialista y una inadecuada prestación del servicio. Main, Leake & Burman (2006), Luzzi & Spencer (2008) y Lennox et al., (2012) mostraron en sus estudios resultados similares en el acceso a los servicios de salud bucal en escolares como: las personas con especial necesidad son las de mayor problema para acceder a los servicios de salud bucal, demora de las citas con el especialista, problemas de comunicación en la consulta odontológica.

A esto se suman problemas de accesibilidad a los servicios, los cuales están relacionados con dificultades para desplazarse por escasez económica en más de la mitad de los encuestados.

Los padres consideran que la prestación de los servicios de salud por parte del profesional y otros funcionarios es aceptable. Más de la mitad de los padres desconocen sus derechos en atención en salud general y en salud bucal.

En el estudio realizado por Main, Leake & Burman (2006), el 81% de los participantes respondieron que los odontólogos brindan una buena atención de la salud bucal, resultados similares a los arrojados por este estudio.

Respecto a los factores de necesidad, se puede determinar que mediante la distribución de la sintomatología presentada por los menores durante el último año, la mayoría de los menores nunca presentaron los síntomas relacionados con la alteración de las condiciones higiénica o de salud oral, por lo cual el pico más alto en este criterio de observación se encontró en que 73 de los 102 menores participantes nunca presentó

problemas al dormir por molestias en la boca, seguido de cantidades inferiores de frecuencia por determinantes de acceso, seguido de 57 de 102 menores objetos de estudio que manifestaron nunca haber presentado nerviosismo a causa de problemas dentales, razón por la cual los padres de los escolares no ven afectada la calidad de vida de sus hijos.

La percepción en cuanto las condiciones y la calidad de los servicios prestados por las instituciones de salud influyen la satisfacción de los pacientes, especialmente aquellos de mayor accesibilidad tales como: los costos, la actitud del personal, el tiempo de espera, el área de espera y las instalaciones físicas (Chu, Yeung, & Lo, 2001); lo cual posiblemente explique la razón por la que en este estudio más de la mitad de los padres asisten a otras instituciones cuando les han negado el servicio y no ejercen sus derechos para resolver las necesidades de atención odontológica.

CONCLUSIONES

Este estudio identificó que los factores de capacidad y de necesidad fueron integrados en el uso de los servicios de salud bucal por medio de la consulta odontológica reciente en los niño/as y adolescentes en condición de discapacidad intelectual.

De igual manera, plantea la necesidad de favorecer el conocimiento sobre los derechos en salud bucal que deben tener los padres o cuidadores de las personas en condición de discapacidad intelectual, y sirve como insumo empírico para plantear el mejoramiento de la satisfacción de los servicios de salud bucal, así como nuevas alternativas de investigación, como por ejemplo el estudio de otros contextos sociales en esta misma población pero con mayor vulnerabilidad social, con una aproximación desde los determinantes sociales de salud bucal.

Se puede concluir que la utilización de los servicios de salud bucal, por parte de padres de los niños/as y adolescentes en condición de discapacidad intelectual, si bien es frecuente, los padres perciben un regular estado de salud bucal en los dientes y las encías de sus hijos. Lo anterior, si se tiene en cuenta que los padres perciben en sus hijos problemas dentales como: mala mordida, dientes mal ubicados, caries y sangrado de las encías.

Cabe anotar que cumplir con el criterio de equidad en salud bucal, requiere que se anulen razones potenciales como el desconocimiento de los procesos que deben llevarse a cabo para el acceso a la atención con el especialista en salud oral (odontopediatra). Una de las barreras para dicho acceso, presentadas por el servicio de atención, fue el exceso de trámite en EPS/ARS/IPS, siendo ésta la razón para que no consultar ese problema dental de

los niños/as y adolescentes en condición de discapacidad intelectual. Los padres manifestaron, además, haber tenido problemas con la accesibilidad al servicio; todo esto como resultado del desconocimiento por parte de los padres sobre los derechos generales en salud, con el adicional de complejidad, de la condición de discapacidad diagnosticada.

Por todo lo anteriormente mencionado, es importante implementar medidas y políticas en contra del exceso de trámite para la atención con el especialista, en contra de los efectos de las desigualdades sociales en la salud bucal y, de manera especial, en la población en condición de discapacidad intelectual, desde el enfoque de determinantes sociales de salud.

Igualmente el acceso a los bienes y servicios en salud es uno de los tres ámbitos para medir las inequidades en salud y es éste un criterio de las metas de salud para todos, de la OMS/OPS en el año 2000. Por esta razón, el acceso equitativo a la salud bucal debe ser una política de los gobiernos para reducir o eliminar las barreras en el acceso a dicha atención, lo que permitiría mejorar los resultados de salud bucal de las personas con discapacidad intelectual y brindar servicios de buena calidad, que utilicen de la mejor manera posible los recursos disponibles.

Por último, es importante mencionar que, mediante el modelo teórico de Andersen, se puede entender la relación entre los niños/as y adolescentes en condición de discapacidad intelectual como usuarios de los servicios y el sistema de salud, mediante el análisis de la dimensión política, el acceso potencial y el acceso real, de lo cual se puede concluir que, si bien los niños/as y adolescentes en condición de discapacidad intelectual cuentan con un acceso potencial a los servicios de salud bucal, aquel es aún insuficiente, como una dimensión de la inequidad en el acceso a la salud (aspectos externos ajenos al

sistema de salud). Puede pensarse que existen barreras económicas que tienen que ver con el gasto cotidiano por parte de los padres, usuarios del sistema general de seguridad social en salud.

RECOMENDACIONES

Para el próximo Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB), a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, se recomienda tener en cuenta la población con discapacidad, en especial las personas en condición de discapacidad intelectual.

Hay que fortalecer política pública nacional de discapacidad con enfoque diferencial para reducir o eliminar las barreras en el acceso a la atención sanitaria.

