

Determinantes de la utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes universitarios del municipio de Pasto, 2011

Determinants of dental health service use among university students in the Pasto municipality, 2011

Anderson Rocha-Buelvas¹; Arsenio Hidalgo T²; Ángela Hidalgo-Eraso³

¹ MSc. Salud Pública, Universidad del Valle, asesor Proyectos IDSN. Correo electrónico: rochabuelvas@gmail.com.

² MSc. en Matemática Aplicada, Especialista en Epidemiología, docente-investigador, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad de Nariño.

³ Especialista en Estadística. Estadístico Regional de EPS EMSSANAR –Nariño.

Recibido: 20 de septiembre del 2012 Aprobado: 16 de Julio del 2013

Rocha-Buelvas A, Troya A, Hidalgo-Eraso A. 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.

Resumen

Objetivo: identificar los factores determinantes de la utilización de los servicios de salud bucal en hombres y mujeres universitarios del municipio de Pasto, Departamento de Nariño (Colombia). **Metodología:** en una muestra de 338 estudiantes de una universidad, se aplicó una encuesta confidencial, elaborada con base en estudios previos utilizando un modelo comportamental de uso de servicios de salud. **Resultados:** la prevalencia de utilización de los servicios de salud bucal fue del 57%. Se encontró con respecto a *factores de predisposición*, que más de la mitad de la población encuestada eran adultos jóvenes entre 20-24 años; que asistían más a la consulta los estudiantes de semestres académicos superiores y menos los de mayor edad; que la mitad pertenecían a un estrato socioeconómico medio y que una décima parte poseían un bajo apoyo social. Se encontró sobre *factores de capacidad* que las tres cuartas partes que respondieron tener un buen estado de

salud, eran los que más utilizaban los servicios de salud bucal; que los que respondieron estar satisfechos con la apariencia de sus dientes, eran los que menos utilizaban los servicios de salud bucal; que una tercera parte había tenido un mal estado de salud bucodental y que casi la mitad tuvo problemas dentales. Sobre los *factores de necesidad* se encontró que cuando un estudiante tiene afectada su calidad de vida por minusvalía asiste más a la consulta odontológica en el último año. **Conclusión:** existen leves diferencias por sexo en la utilización de los servicios de salud bucal y que si bien en esta población el resultado fue mayor que en otros estudios, no necesariamente este resultado garantiza que tengan una mejor salud bucal.

----- *Palabras clave:* utilización de servicios de salud, estudiantes universitarios, determinantes de inequidades en salud, salud oral, salud Colombia.

Abstract

Objective: to identify the determinant factors of dental health service use among university students in the municipality of Pasto (located in the Nariño Department), Colombia. **Methodology:** a confidential survey was used on a sample of 338 university students. This survey was based on previous studies and used a behavioral model representing healthcare service use. **Results:** the use of dental health services

amounted to 57%. As for enabling factors, more than half of the population surveyed was young adults aged 20-24. In addition, students from later semesters used the oral health services more frequently, while older students used them the least. Similarly, half of the students belonged to the middle class and a tenth of them had low social support. As for predisposing factors, three fourths expressed they 'have a

good health state', and these were the individuals who used dental health services most often. Likewise, the students who responded they 'are satisfied with the appearance of their teeth' were the individuals who used said services less often. Finally, a third had a bad oral health and almost half of the participants responded they 'have dental problems'. In relation to need factors, the students whose quality of life was negatively affected by physical disability used dental health services

more often in the last year. **Conclusion:** there are minimal differences between the sexes in terms of the dental services use. Also, although the use of dental health services is high among this population, this does not necessarily ensure that they have a better oral health.

----- *Keywords:* healthcare utilization, university students, determinants health inequalities, oral health, health Colombia.

Introducción

En Colombia, los hallazgos en materia de salud bucal más significativos solo se encuentran plasmados en el III Estudio Nacional de Salud Bucal realizado en 1997. La situación de salud bucal para la región pacífica que incluye al departamento de Nariño, permitió deducir que no se alcanzó la meta propuesta por la OMS [1].

Desde el análisis de determinantes de salud bucal es posible establecer factores diferenciales en la utilización de los servicios de salud bucal [2-3], por esta razón es un fuerte predictor de salud bucal [4-6]. Según Andersen, la presencia de factores determinantes de la utilización de los servicios de salud bucal de los individuos, tales como los factores de predisposición (inherentes al paciente e independientes de su patología), los mediadores o de capacidad (facilitan u obstaculizan la utilización de los servicios de salud y son susceptibles a los cambios en las políticas de salud) y los de necesidad (la percepción y gravedad de los síntomas de enfermedad) pueden afectar la procura de cuidados médicos u odontológicos [7]. Dado lo anterior, esta investigación utilizó el modelo comportamental de uso de los servicios de salud de Andersen (figura 1), puesto que ha reportado en otros estudios un alto nivel de morbilidad, aunado a esto las variables so-

ciodemográficas, las diferencias de las dimensiones del modelo explicativo (estructura social, condición socioeconómica, creencias y valores) han indicado presencia de desigualdades, una vez que estos factores influyen la distribución de los servicios de salud. Es así como hay variabilidad en la utilización de los servicios de salud bucal por cuenta de las prácticas de autocuidado y las visitas odontológicas, que a su vez varían de acuerdo a la edad, estado socioeconómico, etnicidad, redes sociales, urbanización y especialmente género [8].

