

Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012

Social and oral health lifestyle determinants associated with the access to dental services among pregnant women from Cali (Colombia), 2012

Jairo Corchuelo O¹

¹ Ph.D. Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara, México, MSc. Administración, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Correo electrónico: jairocortho@yahoo.es

Recibido: 01 de noviembre de 2012. Aprobado: 10 de abril de 2013.

Corchuelo J. Determinantes sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en el 2012. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S170-S180.

Resumen

Objetivos: explorar la asociación de determinantes sociales y del estilo de vida con el acceso a odontología de madres de Cali, Valle, durante la gestación. **Metodología:** se realizó un estudio transversal con 993 madres que se encontraban en puerperio inmediato en clínicas públicas y privadas de la ciudad de Cali, Colombia. Se empleó regresión logística para evaluar la asociación de variables socioeconómicas con la visita a la consulta odontológica durante el embarazo ajustado con variables del estilo de vida en salud oral. **Resultados:** la asistencia a odontología durante el embarazo fue del 83%, con una distribución desigual. Quienes asistieron en mayor proporción estaban afiliadas al régimen contributivo (88,7%, OR = 2,4 IC95% = 1,7-3,4), tenían secundaria completa o superior (88%, OR = 2,6 IC95% 1,8-3,6), mayor calificación

de conocimientos en salud oral (61,9%, OR =2,2 IC95% = 1,6-3,1), menor riesgo consumo de dieta cariogénica (73,6, OR = 2,6 IC95% = 1,9-3,7), mejores prácticas higiénicas (83,4, OR = 2,4 IC95% = 1,6-3,5). **Discusión:** determinantes sociales como nivel socioeconómico y del estilo de vida resultaron asociados al acceso de las gestantes al servicio de odontología durante el embarazo. El estilo de vida en salud oral relacionado con conocimientos, hábitos dietéticos, creencias y prácticas de higiene oral presentó diferencias según nivel socioeconómico de la gestante.

-----**Palabras clave:** desigualdades de salud, comportamiento de salud, salud oral, factores socioeconómicos, acceso y evaluación, ingresos

Abstract

Objective: to explore how social and lifestyle determinants are associated with the access to dental services among pregnant women from Cali, Valle. **Methodology:** a cross-sectional study was conducted with 993 mothers who were in the immediate puerperium in public and private clinics in the city of Cali, Colombia. Likewise, a logistic regression was used to assess the association between the socioeconomic variables and the act of visiting the dentist during pregnancy adjusted for variables regarding the mothers' lifestyles in terms of oral health. **Results:**

the rate of attendance to dental appointments during pregnancy was 83%, and the distribution was unequal. The women who attended in greater proportion were contributors to the healthcare system (88.7%, OR = 2.4 CI95% = 1.7 to 3.4), had completed secondary or higher education (88%, OR = 2.6 CI95% = 1.8 to 3.6%), higher grades regarding oral health knowledge (61.9%, OR = 2.2 CI95% = 1.6-3.1), lower risk of having a cariogenic diet (73.6, OR = 2.6 CI95% = 1.9 to 3.7), and better hygienic practices (83.4, OR = 2.4 CI95% = 1.6 to 3.5). **Discussion:** social

determinants such as the socioeconomic and lifestyle levels were associated with the pregnant mothers' access to dental services. Additionally, the oral health lifestyle, which is related to knowledge, dietary habits, beliefs, and oral hygiene practices,

showed differences that depended on the socioeconomic level of the mother.-----*Keywords:* inequalities in health, health behavior, oral health, socioeconomic factors, access and evaluation, income

Introducción

La atención odontológica durante el embarazo es una oportunidad para fortalecer conductas y hábitos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La detección oportuna de patologías orales asociadas con compromisos sistémicos en la gestante puede contribuir a disminuir las complicaciones relacionadas con parto y las consecuencias derivadas del bajo peso al nacer [1, 2].

En una época en que los beneficios de los avances científicos en salud general y en salud bucodental en particular no están distribuidos equitativamente, los enfoques sobre factores determinantes sociales de la salud se necesitan para orientar a los gobiernos en la reducción de las desigualdades. El modo y estilo de vida de la población depende del sistema socioeconómico imperante y determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y modifican el proceso salud-enfermedad [3].

Los conceptos de modo y estilos de vida comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo xx, a partir de redimensionar el concepto de salud y, por lo tanto, de los determinantes de la salud. Estos conceptos han contribuido a la mejor comprensión de los elementos no biológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad y que son parte integrante de la medicina social [4]. El modo de vida refleja la médula de la formación económico-social, desde el punto de vista del sujeto del progreso histórico y la actividad humana, ya sea productiva, de consumo, sociopolítica, cultural y familiar [5]. El estilo de vida es la forma de vivir de las personas; se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares [6].

El imperativo de actuar sobre los determinantes sociales ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales para facilitar la comprensión de los procesos sociales que impactan sobre la salud y así identificar los puntos de entrada de las intervenciones. Uno de los primeros y más influyentes fue el de Lalonde en 1974, que identificó como determinantes claves los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención [7].

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la oms plantea que la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países son provocadas por una distribución desigual en todo el mundo y a escala nacional del poder, los ingresos, los bienes y los

servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible, como es el acceso a atención en salud.

Para el estudio de la accesibilidad se han planteado diferentes dominios: uno inicial que incluye la búsqueda de la atención y su inicio, un dominio intermedio de continuación de la atención y un dominio que incorpora el deseo de la atención [8, 9]. El modelo comportamental [8] describe conceptualmente el proceso de búsqueda y obtención de la atención, teniendo en cuenta que antes de usar los servicios de salud se debe sentir la necesidad de atención. Los servicios deben estar disponibles con una distancia razonable, ser aceptados (confianza en el proveedor) y estar habilitados para poder obtenerlos (disponibilidad de ingresos o seguro y tiempo).