En cuanto a la atención de salud bucal es necesario formar desde la academia a los estudiantes de Odontología, en Ciencias Básicas y Clínica y, de igual manera, a los especialistas (Odontopediatras) para que manejen de manera adecuada, a los niños/niñas y adolescentes en condición de discapacidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abberley, P. (1987). The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability. *Disability*, 1, 5-19.
- ACNUR. (1948, Diciembre). La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Retrieved from
- ACNUR. (Diciembre de 1948). La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. From www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0013
- Afia, A., Scior, K., Ratti, V., Strydom, A., King, M., & Hassiotis, A. (2013). Discrimination and Other Barriers to Accessing Health Care: Perspectives of Patients with Mild and Moderate Intellectual Disability and Their Carers . *PLoS ONE*, 1- 13.
- Afia, A.; Scior, K.; Ratti, V.; Strydom, A.; King, M. & Hassiotis, A. (2013). Discrimination and Other Barriers to Accessing Health Care: Perspectives of Patients with Mild and Moderate Intellectual Disability and Their Carers . *PLoS ONE*, 1- 13.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior* , 36 (1), 1-10.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (1 de 01 de 2010). www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38767. From [alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38767](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38767): <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38767>
- Alcaldía mayor de Bogotá D.C. (31 de 07 de 2009). www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37150. From [alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37150](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37150): <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37150>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (12 de Octubre de 2007). Decreto 470. 1-33.

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2007, Octubre 12). Decreto 470. 1-33.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (12 de Octubre de 2007). Decreto 470. 1-33.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter. *Journal of health and social behavior* , 36 (1).
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior* , 36 (1), 1-10.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter. *Journal of health and social behavior* , 36 (1).
- Angarita, M. M. (2010). Infancia, Políticas y Discapacidad. In M. M. Angarita, & M. O. F. (Ed.), *Infancia, políticas y discapacidad* (p. 234). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Antioquia, U. d. (2001). Condiciones de acceso a los servicios de salud. In G. d. GES, *Observatorio de la seguridad social* (pp. 1657 - 5415). Medellín.
- Aragón Méndez, M. d. (2004). La ciencia de lo cotidiano. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 1 (2), 109 -121.
- Ariza, A. A., Carrillo, M. A., García, A. R., González, M. B., Henao, H. A., & Santacruz, M. G. (2011). Estrategia para la inclusión de las personas con discapacidad lineamientos 20011. Secretaría Distrital de salud, Bogotá, D.C. Bogotá: Gobierno de la ciudad.
- Arredondo, A., & Meléndez, V. (1992). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 34 (1), 36 - 49.
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo. (2011). *Discapacidad Intelectual* (Undécima edición ed.). (M. A. Verdugo, Trans.) Madrid, España: Alianza.

- Ausubel, D. (1991). Significado y Aprendizaje significativo. In J. Novak, D. Ausubel, & H. Hanesian, *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo* (p. 623). México: Trillas.
- Bossio, J., Arias, S., & Dezar, G. (2011). Observatorio de la Mortalidad Infantil en Argentina: iniciativa de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina. *Boletín. Organización Panamericana de la salud.* (20)
- Bossio, J., Arias, S., & Dezar, G. (2011). Observatorio de la Mortalidad Infantil en Argentina: iniciativa de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina. *Boletín. Organización Panamericana de la salud.* (20)
http://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=994%3Aarta-culo-1-numero-20-diciembre-2011&catid=850%3Anumero-20-diciembre-2011&lang=es, 1.
- Braveman , P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts. *Annual Review of Public Health* , 167-194.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: Its time to consider. *The causes of the causes. Public health Rep*, 19-31.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Facultad Nacional de Salud Pública* , 31(supl 1), 13-27.
- Brown, T. L., LeMay Jr., H. E., & Bursten, B. E. (1991). *Química: La ciencia central.* México, D. F.: Prentice - Hall Hispanoamericana S. A.
- Burton, h., & Walters, L. (2013). Access to Medicare-funded annual comprehensive health assessments for rural people with intellectual disability. *Rural and Remote Health* , 1-5.

- Burton, h., & Walters, L. (2013). Access to Medicare-funded annual comprehensive health assessments for rural people with intellectual disability. *Rural and Remote Health*, 1-5.
- Caamaño, A. (03 de 2006). Trabajos prácticos investigativos en química en relación con el modelo atómico - molecular de la materia, planificados mediante un diálogo estructurado entre profesor y estudiantes. *Educación Química*, 10 - 20.
- Cárdenas, P. d. (2006). *Química 1*. México: Umbral Editorial, S. A. de C. V.
- Chamizo, J. A. (2009). Historia experimental de la Química. *Tecné, Episteme y Didaxis: TED No. Extraordinario 2009*. 4 Congreso Internacional sobre Formación de Profesores de Ciencias, 7 - 16.
- Chu, C.; Yeung, C. & Lo, E. (2001). Monitoring patient satisfaction with university dental services under two fee- paying systems. *Community dent oral epidemiol*, 29 (390), 1-14.
- Confederación Española de Organizaciones en favor de las personas con Discapacidad Intelectual- FEASP. (1996). *Discapacidad Intelectual- Feaps*. Disponible en:http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/di_di.pdf (fecha de acceso 22- 05- 20014), Organización en favor de las personas con Discapacidad Intelectual. FEASP, Toledo- España.
- Congreso de la República de Colombia - Programa de fortalecimiento legislativo. (2004). *Discapacidad Cognitiva*. Bogotá.
- Congreso de la república de Colombia. (2004). *Discapacidad Cognitiva*. Bogotá.
- Conpes Social 166. (20013). *Política pública nacional de discapacidad e inclusión social*. Bogotá.
- Corporación síndrome de down. (4 de 12 de 2015). corporacionsindromededown.org/.
From www.corporacionsindromededown.org/:
<https://www.google.es/#q=corporacion+sindrome+de+down>
- Corte Constitucional. (2014). Sentencia T 381/14. Bogotá, Colombia.