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo. Se utilizó una encuesta confidencial, elaborada con base en estudios previos utilizando el modelo comportamental de uso de los servicios de salud de Andersen [9] (figura 1) adaptado para Odontología por Kiyak [10]. Con la revisión provisional se realizó un estudio piloto (18 encuestas) para comprobar la comprensión del cuestionario. Asimismo, se preguntó a los encuestados si el cuestionario carecía de algún aspecto que fuera importante para ellos. Se administró la encuesta al interior de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Pasto, en salones y momentos acordados con la dirección académica, eligiendo sistemáticamente a los

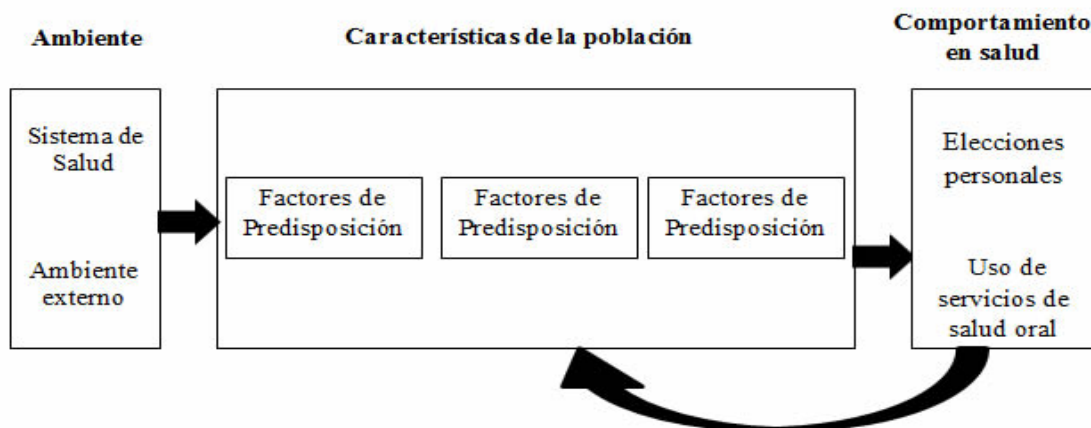


Figura 1. Modelo comportamental de la utilización de los servicios de salud bucal

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

estudiantes de cada programa académico. El criterio de inclusión utilizado fue: estudiantes universitarios de los programas académicos de Medicina, Odontología, Auxiliares de Enfermería, Ingeniería Industrial, Derecho y Contaduría de esta institución matriculados en el primer semestre de 2011. Se excluyeron estudiantes universitarios pertenecientes a otra institución de educación superior en el municipio de Pasto. Se realizó muestreo probabilístico. El primer muestreo fue estratificado mediante la distribución porcentual de los estudiantes por sexo, programa académico y semestre; por último, un muestreo por cuotas de cada semestre, con el fin de obtener un número suficiente de estudiantes.

Se establecieron tres variables de exposición basadas en los factores determinantes del acceso a servicios de la salud bucal como: 1) factores de necesidad producto de la revisión del OHIP-14 *Oral Health Impact Profile* (con su traducción al español) [11], cuyas variables fueron: malestar físico, limitación funcional, dolor físico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía; 2) factores de predisposición, cuyas variables fueron sexo, edad, pertenencia a un grupo étnico, programa que estudia y semestre que cursa, estado civil y si se encuentra empleado, 3) factores de capacidad, cuyas variables fueron estado de salud, estado de salud bucodental, problemas dentales, salud mental, satisfacción con apariencia de los dientes, estrato socioeconómico, apoyo social (Duke-11), conocimiento sobre derechos de atención en salud bucal y conocimiento sobre derechos de atención en salud general. En cuanto a la variable de resultado se determinó “haber consultado un odontólogo en los últimos 12 meses”.

Se realizaron medidas de frecuencia, con el fin de determinar los factores determinantes según edad, estado civil, pertenencia a un grupo étnico, situación laboral, semestre académico y estrato socioeconómico diferenciados por sexo. Se obtuvieron prevalencias de uso de

servicios de salud bucal, por tipo de servicios con sus respectivos intervalos de confianza al 95% de acuerdo al sexo. En este manuscrito solo se presentan factores de predisposición, de capacidad, de necesidad asociados a la utilización de servicios de salud bucal a través de análisis bivariado. Para la asociación entre variables sociodemográficas y la frecuencia en la utilización de servicios de salud bucal se utilizó la prueba de significancia estadística Chi cuadrado. Las bases de datos fueron exportadas a Stata 10® y SPSS® versión 17 para su análisis.

Resultados

En cuanto a *factores de predisposición* la población de estudiantes estuvo compuesta por un 58% de mujeres. La mayoría de la población universitaria encuestada se encontraba en el grupo etéreo de 20-24 años (56%). El 34% de los y las estudiantes entrevistados estudian Derecho, seguido de Medicina con un 28%. El 91% eran solteros y sólo el 6% reconoció pertenecer a un grupo étnico. Solo un 3% de los estudiantes, además de estudiar, trabajaban. El 59% de la población encuestada pertenecen al estrato socioeconómico 3-4 y el 12% tienen un bajo apoyo social.

En cuanto a *factores de capacidad*, en los últimos doce meses, casi la cuarta parte de la población encuestada afirmó poseer un mal estado de salud con diferencias significativas por sexo. Un 15% de los hombres y un 29% de las mujeres reconocen que en los últimos doce meses tuvo afectación emocional por situaciones de salud. En el último año el 40% considera que tuvo una mala salud mental, en el caso de los hombres el 31% y en las mujeres el 47%. El 83% responden estar satisfechos en los últimos doce meses con la apariencia de sus dientes a pesar de que el 31% respondieron poseer un mal estado de salud bucodental, mientras el 47% afirmó haber tenido problemas dentales (tabla 1).

