

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

## El proceso salud-enfermedad-atención bucal de la gestante: una visión de las mujeres con base en la determinación social de la salud

*Health-disease process oral-care of the pregnant: an overview of women in the determination based social health*

Sonia Constanza Concha-Sánchez MSc, PhD (c)<sup>1,2</sup>

Recibido: 12/01/2013 / Aceptado: 19/07/2013

<sup>1</sup> Doctorado en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

<sup>2</sup> Facultad de Odontología, Universidad Santo Tomás. Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: sococosa@yahoo.com

### | Resumen |

**Antecedentes.** La atención en salud durante el embarazo y el acceso a la atención odontológica de las gestantes en Bogotá registra profundas inequidades. Las patologías orales y las complicaciones que representan para el binomio madre-niño incentivan la necesidad de identificar el proceso salud-enfermedad-atención bucal de las gestantes sustentadas en los postulados de la determinación social de Breilh y los planteamientos de Menéndez.

**Objetivos.** Caracterizar el proceso salud-enfermedad-atención bucal de la mujer gestante.

**Materiales y métodos.** Se efectuó una investigación con abordaje cualitativo interpretativo con base en los fundamentos de Jodelet. El proceso involucró a mujeres que acudieron a su control prenatal y postparto a los hospitales Suba, Engativá y Simón Bolívar. El procedimiento involucró estructurar las entrevistas, concertar la entrada a las instituciones, recolectar y sistematizar la información, para efectuar su procesamiento y análisis.

**Resultados.** Se caracterizaron 18 mujeres entrevistadas. Se establecieron categorías de análisis y se describió el proceso salud-enfermedad-atención bucal de la mujer gestante en los ámbitos económico, político y cultural, en los niveles singular, particular y general, en el marco del perfil epidemiológico de la determinación social.

**Conclusión.** El proceso salud-enfermedad-atención bucal de las gestantes de los hospitales estudiados está

influenciado por determinantes del nivel individual, singular y general en los ámbitos político, económico y cultural. Se evidencian procesos que promueven su atención, aunque más los que desincentivan la asistencia de la gestante a la consulta odontológica. Se plantea la necesidad de intervenir en los diferentes niveles para transformar el proceso a corto, mediano y largo plazo, promoviendo una buena salud bucal y una mejor calidad de vida en las mujeres durante su embarazo.

**Palabras clave:** Condiciones Sociales, Mantenimiento del Embarazo, Política Social, Salud Bucal (DecCS).

.....  
**Concha-Sánchez SC.** El proceso salud-enfermedad-atención bucal de la gestante: una visión de las mujeres con base en la determinación social de la salud. Rev. Fac. Med. 2013; 61: 275-291.

### Summary

**Background.** Health care during pregnancy and the access to dental care for pregnant women in Bogotá registers deep inequities. The oral pathologies and its complications to mothers and their children has stimulated the need for identifying the health-illness-oral care process of pregnant women based on the postulates of the social determination of Breilh and approaches of Menendez.

**Objective.** Characterize the health-disease-care oral pregnant women.

**Materials and methods.** An investigation with interpretative qualitative approach based on the Jodelet theoretical bases was performed. The process involved women who assist to their control antenatal and postpartum to Suba, Engativá and Simón Bolívar Hospitals. The procedure involved interviews, arrange the entry to the institutions, collect and synthesize information, to carry out its processing and analysis.

**Results.** The study involved the characterization of 18 women. The study involved the constitution of analysis categories and the description of the health-disease-oral care process of pregnant women in the economic, political and cultural levels in the singular, particular and general grade in the framework of the epidemiological profile of the social determination.

**Conclusion.** The health-illness-oral care process of the pregnant women in the hospitals involved in the study was influenced by determinants in the individual, particular and general level in the political, economic and cultural issues. It can be concluded that some aspects of promoting process are present, but also there are several difficulties in oral care. It is necessary the intervention at different levels for transforming in the short, middle and long time in order to promote the oral health and quality of life in the pregnant women.

**Key words:** Pregnancy Maintenance, Public Policy, Oral Health, Social Conditions (MeSH).

.....  
**Concha-Sánchez SC.** Health-disease process oral-care of the pregnant: an overview of women in the determination based social health. Rev. Fac. Med. 2013; 61: 275-291.

## Introducción

Las gestantes en Bogotá enfrentan profundas inequidades en el marco de su atención en salud. Oscar Fresneda Bautista, en su trabajo sobre las inequidades en el acceso a los servicios de control prenatal, sostiene cómo, a pesar de que el embarazo es un estado normal y sano al que aspiran muchas mujeres, conlleva riesgos de muerte y consecuencias negativas para salud de la mujer y su hijo, por lo que la mujer embarazada debe recibir como mínimo cuatro controles prenatales como principal estrategia para reducir las tasas de mortalidad materna y morbilidad perinatal. Sin embargo, el autor reporta cómo en Bogotá hay diferencias injustas en la asistencia a este tipo de controles, según el nivel educativo, pues mientras el 96,3% de las mujeres que han completado la educación

superior tuvieron sus cuatro controles, el 58,6% de las que no tuvieron ningún nivel educativo lograron completar los controles reglamentarios.

Adicionalmente, y como expresión de la segmentación social espacial de Bogotá, el estudio mostró también diferencias apreciables en el número de controles prenatales entre localidades (el 75% de las gestantes de Sumapaz alcanzaron cuatro controles mientras que el 91,4% de las gestantes de Teusaquillo los recibieron). De igual manera, el trabajo de Fresneda Bautista demostró la existencia de diferencias en la proporción de madres con cuatro y más controles prenatales de acuerdo a la afiliación a la seguridad social en salud entre las “vinculadas” (sin afiliación a la seguridad social en salud) (73%), las afiliadas al régimen subsidiado (76%) y las del contributivo (92,6%) (1).

Sin embargo, las inequidades en la atención en salud de las gestantes no se reducen a esto. Es evidente que la atención odontológica de las mujeres registra una situación que también debe analizarse. De acuerdo con lo reportado en el informe final metas distritales de salud oral 2008-2011, elaborado por Jairo Hernán Ternera Pulido, la cobertura de atención en salud oral de la mujer gestante según régimen de afiliación registra a lo largo del periodo analizado diferencias que podrían catalogarse como injustas, pues mientras entre el 58% y el 72% de las mujeres gestantes del régimen contributivo recibieron atención odontológica, entre el 27% y el 33% de las mujeres del régimen subsidiado recibieron esta atención en el mismo periodo (2).

Las deficiencias en la atención odontológica de las mujeres gestantes se constituyen en un grave problema de salud pública, pues las patologías orales de las mujeres en la etapa de gestación son frecuentes y tienen potenciales implicaciones sobre las condiciones de salud del binomio madre-niño, por su relación con el parto pretérmino, con el bajo peso al nacer, la preeclampsia y la diabetes gestacional entre otros eventos. El compromiso bucal de las gestantes se puede explicar en parte por los cambios morfofisiológicos y patológicos que ocurren durante este periodo, pero también puede asociarse a múltiples aspectos personales, sociales, institucionales, políticos, económicos y culturales que determinan la salud bucal de las gestantes y condicionan las representaciones que tienen estas mujeres sobre su atención, los profesionales que las atienden y las instituciones que las acogen. El reconocimiento integral de estos aspectos desde la perspectiva de las mujeres embarazadas, permitiría una mejor comprensión de la ruta crítica de la atención odontológica de la mujer gestante y, con ello, la formulación de propuestas que podrían motivar el refuerzo de las representaciones positivas o la modificación de las negativas con relación a la salud

bucal y la atención odontológica de las mujeres durante su embarazo y la posibilidad de generar transformaciones en el sistema de atención en salud en procura de una atención integral, oportuna y de calidad para ellas (3).

Esta investigación se construye en el marco de la Salud Colectiva y la Medicina Social Latinoamericana y desde la perspectiva crítica de la Determinación Social de la Salud, tomando como referente los postulados planteados por Jaime Breilh, que se soportan en el materialismo histórico (4). Se sustenta además en los planteamientos de Menéndez relacionados con el proceso salud-enfermedad-atención (5).

La determinación social de la salud se define como un modo de pensar el proceso salud-enfermedad-atención que permite dilucidar los determinantes, mientras se intenta recuperar los elementos que intervienen en el proceso como una estructura jerarquizada en el nivel general o estructural, el nivel particular y el singular o individual en el que se evidencia la dialéctica, así como la historicidad de los procesos de producción y reproducción social (que Breilh denomina perfil epidemiológico), en el que las manifestaciones biológicas y representaciones de los individuos (nivel singular o individual) están subsumidos en las construcciones de los colectivos (nivel particular) y estos, a su vez, son influenciados por los ámbitos político, económico y social definidos por las tendencias hegemónicas (nivel general o estructural) (4).

En este sentido, la perspectiva crítica de la determinación social promueve la necesidad de entrelazar tres transformaciones complementarias; la primera, la necesidad de replantear la salud como un objeto complejo, multidimensional, sometido a un proceso dialéctico; la segunda de innovar categorías y operaciones metodológicas, y la tercera, la necesidad de transformar las proyecciones prácticas y relaciones con las fuerzas sociales movilizadas frente a los problemas de salud. En este último aspecto, se asumen las relaciones de poder en inequidad como un aspecto nodal del análisis (la triple inequidad de género, etnia y clase), y la identidad y la construcción de subjetividad como un elemento sustantivo de los modos de vivir y de la salud (4).