- Cowling, K., Dandona, R., & Dandona, L. (2014). Social determinants of health in India: progress and inequities across states. *International journal for equity in health* , 1-34.
- DANE, D. A. (2005). Boletín sobre discapacidad (Censo General). Disponible en: <http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf> (fechas de acceso 21-05-2014), DANE, Bogotá.
- DANE, D. A. (2005). Boletín. Censo General 2005 Discapacidad personas con limitaciones permanentes. Disponible en :<http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf>, DANE, Administrativo Nacional de Estadística , Bogotá .
- DANE, D. A. (2005). Boletín sobre discapacidad (Censo General). Disponible en: <http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf> Recuperado el: 21-05-2014), DANE, Bogotá.
- Delgado Castillo, R. (2008). Las Ciencias y la Revolución de la Química en el siglo XVIII. Retrieved 09 de 2010 from Los métodos cuantitativos y la intervención de Lavoisier: <http://www.galeon.com/histoquim/08HQSXVIII.htm#lavoisier>
- Departamento Nacional de Planeación. Conpes social 166. (2013). Conpes social 166. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social. Bogotá.
- Echavarría, N. A. (2011). Acceso a los servicios curativos de salud oral en escolares de la localidad de Fontibón de Bogotá D.C., 2009. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Felipe, A. E., Gallarreta, S. C., & Merino, G. (2006). Aportes para la utilización en la enseñanza de las ciencias. Ejemplos en biología del desarrollo. *Revista Iberoamericana de Educación*, 6 (37), 1-9.
- Fielder, H. (1981). A review of the Literature on access and utilization of medical care. *Social Scientific Med*, 21 (15), 129-142.

- Frenk, J. (1992). El concepto y la medición de accesibilidad. In K. L. White, Investigaciones sobre servicios de salud: una antología (pp. 929-943). Washington, D.C: OPS.
- Fundación CEPYTIN. (14 de 01 de 2001). <http://www.fundacioncepytin.org/?q=nosotros>.
From [fundacioncepytin.org/?q=nosotros](http://www.fundacioncepytin.org/?q=nosotros):
<http://www.fundacioncepytin.org/?q=nosotros>
- Fundación Ludus. (14 de 08 de 2001). <https://ayuda.uniandes.edu.co/index.php/ct-menu...9/ct-menu-item-45>. From ayuda.uniandes.edu.co/index.php/ct-menu-item-9/ct-menu-item-45: <https://www.ayuda.uniandes.edu.co/index.php/ct-menu...9/ct-menu-item-45>
- Gaio, C. D., Moysés, J. S., Bisenelli, C. J., França, S. B., & Moysés, T. S. (2010). Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. *Health Promot Int*, 25 (4), 425 - 434.
- Gaio, C., Moysés, J., Bisenelli, C., França, S., & Moysés, T. (2010). Health promoting schools and their impact on the oral health of mentally disabled people in Brazil. *Health Promot Int*, 25 (4), 425 - 434.
- García García, J. J. (2003). *Didáctica de las Ciencias: resolución de problemas y desarrollo de la creatividad*. Bogotá D. C.: Cooperativa Editorial Magisterio.
- García Martínez, Á., Devia Arbeláez, R., & Díaz-granados Cifuentes, S. (2002). Los trabajos prácticos en la enseñanza de las Ciencias Naturales. In A. Aduriz- Bravo, G. Perafan, & E. Badillo, *Actualizaciones en didáctica de las Ciencias Naturales y las Matemáticas* (pp. 91 -114). Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Garriz, A. (2006). Estequiometría. Retrieved 02 de Noviembre de 2010 from http://garriz.com/andoni_garriz_ruiz/documentos/Mi%20curriculum/06-Garriz.pdf
- Gómez, J. B. (2010). Discapacidad en Colombia: Reto para la inclusión en Capital Humano. (F. S. Concha, Ed.) *Colombia líder*, 1 - 373.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la Investigación. México, D. F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S. A.

http://cursospaises.campusvirtualsp.org/file.php/82/Modulo_3_Desempeno/Material_principal/equidad_y_acceso_a_la_salud.pdf

http://cursospaises.campusvirtualsp.org/file.php/82/Modulo_3_Desempeno/Material_principal/equidad_y_acceso_a_la_salud.pdf Retrieved 04 3, 2014, from cursospaises.campusvirtualsp.org/.../equidad_y_acceso_a_la_salud.pdf:

<http://www.dane.gov.co/censo/files/boletines/discapacidad.pdf> DANE, Administrativo Nacional de Estadística, Bogotá.

http://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=994%3Aarta-culo-1-numero-20-diciembre-2011&catid=850%3Anumero-20-diciembre-2011&lang=es

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

International Union of Pure and Applied Chemistry. (18 de mayo de 2007). IUPAC Compendium of Chemical Terminology. Retrieved 25 de 08 de 2010 from <http://old.iupac.org/publications/compendium/index.html>

JL. Vázquez-Barquero, S. H.-V. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura. *Papeles Médicos*, 10 (4).

Jongh, d. A., Houtem, V. C., Schoof, v. M., Resida, G., & Broers, D. (2008). Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Spec Care Dentist.*, 28 (3), 111-115.

Jongh, A., Houtem, C., Schoof, M., Resida, G., & Broers, D. (2008). Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Spec Care Dentist.*, 28 (3), 111-115.

- Jongh, d. A.; Houtem, V. C.; Schoof, v. M. Resida, G., & Broers, D. (2008). Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Spec Care Dentist*. 28 (3), 111-115.
- Juan Carlos Bossio, S. J. (diciembre de 2011). Observatorio de la Mortalidad Infantil en Argentina: iniciativa de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina. *Boletín Organización Panamericana de la Salud*.
- Kiyak, H. (1987). An explanatory model of older persons use of dental services: implications for health policy . *Med care* , 25 (1), 1-6.
- Lacolla, L. (2005). Reflexiones acerca del trabajo práctico en la enseñanza de la química. IV Encuentro Iberoamericano de colectivos Escolares y redes de profesores que hacen investigación en la Escuela, (pp. 1 -7). Lejeado, Brasil.
- Landes, D., & Holmes, R. (2012, Febrero). Dental practice populations: the effect of distance on the most socially deprived communities accessing dental care in the North East of England. *Public Health*. 424 - 426.
- Lennox, N., Ware , R., Carrington , S., Callaghan , M., & et al. (2012). Ask: a health advocacy program for adolescents with an intellectual disability: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* , 1- 13.
- López, J. A., & Vieda , J. Q. (2001). Apuntes para la formulación de indicadores de calidad en salud. *Hospitalaria*, 13 (82), 4 -18.
- López, R., & Baelum, V. (2006). Of the oral health impact profile (OHIP- SP) V. Spanish. *BMC oral health* , 6 (2), 1-8.
- Luckasson, R., Coulte, D., Polloway, E., Reiss, S., Schalock, R., & Snell, M. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification and systems of supports*. Washington D.C: AAMR.