Tabla 1. Situación de salud de la población de estudio, Pasto 2011*

Variables	Hombres		Mujeres		p-valor	Total	
	n	%	n	%		n	%
Estado de salud b							
Bueno	113	79,0	133	68,9	0,039	246	73,2
Malo	30	21,0	60	31,1		90	26,8
Afectación emocional por situación de salud b							
No	113	85,0	132	71,0	0,004	245	76,8
Si	20	15,0	54	29,0		74	23,2
Salud Mental							
Buena	99	69,2	101	52,9	0,003	200	59,9
Mala	44	30,8	90	47,1		134	40,1

Continuación tabla 1

Variables	Hombres		Mujeres		p-valor	Total	
	n	%	n	%		n	%
Satisfacción apariencia de los dientes							
Satisfecho	114	82,6	158	84,0	0,731	272	83,4
Insatisfecho	24	17,4	30	15,4		54	16,6
Estado de salud bucodental							
Bueno	98	70,5	133	68,6	0,704	231	69,4
Malo	41	29,5	61	31,4		102	30,6
Problemas dentales b							
No	74	51,7	105	54,1	0,666	179	53,0
Si	69	48,3	89	45,9		158	46,7

^aNota: Sin dato: Estado de salud (n=2; 0,6%); Afectación emocional (n=19; 5,6%); salud mental (n=4; 1,2%); satisfacción apariencia de los dientes (n=12; 3,6%), Estado de salud bucodental (n=5; 1,5%); problemas dentales (n=1; 0,3%).

^bSe refiere a los últimos 12 meses anteriores a la encuesta

Con respecto a los problemas dentales autopercibidos más prevalentes fueron la caries dental con un 24%, seguido del sangrado de las encías con un 18% (figura 2). Esto se presenta de manera similar entre hombres y mujeres, pero con una tendencia a ser levemente mayor en mujeres. El único problema dental autopercibido con diferencias significativas fue la dificultad para abrir la boca. Otro problema dental autopercibido que muestra gran diferencia porcentual se refiere a las fallas en la erupción de los dientes, donde las mujeres presentan el 73% y los hombres el 27% (figura 3).

El personal más consultado (39%) sigue siendo el personal de salud bucal, mientras que un 11,5% no tiene a ninguno de los profesionales de la salud como referencia

de sus problemas dentales (figura 4). Los tipos de servicio de mayor consulta fueron: profilaxis (61%), exodoncia (32%) y operatoria dental (31%). En cuanto a lugar de atención, casi una tercera parte prefiere consultorio o médico particular. Aunque no hay diferencias significativas por sexo, los hombres suelen consultar en un 29% en hospitales o clínicas privadas, seguido del centro de atención de una EPS/EPS-S en un 27%; mientras que las mujeres suelen hacerlo en consultorio o médico particular en un 33%, seguido del centro de atención de una EPS/EPS-S en un 28%. El 40% hace uso de recursos propios y consideran haber sido bien atendidos en un 86%.



Figura 2. Prevalencia de problemas dentales autopercibidos (IC95%). en la población de estudio, Pasto 2011

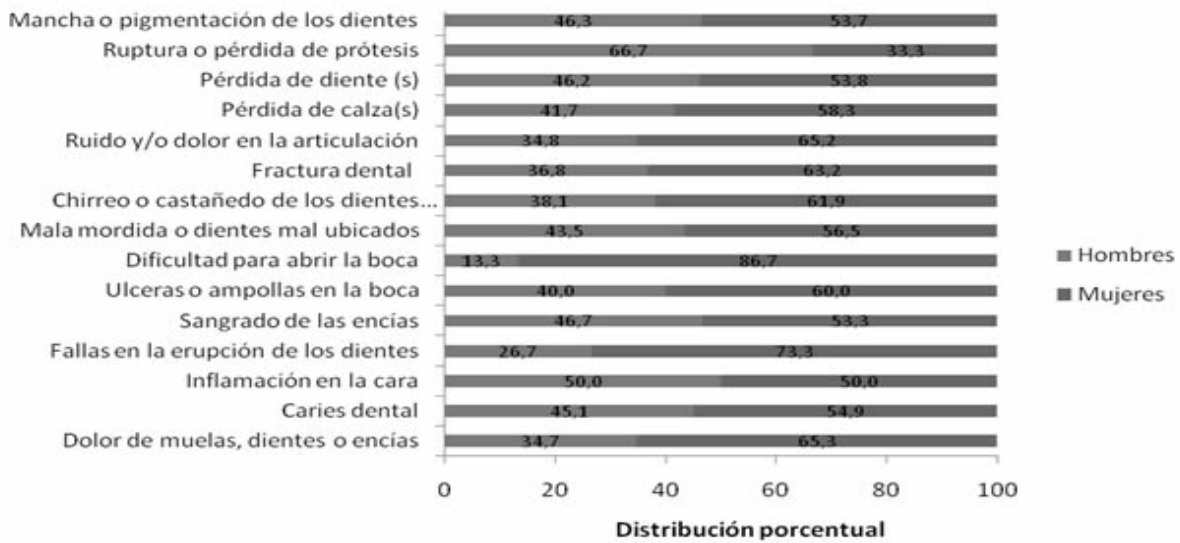


Figura 3. Personal de referencia por problemas dentales en los últimos 12 meses en la población de estudio. Valores totales y por sexo, Pasto, 2011

Nota: en esta figura no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres (Prueba Chi cuadrado para diferencia de proporciones)

