

La inequidad en el acceso a la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander

Inequality in access to dental care of pregnant women in Santander

Sonia Constanza Concha Sánchez¹, Carolina Morales Borrero²

Forma de citar: Concha Sánchez SC, Morales Borrero C. La inequidad en el acceso a la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander. *rev.univ.ind.santander.salud* 2104; 46 (1): 35-45

RESUMEN

Introducción: Las condiciones de vida, salud, atención y cuidado de las gestantes están comprometidas, en especial en las mujeres más pobres y vulnerables, y el componente bucal ejerce un papel importante en esta inequidad. **Objetivo:** Describir las condiciones sociales y económicas que determinan la inequidad en el acceso a la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal que incluyó 8695 gestantes en las que se analizaron variables relacionadas con área geográfica, con el sistema de atención y en la mujer gestante variables demográficas, condición bucal y asistencia a consulta odontológica. Para el análisis univariado se calcularon medidas de resumen y para el bivariado se relacionó la asistencia a la consulta odontológica con las variables que determinan su asistencia a la consulta odontológica, para ello se aplicó test de chi². **Conclusión:** Los determinantes económicos y sociales relacionados con el bajo nivel de desarrollo del municipio, la residencia en zona rural, ser vinculada o usuaria del régimen subsidiado y ser mayor de 40 años influyen la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander.

Palabras clave: Mujer gestante, Atención odontológica, Inequidades, Desigualdades.

1. Facultad de Odontología de la Universidad de Santo Tomás (USTA), Bucaramanga, Colombia

2. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

Correspondencia: Sonia Concha, Docente. **Dirección:** Universidad Santo Tomás. Campus Universitario, vía Piedecuesta, Floridablanca Santander, Facultad de Odontología. **Correo electrónico:** sococosavila@gmail.com **Teléfono:** (315) 878 85 06

Recibido: febrero 7 de 2014

Aprobado: marzo 11 de 2014

ABSTRACT

Introduction: Living conditions, health care and care of the pregnant women are compromised, especially with the poorest and most vulnerable ones, oral component plays an important role in this inequality. **Objective:** To describe social and economic conditions that determines inequality in the access to dental care for pregnant women in Santander. **Methodology:** An observational analytical, cross sectional study was made with 8695 pregnant women. We analyzed the variables related to geographic area and the healthcare system, and for pregnant women, demographic variables, oral condition and dental assistance. For the univariate analysis, summary measures were calculated, and for the bivariate analysis, the assistance to the dental attention with the explanatory variables were related, to do that the chi² test was applied. **Conclusion:** The economic and social determinants related to the low level of development of the municipality, rural residence, be “vinculada” or user of the subsidized regime and be older than 40 years old got an influence with the dental care of pregnant women in Santander.

Key words: Pregnant, dental attention, inequities, inequality

INTRODUCCIÓN

La inequidad en salud es el reflejo y la consecuencia de la desigualdad social que puede llamarse injusta cuando se observan resultados “dolorosos” de la inequidad social. La inequidad se hace visible en las diferencias que se observan en los perfiles epidemiológicos y de asistencia a la consulta en salud por nivel socioeconómico, afiliación al sistema de atención en salud, género, etnia o clase social, por mencionar algunas, que muestran cómo los grupos con mayores desventajas sociales registran las peores condiciones de salud y menor acceso a los servicios¹. En este contexto es necesario anotar que en este trabajo se asume que la desigualdad es diferente a la inequidad. La desigualdad se podría catalogar como una categoría descriptiva de cualquier sociedad o de la comparación entre grupos humanos; mientras que la inequidad se asume como un concepto ético e implica la valoración de las desigualdades desde algún valor o sistema de valores. El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta².

Las condiciones de vida, salud, atención y cuidado de las gestantes están comprometidas, en especial en las mujeres más pobres y vulnerables, y el componente bucal ejerce un papel importante en esta inequidad.

De acuerdo al Fondo de Población de las Naciones Unidas, la tasa de mortalidad materna mundial (reportada por 100.000 nacidos vivos) para el 2010 fue de 210; sin embargo, alcanzó una tasa de 430 para países menos adelantados, 240 para regiones con menor desarrollo, en contraste con las de mayor desarrollo que alcanza una cifra de 26^{3,4}.

En Colombia, de acuerdo a este mismo reporte y el del Instituto Nacional de Salud, la tasa de mortalidad materna (expresada por 100.000 nacidos vivos) registró una media de 92, pero en los departamentos de menor desarrollo alcanzó tasas de 559 y para los de mayor nivel de 28^{3,5}. La tasa de mortalidad materna (reportada también por 100.000 nacidos vivos) para Santander en 2010, fue de 33,4, muy por debajo de la media nacional y de la meta propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio a 2015; sin embargo, en el 2010 Municipios como San Benito alcanzó Razones de Mortalidad Materna (RMM) de 3.703 y Puerto Parra de 1.315; mientras que las tasas de Mortalidad de Barrancabermeja, Girón y Floridablanca estaban en rangos entre los 23.8 y 133⁴.