- Luzzi, L., & Spencer, A. (2008). Factors influencing the use of public dental services: An application of the Theory of Planned Behaviour. *BMC Health Services Research* , 8, 1-14.
- Luzzi, L., & Spencer, A. (2008). Factors influencing the use of public dental services: An application of the Theory of Planned Behaviour. *BMC Health Services Research*, 8, 1-14.
- Main, P. L. (2006). Oral Health Care in Canada A View from the Trenches. *JCDA*, 72 (4), 319- 319.
- Main, P., Leake, J., & Burman, D. (2006). Oral Health Care in Canada A View from the Trenches. *JCDA*, 72 (4), 319- 319.
- Márquez, M., M., Z., Pérez, V., Aguirre, E., Arciniega, L., & Galván, C. (2014). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*. Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500008&lng=es. , 34 (5).
- Mathur, M., Tsakos , G., Millett , C., Arora , M., & Watt , R. (2014). Socioeconomic inequalities in dental caries and their determinants in adolescents in New Delhi, India. *BMJ Open*, 1 - 23.
- Mehta, V., Rajesh, G., Roa, A., Shenoy, R., & Pai, M. (2015). Social determinants of health and oral health: An indian perspective. *Indian J occup environ med*, 9 (2), 7-15.
- Mejía, A. M., Sanchez , A., & Tamayo , J. R. (2007). Equidad acceso servicios de salud en Antioquia. *Revista de salud pública*, 26- 38.
- Mejía, A. M., Sanchez , A., & Tamayo , J. R. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9 (1), 26- 38.
- Merino, J. M., & Herrero, F. (2007). Resolución de problemas experimentales de Química: una alternativa para las prácticas tradicionales. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 6 (3), 630 - 648.

- Millman, M. (1993). Access to Health Care in America. In M. Millman, Access to Health Care in America. Washington (DC): Institute of medicine (US).
- Ministerio de salud y de la protección. (2015). Ley Estatutaria 1751. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2014). IV Estudio Nacional de Salud Bucal. Bogotá: Diseñum Tremens.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2015). Ley Estatutaria 1751. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de Marzo de 2013). minsalud.gov.co. From <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013, Marzo 15). minsalud.gov.co. Retrieved from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). IV Estudio Nacional de Salud Bucal. Bogotá: Diseñum Tremens.
- Mora Penagos, W. M. (1999). Modelos de Enseñanza - Aprendizaje y Desarrollo profesional: Elementos para la Cualificación Docente. Revista Educativa Voluntad (3), 4 -16.
- Mundial, O. M. (2011). Informe Mundial sobre la discapacidad Ginebra. Organización Mundial de la Salud, Ginebra - Suiza.
- Muntaner, J. (2013). Calidad de Vida en la Escuela Inclusiva. Revista Iberoamericana de Educación (63), 35-49.
- Muñoz, F. L., Acuña, D. H., Guerra de Macedo, C., Wade , H., Larrieu, M., Ubilla , S., et al. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. . Revista Panamericana de Salud Pública, 126 - 143.

- Oliva, J. M. (2003). Rutinas y guines del profesorado de ciencias ante el uso de analogías como recurso de aula. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 2 (1), 31 - 44.
- Oliva, J. M. (2006). Actividades para la enseñanza/aprendizaje de la Química a través de las analogías. *Revista Eureka sobre enseñanza y divulgación de las ciencias*, 3 (1), 104 -114.
- Oliveira, A. P. (2010). Mothers' perceptions concerning oral health of children and adolescents with Down syndrome: a qualitative approach. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 11 (1), 27-30.
- Oliveira, A., Pordeus, I., Luz, C., & Paiva, S. (2010). Mothers' perceptions concerning oral health of children and adolescents with Down syndrome: a qualitative approach. *European Journal of Paediatric Dentistry* , 11 (1), 27-30.
- OMS. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación. Informe Final Comisión sobre determinantes sociales en Salud. Buenos Aires: Journal SA.
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2015). Discapacidad y salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- OMS. Organización Mundial de la salud. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación. Informe Final Comisión sobre determinantes sociales en Salud. Buenos Aires: Journal SA.
- OMS. Organización Mundial de la salud. (2012, Abril). Centro de Prensa. OMS. Nota Informativa 318. Retrieved Noviembre 15, 2015, from:
- ONU. (1982). Asamblea Nacional de Naciones Unidas. From <http://www.un.org/es/ga/about/>
- ONU. (1993, Diciembre). Organización de Naciones Unidas. Retrieved from <http://www.un.org/es/ga/about/>
- ONU. (Diciembre de 1993). Organización de Naciones Unidas. From <http://www.un.org/es/ga/about/>

- OPS. Organización Panamericana de la Salud e Instituto del Banco Mundial. (2001, 03 10).
- OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud. (2012). Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud en estudios de prevalencia de discapacidad en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: Flavio Hazrum (OPS/OMS Argentina).
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2011). Resumen informe mundial sobre la discapacidad. Suiza.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (Abril de 2012). Centro de Prensa. OMS. Nota Informativa 318. Retrieved 15 de Noviembre de 2015 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (Enero de Abril de 2012). www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/. Retrieved 15 de Noviembre de 2015 from Who.int: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (10 de 03 de 2001). http://cursospaíses.campusvirtualsp.org/file.php/82/Modulo_3_Desempeno/Material_principal/equidad_y_acceso_a_la_salud.pdf. Retrieved 3 de 04 de 2014 from cursospaíses.campusvirtualsp.org/.../equidad_y_acceso_a_la_salud.pdf: http://cursospaíses.campusvirtualsp.org/file.php/82/Modulo_3_Desempeno/Material_principal/equidad_y_acceso_a_la_salud.pdf
- Organización Panamericana de la Salud e Instituto del Banco Mundial. (2001). Evaluación y Promoción del Acceso Equitativo a los Servicios de Salud. Retrieved 3 de 04 de 2014 from http://cursospaíses.campusvirtualsp.org/file.php/82/Modulo_3_Desempeno/Material_principal/equidad_y_acceso_a_la_salud.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Aplicación de la clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud en estudios de prevalencia de discapacidad en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: Flavio Hazrum (OPS/OMS Argentina).