Solamente entre el 30 y el 55% de las gestantes fueron atendidas en odontología, según estudios desarrollados en países en vía de desarrollo, en comparación con un 70 a 90% en países desarrollados [10]. Esto representa una situación preocupante alrededor del acceso y el cuidado dental en las gestantes, lo que conduce a generar estudios que ofrezcan datos para orientar al tomador de decisiones en los niveles locales a fin de mejorar las condiciones de salud bucodental de la población correspondiente, que, por sus características, está expuesta a patología relacionadas con parto pretérmino y bajo peso al nacer.

El objetivo del estudio fue explorar la asociación de determinantes sociales, como nivel socioeconómico y estilo de vida con el acceso de las gestantes al servicio de odontología.

Metodología

Se realizó un estudio transversal para estimar la prevalencia de la asistencia a la consulta dental de las gestantes y se exploraron asociaciones de variables que, según literatura revisada, relacionan un gradiente social con la asistencia a la atención dental durante la gestación y con los conocimientos y comportamientos relacionados con la salud bucodental. La unidad de análisis fueron madres en puerperio inmediato que habían asistido a las clínicas públicas y privadas durante el control prenatal. Se tuvieron en cuenta 17.582 nacimientos reportados por las aseguradoras a la Secretaría de Salud municipal de Cali durante el 2010 en las redes públicas y privadas, excluyendo tres hospitales regionales que atienden partos del segundo nivel de atención a nivel regional. Se aplicó fórmula de muestreo para poblaciones finitas con una precisión de 0,065 y un nivel de confianza de 0,95. La

prevalencia fue tomada de estudios previos realizados para el levantamiento de línea base de salud oral en el Valle del Cauca (2009) [11]. La estratificación se realizó según tipo de afiliación de las gestantes al sistema de salud. La muestra definitiva fue de 998 gestantes. El estudio fue aprobado en los comités de ética de las instituciones prestadoras de servicios de salud participantes. Solo cinco madres rechazaron participar en el estudio.

El tema principal del cuestionario fue diseñado para evaluar las características de la madre distribuidas en dimensiones socio-económicas y dimensiones relacionadas con estilos de vida en salud oral, teniendo en cuenta estudios previos [12-18]. La variable dependiente fue la utilización del servicio de odontología durante el embarazo, la cual es dicotómica, con las opciones sí o no, según que la gestante hubiera asistido o no a la consulta odontológica.

La percepción de ingresos medida a través de dos variables como la suficiencia de recursos y la autovaloración de ingresos (muy bajo, bajo, medio, medio alto, alto) fue valorada frente a una variable objetiva como el tipo de aseguramiento que clasifica en forma proxy el nivel socioeconómico; ello arrojó como resultado la percepción de ingresos altos/bajos con una sensibilidad del 80% y la suficiencia de recursos con sensibilidad de 71%.

Los estilos de vida en salud oral fueron agrupados en las dimensiones conocimientos en salud oral, creencias en salud oral, consumo de dieta cariogénica y hábitos de higiene oral. La autovaloración que realizaban las gestantes fueron calificadas en una escala de 1 a 5 para

facilitar la evaluación de cada dimensión. La variable fumar se incluyó porque es un factor de riesgo común para otras patologías.

Análisis estadístico

La entrada de datos y el análisis de los resultados se realizó utilizando el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) para Windows (versión 18.0, SPSS Inc., Chicago). Se utilizaron las estadísticas descriptivas como media y desviación estándar (SD) para las variables continuas y la frecuencia y el porcentaje para las variables categóricas. La prueba de chi cuadrado se utilizó para comparar los perfiles de las madres que visitaron al dentista durante el embarazo actual, con quienes no lo hicieron. El nivel de significación se fijó en 0,05.

Los factores asociados con la visita de la madre al servicio de odontología se determinaron tanto en el nivel bivariable como multivariable mediante análisis de regresión logística.

Resultados

Se entrevistaron 993 madres, con una media de edad de 24,7 años (6,1 desviación estándar). Las madres menores de edad estaban aseguradas en el régimen subsidiado (50,5%) y no aseguradas (20,8%). Las madres menores de edad asistieron en menor proporción a la consulta de odontología que el resto de las madres (tabla 1).

Tabla 1. Variables socioeconómicas y del estilo de vida en salud oral de madres relacionadas con la asistencia a la consulta odontológica durante la gestación

Variables	% n=993	Asistió a la consulta dental		Valor p	OR	IC 95%
		Si (%)	No (%)			
Dimensión social						
<i>Edad</i>						
Menor de 18 años	10,2	76,2	23,8		1,0	
18 y más años	89,8	83,7	16,3	< 0,05	1,6	1,0-2,6
<i>Nivel escolaridad</i>						
Hasta secundaria incompleta	36,1	74	26			
Secundaria completa y superior	63,9	88	12	< 0,01	2,6	1,8-3,6
<i>Régimen de afiliación</i>						
Régimen contributivo	52,6	88,7	11,3	< 0,01	2,4	1,7-3,4
Régimen subsidiado y no asegurados	47,4	76,6	23,4		1,0	
<i>Suficiencia de ingresos para pago de necesidades básicas</i>						