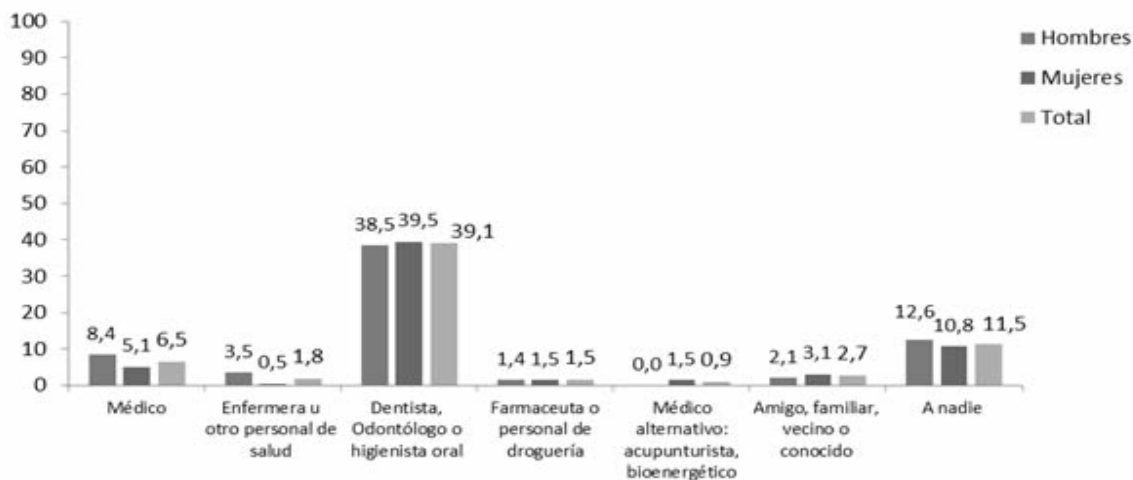


Figura 4 Distribución porcentual de problemas dentales autopercebidos por sexo en la población de estudio, Pasto 2011

Un poco más de la quinta parte han tenido problemas en la atención odontológica siendo el tipo de problemas más común 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 a otra institución como una acción para resolver necesidades de atención, los hombres en un 72% van a otra institución, mientras las mujeres en un 45% prefieren no resolver el problema. Casi la mitad no conocen sus derechos en salud general, pero sí muchos en salud bucal, un 30% de los hombres y un 43% de las mujeres ($p < 0,05$); por ello se realizó un análisis de

concordancia para observar la relación entre los conocimientos sobre derechos de atención en salud general y en salud bucal, por medio del índice Kappa y su intervalo de confianza fue de 95% ($IC_{95\%}$). Encontrando un nivel de concordancia del 55,5% ($IC_{95\%}$ 41,7- 69,3) para los hombres y del 51,6% ($IC_{95\%}$ 39,8- 63,3) para las mujeres. Ambos se consideran como moderados.

No hubo diferencias significativas por sexo en los aspectos relacionados con accesibilidad geográfica; sin embargo, cabe destacar que sobre la ubicación del centro de atención de salud bucal, un 41% afirman que están cerca de la universidad y un 37% en el vecindario. En cuanto a tiempo de desplazamiento, el 92,1% coinciden

en requerir menos de dos horas y un 33% utilizan vehículo propio. El 54% afirma no haber presentado problemas para desplazarse al centro de atención y un 23% responden presentar dificultades económicas.

En general, la población evaluó bien la calidad de la atención. No obstante, hay que mencionar que hubo diferencias significativas por sexo. En cuanto al trato del personal involucrado en la atención odontológica los hombres califican mejor a las recepcionistas y los(as) auxiliares. En cuanto a la evaluación de calidad de la seguridad provista en la atención, los hombres califican mejor que las mujeres la privacidad de la atención. En cuanto a la evaluación de calidad de la planta física y recursos, los hombres califican mejor los equipos y materiales con los que son atendidos (tabla 2).

Con respecto a los problemas autopercebidos, son los mismos reportados por los Indicadores Básicos de Salud del Departamento de Nariño 2009 [12], tales como: caries, sangrado en las encías y fallas en la erupción, el cual es más autopercebido por las mujeres. Además, hay coherencia entre los problemas autopercebidos con los servicios de mayor consulta; por un lado, los preventivos como profilaxis; y, por otro lado, los servicios curativos como: exodoncias y operatoria dental, los cuales se llevan a cabo regularmente por caries y periodontopatías (figura 4).

Hay preferencia por los servicios privados, generándose más gasto de bolsillo, porque poco menos de la mitad hace uso de los recursos propios para la atención en salud bucal. Igualmente, es probable que los servicios prestados por EPS/EPS-S no son adecuados, debido a que

Tabla 2. Evaluación de la calidad de la atención recibida en salud bucal en la población de estudio, Pasto 2011