- Orgill, M. K., & Bodner, G. (2004). WHAT RESEARCH TELLS US ABOUT USING ANALOGIES TO TEACH CHEMISTRY. CHEMISTRY EDUCATION: Research and Practice , 5 (1), 15-32.
- Ouellette, H. e. (2005). Addressing Health Disparities Through Promoting Equity for Individuals with Intellectual Disability. Canadian journal of public health, 1 -17.
- Ouellette , H. K., Garcin, N., Lewis, M., Minnes, P., & Martin, C. (2005). Addressing health disparities through promoting equity for individuals with intellectual disability. Can J Public Health, 96 (2), 8-22.
- Ouellette, H. K., Garcin, N., Lewis, M., Minnes, P., & Martin, C. (2005). Addressing health disparities through promoting equity for individuals with intellectual disability. Can J Public Health , 96 (2), 8-22. (n.d.).
- Ouellette, H. K. (marzo de 2005). Addressing Health Disparities Through Promoting Equity for Individuals with Intellectual Disability. Canadian journal of public health , 1-17.
- Ouellette, H., Garcin, N., Lewis, M., Minnes, P., & Martin, C. (2005). Addressing health disparities through promoting equity for individuals with intellectual disability. Can J Public Health, 96 (2), 8-22.
- Padilla, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. International Law. Revista Colombiana de Derecho Internacional (16), 381-414.
- Penchansky, R., & Thomas, J. (1981). The concept of acces: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care, 19 (2), 127-140.
- Pérez Aguirre, G. (2007). Química II: Un enfoque constructivista. México: Pearson Educación.
- Petrucci, R. H., Harwood, W. S., & Herring, F. G. (2003). Química General. Madrid: Pearson Educación, S. A.
- Pomez Ruíz, J. (1991). La Metodología de resolución de problemas y es desarrollo cognitivo: Un punto de vista postpiagetiano. Enseñanza de las Ciencias, 9 (1), 78 - 82.

- Pozo, J. I., Del Puy Perez, M., Dominguez, J., Gómez Crespo, M. Á., & Postigo, Y. (1994). La solución de problemas. Madrid: Editorial Santillana.
- Pozo, J. I., Gómez Crespo, M. A., Limón, M., & Sanz Serrano, A. (1991). Procesos cognitivos de la ciencia: Las ideas de los adolescentes sobre la química. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio De Educación y Ciencia: C.I.D.E.
- Restrepo, J., Echeverri, E., & Rodriguez, S. (2003). Balance del régimen subsidiado de salud de Antioquia. *Revista de gerencia y políticas de salud*, 34 - 57.
- Restrepo, J., Echeverri, E., & Rodriguez, S. (2003). Balance del régimen subsidiado de salud de Antioquia. *Revista de gerencia y políticas de salud*, 34 - 57.
- Rocha Buelvas, A., Hidalgo T, A., & Hidalgo Eraso, A. (2013). Determinantes de la utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes universitarios del municipio de Pasto 2011. . *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(3): 359-371 , 359- 371.
- Rocha Buelvas, A.; Hidalgo T, A. & Hidalgo Eraso, A. (2013). Determinantes de la utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes universitarios del municipio de Pasto 2011. . *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(3): 359-371, 359-371.
- Rocha, A. B. (2013). Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Revista gerencia y políticas de salud*, 12 (25), 96 - 112.
- Rocha, A. B. (2013). Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Revista gerencia y políticas de salud*, 12 (25), 96 - 112.
- Rodríguez Guarnizo, J. (1995). *Estequiometría Química (leyes fundamentales de la química: teoría atómico - molecular)*. Tarancón - Cuenca: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla- La Mancha.
- Rodríguez J., R. D. (2015). Barreas de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 20 (6), 1947-1958.

- Rodriguez, J. H., Corrales, J. B., & Rodriguez, D. R. (2013). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombia, 2013. *Ciencia & Saúde colectiva*, 4.
- Rodriguez, S. A. (2010, Junio). Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Rodríguez, S., & Trillas, F. (2010, Junio). Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona, 27-28.
- Rubio, M. M. (2008). Equidad en el Acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. *Rev. Salud Pública*, 10 (1), 29-43.
- Rubio, M. M2222. (2008). Equidad en el Acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. *Rev. Salud Pública*, 10 (1), 29-43.
- Schalock, R. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista española sobre discapacidad intelectual*, 20- 39.
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 21 - 36.
- Seese, W. S., & Daub, G. W. (2005). *Química*. Mexico D. F.: Pearson Educación.
- Social, C. N. (2013). *Conpes Social 166*. Departamento Nacional de Planeación , Bogotá.
- Tovar, S. (2010). Asumir un compromiso de liderazgo para el cambio: desafío de una nueva odontología. *Iniversitas Odontologica* , 29 (63), 41-45.
- UNICEF. (1989, Noviembre). UNICEF. Retrieved from https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf
- UNICEF. (Noviembre de 1989). UNICEF. From https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf
- Vargas, I. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada. Universidad autónoma de Barcelona, 1 - 20.