Continuación tabla 1

Variables	% n=993	Asistió a la consulta dental		Valor p	OR	IC 95%
		Si	No			
Dimensiones del estilo vida en salud oral						
Percepción de recursos insuficientes para vivir	25,7	72,5	27,5		1,0	
No está de acuerdo que boca sana es tener dientes blancos y/o parejos	54,7	85,5	14,50	< 0,05	1,46	1,05 -2,04
Boca sana es no tener caries	80,8	85,2	14,8	< 0,01	2,03	1,39 - 2,96
Boca sana es no tener halitosis	68,5	85,6	14,4	< 0,01	1,74	1,24 - 2,44
Boca sana es tener controlada la placa bacteriana	74,3	86	14	< 0,01	2,15	1,51 - 3,05
Boca sana es no tener sangrado en la encía	74,3	85,8	14,2	< 0,01	2,02	1,42 - 2,86
Consumo NO frecuente de galletas, tortas	35,8	86,5	13,50	< 0,01	1,5	1,04 - 2,16
Consumo no frecuente de bebidas colas	34,5	91	9,00	< 0,01	2,71	1,79 - 4,09
Consumo no frecuente de chicles	66,1	87,2	12,80	< 0,01	2,30	1,64 - 3,21
Consumo no frecuente de caramelos, confites	45,1	88,4	11,60	< 0,01	2,08	1,46 - 2,96
% de fumadoras durante el embarazo	97,6	83,6	16,40	< 0,01	3,63	1,59 - 8,33
El cepillado dental previene problemas de encía	75,8	86,1	13,90	< 0,01	2,25	1,57 - 3,22
Le orientaron como cuidar los dientes durante embarazo	69,4	91	9,00	< 0,01	5,49	3,86 - 7,80
Tener problemas dentales afecta el parto y la salud del bebé	63,9	85	15,00	< 0,05	1,63	1,10 - 2,42
El médico o la enfermera la remitió a odontología	91,8	86,5	13,50	< 0,01	8,94	5,50 - 14,53
Por cada embarazo se pierde un diente (Respuesta "no")	86,2	83,8	16,20	< 0,01	1,64	1,06 - 2,54
En el embarazo se puede realizar cualquier tto dental (Respuesta "no")	56,5	86,1	13,90	< 0,01	1,88	1,32 - 2,68
Los médicos y los dentistas recomiendan que es mejor ir a odontología después del parto	50,7	87,1	12,90	< 0,01	1,76	1,23 - 2,53
Cambio de cepillo hasta 3 veces año	55,3	85,7	14,30	< 0,05	1,51	1,08 - 2,11
Frecuencia de cepillado Tres o más veces día	80	84,3	15,70	< 0,05	1,51	1,03 - 2,23
Nunca usa seda dental	35,5	72,2	27,80	< 0,01		
Usa seda dental con frecuencia versus nunca usa	64,5	88,9	11,10	0,01	3,07	2,19 - 4,32
Calificación aceptable versus no aceptable de prácticas en salud oral	83,4	85,8	14,60	< 0,01	2,39	1,62 - 3,53
Autovaloración de salud oral como Buena versus no buena	60,8	86,1	13,90	<0,01	1,73	1,24 - 2,41

La asistencia a la consulta odontológica durante la gestación de todas las entrevistadas fue de 83%.

Aproximadamente dos terceras partes de la población estudiada había terminado sus estudios secundarios o tenían estudios universitarios. Una tercera parte de dicha población no había alcanzado a completar la secundaria o solo había terminado la educación primaria. La asistencia a la consulta según la escolaridad de

la gestante presenta un gradiente que va de menor escolaridad (primaria: 63,2%) a mayor escolaridad (superior: 93,8%). La asistencia a odontología fue mayor en las que tenían un nivel de instrucción con secundaria completa o superior que las no lo tenía (tabla 1).

Las madres que contaban con una afiliación al régimen contributivo asistieron en mayor proporción que aquellas que pertenecían al régimen subsidiado

de seguridad social y que las que no estaban aseguradas (tabla 1). La proporción de las gestantes que asistieron a odontología y que manifestaron suficiencia de recursos para pago de necesidades básicas fue mayor que las que manifestaron que tenía recursos insuficientes (tabla 1).

Las variables del estilo de vida, medidas en la dimensiones de conocimientos en salud bucodental, comportamiento de riesgo en el consumo de dieta relacionada con caries y prácticas saludables para la salud oral presentaron diferencias significativas con el acceso de las gestantes a odontología (tabla 2). En relación con el análisis bivariado de cada dimensión, al comparar por

Tabla 2. Dimensiones del estilo de vida en salud oral relacionados con el acceso a odontología durante la gestación (Cali, 2012)

Dimensiones del estilo vida en salud oral	n = 993	Asistió a la consulta dental		Valor p	OR	IC 95%
		Si (%)	No (%)			
<i>Evaluación conocimientos en salud oral</i>						
Buenos conocimientos	61,9	87,5	12,5	<	2,2	1,6-3,1
Regulares y malos conocimientos	38,1	75,7	24,3	0,01	1,0	
<i>Riesgo en el consumo de dieta cariogénica</i>						
Porcentaje de madres con menor riesgo	73,6	87	13,00	<	2,63	1,86-3,72
Porcentaje de madres con mayor riesgo	26,4	71,8	28,2	0,01	1,0	
<i>Creencias en salud oral</i>						
Calificación de creencias favorables	23	81,6	18,40	n. s.		
<i>Prácticas en higiene oral</i>						
Calificación aceptable	83,4	85,8	14,6	<	2,4	1,6-3,5
Calificación no aceptable	16,6	70,9	29,1	0,01		
<i>Autovaloración de la salud oral</i>						
Buena	60,8	86,1	13,9	<0,01	1,7	1,2-2,4
Regular o mala	39,2	78,1	21,9		1,0	

grupo de edad (*menor edad frente a demás*), la probabilidad de asistir al servicio de odontología fue mayor en las gestantes que tenían menos riesgo de consumir una dieta cariogénica (18 y más años, OR = 2,5 IC95% 1,7-3,7; menores de 18 años, OR = 2,7 IC95% 1,0-6,9).