El segundo elemento alude al proceso salud-enfermedad-atención (Proceso SEA) planteado por Menéndez, cuya propuesta se desarrolla dentro de un proceso histórico que involucra los determinantes de las enfermedades y los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) frente a los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos (5).

El proceso salud-enfermedad-atención bucal de la mujer gestante supone la existencia de representaciones y prácticas para entender, enfrentar, la incidencia y la consecuencia generada por los daños en la salud bucal, a través de la comprensión de la racionalidad de las gestantes enmarcados en la categoría “la carrera del paciente” o “trayectoria” y que permite identificar la mayoría de las formas en que transcurre la ruta de la atención en un contexto particular. También permite identificar cómo se articula e implementa el proceso en el marco de los conjuntos sociales y, con esta base, se identifica la forma cómo se perciben la condición bucal y cómo se actúa frente a esta. El proceso SEA implica la construcción de los perfiles epidemiológicos bucales de la mujer embarazada y de los comportamientos, lo que ilustra su potencial integración con la determinación social. Lo anterior permite reconstruir la forma cómo la gestante percibe la atención odontológica, a partir de sus necesidades y subjetividades, y la forma cómo se construyen resignificaciones ante las situaciones que en su trayectoria de atención dental enfrenta (5,6).

## Metodología

Esta investigación se encuadra en el enfoque cualitativo interpretativo, el cual busca determinar los elementos que articulan las relaciones que dan sentido y significado al proceso salud-enfermedad-atención bucal de la mujer gestante. Dicha labor se construyó durante el proceso de investigación con base en los fundamentos de Jodelet (7,8).

En el proceso investigativo se entrevistaron gestantes que acudieron al control prenatal y a mujeres que asistieron a su control postparto a los hospitales de Suba, Engativá y Simón Bolívar y a las Unidades Primarias de Atención en Salud (UPAS) adscritas a estas instituciones, en la ciudad de Bogotá. Las mujeres fueron seleccionadas considerando los siguientes criterios: aquellas que acudieron a control prenatal y aquellas que no; quienes asistieron a consulta odontológica y otras que no, y entre aquellas cuya condición periodontal se catalogó como normal y otras periodontalmente enfermas. A cada una de las gestantes involucradas se le hizo una entrevista semi-estructurada que buscaba explorar las percepciones del nivel individual, social y estructural que podrían llegar a influenciar la atención y su asistencia a la consulta odontológica.

El proceso implicó la estructuración de las entrevistas y desarrollo de la prueba inicial: los parámetros de las entrevistas se construyeron con base a la exploración teórica inicial, se modificaron en la prueba inicial y se ajustaron de acuerdo al proceso desarrollado. La prueba inicial se efectuó con el fin de evaluar la pertinencia, comprensibilidad y aceptabilidad de las preguntas que se formulaban, verificar

la idoneidad del proceso de recolección de la información y para corroborar la pertinencia de las categorías previamente establecidas y de aquellas que emergieron en el proceso. La prueba de las entrevistas se realizó en las instituciones de salud, a nivel de las salas de espera, según lo acordado con las instituciones y las personas que accedieron a ser entrevistadas. Con esta base se hicieron las modificaciones pertinentes.

Una vez realizados los ajustes se procedió a concertar el proceso de recolección de datos con los coordinadores institucionales y los responsables de los programas de salud bucal de las mujeres gestantes. Obtenidos los avales, se procedió a realizar las entrevistas con las mujeres gestantes, previa obtención del consentimiento informado. Se efectuaron las entrevistas individuales a cada una de las gestantes seleccionadas con base en los criterios previamente establecidos y en el formato semi-estructurado elaborado, el cual se fue ajustando en el proceso investigativo. La información se recolectó en audio; adicionalmente se diseñó una matriz específica para caracterizar a cada uno de las participantes.

Para la sistematización de la información se procedió a transcribir la información utilizando un sistema transcripción asistida, que se sistematizó en Excel®. Para el procesamiento y análisis de la información se procedió a analizar las representaciones a partir de la información aportada por las gestantes, a catalogar los datos de acuerdo con las categorías predeterminadas y a generar categorías dejando emerger aspectos que no habían sido considerados previamente. Luego se procedió a contrastar los datos mediante la triangulación y confrontación de las diversas perspectivas entre las gestantes que habían acudido a control de postparto y control prenatal, o algunas que asistieron al postparto pero no al prenatal, así como entre las que habían ido a odontología y las que no y entre las que habían registrado periodontopatías y las que no las habían presentado.

Esta investigación se acogió a los principios establecidos en la resolución 00432 de 2003 del Ministerio de Salud (9), y el protocolo se sometió a la aprobación del comité de ética institucional. En todos los casos se preservaron los principios de beneficencia, autonomía, confidencialidad y

privacidad de la información. La investigación se catalogó como una investigación sin riesgo.

## Resultados

### Caracterización de las mujeres entrevistadas

Se entrevistaron 18 gestantes, ocho de ellas de la localidad de Engativá, seis de la localidad de Suba y cuatro del hospital Simón Bolívar. En este último fue difícil entrevistar las mujeres de acuerdo con la categoría de compromiso periodontal establecida, dado que se trata de una institución de tercer nivel al que son remitidas mujeres con algún riesgo perinatal y no fue posible establecer su condición bucal particular. Cinco de las mujeres entrevistadas eran gestantes que acudían a su control prenatal al momento de la entrevista. En el total de mujeres entrevistadas, 14 de ellas acudieron a algún control prenatal, 10 asistieron a consulta odontológica y 5 registraron algún tipo de periodontopatía. En cuanto al nivel de educación, 1 reportó haber alcanzado nivel de formación técnica, 6 se catalogaron como bachilleres, 5 alcanzaron a culminar décimo, 1 noveno, 2 octavos, 1 séptimo y 2 niveles de primaria. La mayoría reportó estar dedicada al hogar y las que ejercían algún tipo de actividad remunerada eran bachilleres. Algunas gestantes atribuyeron no haber culminado su bachillerato al hecho de “haber quedado embarazada”.

### Categorías de análisis

La exploración teórica permitió identificar categorías relacionadas con las percepciones del nivel estructural, particular e individual en los ámbitos económico, político y cultural que influyen la ruta crítica de la atención y la asistencia a la consulta odontológica de las mujeres durante su etapa de gestación. Adicional a esto, durante el proceso de análisis se lograron identificar algunas categorías emergentes. Tanto las categorías preestablecidas como las emergentes se resumen en las tablas 1 a la 3.

**Tabla 1.** Descripción de las categorías predeterminadas y emergentes, del ámbito económico, para analizar las representaciones de las mujeres con relación a su atención odontológica durante su etapa de gestación.

Ámbito económico		
Nivel	Categoría	Significado
General	General económica	Este aspecto hace referencia a las tendencias económicas en el nivel global, nacional, particularmente relacionadas con las teorías neoliberales, tendencias de privatización del sector salud.
Particular	Ciudad o localidad	Refiere las condiciones topográficas, la existencia de infraestructura vial o de movilización, transporte, medios de acceso de la gestante a las instituciones de atención odontológica; incluso el ser del sector urbano o rural.
	Clase social	Analiza la influencia de la clase social, ESE y otras clasificaciones de estratificación productiva económica, así como la propiedad de bien raíz y su relación con la atención odontológica de la mujer en la gestación.
	Economía local	Se refiere a la actividades económicas desarrolladas en la ciudad o localidad y en las que participan las mujeres gestantes.
	Institucional	Este criterio se refiere a infraestructura institucional, capacidad y cobertura institucional, cantidad de profesionales y nivel de formación, personal general para la atención; también alude a las condiciones que tienen las instituciones para poder efectuar los trámites administrativos de acuerdo con lo establecido en los planes de atención, así como a la dinámica que se registra a nivel de los consultorios odontológicos.
	Servicios básicos	Este criterio particular económico hace referencia al acceso a servicios básicos, características del vecindario, seguridad, etc.
	Oportunidades de trabajo	Hace referencia al estatus laboral de las gestantes, tipo de trabajo: si está o no vinculado al sector público o privado, tipo de contrato laboral, pago de prestaciones de ley, si se registraron problemas laborales por quedar embarazada y si eso cambió su condición laboral.
Singular	Facturación	Relaciona los inconvenientes que registran las gestantes en el proceso de pago de las cuotas o servicios recibidos para su atención odontológica en su periodo de embarazo.
	Equipos o insumos	Refiere los inconvenientes reportados por las gestantes relacionado con la carencia de elementos requeridos para su atención.
	Presupuesto familiar	Establece las potenciales limitaciones que la gestante puede percibir para pagar su atención, traslado a centros, compra de medicamentos o elementos para su higiene, lo que determina su asistencia, su atención odontológica o el cumplimiento de las recomendaciones dadas durante su consulta.
	Nivel de formación y experiencia laboral	Refiere las condiciones particulares de formación y experiencia laboral que le permiten a la mujer gestante acceder y mantener un trabajo.
	Vivienda	Alude a las características de la vivienda que por la condición económica la mujer puede acceder.

**Tabla 2.** Descripción de las categorías predeterminadas y emergentes, del ámbito político, para analizar las representaciones de las mujeres con relación a su atención odontológica durante su etapa de gestación.