Características	Hombres			Mujeres			p -valor	Total			
	Prom	Med	±DS	Prom	Med	±DS		Prom	Med	±DS	
1. Trato del personal involucrado en la atención odontológica	Recepcionista	7,5	8,0	2,0	6,8	7,0	2,3	0,004	7,1	7,0	2,2
	Auxiliar	7,7	8,0	1,9	7,1	7,0	2,1	0,008	7,3	8,0	2,0
	Odontólogo	7,7	8,0	2,0	7,4	7,0	2,0	0,082	7,5	8,0	2,0
	Resto del personal	7,5	8,0	2,0	7,1	7,0	1,9	0,054	7,3	8,0	2,0
2. Eficacia en la atención recibida	Tiempo duración consulta	7,3	2,0	2,1	6,7	7,0	2,4	0,026	7,0	7,0	2,3
	Examen/ tratamiento realizado	7,5	8,0	2,1	7,0	7,0	2,2	0,062	7,2	8,0	2,2
3. Información recibida	Explicación diagnóstico y/o tratamiento realizado	7,7	8,0	1,9	7,1	7,0	2,3	0,021	7,4	8,0	2,1
	Instrucciones posteriores	7,8	8,0	1,8	7,9	8,0	2,1	0,731	7,7	8,0	2,0
4. Accesibilidad	Horario atención	7,6	8,0	1,9	7,1	7,0	2,3	0,039	7,3	7,0	2,1
5. Oportunidad	Tiempo espera primera cita	7,0	7,0	2,2	6,6	7,0	2,3	0,133	6,8	7,0	2,2
	Tiempo espera atención	7,3	8,0	2,2	6,9	7,0	2,2	0,116	7,0	7,0	2,2
6. Seguridad	Confianza brindada	7,7	8,0	2,0	7,4	8,0	2,0	0,163	7,5	8,0	2,0
	Privacidad atención	7,8	8,0	1,8	7,2	8,0	2,0	0,007	7,8	8,0	2,0
7. Planta física y recursos	Instalaciones	7,8	8,0	1,7	7,3	7,0	2,1	0,036	7,5	8,0	1,9
	Equipos y materiales	7,9	8,0	1,8	7,3	7,0	2,1	0,009	7,5	8,0	2,0
8. Atención general	Nivel general	7,7	8,0	1,9	7,2	7,0	2,0	0,021	7,4	8,0	2,0

Nota: Prom (promedio) Med (Mediana) DS (Desviación Estándar).

*Prueba Chi cuadrado de diferencias medias (A donde hace referencia este asterisco)

una mayoría de estudiantes perciben graves problemas en la atención odontológica: más de la mitad respondieron haber presentado demora en la asignación de citas y la prestación del servicio y la tercera parte respondieron haber presentado dificultades con el profesional y otros funcionarios. También se suman problemas para desplazarse a los servicios de atención bucal por dificultades económicas en casi una cuarta parte de los encuestados y por dificultades familiares en una novena parte de los encuestados (tabla 3).

Sobre la percepción de la atención odontológica y el conocimiento del derecho a la salud, se deduce que si bien las mujeres, a diferencia de los hombres, conocen más sus derechos sobre salud bucal; tanto mujeres como hombres no ejercen sus derechos para resolver las necesidades de atención odontológica, porque tres cuartas partes de los hombres prefieren ir a otra institución y casi la mitad de las mujeres no emprenden acciones para resolver el problema. No obstante, la evaluación de la calidad de la atención recibida en sa-

Tabla 3. Análisis bivariado de la utilización de los servicios de salud bucal en estudiantes universitarios del municipio de Pasto, 2011. Clasificados según el modelo de Aday & Andersen modificado.

Variables	Fue a consulta odontológica en los últimos 12 meses				p-valor
	Si	%	No	%	
Sexo					0,939
Hombres	82	57,3	61	42,7	
Mujeres	111	56,9	84	43,1	
Edad (en años)					0,392
< 20	53	58,9	37	30,7	
20 a 24	108	58,1	78	41,9	
25 a 29	25	55,6	20	44,4	
> =30	4	33,3	8	66,7	
Estado civil					0,367
Soltero	173	56,4	134	43,6	
Casado -Unión libre	18	66,7	9	33,3	
Viudo	1	100	0	0	
Separado	0	0	1	100	
Pertenencia a un grupo étnico					0,852
Sí	12	60	8	40	
No	180	57,9	131	42,1	
Programa académico					0,879
Medicina	57	60	38	40	
Odontología	36	52,9	32	47,1	
Auxiliar de enfermería	12	66,7	6	33,3	
Ingeniería Industrial	22	57,9	16	42,1	
Derecho	64	55,2	52	44,8	
Contaduría	2	66,7	1	33,3	
Trabaja actualmente					0,884
Sí	6	60	4	40	
No	184	57,7	135	42,3	

Continuación tabla 3

	Variables	Fue a consulta odontológica en los últimos 12 meses				p-valor
		Si	%	No	%	
Factores predisponentes	Semestre Académico					0,322
	Inferior (1-4)	78	57,8	57	42,2	
	Intermedio (5-7)	62	51,2	59	48,8	
	Superior (8 o +)	38	62,3	23	37,7	
Factores de capacidad	Estado de Salud					<0,25
	Bueno	135	54,9	111	45,1	
	Malo	58	64,4	32	35,6	
	Estado de Salud bucodental					0,719
	Bueno	131	56,7	100	43,3	
	Malo	60	58,8	42	41,2	
	Tiene algún problema dental					<0,25
	Sí	96	53,3	84	46,7	
	No	97	61,8	60	38,2	
	Salud mental					0,933
	Buena	114	57	86	43	
	Mala	77	57,5	57	42,5	
	Satisfacción con apariencia de los dientes					0,656
	Satisfecho	160	58,8	112	41,2	
	Insatisfecho	30	55,6	24	44,4	
	Estrato socioeconómico					0,738
	Bajo (0-2)	65	60,2	43	39,8	
Medio (3-4)	101	57,4	75	42,6		
Alto (5-6)	7	50	7	50		
Apoyo social (Duke-11)					0,757	
Normal	167	57,6	123	42,4		
Bajo	22	55	18	45		
Conocimiento sobre derechos de atención en salud bucal					0,728	
Sí	71	57,7	52	42,3		
No	116	55,8	92	44,2		
Conocimiento sobre derechos de atención en salud general					<0,25	
Sí	110	60,1	73	39,9		
No	77	52	71	48		
Factores de Necesidad	Limitación funcional					0,829
	Sí	137	57,1	103	42,9	
	No	53	55,8	42	44,2	
	Dolor físico					<0,25
Sí	47	46,1	55	53,9		
No	143	61,4	90	38,6		