La percepción que tenía la madre durante la gestación acerca de cómo era su salud oral resultó relacionada con la asistencia a la consulta odontológica; quienes consideraban que su salud oral era buena (60,8%) fueron más a la consulta odontológica que las que manifestaron haber tenido una salud oral regular o mala (tabla 1).

Un porcentaje alto de las asistentes a odontología durante el embarazo manifestaron que una boca sana es no tener caries, no tener halitosis, tener controlada la placa (buena higiene) y no tener sangrado en las encías (tabla 1).

El 75,5% de todas las gestantes que asistieron a odontología tuvieron calificaciones en conocimientos acerca de lo que es una boca sana por encima de cuatro en una escala de uno a cinco. Había 2,2 madres con calificación

buena que asistió a odontología por cada madre que asistió, pero que no tenía buenos conocimientos (tabla 2).

El consumo de bebidas gaseosas o refrescos procesados con azúcar fue frecuente en el 65,5% de las gestantes que asistieron a la consulta odontológica. Había 2,71 gestantes que no consumieron bebidas colas y que asistieron a odontología por cada gestante que sí consumía y que asistió a la consulta odontológica (tabla 1). Había 2,3 gestantes que no consumía chicles y que asistieron a la consulta odontológica por cada gestante que sí lo hacía y fue al servicio de odontología. Situación similar se presentó con el consumo de caramelo o confites (tabla 1). Aquellas madres con consumo frecuente de dieta rica en azúcar asistió en menor proporción que aquellas cuyo consumo era menos frecuente (tabla 2).

Algunas creencias tales como “por cada embarazo se pierde un diente”, “tener problemas dentales afecta el parto y la salud del bebé”, “en el embarazo se puede realizar cualquier tratamiento dental”, “los médicos y los

odontólogos prefieren atender a las gestantes después del parto” resultaron con alguna significancia al análisis bivariado con relación a la visita a odontología (tabla 1), pero al explorar las asociaciones de todas las variables

de la dimensión creencias y otras dimensiones del estilo de vida en salud oral mediante regresión logística, las creencias no resultaron significativo con el acceso.

Tabla 3. Regresión logística multivariada para atención dental de gestantes (modelo final, con OR ajustados por otras variables en el modelo)

Variable	%	Asistió a la consulta dental		OR ajustado	IC 95%	Valor p
		Si (%)	No (%)			
<i>Suficiencia de ingresos para pago de necesidades básicas:</i>						
Suficiente o lo justo para vivir	74,3	86,6	13,4	1,8	1,2-2,8	< 0,01
Insuficientes	25,7	72,5	27,5	1,0		
<i>Nivel de instrucción</i>						
Hasta secundaria incompleta	36,1	74	26	1,0		
Secundaria completa y superior	63,9	88	12	1,7	1,1-2,6	<0,05
<i>Conocimientos en salud oral</i>						
Buenos conocimientos	61,9	87,5	12,5	1,7	1,1-2,6	< 0,05
No buenos (regular y malo)	38,1	75,7	24,3	1,0		
<i>Riesgo consumo dieta cariogénica</i>						
Mayor riesgo	26,4	71,8	28,2	3,04	1,94-4,76	<0,01
Menor riesgo	73,6	87,0	13,0	1,0		
<i>Prácticas de higiene oral</i>						
Buenas prácticas en salud oral	83,4	85,8	14,6	1,6	1,1-2,6	< 0,05
Prácticas que requiere mejoras	16,6	70,9	29,1	1,0		
<i>Recibió orientación en el control prenatal para asistir a odontología</i>						
Si	92,2	86,4	13,6	8,0	4,8-14,3	<0,01
No	7,8	42,9	57,1	1,0		
<i>Comparativo remisión / otras</i>						
Por remisión	42,7	95,8	4,2	6,7	3,9-11,5	<0,01
Por otras razones	57,3	73,5	26,5	1,0		
<i>Autovaloración salud oral</i>						
Buena	60,8	86,1	13,9	1,5	1,0-2,2	< 0,05
Regular o mala	39,2	78,1	21,9	1,0		

Las prácticas saludables, como la frecuencia en el cepillado dental, la frecuencia en el cambio de cepillo y el uso de seda resultaron con diferencias significativas entre quienes asistieron y no asistieron a la consulta odontológica (tabla 1). Al calificar las prácticas en una escala de 1 a 5, se encontró que el 83% de las madres que realizaban prácticas aceptables (calificación igual o mayor a cuatro) resultaron relacionadas con el acceso a odontología (tablas 2 y 3).

El tipo de afiliación al sistema de aseguramiento interactuó con la variable conocimientos en salud oral en relación con el acceso de las gestantes al servicio de

odontología durante la gestación. Una probabilidad de ocurrencia de asistir a odontología de quienes tenían buenos conocimientos en salud oral de 2,2 se incrementó a 2,7 cuando interactuaba con tipo de aseguramiento que tenía la gestante. Mayor conocimiento en salud oral presentaron las madres del régimen contributivo con relación a la población pobre asegurada y no asegurada. El 86,2% tenían buenos conocimientos en salud oral calificados en una escala de 1 a 5, con 5 como la mayor calificación. El 65% de la población pobre en el régimen subsidiado y las no aseguradas obtuvieron calificación

entre malo y regular. Por cada 11 madres del régimen contributivo con buenos conocimientos en salud oral, había una entre madres del régimen subsidiado y no aseguradas al sistema de seguridad social (OR = 11,7 IC95% = 7,9-17,2).