Ámbito político		
Nivel	Categoría	Significado
General	General política	Este aspecto se refiere a las tendencias políticas relacionadas con salud del nivel nacional o internacional que determinan la potencial atención en salud oral de las gestantes, de exigibilidad y justicia frente a las situaciones sociales y de salud que la mujer gestante enfrenta-
Particular	Política local	Se refiere a las políticas sociales y económicas desarrolladas en la ciudad o localidad y en las que se involucran las mujeres gestantes.
	Acceso a los servicios de salud	Refiere las políticas que facilitan o entorpecen la asistencia de la mujer gestante a la consulta odontológica.
	Dinámica institucional	Define los procesos administrativos asistenciales que existen al interior de las instituciones y que condicionan la asistencia a la consulta odontológica de las mujeres durante la gestación.
Singular	Autonomía frente a la atención	Relaciona los inconvenientes que registran las gestantes en el proceso de decidir y optar de manera autónoma el plan de atención odontológica que requieren.
	Conocimiento de derechos y deberes	Refiere los inconvenientes reportados por las gestantes relacionados con el conocimiento de sus derechos y deberes y la posibilidad de hacer valer y exigir sus derechos.
	Tiempos de espera	Alude a los tiempos que la mujer gestante enfrenta, ya sea para solicitar cita o para entrar a la consulta.
	Vinculación al sistema de atención	Refiere las condiciones particulares de formación y experiencia laboral que le permiten a la mujer gestante acceder y mantener un trabajo.
	Sujeto de derecho	Alude a la forma como la mujer gestante se percibe como persona con derechos y con la capacidad de hacerlos valer.

**Tabla 3.** Descripción de las categorías predeterminadas y emergentes, del ámbito cultural, para analizar las representaciones de las mujeres con relación a su atención odontológica durante su etapa de gestación.

Ámbito cultural			
Nivel	Categoría	Significado	
General	General cultural	Alude a patrones patriarcales, eurocentrismo, construcción positivista de la ciencia en odontología; así como a las políticas de educación.	
	Género	Se refiere a la influencia de los aspectos relacionados con el género en la atención odontológica de la gestante.	
Particular	Formación del profesional	Analiza la influencia de la facultad o escuela que educó al profesional, área de formación, especialización y nivel de formación.	
	Nivel educativo gestante	Hace alusión a la influencia del nivel educativo de la gestante y su familia en la atención odontológica de la gestante.	
	Redes sociales	Refiere al apoyo que diferentes grupos sociales le ofrecen a la gestante con el propósito de promover su atención en salud, particularmente su asistencia a la consulta odontológica.	
	Relación odontólogo-paciente	Analiza la influencia del comportamiento profesional y de la gestante y de su interacción que pueden llegar a condicionar la asistencia a la consulta odontológica.	
	Singular	Relación de pareja	Influencia de la pareja en la asistencia o no a la consulta odontológica e incluye relaciones violentas, ya sea físicas como psicológicas, sumisión, de desventaja en esta relación.
		Representaciones de la familia	Refleja conocimientos actitudes, prácticas y creencias que fortalecen la familia y los amigos cercanos con respecto a la atención odontológica en la mujer gestante.
		Representaciones de la gestante	Refiere conocimientos, actitudes, prácticas o creencias que tiene la gestante y que influyen su asistencia a la consulta y a la consulta odontológica.
		Representaciones de los profesionales	Alude a los CAP y creencias de los profesionales que atienden a las mujeres gestantes y que influyen su atención a la consulta y en particular su consulta odontológica.
Educación en salud oral		Se refiere a las actividades de educación, comunicación y participación en salud bucal desarrollados con la gestantes.	
Cambios biopsicosociales		Se refiere a los cambios de carácter biológico, psicológico o social que sufre la gestante, que determinan su condición y que pueden influenciar la asistencia a la consulta odontológica.	
	Acumulación de patologías orales	Refiere las lesiones o patologías bucodentales preexistentes, no tratadas antes del embarazo y que tienden a agudizarse o complicarse durante el embarazo.	
	Adherencia al tratamiento	Se refiere a la continuidad que la mujer gestante le brinda a su tratamiento.	

### Los ámbitos económico y político y su relación con la atención odontológica de la mujer gestante

La ruta crítica de la atención odontológica de las mujeres gestantes estuvo determinada en el ámbito económico y político por aspectos del nivel individual que favorecieron su asistencia a la consulta. Dentro de ellas se destacó el proceso de facturación, considerando que algunas gestantes reportaron que asistieron a la consulta y no debieron pagar por el servicio odontológico que les prestaron. Llama la atención que esto es percibido más como un favor que como un servicio al que tienen derecho.

*“No, pues la verdad no he cancelado nada, desde que me empezaron a atender no he tenido que cancelar”* (Hoja económica A42).

El apoyo financiero de la pareja se convierte en un factor que promueve la asistencia al control prenatal y a la consulta odontológica de las mujeres gestantes; sin embargo, algunas de ellas perciben esto como una colaboración y no como parte del compromiso que una pareja adquiere cuando se asumen la paternidad y la maternidad. Para otras, el apoyo económico

de su familia se convierte en la alternativa para subsistir durante su embarazo; en ocasiones se observó que ese apoyo es el resultado de actividades que la gestante realiza para sus familiares, a pesar de ello, la mujer continúa percibiendo que el dinero que recibe es más una colaboración y no una remuneración a los servicios que presta.

*“Ir a los controles, entre los dos; él siempre me acompaña a todas partes; él nunca me deja ir sola, él siempre es conmigo pa arriba y pa abajo... Antes se preocupa él más que yo, que si tiene que comer me embute comida y es una cosa o la otra; ante más preocupado que yo”* (Hoja política A11).

*“Mi pareja me iba a pagar seguro, me iba a afiliarse pero se complicó mucho el costo, no había dinero, entonces pues yo me acordé que yo tenía un carnet que en Sincelejo me lo habían regalado, no sé y ahí salía afiliada”* (Hoja económica A40).

*“... ahorita me va a colaborar mi hermano al que le cuido el niño y pues, del ingreso de mi hermana no, pero pues, digamos que ella me ayuda cuando tengo que venir al*

*médico para los transportes. Ella me colabora, no sé, quedándose en la casa de ella o cosas así por el estilo...”* (Hoja económico A33).

*“... el papá del niño era todo humillativo...me toca pedirle y me dio pena y yo me vine y él se quedó allá... Si no hubiera sido por mis papás”* (Hoja política A34).

Las limitaciones en el presupuesto familiar influenciaron la asistencia tanto al control prenatal como a la consulta odontológica, porque algunas gestantes reportaban cómo a pesar de la gran distancia entre el centro de atención y su residencia, su desplazamiento estaba determinado por la condición económica del momento y las dificultades que para ellas esto representa.

*“Venir acá no es fácil”* (Hoja económico A4).

*“Los pasajes para los controles, para pedir la autorización”* (Hoja económico A17).

*“... como a media hora en bus, pero caminando una hora y veinte minutos... A veces en bus, a veces caminando; depende de cómo esté económicamente”* (Hoja económico A34).

Del nivel particular y del ámbito económico y político es importante destacar cómo el embarazo se convierte en una situación que dificulta a la mujer gestante mantener su trabajo y, por ende, su estabilidad económica y su afiliación al sistema general de seguridad social en salud.

*“Estaba trabajando pero precisamente por estar embarazada me sacaron del trabajo...”* (Hoja económico A3).

*“La señora me dijo que no volviera más por mi embarazo”* (Hoja económico A10).

*“Pues la verdad, yo estaba trabajando hace un mes y pues, o sea, me enfermé porque tenía una infección en un riñón. Entonces pues desde ahí supe que estaba embarazada, tenía cuatro meses, entonces pues, ahorita no me permitieron seguir trabajando porque la verdad yo estaba trabajando por horas, no tenía seguro ni nada. Entonces el señor pues ya no podía asegurarme porque ya tenía cuatro meses”* (Hoja económico A32).

*“... por mi embarazo siempre fue muy duro porque así no lo reciben a uno para trabajar y yo tengo que responder por dos hijos más. En eso sí ha sido muy, muy difícil para mí...”* (Hoja económico A39).

*“Yo iba muy bien a mis controles del seguro con C... S... (nombre de la institución) y luego llamé a apartar una cita para el ginecólogo y me dijeron que no, que ya no me encontraba afiliada, que ya no estaba cotizando; que si había dejado de trabajar y yo le dije que sí, entonces que ya no...”* (Hoja política A43).

*“Antes estaba con la EPS, cuando estaba trabajando, entonces sí era fácil y el último fue cuando salí de trabajar; el último fue con la enfermera jefe y ella fue la me mandó a ginecología y ahí es donde voy... Pero estoy en eso... Esperando la autorización y para que me dejen cerca porque es muy lejos”* (Hoja política A5).

Para otras el trabajo informal, sin ningún tipo de seguridad social y prestaciones de ley, se convierte en la única alternativa para subsistir, a pesar del riesgo que representa para ella y para su hijo las condiciones de trabajo a las que se ve enfrentada; estas condiciones influyen su asistencia a los controles prenatales y su asistencia a la consulta odontológica

*“Trabajé durante todo mi embarazo para cubrir mis gastos”* (Hoja económico A12).

*“Inicié el control prenatal a los seis meses por razones de trabajo”* (Hoja económico A14).

*“... trabajé hasta los siete meses por riesgo de aborto, pero trabajé porque necesitaba...”* (Hoja económico A15).

*“Sí me dolía una muelita; pero era así por días y yo me tapaba con un algodón... No iba por razones de trabajo...”*.