Continuación tabla 3

	Variables	Fue a consulta odontológica en los últimos 12 meses				p-valor
		Si	%	No	%	
Factores de necesidad	Malestar físico					<0,25
	Sí	53	51,5	50	48,5	
	No	137	59,1	95	40,9	
	Incapacidad física					<0,25
	Sí	80	51	77	49	
	No	110	61,8	68	38,2	
	Incapacidad psicológica					0,376
	Sí	101	59,1	70	40,9	
	No	89	54,3	75	45,7	
	Incapacidad Social					0,919
	Sí	134	56,5	103	43,5	
	No	56	57,1	42	42,9	
	Minusvalía					<0,25
	Sí	142	59,4	97	40,6	
No	48	50	48	50		

lud bucal por parte de los estudiantes es buena, sobre todo la que hacen los hombres, pues tienden a calificar mejor que las mujeres la privacidad de la atención, el trato del personal como recepcionistas y auxiliares, así como los equipos y materiales con los que son atendidos; probablemente esto se deba al desconocimiento de sus derechos de atención en salud (tabla 3).

Resulta contradictorio que la mayoría respondan estar satisfechos con la apariencia de sus dientes cuando una buena parte tienen antecedentes de enfermedad bucodental y muchos no utilizan los servicios de salud bucal en el último año; igualmente, reconocen poseer insuficiente conocimiento de sus derechos sobre salud bucal, que no resuelven las necesidades de atención odontológica, que perciben problemas en la atención, y que prefieren utilizar más los servicios privados que aquellos a los que tienen derecho como los del sistema de seguridad social; mientras los estudiantes con un mal estado de salud utilizan más los servicios de salud bucal en el último año como lo confirma el análisis bivariado. Por lo anterior, es posible que este estudio se haya limitado en ahondar aspectos culturales de los universitarios (tabla 3).

Con respecto a los *factores de necesidad*, hay que mencionar que hubo un impacto considerable de dimensiones como dolor físico y malestar psicológico en la calidad de vida de los estudiantes. Se pudo observar en el análisis bivariado (tabla 3) con diferencias porcentuales mínimas que cuando un estudiante no tiene afectada su calidad de vida por dolor físico, incapacidad física y malestar físico asiste más a la consulta odontológica en

el último año y que, en el caso de la minusvalía, los estudiantes que por esta situación ven afectada su calidad de vida sí asisten a la consulta. Lo anterior permite pensar, entonces, que la utilización reciente de los servicios odontológicos aumenta en la medida que los estudiantes no ven afectada su calidad de vida, a excepción de la afectación por minusvalía (tablas 4 y 5).

Discusión

En otros países de Europa y África se han reportado resultados similares con las respectivas diferencias sociales, económicas, políticas y culturales de estas poblaciones y de sus sistemas de salud. En un estudio realizado por Venta I y colaboradores [13] en estudiantes de la Universidad de Helsinki-Finlandia la utilización de los servicios de salud bucal por parte de los estudiantes universitarios aumentó en la medida que aumentaba el nivel educativo (semestre académico superior) y disminuyó en la medida en que los estudiantes tenían más edad, es decir, que no necesariamente los estudiantes de mayor edad corresponden a los de semestres superiores. En este estudio se encontró, aunque sin diferencias significativas, que en la medida en que los estudiantes pertenecían a un estrato socioeconómico más alto, la asistencia a la consulta odontológica en el último año era menor. Un hallazgo similar fue encontrado en un estudio realizado en Cataluña (España) por Pizarro V y colaboradores [14].

El 57% de los estudiantes universitarios del municipio de Pasto, utilizan los servicios de salud bucal en

Tabla 4. Frecuencias de las preguntas del OHIP-14 según impacto sobre la calidad de vida en salud bucal en la población de estudio, Pasto 2011

Preguntas	Mujeres				Hombres				p valor*	Total			
	No impacto		Impacto		No impacto		Impacto			No impacto		Impacto	
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
Limitación funcional													
1-¿Ha tenido problemas para pronunciar alguna palabra debido a problemas con sus dientes, boca o prótesis?	160	84,2	30	15,8	119	83,8	23	16,2	0,920	279	84,0	53	16,0
2-¿Has notado peor el sabor o el gusto por las comidas debido a problemas con tu boca o con tus dientes?	157	81,3	36	18,7	106	74,6	36	25,4	0,140	263	78,5	72	21,5
Dolor Físico													
3-¿Te han dolido tus dientes o boca en el último año?	73	38,0	119	62,0	53	37,3	89	62,7	0,897	126	37,7	208	62,3
4-¿Has notado molestias para comer alguna comida por problemas en tus dientes o boca?	89	46,1	104	53,9	65	45,8	77	54,2	0,951	154	46,0	181	54,0
Malestar psicológico													
5-¿Has estado preocupado debido a problemas con tus dientes o boca?	62	32,3	130	67,7	47	33,1	95	66,9	0,876	109	32,6	225	67,4
6-¿Te has sentido nervioso debido a problemas con tus dientes o boca?	91	47,2	102	52,8	73	51,4	69	48,6	0,441	164	49,0	171	51,0
Incapacidad física													
7-¿Has tenido problemas para comer bien lo que querías por problemas con tus dientes o boca?	97	50,3	96	49,7	75	54,0	64	46	0,506	172	51,8	160	48,2
8-¿Has tenido que parar de comer alguna vez por problemas con tus dientes o boca?	112	58,3	80	41,7	87	61,3	55	38,7	0,589	199	59,6	135	40,4
Incapacidad psicológica													
9-¿Has tenido algún problema para descansar o dormir bien debido a problemas con tus dientes o boca?	131	68,2	61	31,8	99	69,7	43	30,3	0,771	230	68,9	104	31,1
10-¿Has sentido vergüenza de tus dientes en el último año?	128	66,3	65	33,7	91	64,1	51	35,9	0,671	219	65,4	116	34,6
Incapacidad social													
11-¿Has estado un poco irritable y antipático con tus amigos y familia por problemas con tus dientes o boca?	151	78,2	42	21,8	105	73,9	37	26,1	0,360	256	76,4	78	23,6
12-¿Has faltado a la universidad o al trabajo por problemas con tus dientes o boca?	165	85,5	28	14,5	117	82,4	25	17,6	0,443	282	84,2	53	15,8
Minusvalía													
13-¿Has sentido que tu vida es en general menos satisfactoria debido a problemas con tus dientes o boca?	153	79,3	40	20,7	109	76,8	33	23,2	0,582	262	78,2	73	21,8
14-¿En este último año las molestias o el dolor en tu boca te han impedido hacer tu vida normal?	153	79,3	40	20,7	111	78,2	31	21,8	0,807	264	78,8	71	21,2