La dieta relacionada con riesgo de caries (consumo frecuente de bebidas ricas en carbohidratos, chicles y caramelos o confites) resultó con diferencias significativas al comparar los riesgos entre las madres del régimen contributivo y las madres clasificadas por el sistema de beneficiarios de programas sociales como pobres (régimen subsidiado y no aseguradas aún al sistema). Por cada 10 madres con mayor riesgo de consumo de dieta no saludable que pertenecía a la población pobre subsidiada y no subsidiada había una madre del régimen contributivo (OR = 10,7 IC95% = 7,4-15,5). Al analizar el riesgo de dieta cariogénica con el tipo de afiliación al sistema de aseguramiento en salud y con la visita a odontología durante la gestación, se encontró que las gestantes del régimen subsidiado y no aseguradas que asistieron a odontología tenían mayor riesgo de dieta cariogénica (89,4 frente a 80,0%, OR = 82,3 frente 70,3%, OR = 1,9 IC95% 1,2-3,0).

Se encontró que había más madres en la población pobre subsidiada y no subsidiada que fumaron durante la gestación que las madres que hacían parte del régimen contributivo. Por cada 2,4 madres pobres con o sin subsidio había una del régimen contributivo (OR = 2,4 IC95% = 1,13-6,71). Al analizar las gestantes que fumaban, según tipo de afiliación al sistema de aseguramiento y la asistencia a odontología, se encontró que las gestantes subsidiadas y no aseguradas que no fumaban tenían una probabilidad de asistencia mayor a odontología que aquellas fumaban (77,5% no fumaban frente a 52,9% fumaban, OR = 3,0 IC95% 1,2-8,1).

El conocimiento en salud oral tanto en gestantes con secundaria completa e incompleta resultó asociado con la asistencia a odontología durante el embarazo. Quienes tenían secundaria completa o superior asistieron en mayor proporción que aquellas que tenían mejores conocimientos en salud oral (89,5% frente a 83,4% OR = 1,7 IC95% 1,0-2,8) y en aquellas que tenían hasta secundaria incompleta, asistieron a odontología también aquellas que tenían mejores conocimientos en salud oral (80,2 frente a 70,5%, OR = 1,7 IC95% 1,0-2,8).

A la exploración de variables del modo de vida y del estilo de vida en salud oral empleando la herramienta de regresión logística, resultaron como posibles variables predictivas para visitar al odontólogo durante la gestación las siguientes: suficiencia-insuficiencia de recursos, nivel de instrucción o escolaridad, conocimientos en salud oral; exposición al consumo de dieta rico en azúcares extrínsecos no lácteos, prácticas de higiene oral, si la gestante fue orientada en el control prenatal para asistir a odontología y la

valoración o percepción que tiene la embarazada de su salud oral (tabla 3).

Las variables introducidas en el modelo final fueron: tipo de afiliación al aseguramiento; suficiencia de ingresos para pago de necesidades básicas ingresos bajo / otros; nivel de instrucción; grupo étnico (afrocolombianas / demás); grupo menor edad / 18 y más años; conocimientos en salud oral; riesgo en dieta cariogénica; creencias en salud oral; prácticas de higiene oral; autovaloración de salud oral; recibió información en el control prenatal para asistir a odontología; remisión a odontología.

Discusión

Determinantes sociales como nivel socioeconómico y del estilo de vida resultaron asociados el acceso de las gestantes al servicio de odontología durante el embarazo. Se evidencian desigualdades tanto en el modo de vida como en estilos de vida relacionadas con la salud oral de madres caleñas asistentes a los servicios de salud durante el embarazo. Las políticas de salud oral para este grupo poblacional deben incluir no solo acciones relacionadas con el comportamiento individual relativo a prácticas higiénicas, sino identificar factores estructurales e intermedios que generan o reproducen la enfermedad oral y facilitar una aproximación en las dimensiones generales, particulares y singulares donde transcurre la vida humana.

En este estudio, la autovaloración que tiene la madre sobre su salud oral estuvo relacionada con la percepción de ingresos y la percepción acerca de si dichos ingresos le resultan justos o suficientes para vivir. A su vez, la percepción sobre su salud oral estuvo relacionada con la visita al servicio de odontología, lo que está acorde con lo planteado por Serra y Mota [19], quienes plantean que el nivel socioeconómico influye en una serie de factores de la vida de las personas que se puede reflejar en hábitos y comportamientos. Los resultados relacionados con el aseguramiento y el acceso a la atención odontológica presentan en el análisis de regresión simple resultados similares a los estudios realizados en seguros dentales [20, 13].

En este estudio, solo un 11,5% de las madres durante la gestación no tenían ningún tipo de seguro, y fueron atendidas en la red pública. Situación similar fue encontrada en el estudio de Ebrahim y otros. [21], donde el número de gestantes sin seguro fue de 12,4%.

Los conocimientos relacionados con la salud oral tuvieron una diferencia marcada con el tipo de aseguramiento, situación que refleja cómo las condiciones socioeconómicas determinan el tipo de seguridad social clasificando a las personas con mejor poder adquisitivo, con empleo y con mejores posibilidades de acceder a los conocimientos, como es el caso de temas relativos a la salud oral de las madres entrevistadas. El nivel de conocimientos también depende del nivel de escolaridad

alcanzada y debe tenerse en cuenta este comportamiento en la interpretación como variable de confusión en la relación con el acceso a la atención odontológica. Al hacer el análisis ajustado controlando escolaridad y conocimientos en salud oral, se observa que el efecto del nivel de escolaridad se ve afectado, pero hay que tener en cuenta que el acceso a la educación es estructural y el acceso al conocimiento en salud oral resultó asociado a factores relacionados con el estilo de vida. Al explorar la variable conocimientos en salud oral controlando variables socioeconómica estructurales y del estilo de vida, se encontraron como posibles variables predictivas el tipo de aseguramiento (OR = 6,5 I 95% = 4,7-9,3), nivel de escolaridad (OR = 2,6 IC95% = 1,9-3,7), creencias en salud oral (OR = 1,8 IC95% = 1,3-2,7) y etnia (OR = 1,5 IC95% = 1,04-2,1). Esto corrobora hallazgo de la relación de los ingresos y la escolaridad con los conocimientos en salud [22].