Las condiciones de vida que ofrece la ciudad y la localidad se convierten en aspectos del nivel particular que influyen sobre la condición de salud y las condiciones de bienestar y seguridad de la mujer gestante. De igual modo se convierten en aspectos que pueden llegar a dificultar el acceso a los controles y a la consulta odontológica de la mujer durante su embarazo.

*“No había buen transporte y tenía que coger dos buses...”* (Hoja económico A16).

*“El C... (nombre del barrio) representa peligro, representa riesgo... Las escaleras podrían ser de riesgo, pero ya me acostumbré”* (Hoja económico A18-A19).

*“Mucha distancia del hospital e incluso del CAB... No soy buena para caminar... No es un barrio lujoso... Falta hacerle un arreglito a las calles... No me siento segura por esas personas...”* (Hoja económico A22).

*“Ir al CAMI Verbenal es difícil porque es muy empinado...”* (Hoja económico A23).

*“... es chévere porque la gente se encierra temprano... Seguro, seguro... Dicen que no... Pero a mí no me ha pasado nada, ni a mi familia...”* (Hoja económico A26).

*“... de la casa a acá uno se baja a pie... Pero de subida sí tiene que coger bus... A uno le da miedo resbalar...”* (Hoja económica A28-A29).

*“Villa... (nombre del barrio) tiene mucho ñero, ha entrado mucha gente, zorreros...” (Hoja económico A31).*

*“... entonces es difícil. Lo malo del bus es que a veces cuando tengo las citas por la mañana suben muy llenos, entonces no es tan fácil porque como a veces uno se sube hasta de últimas, entonces no se puede bajar por la cantidad de gente que hay en el bus...” (Hoja económico A35).*

*“Sí, por lo que de pronto por ahí me pegan o el bus frena mal, de pronto yo me caiga” (Hoja económico A36).*

*“Ese barrio no me gusta mucho por lo que botan mucha basura y se mantiene mucha mosca en el patio. Así sí me ha dado problemas por lo que a mí me mandaron lavar la ropa interior que echarle vinagre, lavarla con Coco Varela, esas cosas por lo que presenté un flujo y a causa de eso estuve hospitalizada y me han dicho que de pronto es por las moscas...” (Hoja económico A37).*

*“... cuando llueve allá no hay pavimento y eso es mucho barro...” (Hoja económico A38).*

*“Pues, el lugar donde vivo es un poquito peligroso por la gente, pero no; la verdad, no he tenido problemas por lo que casi no, como que es solo con mi familia, nadie más. Entonces no somos de las personas que nos metemos en problemas ni nada de eso, tratamos de evitarlo” (Hoja política A40).*

Retomando el nivel particular de los ámbitos económico y político, las condiciones de las viviendas son el reflejo de la escasa planeación urbanística y de las condiciones en las que habitan las personas con empleos no calificados, baja remuneración o empleados informales, aspectos que en forma directa o indirecta están condicionando su cuidado en salud y su asistencia a la consulta odontológica. Es importante anotar que la mayoría de las mujeres reportan que viven en viviendas arrendadas o en casa de un familiar y ninguna se catalogó como propietaria del lugar donde reside

*“Estamos viviendo en el tercer piso eso es lo feo la habitación que tenemos es pequeña, no tiene casi ventilación, no tiene ventana, no tiene baño tampoco, toca ir hasta el primero, es lo peor... El cansancio, me duelen las piernas, los calambres, sube y baje escaleras... Es incómodo” (Hoja económico A5).*

*“El apartamento es una habitación con cocina y baño... Falta ventilación, hay que cambiar el sitio de la cocina porque falta ventilación” (Hoja económico A20).*

*“... yo no soy muy amiguera... Solo con una señora que me cuida la niña... La gente es muy chismosa y yo me mantengo alejada... Unos meten vicio, otros trabajan en casa de familia, construcción... No somos similares a esas personas...” (Hoja económico A21).*

La infraestructura y la dinámica institucional repercuten en la capacidad de atención y la posibilidad que tienen las gestantes para acceder a la consulta médica y odontológica.

*“Por lo que es tan pequeño (refiriendo una Unidad Primaria de Atención) no hay casi consultorios y es por esto que me mandan aquí a la 80” (Hoja político A3).*

*“Acá (Hospital) na más tengo odontología y las ecografías que me mandaron hoy... Pero a mí me atienden es en B... en la UPA de allá; el control lo tuve allá; lo que es psicólogo, los cursos para mujeres embarazadas y todo eso es en B... R... (IPS) y el ginecólogo es también allá” (Hoja política A13).*

*“... la señora es muy lenta esa cajera, la de B...R... Es una tristeza... Yo hasta puse una queja por escrito, porque esta semana fuimos a pedir una ficha para pedir cita médica y el vigilante era como de mala gana y nos tiró la ficha y cómo una persona así es así de grosero, que lo trasladen o yo no sé, que le pongan cuidado; todo el mundo se queja que en B... la atención es muy lenta, que muy mala atención, muy groseros” (Hoja política A14).*

*“Pero como yo había ido con el papá del niño él fue el que dijo: ‘Ella tiene cita, ¿no la van a llamar?’ ... Y ahí fue que me llamaron” (Hoja política A58).*

En el nivel general de los ámbitos económico y político, la ruta crítica de la atención bucal de las mujeres gestantes estuvo determinada por la falta de claridad en la forma de vinculación al sistema de seguridad social en salud, lo que representaba gastos adicionales que no pueden ser cubiertos por la gestante. Aunque, dentro del sistema de atención, también se observó cómo a algunas gestantes que no están cubiertas ni por el régimen contributivo ni subsidiado se atienden como vinculadas.

*“... a penas a uno porque comencé muy tarde; por lo que me mandaban que pa allá, me mandaron pal Simón Bolívar, me mandaron pal Simón... Que no porque yo no tenía SISBEN, entonces no me podían atender y igual usted sabe que particular era muy caro y mientras yo me puse hacer vueltas se me fueron un mes o dos meses” (Hoja económico A8).*

*“... a nosotros nos dieron el SISBEN porque yo fui a donde la trabajadora social acá y entonces ella me dio una hoja ahí... Una hoja de SISBEN mientras, porque a nosotros nos llega la encuesta en tres meses; entonces mientras llega la encuesta, ¿cómo me iban a atender a mí los controles? Entonces me dieron la orden del SISBEN mientras me llega una EPS” (Hoja política A12).*

Por otra parte, a este nivel se evidencia que las demoras y los aplazamientos en la atención odontológica, los costos en la atención bucal y las limitaciones económicas a lo largo de

la vida de las mujeres se convierten en grandes problemas, pues el acumulado de patologías orales terminan agravándose en el periodo de la gestación.

*“O sino a veces iba y no había cita o había una reunión entonces todos me iban aplazando... Y empeoraba todo, o a veces no tenía plata porque eran cosas costosas que coronas...”* (Hoja política A3).

*“Yo casi nunca iba al odontólogo... Salud oral mala... Hasta ahorita que me toca por lo del bebé y todo eso que lo obligan a uno, es obligatorio; yo me quedaba dos o tres años sin ir al odontólogo... Por pereza, que pereza ir... Eso como le hacen de duro... Eso fastidia mucho... Pero bueno, ya toca”* (Hoja política A15).

*“La verdad, nunca he asistido al odontólogo”* (Hoja política A47).

Los procesos administrativos que existen entre las Instituciones Prestadoras de Servicios y las Empresas Promotoras de Salud, como parte de la dinámica estructural establecida, se convierten en una barrera que dificulta la atención de la mujer gestante y su asistencia a la consulta odontológica.

*“Me toca ir a C... (nombre EPS) a que me den autorización y fui y yo no sabía que me habían mandado hasta la Candelaria, o sea me dejaron re lejos, entonces me toca otra vez ir para que me atiendan acá o cerca donde vivo porque es muy lejos... Pendiente de las autorizaciones para poder asistir a los controles”* (Hoja política A5).

*“A odontología ya había ido... Fui pero igual, como la primera vez que lo revisan todo y después lo mandan a la otra cita, pero como lo que te dije estaba en la EPS, me tocó salirme de pronto, se envolató todo; si fui pero no me han hecho nada... Ahora sí me van hacer algo... Autorizaciones para odontología no; hasta ahora no me han dicho...”* (Hoja política A8).

*“Pedir autorización para poder hacer el tratamiento (refiriendo el tratamiento odontológico) y tener que ir a C... S... (nombre de la EPS) y eso implicaba demasiado tiempo”* (Hoja política A17).

*“Controles bien, sólo tuve un inconveniente en la semana 38; porque a mí me estaban atendiendo por el E... S... (nombre EPS) y salí zonificada en Floridablanca, Santander; y ya me tocó hacer vueltas de autorizaciones, pero los controles bien”* (Hoja política A18).

*“Me exigían una carta de retiro de la EPS; no habían contratos con ningún municipio de la costa... Cuando me dieron C... (nombre EPS) me atendían en la Candelaria y es muy lejos... No me podían atender, cuando se pudo*

*resolver estaba a un mes del parto”* (Hoja política A21-A23).

*“Yo no soy de aquí y no tengo seguro y fui a C... (nombre EPS), dijeron que tenía que esperar tres meses y después fueron a censar y quedé en el SISBEN. Como yo estaba registrada en Aquitania no me podían atender acá...”* (Hoja política A24).