- Vargas, I. L., Vázquez, M. N., & Mogollón, A. P. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista salud pública*, 701- 712.
- Vargas, I. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada. Universidad Autónoma de Barcelona, 1 - 20.
- Vargas, I. M. (2010). Scielo. *Revista de Salud Pública*, 12 (5), 701-712.
- Vargas, I., Vázquez, M., & Mogollón, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista salud pública*, 12 (5), 701- 712.
- Vázquez, J.; Herrera, S., Ramos, A. & Gaité, L. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): Antecedentes marco conceptual y estructura. *Papeles Médicos*, 10 (4). 177-184
- Verdugo, M. A. (2010). *Discapacidad Intelectual: definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Psicología Alianza.
- Watt, G. (2002). The inverse care law today. *The lancet* , 360 (9328), 252- 254.
- Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Washington: OPS/OMS. Serie reprints No 9.
- www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/001
- 3
- Zapata, P. (1995). Paradigmas en investigación educativa. *Diogenes* , 87 - 95.

ANEXOS



ANEXO A. Consentimiento Informado para participar en la investigación

Encuesta:

Acceso a los servicios de salud bucal a padres o cuidadores de niñas/os y adolescentes en condición de discapacidad intelectual

Proyecto:

Acceso a los servicios de salud bucal en escolares en condición de discapacidad intelectual

Título del Estudio

A Usted se le ha solicitado participar en un proyecto de investigación. El propósito de este documento es proveer información para considerar o no participar en el mismo. Su consentimiento debería estar basado en el entendimiento de la naturaleza de los riesgos del tratamiento, mecanismos o procedimientos. Por favor realice preguntas si hay alguna cosa que no entiende. Su participación es voluntaria y no tendrá efecto sobre la calidad de su atención médica si no decide participar.

Investigador responsable del Estudio:

Yeily Thomas Alvarado, Yamile Martínez Díaz y Karen Vargas Ramírez, Ramírez, candidatas de la Maestría de Salud Pública y Desarrollo Social.

Dirección: Fundación Universitaria Del Área Andina

Teléfono: 3132266146- 3208002876- 3213128095

E-mail: yeilyisabel33@gmail.com, yamilemar@yahoo.es, karen691_2@hotmail.com

Este estudio es llevado a cabo por estudiantes de Maestría y Desarrollo Social .Hace parte del trabajo de grado para optar el título de Maestría en Salud Publica y Desarrollo Social de la Fundación Universitaria Del Área Andina Sede Bogotá.

Principal objetivo

Recoger información sobre la utilización de los servicios de salud bucal públicos y privados de la ciudad de Bogotá a padres o cuidadores de niñas/niños y adolescentes con discapacidad intelectual.

¿En qué consiste mi participación?

Tu participación consiste en que nos permitas realizarte la encuesta

¿Mis aportaciones son confidenciales y anónimas?

Sí. El investigador responsable del proyecto, las estudiantes Yeily Thomas Alvarado, Yamile Martínez Díaz, Karen Vargas Ramírez, Ramírez, se compromete a la utilización de la información personal cedida será únicamente utilizada con fines exclusivos de investigación social. La confidencialidad y el tratamiento de la información dentro de la Resolución 8430 del Ministerio de Salud quedan garantizados.

¿La participación es obligatoria?

No. El éxito de nuestra investigación depende de su colaboración. Sin embargo, no es obligatoria e incluso puedes decidir no continuar si así lo considera oportuno.

¿Con quién puedo hablar si me surge alguna duda sobre el estudio posterior a la realización de la encuesta?

No dudes en preguntarle al/a la encuestador/a cualquier duda que te surja durante la realización de la encuesta. También puedes contactar con el investigador responsable del proyecto, Yeily Thomas, Yamile Martínez, Karen Vargas.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- a) ***“Investigación sin riesgo:*** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.”

¿Cuáles son los sitios donde realizará el estudio?

En las instalaciones de las Fundaciones donde asisten Niñas/ Niños y jóvenes en situación de discapacidad intelectual en Bogotá.

¿Algunas de las preguntas realizadas en los cuestionarios pueden ponerme como participante en situaciones incómodas ó molestas?

Ninguna y en caso de que sucediera podría retirar su participación en el estudio.

¿Cuáles son los beneficios que podría esperar como participante de esta investigación?

El beneficio lo puede obtener la comunidad científica y especialmente las personas que se encuentran en situación de discapacidad.

¿Bajo qué circunstancias pudiera un participante no continuar con el estudio? ¿O el estudio ser terminado en parte o suspendido?

En caso de que usted así lo decida

¿Existe alguna compensación financiera o reconocimiento por participar en el estudio?

No existe compensación financiera pero si reconocimiento a los participantes, el cual se hará en toda ponencia o publicación de esta investigación.

¿Quiénes tendrán acceso al registro y resultados del estudio?

En el momento del análisis solo los investigadores principales, sin embargo una vez los resultados sean publicados se enviarán a todos los participantes y será de acceso público.

¿Dónde y cuánto tiempo guardará y donde los consentimientos informados y otros datos

Se guardarán de forma digital por el investigador principal hasta la divulgación de los resultados, y los consentimientos se conservarán en la Fundación Universitaria Del Área Andina, programa de Maestría de Salud Pública y Desarrollo Social.

INTRODUCCION: nuestros nombres son Yeily Thomas Alvarado, Yamile Martínez Díaz, Karen Vargas Ramírez, candidatas de la maestría de salud pública y desarrollo social, estamos entrevistando a padres o cuidadores de niñas/os y adolescentes en situación de discapacidad intelectual para indagar sobre las barreras de acceso a los servicios de salud en un grupo de usuarios en situación de discapacidad intelectual Bogotá 2015 nos gustaría que participaran en este estudio, para eso necesitamos que nos de su consentimiento. Por favor, escuche atentamente las informaciones que les vamos a leer acerca del estudio para que nos diga si está de acuerdo en participar.

CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD: les vamos a hacer algunas preguntas a las madres o cuidadoras se les aplicara una encuesta estructurada, compuesta por preguntas, abiertas y cerradas, divididas en cuatro grandes ítems: (i) Identificación sociodemográfica; (ii) servicios de salud; (iii) calidad de vida y salud bucal; (iv)

accesibilidad geográfica; (v) calidad en la atención recibida.