La relación entre aseguramiento y dieta no saludable resultó significativa en este estudio, en que la población más pobre estaba más expuesta al consumo de alimentos ricos en carbohidratos que las madres con mejor condición socioeconómica. Esta situación puede explicarse por la facilidad de acceso económico a bebidas gaseosas, *snacks* y aperitivos ricos en azúcar procesado. El hecho de que sea la población con mejores condiciones socioeconómicas la que menos consuma una dieta rica en carbohidratos con relación a la población pobre del estudio se puede explicar por la relación encontrada entre el consumo de este tipo de alimento con el nivel de escolaridad alto (OR = 3,4 IC95% = 2,5-4,5) y el nivel de conocimiento calificados como buenos (OR = 4,3 IC95% = 3,2-5,8) en las afiliadas al régimen contributivo. El consumo de azúcar refinado y medidas higiénicas deficientes se encontró como más frecuente en la población pobre [23].

Se encontró que las gestantes que cuentan con escasos recursos asistieron en menor proporción a la consulta odontológica que las que presentaban mejores condiciones, a pesar de que el seguro de salud les incluye la atención odontológica en el plan de beneficios. En este estudio, a diferencia de las revisiones realizadas, tener una percepción de recursos insuficientes resultó ser una variable predictiva al considerar en el modelo final ajustado las variables asociadas con la asistencia a la consulta odontológica.

La edad no se encontró como un factor predictivo para asistir a la consulta dental, pero sí se le encontró relación con conocimientos, creencias, prácticas en salud oral y riesgo en el consumo de azúcares extrínsecos no lácteos. La proporción de menores de edad con conocimientos calificados como buenos y creencias y prácticas favorables a la salud oral fue menor si se compara con los demás grupos de edad, por lo que se requiere enfatizar en acciones educativas que oriente e informen la creación de ambientes favorables para la salud bucal. El

riesgo de caries por el consumo de una dieta con productos azucarados fue mayor en las menores de edad, lo que corrobora hallazgos realizados en la población adolescente en la región [24], donde el 76,1% (IC 95%: 70,9-80,7) de los adolescentes tenían historia de caries (proporción de personas con uno o más dientes cariados, obturados y/o perdido por caries) con un incremento de la historia de caries con la edad, pasando de 69,2% a los 11 años a 73,7 y 87,5% a los 15 y 19 años respectivamente; en el análisis de regresión simple, el tipo de seguridad social y la edad se correlacionaron con el de COP. En dicho estudio, el COP de las mujeres fue de 4,8 y en hombres, de 4,2, sin diferencias significativas.

La escolaridad o nivel de educación se ha asociado al acceso al servicio de odontología según estudios presentados [13], pero ninguno había presentado el nivel educativo como una variable predictiva.

Las buenas prácticas en salud oral presentaron diferencias significativas con relación al nivel de escolaridad, en que 89,4% se observaron buenas prácticas entre quienes tenían secundaria completa o superior frente a 72,6% con menos educación (OR = 3,2 IC95% = 2,3-4,5).

La escolaridad se encontró relacionada con otras variables del estilo de vida, como las creencias favorables en salud, conocimientos aceptables en salud oral y el frecuente consumo de bebidas y aperitivos ricos en azúcares extrínsecos no lácteos.

El conocimiento que las madres asistentes al servicio de odontología tenían acerca de si los problemas dentales pueden afectar el parto fue significativa, y estaba incluido dentro de la variable dicotómica de buenos conocimientos en salud oral que resultó predictiva para la atención odontológica. La mayoría de las gestantes (63,9%) manifestaron que los problemas de los dientes y encías afectan el embarazo, en contraste con los resultados de Habasneeth, que reportó un 39% [13].

Los conocimientos que tenían las madres en puerperio inmediato acerca de problemas que afectan la salud oral, como caries, sangrado de encías, halitosis, control de placa bacteriana y relación de problemas bucodentales con el embarazo fue alto, tanto en asistentes como en no asistentes a la consulta odontológica, aunque fue significativamente superior en las asistentes. Este hallazgo, que fue una fortaleza para asistir a la consulta odontológica, también contribuye desde lo comportamental a generar un ambiente en la relación madre-hijo que facilitará el aprendizaje de hábitos saludables.

Fumar durante el embarazo resulta un riesgo no solo para los problemas orales como enfermedad periodontal, sino con patologías sistémicas [25] y posibles efectos adversos para el bebé. El 2,4% de las gestantes del estudio fumaban, resultado muy similar encontrado en el levantamiento de línea base de salud oral para el Valle del Cauca en Colombia en el 2010, donde 2,2% de las gestantes manifestaron que fumaban. Además, las que

fumaban asistieron en una proporción significativamente menor a odontología que aquellas que no fumaban. Este hallazgo es un insumo para fomentar la implementación del enfoque de factores de riesgo común teniendo en cuenta que el consumo de tabaco está vinculado con importantes enfermedades no transmisibles. Si tenemos en cuenta que el 75% de las fumadoras eran del nivel socioeconómico bajo, 71% tenían como nivel educativo la primaria o la secundaria incompleta, existe luego un gradiente social con relación a este factor de riesgo que requiere abordajes no solo del estilo de vida o abordajes río abajo o de lo singular, sino también abordar los modos de vida que abarcan elementos estructurales determinantes del ambiente que crea y reproduce comportamientos en una dimensión particular o general, o abordar el problema aguas arriba, como lo plantea la corriente eurocéntrica [26]. En otras palabras, se trata de adecuar o modificar la forma de brindar educación en salud, llevando más que información de los conocimientos científicos que afectan la salud, como el tabaco, adelantando acciones que promuevan la participación ciudadana en la construcción de su propio futuro en una sociedad con mejor distribución de la riqueza, donde las políticas de salud sean producto de la participación de los diferentes sectores comprometidos en los componentes y condicionantes del bienestar.