*“El último sí tuve dificultades porque tuve que pedir la autorización y finalmente para nada, porque nació la niña”* (Hoja política A27).

*“No me gusta odontología porque no pude asistir a cita; siempre me decían que me faltaba un papel y en C... (nombre de la EPS) es muy difícil”* (Hoja política A28).

*“... fila muy complicada porque habemos muchas mamitas embarazadas. A pesar de la fila prioritaria. Septiembre y octubre es pico y placa y toca hacer filas largas... La fila es lo cansón...”* (Hoja política A32).

*“Porque nosotros estábamos afiliados a S... T... (nombre EPS), entonces mi mamá se retiró de donde estaba trabajando, entonces ahí mismo decían que nos desafilaban pero no nos sacaban del sistema. Entonces, al sacar las citas (odontológicas) no las daban, solamente nos atendían los controles, solo atendían los controles”* (Hoja política A48).

*“No, pues la mayoría de veces, a veces me daban cita, tenía que ir hasta S., T... (nombre de la EPS) a que me autorizaran pa que me pudieran atender o si no, no me atendían sin la autorización de S... T... Lejísimos, eso hay que coger Transmilenio”* (Hoja política A56).

*“Mientras se demoraba el Transmilenio en llegar, mientras llegaba allá y hacía la fila. Pues, uno prioritaria pero como uno no es el único, también las que tienen niños, las que tienen bebés, las embarazadas, viejitos. Entonces, mientras toda esa fila y después lo mandan a uno a que se siente por ahí mientras después lo llaman a uno de ahí, siempre uno se demora”* (Hoja política A57).

Aunque, cabe considerar que dentro de los procesos administrativos, el embarazo per se se percibe también como un determinante que podría facilitar el acceso de las mujeres a la atención odontológica.

*“Pues, la verdad sí, porque una muchacha embarazada o una señora le queda más fácil porque la atienden más rápido. Pero, pues antes del embarazo eso era una cantidad de gente, es muchas filas, que uno tiene que pagar una cosa aquí, una cosa allá, tiene que una mano de papeles entonces pues la verdad sí, antes*

*del embarazo era un poco más complicado”* (Hoja política A 61).

Para cerrar el análisis del ámbito económico político es importante considerar la percepción que tienen de sí misma la mujer gestante como un sujeto de poder y con la posibilidad de hacer valer sus derechos. En este sentido, la mujer enfrenta una gran dificultad porque se percibe que ella desconoce o no hace valer sus derechos en salud, laborales, conyugales o de pareja. Esto parece ser el producto de la violencia familiar, social, del sistema de salud y del ambiente laboral que coarta sus derechos y perpetúa las condiciones injustas dentro del ámbito social, político y económico que busca mantener el statu quo. La mujer prefiere evitar cualquier situación conflictiva y que represente riesgos para ella o su familia, y esto parece ser el producto de un sistema económico sustentado en las doctrinas neoliberales que controlan el sistema de salud y de las tradiciones patriarcales que perpetúan las inequidades de género, que se perciben en apartados ya presentados (Hoja política A5, A14, A 34, A40 y A48- Hoja económica A3, A10 y A32) y en los que se presentan a continuación.

*“Él tenía pero era para jartarse y me cansé de eso... Y me vine”* (Hoja cultura A84).

*“En una ocasión una mujer mala clase que no me atendió bien pero me dio la cita”* (Hoja política A36).

*“La señora que atendía... Toda odiosa no se dejaba preguntar”* (Hoja política A29).

*“Uno madruga desde las cinco y esa gente que llega a las seis y media y se mete y la gente “miren hagan la fila que uno madruga”, y el celador mirando y no dice nada, pero normal... Esta semana empujaron a una embarazada y casi la tumban... Toda la fila es una sola fila, toda es la misma, ya la muchacha adentro entrega el ficho según lo que vaya... La muchacha si dice que sí, no hacen fila no entregan ficho... Pero usted sabe que la gente es muy terca”* (Hoja política A16).

*“Sí, por eso, porque no sabía que me podían atender por el seguro con el carnet que tenía”* (Hoja política A45).

*“Pues por mi culpa, bueno, yo no sé, porque yo fui a los controles y pues me hicieron lo exámenes y todo y según un examen que le hacen a uno para ver si uno tiene una infección o algo; pues, según eso, me lo hicieron y salió que no lo tenía y por esa infección fue que se me vino la niña”* (Hoja política A50).

El ámbito cultural y su relación con la atención odontológica de la mujer gestante

En el ámbito cultural se evidencia que alrededor de la gestación y del componente bucal de la salud existen diversas representaciones que determinan las condiciones de salud y,

particularmente, la asistencia a la consulta odontológica. En el nivel individual se observa que la relación de pareja puede influenciar positiva o negativamente la asistencia a la consulta odontológica. La forma como la mujer percibe el apoyo de su pareja, puede promover en ella comportamientos de cuidado para ella y para su futuro hijo. La sensación de abandono por parte de la pareja provoca en la gestante sentimientos encontrados de tristeza pero también el deseo de salir adelante a pesar de las dificultades. Sin embargo, se convierte en una barrera económica por la necesidad que tiene la gestante de resolver sus problemas básicos de subsistencia ante la carencia parcial o absoluta de una fuente de ingresos.

*“... el momento no era pero bienvenido...”* (Hoja cultural A4).

*“... lo recibí terrible... Mentira bien... Siempre le dio duro porque estaba planificando... Pero dijo que palante”* (Hoja cultural A51).

*“Más adelante yo le puedo dar a mis hijos lo mejor...”* (Hoja cultural A67).

*“... la verdad con él desde que supo que estaba embarazada no ha habido ningún tipo de contacto. Sí, ya él que supo que estaba embarazada me dio como la espalda, entonces ya el apoyo es de mi mamá...”* (Hoja cultural A95).

*“La decisión de asistir a consulta... De él, él siempre está pendiente que aparte la cita... Que vaya”* (Hoja cultural A 107).

*“... mi esposo me dijo que tenía que ir al odontólogo... Vaya a los controles... La encía se debilita... No pierde nada”* (Hoja cultural A130).

*“... no lo esperamos porque yo estaba planificando pero se enteró y dijo que bien... Porque ya no podíamos hacer nada”* (Hoja cultural A135).

Otro aspecto que se retoma de los apartados anteriores es la escasa planificación que hace la pareja de sus embarazos, pues en 3 de las 18 entrevistas se evidenció la intención que tenían las parejas de tener su bebé y esto pudo repercutir en algunas ocasiones en el interés de la gestante de asistir a sus controles prenatales y a la consulta odontológica.

*“... dos controles... No me gustaba ir... A mí nunca me han gustado los hospitales... No sentía necesidad de ir... En el embarazo anterior alcancé hacer como ocho... Con el primero uno tiene deseo de saber qué es pero con este no...”* (Hoja cultural A60).

*“No me lo esperaba y tampoco quería quedar embarazada ahorita en este momento, terminando ya de estudiar. Yo mis pensados no eran esos, mis*

*pensados eran seguir estudiando y ya pues que quedé embarazada...*" (Hoja cultural A113).

En el nivel individual es importante analizar la influencia de las representaciones construidas por la gestante durante su vida y que tienen que ver con la importancia, el desinterés que le otorga a su salud bucal o los temores que la mujer embarazada puede tener alrededor de su asistencia a la consulta odontológica. En este sentido se perciben la persistencia de creencias erróneas o algunos temores infundados; pero también se aprecian conocimientos adecuados que la mujer pudo haber construido, producto de sus embarazos anteriores, experiencias de familiares y amigos o de la educación impartida por los mismos profesionales de la salud.

*"... que se deber ir porque si yo tengo una infección afecta al bebé... Los dientes del bebé, igual si yo tengo una salud oral mal también él, entonces con más veras hay que ir..."* (Hoja cultural A10).

*"... no creo que las náuseas y vómito causen problema en la boca..."* (Hoja cultural A24).

*"... si uno tiene una infección y todo lo que uno come o traga todo le cae al bebé y usted se imagina que el bebé crezca con infecciones..."* (Hoja cultural A25).

*"A mi pareja le dio todo los síntomas del embarazo"* (Hoja cultural A29).

*"... si uno no tiene buena higiene oral los dientes del niño se apichan..."* (Hoja cultural A48).

*"Me molesta ir al odontólogo por el sonido de las pinzas..."* (Hoja cultural A49).

*"... le tengo un pavor ir al odontólogo; con el embarazo pasado perdí dos muelas y los dientes... Sí me dieron cita pero no fui capaz. Perdí los dientes porque no me hice controles... Perdí los dientes por el embarazo... Se me partieron... Es falta de calcio porque el bebé se está alimentando y toma el calcio de mí..."* (Hoja cultural A53).

*"... la condición de mi boca no afecta a mi bebé..."* (Hoja cultural A55).

*"... de hecho a uno no le sacan un diente durante el embarazo... Por lo mismo y tanto porque la mamita se altera y pierde el bebé, en odontología le hacen higiene... Hay algunos odontólogos que son muy bruscos... Pero es dependiendo del trato de las personas..."* (Hoja cultural A58).

*"... con un embarazo se pierde un diente o se le pica..."* (Hoja cultural A75).

*"... los dientes se volvieron más amarillos con el embarazo..."* (Hoja cultural A76).

*"... a odontología al principio de los meses después no es aconsejable y a los seis meses de nacimiento de la bebé se debe volver"* (Hoja cultural A89).