*Chi cuadrado de distribución de frecuencias;

** Los valores perdidos no se tienen en cuenta en la tabulación de las respuestas de impacto y no impacto y son: para las preguntas 1 y 7 (n=6; 1,8%), en las preguntas 2, 4, 6, 10, 11, 12, 13 y 14 (N=3; 0,9%) y por último en las preguntas 3, 5, 8 y 9 (n=4; 1,2%)

los últimos 12 meses (tabla 6), por tanto, un resultado diferente a otros estudios como el de Bamise y colaboradores en estudiantes de la Universidad de Obafemi

Awolowo (Nigeria) con el 7,8% [15]. También se observan diferencias con otros estudios en población adulta, tales como: el estudio de Cataluña-España en 2008 con

Tabla 5. Resumen de las dimensiones del OHP-14 (Impacto de la salud bucal en la calidad de vida) en la población de estudio, Pasto, 2011

Dimensiones	Mujeres			Hombres			p-valor	Total		
	Prom	DS	Med	Prom	DS	Med		Prom	DS	Med
Limitación funcional	0,6	0,1	0,0	0,6	0,1	0,0	0,642	0,6	0,1	0,0
Dolor Físico	2,2	0,1	2,0	2,0	0,1	2,0	0,012	2,1	0,1	2,0
Malestar psicológico	2,3	0,1	2,0	2,1	0,2	2,0	0,286	2,2	0,1	2,0
Incapacidad física	1,6	0,1	1,0	1,2	0,1	1,0	<0,001	1,4	0,9	1,0
Incapacidad psicológica	1,1	0,1	0,0	1,1	0,1	0,0	0,331	1,1	0,1	0,0
Incapacidad social	0,5	0,1	0,0	0,6	0,1	0,0	0,996	0,6	0,1	0,0
Minusvalía	0,6	0,1	0,0	0,6	0,1	0,0	0,364	0,6	0,1	0,4
Total	8,9	0,6	7,0	8,2	0,6	6,0	0,217	8,6	0,4	7,0

Tabla 6. Características descriptivas de la utilización de los servicios de salud bucal de la población de estudiantes universitarios

Variables	Fue a consulta odontológica en los últimos 12 meses			
	Sí		No	
	n	%	n	%
Género				
Masculino	82	57,3	61	42,7
Femenino	111	56,9	84	43,1
Edad (en años)				
< 20	53	58,9	37	41,1
20 a 24	108	58,1	78	41,9
25 a 29	25	55,6	20	44,4
>=30	4	33,3	8	66,7
Estado civil				
Soltero	173	56,4	134	43,6
Casado -Unión libre	18	66,7	9	33,3
Viudo	1	100	0	0
Separado	0	0	1	100
Pertenencia a un grupo étnico				
Sí	12	60	8	40
No	180	57,9	131	42,1
Trabaja actualmente				
Sí	6	60	4	40
No	184	57,7	135	42,3
Semestre Académico				
Inferior (1-4)	78	57,8	57	42,2
Intermedio (5-7)	62	51,2	59	48,8
Superior (8 o +)	38	62,3	23	37,7
Estrato socioeconómico				
Bajo (0-2)	65	60,2	43	39,8
Medio (3-4)	101	57,4	75	42,6
Alto (5-6)	7	50	7	50

*Chi cuadrado

** Los valores perdidos no se tienen en cuenta en la tabulación de las respuestas

el 34,3%, y el realizado en 2002 con población adulta en Suecia y Dinamarca donde el 80% utilizó los servicios de salud bucal [16].

Estudios en Turquía y en Alemania sugieren que las mujeres pagan más que los hombres por los servicios de salud [17] por aspectos como la afectación emocional y la mala salud mental asociadas al embarazo y a la menopausia; no obstante, en este estudio la mala salud mental de las estudiantes parece estar directamente relacionada, como en el estudio en España, con la cualificación profesional y el género [18], en tanto que la situación más desfavorable corresponde a las mujeres. Lo anterior, probablemente, según estudios se debe al profundo proceso de transformación en nuestra sociedad de los roles sociales para hombres y mujeres, lo cual obliga a evaluar las diferencias actuales en las tasas de morbilidad psiquiátrica y los factores de riesgo asociados; una limitación de este estudio [19].

En el estudio realizado por Bamise CT y colaboradores en estudiantes de la Universidad de Obafemi Awolowo (Nigeria) [15] un 29% respondieron haber tenido uno o más dientes cariados y solo un 21% haber buscado atención con el odontólogo, lo cual coincide con los resultados de este estudio donde el problema dental con mayor autopercepción fue la caries y solo una parte de los estudiantes tiene al odontólogo como el profesional de referencia. La investigación de Bamise y colaboradores en África mostraron a las mujeres estudiantes con una tasa más alta que la de los hombres en cuanto a satisfacción por la prestación de los servicios de salud bucal.