Las creencias favorables a la salud oral no resultaron relacionadas con el acceso a la atención odontológica, a diferencia del estudio de Dinas y otros. [27], quienes atribuyeron a las creencias desfavorables o erróneas la poca asistencia a este servicio; el estudio realizado con madres en puerperio inmediato en Cali encontró que existen diferencias en las creencias con relación al nivel socioeconómico.

Quienes no asistieron a odontología tenían en mayor proporción creencias no favorables, tales como que por cada embarazo se pierde un diente, y quienes creían que no era seguro asistir mencionaron como razón principal la exposición a bacterias peligrosas. Con relación a las creencias, este estudio presenta respuestas un poco más favorables que el estudio de Habashneh y otros. [13]. Mientras el 13,8% de todas las participantes en Cali manifestaron que por cada embarazo se pierde un diente, un 19% se encontró en el estudio citado; 77,2% cree en la posible relación entre problemas dentales y la gestación, mientras que solo el 39% lo relacionaron en el otro estudio; 60,7% cree que sus dientes se dañan porque de ahí se extrae el calcio que necesita, frente a 47% del estudio citado.

Teniendo en cuenta que los hábitos de higiene dependen de los cambios de comportamiento del individuo [28] y que es necesario cambiar el ambiente donde viven las personas para modificar comportamientos generados según los modos de vida y que se expresan en estilos de vida individual y familiar, es recomendable complementar la investigación que ha estado centrada en la clínica odontológica, hacia la generación de

evidencias de las prácticas en salud en la comunidad, donde la investigación comunitaria con participación comunitaria desempeñaría un rol importante en el cambio de enfoque [29]. De esta manera, se ampliaría la mirada del estudio de acceso a los servicios salud, involucrando variables más allá de los recursos y organización de salud y de la población en riesgo, planteado en el modelo comportamental relacionado con la utilización de los servicios de salud [8].

Es importante resaltar en este análisis que este estudio muestra cómo el compromiso del médico y de la enfermera en el control prenatal en la remisión a la consulta odontológica hace que la remisión para valoración odontológica sea la principal causa de consulta en odontología, a diferencia de los estudios realizados a la fecha.

La percepción acerca del buen estado de salud oral en este estudio fue de 60,8 en todas las gestantes y de 86,1 de las madres que asistieron a odontología durante la gestación. Otros estudios encontraron resultados similares [30, 31].

Las hipótesis relacionadas con conocimientos, creencias, conductas y prácticas en salud oral se corrobora con que la percepción que sobre su salud oral tienen las madres en puerperio inmediato difiere según si asistieron o no a la consulta odontológica durante el embarazo; además, se encuentra cómo las afrocolombianas presentan mayores desventajas con el tipo de seguridad social en salud, con los conocimientos adquiridos sobre salud oral, con mayor frecuencia en consumo de azúcares extrínsecos no lácteos, con más creencias desfavorables para la salud bucodental, con mejores prácticas de higiene oral.

Dentro de las limitaciones del estudio, se debe tener en cuenta que aspectos culturales evaluados, como estilo de vida a través de los conocimientos, creencias, prácticas y frecuencia en el consumo de azúcares extrínsecos no lácteos tuvieron pruebas de fidelidad diferentes, con valores de Alfa de Cronbach calificados de aceptables tanto para conocimientos y prácticas en salud oral como frecuencia en el consumo de azúcares y se encontró medianamente aceptable con relación con las creencias en salud oral. El componente de creencias requiere de más estudio que permita construir agrupamientos más sensibles para el análisis.

Otras de las limitaciones a tener en cuenta son los agrupamientos realizados con las variables relacionadas con conocimientos, creencias, comportamientos de riesgo y prácticas en salud oral, las cuales se construyeron a partir de las respuestas que resultaron con diferencias significativas con un valor p menor de 0,05, teniendo como variable dependiente la asistencia al servicio de odontología. Esto le da un carácter de contexto según la cosmovisión que sobre salud oral tienen las madres cañenas entrevistadas. Para otros estudios, deberán ponerse en contexto todos los ítems e incluir en los agrupamientos solo aquellos estadísticamente significativos.

Aunque se utilizaron como medición socioeconómica el tipo de seguridad social (variable objetiva para la clasificación de beneficios sociales realizado por encuesta de Planeación Nacional) y dos variables subjetivas relacionadas con la percepción de ingresos en el hogar, que resultaron correlacionadas con el tipo de aseguramiento, este criterio puede no reflejar con precisión la posición del individuo en la jerarquía socioeconómica.

Este estudio no investigó otros factores del entorno familiar, como el capital social familiar que puede influir en la decisión de asistencia a la consulta o confundir los resultados relacionados con conocimientos, creencias y prácticas en salud oral.

Con relación a las implicaciones para la intervención, los hallazgos de este estudio deben orientar a los tomadores de decisiones en los niveles estratégicos del sistema y en los niveles operativos o de gerencia de aseguradores, prestadores y reguladores, que la salud oral como parte integral de la salud general comparte desde diferentes dimensiones (sociales, económicas, de servicios y de la estructura simbólica dada a la salud), determinantes que afectan la salud de las gestantes. Factores como comportamiento de riesgo —como fumar, consumo de azúcares extrínsecos no lácteos— están implicados no solo con problemas en la cavidad oral, sino con problemas sistémicos, por lo cual las acciones no deben ser aisladas, sino integradas a través de un tronco común que permita su eliminación o reducción.