No tiene que responder a las preguntas que no quiera responder y puede terminar esta entrevista en el momento que lo desee, su sinceridad al contestar estas preguntas nos ayudará a comprender las barreras de acceso a los servicios de salud en un grupo de usuarios en situación de discapacidad intelectual Bogotá Agradecemos su ayuda al responder esta entrevista la cual tomará cerca de 30 minutos.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

(CERTIFICANDO QUE EL ENTREVISTADO HA DADO SU CONSENTIMIENTO
VERBALMENTE)

FIRMA DEL TESTIGO_____

CC_____

ANEXO B. Instrumento de recolección de la información



Encuesta:

Acceso a los servicios de salud bucal de niñas/os y adolescentes en condición de discapacidad intelectual

Proyecto:

Acceso a los servicios de salud bucal en escolares en condición de discapacidad intelectual

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de elaboración: Día _____, Mes _____, Año _____

Nombre Institución: _____

Nombre de quien la elaboro: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA EN CONDICIÓN CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Nombres y apellidos: _____

Sexo: M ___ F ___

Edad en años cumplidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado?
 1. Contributivo (EPS)
 2. Especial (fuerzas armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio)
 3. Subsidiado (EPS – S)
 4. No sabe, no informa

1.1 ANTECEDENTES DE SALUD [HISTORIA ACTUAL]

Enfermedades físicas actuales:

ENFERMEDAD	SI	NO	CUALES
Cardiopatías			
Diabetes			
Hipoglicemia			
Enfermedades Respiratorias			
Enfermedades Digestivas			
Trastornos Psiquiátricos			
Enfermedades autoinmunes			
Alergias			

Otras enfermedades. Cuales _____

Consume algún medicamento Si___ No___ cual (es) _____

Diagnóstico actual de Discapacidad Intelectual

1. Discapacidad Intelectual Ligero _____
2. Discapacidad Intelectual Moderado _____
3. Discapacidad Intelectual Grave _____
4. Discapacidad Intelectual Profunda _____
5. Discapacidad Intelectual No especificado _____

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE PADRES DE ESCOLARES EN CONDICIÓN DE
DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

1. Estado Civil:

Soltero: _____ Casado: _____ Unión Libre: _____ Viudo: _____

Separado: _____

2. Estrato Socioeconómico (Según la cuenta de servicios): _____
3. ¿Trabaja actualmente? Si _____ No _____ (Si responde no pase a la 4)

En caso afirmativo: ¿En qué trabaja? _____

3.1 ¿Cuál es su vinculación laboral?

Obrero	1)
Empleado con vinculación laboral a término indefinido	2)
Empleado con vinculación laboral a término fijo- contratista	3)
Trabajador independiente	4)
Trabajador informal	5)
Otra ¿Cuál?	6)

ESTADO DE SALUD- SERVICIOS DE SALUD

4. En los últimos 12 meses, ¿Cómo considera el estado de salud de su hijo/a?
- Muy malo 1
 - Malo..... 2
 - Regular 3
 - Bueno..... 4
 - Muy bueno..... 5
5. En los últimos 12 meses ¿Qué tanto lo ha **afectado emocionalmente** la situación de salud de su hijo/a?
- No me ha afectado..... 1
 - Levemente..... 2
 - Moderadamente.....3
 - Severamente.....4
 - Extremadamente.....5

6. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con la apariencia de los dientes de su hijo/a?

- Satisfecho 1
- Algo satisfecho..... 2
- Insatisfecho 3
- NS/NR..... 4

7. ¿Cómo considera usted el estado de los dientes y encías de su hijo/a?

- Muy malo 1
- Malo..... 2
- Regular 3
- Bueno..... 4
- Muy bueno..... 5

8. ¿Ha tenido algún problema dental, en la boca o las encías en los ÚLTIMOS 12 meses, contados hasta hoy?

Sí ____ No ____

9. ¿Cuál de los siguientes problemas ha tenido en los ÚLTIMOS 30 días?

Dolor de muelas, dientes o encías	Si (1)	No (2)
Caries dental	Si (1)	No (2)
Inflamación en la cara	Si (1)	No (2)
Fallas en la erupción de los dientes	Si (1)	No (2)
Sangrado de las encías	Si (1)	No (2)
Ulceras o ampollas en la boca	Si (1)	No (2)
Dificultad para abrir la boca	Si (1)	No (2)
Mala mordida o dientes mal ubicados	Si (1)	No (2)
Chirreo o castañedo de los dientes (Bruxismo)	Si (1)	No (2)
Fractura dental	Si (1)	No (2)
Ruido y/o dolor en la articulación	Si (1)	No (2)
Pérdida de calza(s)	Si (1)	No (2)
Pérdida de diente (s)	Si (1)	No (2)
Ruptura o pérdida de prótesis	Si (1)	No (2)
Mancha o pigmentación de los dientes	Si (1)	No (2)

10. Por alguno de los problemas dentales, de la boca o de las encías que ha tenido en los ÚLTIMOS 30 días, ¿A quién o quienes ha consultado en busca de ayuda?

Médico	i (1)
Enfermera u otro personal de salud	i (1)
Dentista, Odontólogo o higienista oral	i (1)
Farmacéuta o personal de droguería	i (1)
Médico alternativo: acupunturista, bioenergético	i (1)
Curandero, tegua, brujo o empírico	i (1)
Amigo, familiar, vecino o conocido	i (1)
A nadie	(2)

11. ¿Cuál es la principal razón para que no consultara ese problema dental, en la boca o en las encías? (*Espera respuesta*)

Le hacen esperar mucho para atenderlo	1)
Descuido	2)
El problema se resolvió solo o se ha sentido bien	3)
Fue pero no le atendieron	4)
La consulta es muy cara o no tenía dinero	5)
Le dio miedo, nervios o pena	6)
Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	7)
Mala atención	8)
Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	9)
No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no creen que lo puedan ayudar	10)
No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	11)
No le cubrían o no le autorizaron la atención	12)

No le gusta ir	13)
No sabía que tenía derecho	14)
No sabe dónde prestan el servicio	15)
No tenía donde acudir	16)
Pensó que no era necesario consultar	17)
Sitio de atención es muy lejano	18)

12. En los ÚLTIMOS 12 meses contados hasta hoy ¿Cuántas veces fue a consulta con el dentista, odontólogo o higienista oral? _____ Veces
13. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que consulto al dentista, odontólogo o higienista oral? _____ Días _____ Meses _____ Años
14. ¿Qué le hicieron en la última consulta?