Un estudio realizado por Dumitrescu y colaboradores [20] en estudiantes universitarios Rumanos demuestra que la consulta odontológica reciente está asociada a los valores de satisfacción con la vida y la felicidad, razón por la que muy seguramente la mayoría de los estudiantes que construyen su proyecto de vida al cursar una carrera, se encuentran motivados a utilizar los servicios de salud bucal, puesto que una situación adversa es el dolor físico y la incapacidad física que produciría todo lo contrario a nivel psicosocial; es decir, renuencia a utilizar los servicios de salud bucal.

Entre las limitaciones del estudio vale rescatar la afirmación de Noro y colaboradores [21] de reconocer que un estudio de factores determinantes de la utilización de salud bucal debe incluir copiosamente en el instrumento variables relativas con las actitudes y opiniones sobre los cuidados odontológicos. Es importante mencionar que se debe considerar que otra limitación de este estudio pudo ser, no haber obtenido varias respuestas similares por pregunta, en tanto que algunos individuos pudieron haber relatado consultas odontológicas muy recientes con mayor procura por el tratamiento odontológico para no parecer irresponsables con su salud bucal; así como también se pudo presentar dificultades de memoria en el momento de responder las preguntas. Otra limitación de

este estudio se refiere a que esta población universitaria no es muy diversa, aún cuando la carga de enfermedades y condiciones orales son desproporcionadas de acuerdo con los niveles socioeconómicos de los individuos.

No obstante, es importante concluir que los resultados de este estudio en caso de ser aprovechados, contribuye a que en los ámbitos municipal o regional se puedan implementar medidas y políticas en contra de los efectos de las desigualdades sociales en la salud bucal y general de los jóvenes desde el enfoque de determinantes sociales de salud; además, el acceso a los bienes y servicios en salud es uno de los tres ámbitos para medir las inequidades en salud y es un criterio de las metas de salud para todos de la OMS/OPS en para el año 2000. Cabe anotar que cumplir el criterio de equidad en salud como el más necesario, requiere que se anulen razones potencialmente aceptables para el uso desigual de los servicios de salud por parte de aquellos con menor necesidad, por esta razón este estudio permite prever que hay necesidad de intervenir diferencias en los estudiantes como estilos de vida, creencias o niveles de aversión al riesgo.

Agradecimientos

Agradecemos enormemente a la Facultad de Salud de la Universidad del Valle por haber apoyado y revisado esta investigación, requisito para optar al título de Magíster en Salud Pública del autor principal.

Referencias

- 1 Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III [Internet] Bogotá: El Ministerio; 1998. Disponible en: http://visitaodontologica.co/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/Salud%20Publica_P_y_P/II_ESTUDIO_NACIONAL_SALUD_BUCAL.pdf
- 2 Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 3 Martins A, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. Rev Panam Salud Pública 2007; 22 (5): 308-315.
- 4 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização dos serviços de saúde – PNAD 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
- 5 Martins A, Barreto SM, Pordeus IA. Fatores relacionados à auto-percepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. Rev. Saúde Pública 2008; 42(3): 487-496.
- 6 Martins A, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. Cad. Saúde Pública 2008, vol.24, n.1, pp. 81-92.
- 7 Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal Cad Saúde Pública 2005; 21(6): 1665-75.

- 8 Gilbert HG. Access to and patterns of use of oral health care among elderly veterans. *Med Care* 1995; 33: 78-89.
- 9 Aday L, Andersen R. A Framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* 1974; 9 (3): 208-220.
- 10 Kiyak HA. An explanatory model of older persons' use of dental services: implications for health policy. *Med Care* 1987; 25: 936-952.
- 11 López R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health* 2006; 6: (11): 1-8.
- 12 Gobernación de Nariño (Colombia), Instituto Departamental de Salud de Nariño, Organización Panamericana de la Salud, AECID. Indicadores Básicos de Salud del Departamento de Nariño 2009; 136.
- 13 Venta I, Murtooma H, Meumman J, Turtola L. Use of dental services by students of Helsinki University during six years. *Proc Finn Dent Soc.* 1992; 88:123-129.
- 14 Pizarro V, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Benach J, Borrell C, Pont A et al. The utilization of dental care services according to health insurance coverage in Catalonia (Spain). *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37: 78-84.
- 15 Bamise CT, Bada TA, Bamise FO, Ogunbodede EO. Dental Care Utilization and Satisfaction of Residential University Students. *Libyan J Med.* 2008; 3(3): 140-143.
- 16 Kronstrom M, Palmqvist S, Soderfeldt B, Vigild M. Utilization of dental health services among middleaged people in Sweden and Denmark. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 276-80.
- 17 Britton A, Kirch W. Data and Information on Women's Health in the European Union. *European Communities*, 2009: 21.
- 18 Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1): 175-181.
- 19 Luzzi L, Spencer J. Factors influencing the use of public dental services: An application of the Theory of Planned Behaviour. *BMC Health Service Research* 2008; 8-9.
- 20 Dumitrescu AL, Kawamura M, Dogaru BC, Dogaru CD. Relation of achievement motives, satisfaction with life, happiness and oral health in Romanian university students. *Oral Health Prev Dent* 2010; 8(1): 15-22.
- 21 Noro LRA, Roncalli AG, Rodrigues FI, Costa-Lima K. A utilizacao de servicios odontológicos entre crianças e fatores asociados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(7): 1509-16.