Este estudio encuentra la existencia de brechas injustas y evitables con relación a la atención odontológica y a los conocimientos, prácticas, conductas de riesgo y creencias que tienen las gestantes caleñas. La evidencia empírica presentada en este estudio apoya la hipótesis de que la inequidad de ingresos de las gestantes afecta los estilos de vida salud oral individual en el caso de las madres caleñas entrevistadas.

Conclusiones

A pesar de la buena cobertura de acceso al servicio de odontología, este estudio encontró que hay diferencias sociales expresadas en gradientes socioeconómicos en el acceso, los conocimientos, hábitos dietéticos de riesgo y prácticas higiénicas en salud oral de las gestantes caleñas.

Los resultados de este análisis sugieren que la reducción de las disparidades en la salud oral requiere el desarrollo de estrategias que vayan más allá de las causas proximales de la enfermedad, dejar de culpabilizar a la víctima y abordar los factores del modo de vida que permitan cambiar el ambiente que afectan los comportamientos expresados en estilos de vida.

Referencias

- Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res* 2002; 81(1): 58-63.
- Boggess K, Madianos P, Preisser J, Moise K & Offenbacher S. Chronic maternal and fetal Porphyromonasgingivalis exposure during pregnancy in rabbits. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(2): 554-557.
- Espinosa L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana Estomatol.* [revista en internet] 2004 septiembre-diciembre. [acceso 2 diciembre 2012]; 41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300009&script=sci_arttext.
- Álvarez R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2001. p.39-43.
- Prieto C. Trabajadores y condiciones de trabajo. Barcelona: Ed. Hade; 2000. p.51-105, 283-323.
- Organización Panamericana de la Salud. La Salud de las Américas. Washington: OPS; 1998. p.1-109.
- Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada; 1974.
- Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge: Mass. Harvard University Press; 1973.
- Frenk J. "El concepto y medición de la accesibilidad". *Salud Pública Mex* 1985; 27(5): 438-453.
- Corchuelo J. Factores socioeconómicos en el acceso de gestantes a odontología En: Octavo Congreso Odontológico Metropolitano. Caracas: Congrex; 2011.
- Corchuelo J. Factores sociodemográficos relacionados con la historia de caries y nivel de placa bacteriana en gestantes y Mujeres en Edad Reproductiva en el Valle del Cauca. Cali: Fundación Ceges; 2010.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill; 2010.
- Habashneh R, Guthmiller J, Levy S, Johnson G, Squier C, Dawson D, *et al.* Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *Journal of Clinical Periodontology* 2005; 32, 815-821. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00739.x.
- Strafford K, Shellhaas C, Hade E. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2008; 21(1): 63-71.
- Alves R, Oliveira A, Leite I, Ribeiro L, Almeida R. Perfil Epidemiológico e Atitudinal de Saúde Bucal de Gestantes Usuárias do Serviço Público de Juiz de Fora, MG. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* [revista en internet] 2010 [acceso 12 de septiembre de 2012]; 10(3): 413-421. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/637/63717313013.pdf>.
- Scavuzzi I, Rocha M, Vianna M. Percepção sobre atenção odontológica na gravidez. *J. Bras. Odontopediatr bebê* 1999; 2(7): 182-185.
- Gaffield M, Gilbert B, Malvitz D, Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *Journal of The American Dental Association* 1998; 132(7): 1009-1016.
- Ministerio de Salud Colombia. III Estudio Nacional de Salud bucal ENSAB III. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 1999.
- Serra A, Mota M. Promoção da Saúde. En: Ramos F, Monticelli M, Nitschke R, organizadores. *Umencontro da enfermagemcom*

- adolescentes brasileiras: projetoacolher. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2000.
- 20 Gaffield M, Gilbert B, Malvitz D, Romaguera R. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. *Journal of The American Dental Association* 2001; 132(7): 1009-1016.
 - 21 Ebrahim S, Anderson J, Correa R, Posner S, Atrash H. Overcoming social and health inequalities among US women of reproductive age-Challenges to the nation's health in the 21st century. *Health Policy* 2009; 90(2-3): 196-205.
 - 22 Zardetto C, Rodrigues C, Ando T. Avaliação dos Conhecimentos de Alguns Tópicos de Saúde Bucal de Gestantes de Níveis Sócio Culturais Diferentes. *Rev Pós Grad* 1998; 5(1): 69-74.
 - 23 Petersen E. The world oral health report 2003: continuous improvement or oral health in the 21st century. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2003; 31(S1): 3-23.
 - 24 Corchuelo J. Diferencias sociodemográficas relacionadas con la historia y la prevalencia de caries de usuarios de una red de salud pública. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2012; 24(1): 96-109.
 - 25 Sheiham A, Watt RG. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 399-406.
 - 26 Breilh J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
 - 27 Dinas K, Achyropoulos V, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, Zepiridis L, Theodoridis T, et al. Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2007; 86(8): 938-944.
 - 28 Frieden T. Framework for public health action: The Health Impact Pyramid. *Am J Public Health* 2010; 100: 590-595.
 - 29 Sheiham A, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen P, et al. Global Oral Health Inequalities: Task Group-Implementation and Delivery of Oral Health Strategies. *Adv Dent Res* 2011; 23(2):259-267
 - 30 Honkala S, Al-Ansari J. Self-reported oral health, oral hygiene habits, and dental attendance of pregnant women in Kuwait. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 809-814. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00770.x..
 - 31 Araújo C, Horta J, Araújo MV, Dos Reis MF, Dos Reis NF. Condições de saúde bucal das gestantes atendidas em instituições de saúde do bairro do Guamá no município de Belém. [internet] 2005. [acceso 12 de julio de 2012] Disponible en: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=574&ler=s&idesp=12>.