*"Claro porque al darme ganas de vomitar ya no me cepillo muy bien, me cepillo ya por cumplir, apenas una pasadita rápida"* (Hoja cultural A109).

Las experiencias en la atención bucodental previas o durante la niñez tienen una gran injerencia sobre los temores que la gestante tiene o mantiene y que influyen su asistencia; aunque, en general, las malas experiencias en la atención en salud parecen influenciar la asistencia a controles médicos y odontológicos.

*"A veces maltrata la encía o la lengua... Yo estaba estudiando y me mandaron para odontología... Yo fui... Y yo sentía todo, porque no me cogió la anestesia y me dolió..."* (Hoja cultural A56).

*"... no fui a ninguno... Le tengo pánico al hospital... Yo no, mis hermanos siempre en el hospital y yo le cogí miedo..."* (Hoja cultural A123).

*"... ir al odontólogo... Le tengo pavor... Ya me han sacado dos... Me maltrataron mucho y yo no vuelvo a sacarme otra muela..."* (Hoja cultural A129).

Las representaciones de la familia y los amigos pueden influenciar su asistencia a la consulta odontológica, aunque su impacto directo no parece evidenciarse de manera notoria. Valdría la pena anotar que no se podría descartar que algunos de los conocimientos o creencias acertados o equivocados que tienen las gestantes podrían ser el efecto de la educación familiar, pero la mujer no puede reconocerlo por venir de la tradición oral y de su aprendizaje en diversos momentos de su vida.

*"Mi mamá decía que a una mujer en embarazo no se le saca una muela... Pero yo de todos modos fui..."* (Hoja cultural A45).

*"... no falta la persona que le dice a uno que durante el embarazo los dientes se ponen blanditos... Pierde uno calcio..."* (Hoja cultural A64).

*"Yo diría que bien... Una muelita que me molestaba... Me decían que no me podían sacar... Me lo dijo una compañera de trabajo..."* (Hoja cultural A125).

Contrario a lo esperado, las representaciones de los profesionales de la salud o la interpretación que pueden hacer las mujeres gestantes de estas inciden de manera negativa para que la gestante acuda a la consulta odontológica o para que elabore sus conceptualizaciones alrededor de los cambios bucales durante la gestación y los cuidados que debe implementar en este periodo.

*“La radiografía le hacía daño al bebe y por ello no se podía hacer el conducto... Debo volver dos meses después del parto para terminar el tratamiento”* (Hoja cultural A32).

*“... me dijeron que la encía estaba inflamada por el embarazo...”* (Hoja cultural A65).

Para cerrar el tratamiento de los aspectos del nivel individual del ámbito cultural es importante analizar los cambios biopsicosociales asociados al embarazo y que son reportados por las mujeres, la injerencia de la acumulación de patologías bucales durante el curso de su vida y que pueden llegar a agudizarse en relación con las modificaciones orales que se registran en el periodo de embarazo y de la alternativa que tienen las mujeres de adherirse a los tratamientos odontológicos durante la etapa de gestación. Estos aspectos son importantes al momento de promover la salud bucal durante todo el ciclo de vida de la mujer, pero en particular durante la gestación. Dentro de los cambios percibidos las mujeres reportaron que:

*“Para nosotros fue sorpresa”* (Hoja cultural A3).

*“... el vómito fue como normal y fue sólo los tres primeros meses y para de ahí para allá empezó a pasar...”* (Hoja cultural A12).

*“Los primeros meses ahí regular porque muchos mareos, vómito, todo; o sea de todo, muy fastidioso; no podía ver la comida; pero ya últimamente normal”* (hoja cultural A19).

*“... nos asustó porque hace ocho días estuvo hospitalizada y ahora la remitieron para acá por preclampsia y dicen que el bebido no crece... Pero sinceramente yo hago lo mejor que puedo... Trato de ser una persona responsable... No me explico cuál puede ser la causa...”* (Hoja cultural A52).

*“... me enfermé de la boca por culpa de mi embarazo”* (Hoja cultural A54).

*“... comí mucho... No terminaba de comer y ya quería más... Embarazo anterior me dieron muchas nauseas”* (Hoja cultural A61).

*“... la verdad, cuando yo vomitaba pues era la sensación de las agrieras, como que me quemaba la garganta, pero la boca no...”* (Hoja cultural A101).

Del acumulado de patologías durante el ciclo de vida de las mujeres estas reportaron que:

*“... siempre he sufrido con salud oral... Lo que pasa es que desde pequeña me habían colocado calzas desde que tenía como un añito; no sé por qué...”* (Hoja cultural A7).

*“... con el embarazo he visto más sangrado de las encías más que todo... Por eso mismo las muelas tengo dos que están huecas, acá al frente también, entonces eso repercute”* (Hoja cultural A8).

*“... los problemas orales vienen de atrás...”* (Hoja cultural A13).

*“Me hicieron higiene oral, me sacaron un diente. Antes sufrí por esa muela y mi salud oral siempre tuve problemas con ese diente. Cuando me sacaron la muela se me redujo el mal aliento porque no se acumuló comida”* (Hoja cultural A45).

*“... al odontólogo nunca había ido... Siempre me ha sangrado porque esta la tengo rota... Se me había dañado apenas un pedazo... De la boca fue igual antes, durante y ahora...”* (Hoja cultural A117).

*“... se me había caído antes...”* (Refiriendo al embarazo) (Hoja cultural A127).

*“... antes del embarazo me sangraba la encía, pero poquito... Ahora es más...”* (Hoja cultural A133).

En cuanto a la adherencia al tratamiento se destaca que la mujer asume con frecuencia su atención como una obligación con miras a garantizar la salud de su hijo, más que como un tratamiento que puede redundar en su beneficio. Aunque para algunas el significado estético del cuidado bucal es muy importante:

*“Las experiencias de atención odontológica anteriores... A veces es por lo que es doloroso, o sea algunas cosas que duele harto pero igual me han atendido bien, solo es eso el dolor... A veces si a uno le da pereza, pero igual hay que ir así le duele...”* (Hoja cultural A9).

*“Procuro ir al odontología cada año para hacerme la limpieza”* (Hoja cultural A30).

*“Se queda sin dientes y queda uno feo”* (Hoja cultural A31).

*“No había sistema y me dijo que me fuera temprano para que me dieran atención y me dijo que llevara crema, cepillo, hilo y yo me olvidé; y como era para enseñarme a cepillar y yo sé...”* (Hoja cultural A37).

*“La consulta odontológica la hice cuando tenía tres meses, apenas supe que estaba embarazada”* (Hoja cultural A42).

*“Uno no va por descuido, pero la presentación es la dentadura”* (Hoja cultural A45).

*“Se me cayó esta calcita; solo cepillado ni listerine ni seda dental; voy una vez al año y el odontólogo me decía que tenía buen cuidado dental; usualmente iba por revisión”* (Hoja cultural A47).

“... en odontología le hacen higiene... Hay algunos odontólogos que son muy bruscos... Pero es dependiendo del trato de las personas” (Hoja cultural A58).

“... me sangraba mucho la encía... Sabor metálico... Yo fui me hicieron la limpieza y que hiciera buches de agua tibia... En odontología me dijeron que tenía inflamada la encía... Pero no me hicieron nada, me volvieron a citar... Ya estaba para tener el niño” (Hoja cultural A62).

“... no me gusta ir a odontología... Antes iba... Para la limpieza” (Hoja cultural A63).

“... no pude volver a odontología porque todo lo dejé para última hora...” (Hoja cultural A66).

“... si yo tengo ganas porque yo me he descuidado... Para que me hagan la limpieza...” (Hoja cultural A80).

“... la salud oral antes del embarazo... Era terrible...” (Hoja cultural A99).

“No porque uno debe de poner de su parte y, pues sí, cumplir con lo que sea mejor para el bebé. Pues lo que le he dicho, que por ejemplo ahorita cuando venía en el bus trata de darme como mareos y eso, pero sin embargo, aquí estoy...” (Hoja cultural A110).

El embarazo para algunas se convierte en una oportunidad para asistir a la consulta odontológica:

“Antes del embarazo... Nunca había ido al odontólogo” (Hoja cultural A103).

“... yo siempre voy (a odontología), pero cuando estoy embarazada, mientras tanto no voy...” (Hoja cultural A108).

La educación en salud oral se constituye en un elemento esencial que se debe estructurar en forma adecuada; sin embargo, es fundamental una transformación en los esquemas de atención buscando alternativas que promuevan la salud bucal durante todo el ciclo vital de la mujer e incentiven las acciones preventivas durante la etapa gestacional.

“... hasta ahora me estoy enterando de todo, porque como es primera vez (primigestante)...” (Hoja cultural A11).

“Esta es la segunda... Yo vine el 27 de Abril con la doctora... Bien como explica... Estuve como tres horas con la doctora, me revisó todas mis historias... Nos demoramos, pero la doctora explica cómo es... Explica punto por punto y nos pregunta a ver si nos quedó algo; y después vuelve y enseña y vuelve y pregunta... Eso lo corcha a uno” (Hoja cultural A26).

“Nadie me comentó de los cambios que podían tener en la boca durante el embarazo y los efectos sobre el bebé” (Hoja cultural A35).

“No sabíamos que la odontología era importante durante la gestación (Hoja cultural A36)”.

“... me regañaron... Pero tenían la razón... No se sabe el líquido que el niño tiene en el cerebro... Me dicen que me podían ayudar cuando el bebé está en la barriguita” (Hoja cultural A72).