Limpieza	Si (1)	No (2)	No sabe (3)
Revisión o examen	Si (1)	No (2)	No sabe (3)
Calzas	Si (1)	No (2)	No sabe (3)
Extracción dental	Si (1)	No (2)	No sabe (3)
Tratamiento de conductos	Si (1)	No (2)	No sabe (3)
Prótesis dental	Si (1)	No (2)	No sabe (3)
Aplicación de flúor	Si (1)	No (2)	No sabe (3)
Sellantes	Si (1)	No (2)	No sabe (3)
Ortodoncia- ortopedia	Si (1)	No (2)	No sabe (3)
Tratamiento para la sensibilidad	Si (1)	No (2)	No sabe (3)

15. ¿Dónde tuvo la última consulta de? (Lea las opciones)

Hospital, o clínica del gobierno	Si (1)
Centro o puesto de salud del gobierno	Si (2)
Hospital o clínica privada	Si (3)

Centro de atención de una EPS/ ARS	Si (4)
Consultorio o médico particular	Si (5)
En el hogar	Si (6)
En el trabajo, estudio u otro espacio	Si (7)
En una droguería	Si (8)
Sitio acupunturista, bioenergético, naturista o similar	Si (9)
Sitio de curandero, tegua o similar	Si (10)

16. ¿Quién cubrió la mayor parte de los gastos de la última atención recibida? (Lea opciones)

La EPS, ARS u otra entidad de seguridad social	Si (1)
Plan de medicina prepagada, o seguro privado	Si (2)
SOAT	Si (3)
Secretaria de salud o alcaldía (Vinculados)	Si (4)
Usted o alguien de su hogar con recursos propios	Si (5)
Patrón o empleador	Si (6)
No se requirió pago	Si (7)
Entidad por fuera del sistema de seguridad social (ONG)	Si (8)
No sabe	Si (9)

17. ¿Se sintió bien atendido?: Si_____ No_____

18. ¿Usted ha tenido problemas al solicitar atención odontológica? Si_____ No_____ (si responde no pase a la última pregunta)

19. ¿Cuál es el principal problema que ha tenido al solicitar atención odontológica?

20. ¿Cuándo le han negado la atención odontológica que hace para resolver esa necesidad?

Ir a otra institución	Si (1)
-----------------------	--------

No resolver el problema	Si (2)
Acudir a organizaciones (ONGs)	Si (3)
Presentar una acción de tutela	Si (4)
Otro ¿Cuál?	Si (5)

21. ¿Conoce usted sus derechos en atención en salud general? Sí _____ No _____
22. ¿Conoce usted sus derechos en atención en salud bucal? Sí _____ No _____

CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL

23. En el último año:

a. Usted como responsable observo en los últimos 6 meses que la persona con discapacidad ¿Ha tenido problemas para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes?	0 (nunca)	1 (raramente)	2 (a veces)	3 (repetidamente)	4 (muy repetidamente)	5 (siempre)
b. ¿La persona con discapacidad ha manifestado cambios en el sabor o el gusto de las comidas debido a problemas en dientes o boca?	0 (nunca)	1 (raramente)	2 (a veces)	3 (repetidamente)	4 (muy repetidamente)	5 (siempre)
c. ¿La persona con discapacidad ha referido dolor en dientes o boca en el último año?	0 (nunca)	1 (raramente)	2 (a veces)	3 (repetidamente)	4 (muy repetidamente)	5 (siempre)
d. ¿Has notado en la persona con discapacidad molestias para comer alguna comida por problemas en sus dientes o boca?	0 (nunca)	1 (raramente)	2 (a veces)	3 (repetidamente)	4 (muy repetidamente)	5 (siempre)
e. ¿Has observado preocupación en la persona con discapacidad debido a problemas con sus dientes o boca?	0 (nunca)	1 (raramente)	2 (a veces)	3 (repetidamente)	4 (muy repetidamente)	5 (siempre)
f. ¿Has sentido a la persona con discapacidad nerviosa(o) debido a problemas con sus dientes o boca?	0 (nunca)	1 (raramente)	2 (a veces)	3 (repetidamente)	4 (muy repetidamente)	5 (siempre)
g. ¿La persona con discapacidad ha tenido problemas para comer bien debido a problemas con sus dientes o boca?	0 (nunca)	1 (raramente)	2 (a veces)	3 (repetidamente)	4 (muy repetidamente)	5 (siempre)
h. ¿La persona con discapacidad ha tenido que parar de comer alguna vez por problemas con sus dientes o boca?	0 (nunca)	1 (raramente)	2 (a veces)	3 (repetidamente)	4 (muy repetidamente)	5 (siempre)
i. ¿La persona con discapacidad ha tenido algún problema para descansar o dormir bien debido a problemas con sus	0 (nunca)	1 (raramente)	2 (a veces)	3 (repetidamente)	4 (muy repetidamente)	5 (siempre)

dientes o boca?						
-----------------	--	--	--	--	--	--

ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

1. ¿Dónde está ubicado el centro de salud en el cual recibe atención odontológica la persona en condición de discapacidad?

En su localidad _____
Cerca del colegio _____
Cerca de su trabajo _____
Fuera de la ciudad _____
En su municipio de origen/residencia _____

2. ¿Cuánto tiempo usted se demora regularmente en desplazarse al centro de salud donde recibe atención odontológica la persona en condición de discapacidad intelectual?

Menos de 1 hora _____
Entre 2 y 3 horas _____
Medio día _____
Un día o más _____

3. ¿Qué medio de transporte utiliza para desplazarse al centro de salud donde recibe atención odontológica la persona en condición de discapacidad intelectual?

TransMilenio/ SITP _____
Taxi _____
Bus intermunicipal _____
Vehículo propio _____
Caminando _____

4. ¿Qué tipo de problemas ha tenido para trasladar a la persona en condición de discapacidad intelectual al centro de salud donde recibe atención odontológica?

Económico _____
Familiar _____