“Es bueno porque le dicen a uno cómo está la dentadura y que debe hacer para mantenerla bien cuidada” (Hoja cultural A88).

Ya en el nivel particular, los diferentes actores involucrados en el proceso de atención odontológica de las mujeres pueden constituirse en redes de apoyo y, de manera específica, en la forma como se establece la relación profesional-mujer gestante, puede promover mejores condiciones de salud bucal y de asistencia a la consulta odontológica.

“Antes me dicen que es conveniente ir... Todo el mundo me dice que es necesario ir...” (Hoja cultural A25).

“... antes me decían que era bueno ir a odontología para que le hagan a uno la limpieza...” (Hoja cultural A78).

“Pues ahorita, los doctores lo que me han explicado es que me puede afectar el bebé, la salud del bebé y pues también me han dicho que, o sea, también se me pueden caer los dientes...” (Hoja cultural A98).

En el nivel general, se reconoce que los patrones patriarcales, las relaciones de género y las normas educativas producen y reproducen condiciones de inequidad, de marginación y discriminación social que repercuten sobre las redes sociales y sobre las formas como actúan los profesionales de la salud al interior de las instituciones de salud. Esto implica que, usualmente, se establecen relaciones inequitativas con los “pacientes” y en particular con las mujeres gestantes, incidiendo a su vez en la forma como la gestante construye o reconstruye su realidad social entorno a su salud, el componente bucal y a los significados que elabora frente a su atención odontológica.

En este sentido se ilustra cómo algunas diferencias injustas pueden convertir la atención odontológica en un aspecto más que profundiza las inequidades sociales y acrecienta las brechas entre aquellos que tienen y los que no tienen acceso adecuado y oportuno a la atención en salud.

“... a unas personas las atienden bien a otras no... La atención debería ser igual para todos...” (Hoja cultural A59).

La normatividad escolar tiende a marginar a las adolescentes embarazadas y, de esta forma, aumenta su probabilidad que deserten del sistema escolar. Estas condiciones pueden perpetuar la pobreza, la marginación y reducir las opciones para que las mujeres puedan asumir el cuidado personal, la asistencia a sus controles y a la consulta odontológica

*“... no terminé colegio porque me dieron licencia de maternidad...”* (Hoja cultural A85).

El sistema de justicia perpetúa la impunidad, permitiendo que los padres no asuman la paternidad de manera responsable, respondiendo económica y socialmente, y forzando a la mujer asumir la maternidad solitaria como única alternativa. Lo anterior incide también en las posibilidades que ellas tienen para asistir de manera adecuada a los controles establecidos, incluyendo su cuidado bucal.

*“... él que supo que estaba embarazada me dio como la espalda...”* (Hoja cultural A95).

El temor de las jóvenes madres de verse desprotegidas o discriminadas por su núcleo familiar es un reflejo de los patrones patriarcales que aún persisten en nuestra sociedad; ello implica algo que es necesario reconfigurar si se espera una transformación que le permita a la mujer constituirse en dueña de su vida, de su cuerpo, su pensar: una mujer que reconoce la posibilidad de vivir el presente y forjar un futuro sustentada en sus propias capacidades para ser, hacer y trascender.

*“... no me hablaba los primeros días, a penas como ‘hola’, porque yo estaba ahí; pero ese hombre decía: ‘Qué tristeza de mujer’ [risas]. O sea, le dio más duro a él y mi mamá lloraba todos los días, pero después ya fue normal...”* (Hoja política A49).

*“... tenía mucho miedo de contarle a mi papá, de que él se enterara. Ya cuando mi mamá fue la que habló con él, mi mamá le contó y pues sí le dio un poquito duro pero no fue algo grave...”* (Hoja cultural A111).

### La triangulación con base en los grupos propuestos

Este análisis ilustra aspectos comunes que enfrenta la mujer gestante en su ruta de atención odontológica, que se sustentan en determinantes del nivel individual, particular, así como del general y en los ámbitos económicos, políticos y culturales. Sin embargo, algunos criterios en cada grupo (las gestantes que van o no van al control prenatal, las gestantes que asisten o no asisten a la consulta odontológica y las que registran periodontopatías y las que no las presentan) muestran a su vez unos determinantes específicos que influyen de manera diferencial la asistencia a la consulta odontológica de las mujeres durante su embarazo.

Una comparación entre los grupos de mujeres que se entrevistaron durante el control prenatal y las que se interrogaron durante el control postparto, permite percibir que las representaciones relacionadas con temor a la consulta odontológica y las asociadas con la salud oral durante el embarazo son más frecuentes en las mujeres que están en sus

controles prenatales en comparación con aquellas que están en el control postparto.

Las mujeres que trabajan tienen mayores dificultades para asistir a sus controles prenatales o tienden a asistir en estadios avanzados del embarazo a su control prenatal. Aunque, en este sentido, es de anotar que se percibe que la trayectoria laboral (la permanencia de la mujer en el puesto de trabajo) se puede convertir en un factor que facilita que la gestante pueda asistir a sus controles con mayor facilidad si se compara con aquellas que registran trabajos esporádicos, muy frecuentes en los sistemas de contratación de carácter no formal.

Las mujeres que se demoran en asistir a sus controles prenatales, o que no van a este, tienen mayor dificultad de asistir a la consulta odontológica o no logran adherirse en forma adecuada al tratamiento odontológico que ellas requieren. Las gestantes que perciben un mayor sangrado en la encía durante su cepillado tienden a solicitar consulta odontológica con mayor frecuencia que aquellas que perciben que su condición gingival es similar a la registrada antes de su embarazo.

Las mujeres que asistieron a sus controles prenatales desde los estadios iniciales, parecieron recibir mejor información relacionada con los cambios bucales asociados al embarazo, los potenciales riesgos que la condición oral pueden representar para ella o para su hijo y mayor posibilidad de asistir a la consulta odontológica. Esto se pudo evidenciar en las mujeres que se vincularon al programa de salud bucal de las gestantes desarrollado en los hospitales incluidos en esta investigación.

### Discusión

El objetivo de esta investigación fue identificar el proceso salud-enfermedad-atención bucal de la gestante desde la visión de las mujeres con base en la Determinación Social de la Salud. En este sentido se puntualiza que, tanto desde los abordajes de la epidemiología clásica como de los interpretativos, se han realizado investigaciones que buscan analizar las representaciones que tienen las gestantes en relación con su salud bucal y su atención odontológica; la novedad introducida en este trabajo se sustenta en la forma como se retoma la Determinación Social de la Salud y, en particular, los postulados de Breilh para configurar el perfil de la determinación social y en él los procesos protectores y destructivos del perfil epidemiológico de la determinación social para configurar el proceso salud-enfermedad-atención bucal de la mujer gestante de acuerdo a los planteamientos de Menéndez (4,5). Esto implicó reconocer que, a partir de las representaciones de las gestantes, se pueden identificar determinantes del nivel individual, particular y general, así como la dinámica y la subsunción que existen entre los diferentes niveles de la determinación.

Es importante reconocer los retos que se enfrentan cuando se intenta describir los determinantes en cada uno de los niveles y cada uno de los ámbitos tanto político, económico como cultural; pues la realidad no es plana, lineal ni fragmentada, es compleja y dinámica (10). De esta forma, cada uno de los aspectos analizados se relacionan entre niveles y con otros ámbitos; lo anterior, quizás, se evidencie más en la relación de lo económico y lo político, pues cuando se intentaban disgregar en el proceso descriptivo, la práctica los unía continuamente y esta es la razón por la que los resultados políticos y económicos en los niveles individual, particular y general se presentan unidos. Adicionalmente, estos emergen en algunos momentos de la descripción de los resultados del ámbito cultural.

La configuración del proceso salud-enfermedad-atención bucal de las gestantes sustentada en sus representaciones proporciona una visión integrada, integral y permite captar la dinámica que orienta este procesos y podría facilitar la formulación de planes de acción orientadas a los diferentes niveles de la determinación social con efectos a corto plazo apoyados en intervenciones en el nivel individual- A mediano plazo se podrían emprender acciones en el nivel particular y, a largo plazo, se podrían impulsar transformaciones en el nivel estructural (4). Lo anterior permitiría superar la simple intervención en la gestante y la tendencia a culpabilizarla del deterioro y las patologías bucales que registra (11).

En este sentido, hay investigaciones previas que han abordado algunos de los aspectos analizados, pero usualmente de manera fragmentada. Aunque es importante reconocer que dichos estudios se constituyeron en el punto de partida en la estructuración de las entrevistas, buscando de esta forma integrar aspectos en todos los niveles de la determinación social. Con esta base, es necesario reconocer que el abordaje de los aspectos relacionados con las representaciones de las gestantes con respecto a su salud bucal y su atención odontológica es un tópico que se aborda con frecuencia en los trabajos relacionados con el tema, aunado a aquellos que identifican las potenciales barreras percibidas por las gestantes en su atención bucal. Callejo y cols., reportan cómo las mujeres embarazadas han tejido una serie de mitos y creencias alrededor de su estado y su atención bucal y pudieron establecer asociación con determinantes socioeconómicos como el nivel educativo, la procedencia, entre otros; se trata de aspectos que también se percibieron en este trabajo (12). Rengifo enfatiza la importancia de los hábitos, las creencias y las motivaciones de cada individuo y de la influencia del contexto de familiar y social sobre ellos; la información que se toma del contexto es comprendida y aprehendida de acuerdo a las características de cada persona y de su entorno social (13). Escobar-Paucar y cols., refieren cómo la función social de la maternidad se constituye en un

hecho trazador en la vida de una mujer, pero en el que hay múltiples sentimientos, algunos contradictorios, y en el que la salud bucal no es una preocupación central del proceso de gestación. Tales elementos coinciden con las apreciaciones que Miraschi y cols., y Saddki y cols., exponen en sus procesos investigativos (11,14,15).

Saldarriaga y cols., muestran en su trabajo cómo las gestantes no consultan al odontólogo a pesar de las molestias, por no darle importancia o por falta de tiempo. Saddki y cols., y Thomas, reportan que el temor al dolor, la ansiedad y la situación económica de la mujer durante su embarazo influyen su asistencia a la consulta odontológica (15,18). Mientras que Córdova y cols., lo relacionan con el nivel de conocimiento en salud oral y el nivel educativo de las mujeres (15-17).

Romero y cols., Ayala de Vega y cols., refieren la injerencia de los planes de estudio en los procesos de formación de los odontólogos, la experiencia, la calidad de estos procesos de formación, la capacidad para trabajar en forma interdisciplinaria y la influencia del modelo biomédico como aspectos que limitan la atención a las gestantes y la remisión oportuna a la consulta odontológica (18-21). Ayala de la Vega y Saddki y cols., reportan cómo la dinámica institucional, sustentada en la calidad de la atención, los tiempos de espera, los procesos de remisión y verificación de la adherencia a los tratamientos, así como la relación odontólogo-mujer gestante se convierten en determinantes cruciales para que la gestante pueda asistir y darle continuidad a su tratamiento odontológico (15,20).

En el nivel estructural, hay investigaciones que exploran el impacto de las políticas de salud relacionadas con la atención odontológica (22); sin embargo, se hace necesario profundizar sobre las políticas orientadas a promover la salud bucal en las gestantes a nivel de los entes territoriales. Cabe resaltar el interés particular que muestra el Distrito Capital (2) y en el campo educativo las universidades en el proceso de incentivar el acceso de la gestante a la consulta odontológica como una potencialidad que tienen las alianzas entre el sector público y privado para mejorar la salud bucal y la calidad de vida de las mujeres durante su embarazo

La integración de los aspectos descritos previamente ya se había presentado en una publicación anterior, pero en ese trabajo sólo se retomaban estos aspectos de manera teórica (3). La fortaleza de la investigación actual es que en ella se pueden aplicar muchos de los criterios expuestos en ese texto; promoviendo la visión integral y de la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención que se plasma en la realidad del proceso salud-enfermedad-atención bucal de la mujer durante su gestación, ilustrando la importancia que tiene para los diferentes profesionales, en particular los odontólogos,

la implementación de procesos que permitan integrar la determinación social en su práctica diaria. De esta forma, se establecen algunos elementos que permitirían trascender la comprensión de los eventos relacionados con el proceso salud-enfermedad-atención de los individuos, y en especial de las colectividades, desde una visión reduccionista, biológica y lineal hacia una visión compleja, histórica y dialéctica del proceso salud-enfermedad-atención en estudio y de esta forma poder promover la comprensión y la transformación de la atención odontológica de la mujer durante la gestación.

Los resultados de este trabajo incentivan la necesidad de explorar las percepciones que tienen otros actores involucrados en la ruta crítica de la atención odontológica de la mujer durante su gestación, con el propósito de poder triangular las percepciones de las gestantes con la de profesionales, coordinadores, administradores y otras personas que tienen que ver directa o indirectamente con su proceso salud-enfermedad-atención bucal. Lo anterior se afirma dado que la visión desde todos estos actores permitirá dilucidar de una mejor manera el proceso y generar la posibilidad de incidir sobre otros aspectos cruciales que podrían no ser percibidos por las mujeres gestantes.

De forma preliminar se concluye que la ruta crítica de la atención odontológica de la mujer durante su gestación se ve influenciada por determinantes del nivel individual, singular y general, tanto de los ámbitos político, económico como cultural, que se relacionan entre sí. Se trata de elementos que evidencian algunos procesos que pueden promover o desincentivar la asistencia de la gestante a la consulta odontológica; se plantea, por lo tanto, la necesidad de intervenir en los diferentes niveles para lograr transformar esta ruta crítica a corto, mediano y largo plazo, y de esta forma promover una mejor salud bucal y una mejor calidad de vida en las gestantes.

### Conflicto de interés

Ninguna de las instituciones mencionadas proporcionó ni tuvo influencia en el diseño del estudio, la recolección, análisis o interpretación de los datos, así como en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito

### Financiación

Financiación otorgada por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS), Grant No. 130849326234.

### Agradecimientos

La autora agradece a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia por el auxilio de viaje para la participación en el XII Congreso Latinoamericano en Medicina Social y Salud Colectiva y XVIII Congreso Internacional de Políticas de Salud, del 3 al 8 de noviembre de 2012 para la divulgación de los fundamentos teóricos del presente trabajo “Enfoque de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención bucal de la mujer gestante en Colombia”.

La autora también agradece a los hospitales de Usaquén, Suba y Engativá por su colaboración para la realización de este estudio.

### Referencias

1. **Fresneda-Bautista O.** Inequidades en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá. En: Restrepo DI. Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá positiva-Centro de investigaciones para el desarrollo -CID-, Universidad Nacional de Colombia; 2010. 208-219.
2. **Ternera-Pulido JH.** Informe final seguimiento metas distritales de salud oral 2008-2011. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2012.
3. **Concha-Sánchez SC.** La salud oral de las mujeres gestantes, sus repercusiones y los aspectos que influyen en su atención. *Rev. Ustasalud.* 2011;10:110-26
4. **Breilh J.** Epidemiología. Económica, política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Séptima edición. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador-Corporación Editorial Nacional; 2010.
5. **Menéndez E.** La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades.* 1994;4:71-83.
6. **Sacchi M, Hauberger M, Pereyra A.** Percepción del proceso salud/enfermedad/atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva.* 2007;3:217-83.
7. **Jodelet D.** Representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: *Psicología Social.* Barcelona: Paidós; 1988.
8. **Tezanos A.** Aproximaciones metodológicas para la enseñanza del enfoque cualitativo-interpretativo para la investigación social. Bogotá: Colección pedagogía S.XXI; 1999. 26-31.
9. Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 2000. Disponible en: <http://ley100.com/portal/salud/saludpublica/62-saludpublica/125-resolucion412>. [Consultado el 1 de diciembre de 2012].
10. **Almeida-Filho N, Barreto ML.** Epidemiologia & Saude. Fundamentos, Métodos, Aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

11. **Escobar-Paucar G, Sosa-Palacios C, Burgos-Gil LM.** Representaciones sociales del proceso de salud enfermedad bucal en madres gestantes de Medellín, Colombia. *Salud Pública de México.* 2010;52:46-51.
12. **Callejo-Solano KV, Villegas-Ramírez P, Gutiérrez-Cedeño MM.** Mitos durante la atención odontológica en el embarazo. Disponible en: <http://salud.edomexico.gob.mx/imiem/doc/abstrac20.pdf>. [Consultado el 1 de diciembre de 2012].
13. **Rengifo HA.** Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2009;20:171-8.
14. **Miraschi C, Ríos M, Urzúa JP, Barahona P.** Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas chilenas e inmigrantes peruanas. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2009;26:455-61.
15. **Saddki N, Yusoff A, Hwang YL.** Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care service in a sample of neonatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *Biomed Central.* 2010;10:75. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/75>. [Consultado el 1 de diciembre de 2012].
16. **Saldarriaga OJ, Sánchez M, Avendaño L.** Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003. *Revista CES Odontología.* 2004;17:9-23.
17. **Cordova JA, Bulnes RM.** Nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal en gestantes. Hospital de la mujer Villahermosa, Tabasco. *Horizonte Sanitario.* 2007;6:18-25.
18. **Thomas NJ, Middleton PF, Crowther CA.** Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a post-natal survey. *BMC Pregnancy and childbirth.* 2008;8(13). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/13>. [Consultado el 1 de diciembre de 2012].
19. **Romero-Méndez Y.** Representaciones sociales del profesional de la salud bucal. *Odous Científica.* 2007;8:21-32.
20. **Pachas FM, Sánchez YD, Carrasco MB, Suarez M, Villena R.** Perfil de atención de salud en gestantes y niños de 0-71 meses de edad, de un puesto de salud del Cono Morete-Carabayllo, Lima-Perú. *Rev Estomatol Herediana.* 2008;18:83-92.
21. **Ayala de la Vega GR.** Impacto social de los programas de salud oral en gestantes del centro de salud Carmen de la legua Reynoso-Callao 2001. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. Tesis para optar el título de Magister en Estomatología. 2004 Disponible en: [http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/ayala\\_vg/pdf/ayala\\_vg-TH.back.1.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/ayala_vg/pdf/ayala_vg-TH.back.1.pdf). [Consultado el 1 de diciembre de 2012].
22. **Couto MD, Vasquez N, Esser J.** Antropología médica: Una necesidad hacia una mayor humanización en la odontología. Disponible en: <http://www2.scielo.org.ve/pdf/rce/v17n30/art06.pdf>. [Consultado el 1 de diciembre de 2012].
23. **Franco AM, Ochoa E, Martínez E.** Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *Rev Fac Odont Univ Ant.* 2004;15:78-90.