En estudios a nivel mundial se evidencia un comportamiento diferencial en la asistencia a la consulta

odontológica por parte de las mujeres gestantes. En Estados Unidos el rango oscila entre 19 y 70%; en Australia y Oceanía entre el 32 y 50%; en Latinoamérica entre 23 y el 83%, mientras que las investigaciones en Europa, Asia y África muestran que está entre el 23 y 83%. Saddki et al revelan como en Malasia a pesar que, el 60% de las gestantes admiten tener problemas bucales sólo el 29% asisten a la consulta odontológica. Este estudio evidencia que a pesar de la necesidad de tratamiento la asistencia a la consulta odontológica de las gestantes es muy variable, por lo que requiere de monitoreo constante ^{6,7}.

En Colombia, de acuerdo al Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III) de 1998, del total de personas que reportaron tener problemas bucales en el último mes, sólo el 45% recibieron atención; la asistencia a la consulta fue más baja en aquellas personas con primaria incompleta, las de zona rural y las afiliadas a régimen subsidiado ⁸; sin embargo a nivel nacional, se encuentra poca información que caracterice las condiciones de inequidad que, frente a la atención odontológica, puedan estar afrontando las mujeres gestantes. En Bogotá al referir la cobertura de atención en salud oral de la mujer gestante por régimen de afiliación se encontró que en 2010 la cobertura de atención fue del 72% para las mujeres del régimen contributivo, mientras que en el subsidiado fue sólo del 33% ⁹. En Cali, el 83% de las gestantes asistieron a consulta odontológica; sin embargo, quienes asistieron en mayor proporción eran las mujeres vinculadas al régimen contributivo (88,7%) y aquellas con secundaria completa o superior (88%) ¹⁰. Información relacionada con la atención odontológica de las gestantes de Bucaramanga en el 2001 muestra como el 18% de las gestantes recibieron tratamiento dental durante el embarazo y sólo el 13% recibió instrucción en salud oral ¹¹; aunque no se logró obtener, dentro de la información revisada, datos más actualizados de Santander que describan la condición bucal y su atención en las mujeres gestantes y que analicen además, los aspectos sociales y económicos que puedan determinar la inequidad en la atención odontológica de las mujeres gestantes.

Es necesario resaltar además, que las infecciones bucales, dentro de las que se destacan aquellas asociadas a caries dental que infectan la pulpa y la enfermedad periodontal, podrían comprometer sistémicamente a la gestante y poner en riesgo su vida, la del feto y la del recién nacido, pues la literatura científica parece indicar que las infecciones bucales se asocian con parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, aborto y diabetes gestacional, entre otros eventos. Todo esto justifica la importancia de promover la salud bucal, la atención odontológica de la mujer gestante y de comprometer a todos los profesionales de la salud en la promoción de la salud bucal de las mujeres durante todo el ciclo de vida y en especial durante la gestación ^{12,13}.

Con estos antecedentes, surge la necesidad de describir las condiciones sociales y económicas que determinan la inequidad en el acceso a la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal ¹⁴. El universo estuvo integrado por las gestantes que acudieron a consulta y que fueron reportadas en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de 2010, registradas en la base de datos aportada por el Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS) en el primer semestre de 2012 de acuerdo a los códigos CIE10 relacionados con la gestación, el parto (O00-O08; 010-O16; O20-O29; O30-O48; O60-O75; O80-O84; O85-O92; O94-O99) y las patologías bucales (K02, K04, K05, K06, K08, K10, K12) ¹⁵. Las variables retomadas o adaptadas de los RIPS incluidas en este trabajo fueron: Las relacionadas con área geográfica: Municipio (de acuerdo a división política y geográfica del país), zona (urbana o rural), y categoría de municipio con base a la clasificación definida en el artículo 6 de la Ley 617 de 2000 establecida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (**Tabla 1**) ¹⁶.

Tabla 1. Relación de la categorización de los municipios en Colombia de acuerdo a lo establecido por Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el artículo 6 de la Ley 617 de 2000.

Categoría municipio	Población	Ingresos corrientes de libre destinación anuales
Especial	Superior a 500.000 habitantes	Superiores a 400.000 salarios mínimos legales mensuales (SMLM)
Primera	Superior a 100.000 hasta 500.000 habitantes	Superiores a 100.000 hasta 400.000 SMLM
Segunda	Superior 50.000 hasta 100.000 habitantes	Superiores a 50.000 hasta 100.000 SMLM
Tercera	Superior 30.000 hasta 50.000 habitantes	Superiores a 30.000 hasta 50.000 SMLM
Cuarta	Superior 20.000 hasta 30.000 habitantes	Superiores a 25.000 hasta 30.000 SMLM
Quinta	Superior 10.000 hasta 20.000 habitantes	Superiores a 15.000 hasta 25.000 SMLM
Sexta	Igual o inferior a 10.000 habitantes	No superiores a 15.000 SMLM

Las relacionadas con el sistema de atención: Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, vinculado, particular, otros); Empresa promotora de Salud (EPS); Institución prestadora de servicios (IPS), tipo de afiliación (cotizante, beneficiario, adicional). De la mujer gestante se recolectaron: edad, ocupación, asistencia a la consulta odontológica (Si o No) y patología bucal (caries, periodontopatías y patologías pulpares).

Para la obtención de la base de datos se estableció contacto con el OSPS y se concertó con la persona responsable la información de interés contenida en los RIPS de 2010 y de acuerdo a los códigos CIE10; con estos datos se generó un archivo en Excel con 498.769 registros que contenían los reportes de la atención en salud de las personas que acudieron por eventos relacionados con la gestación, el parto o por patologías bucales; para la depuración de la base se tomaron los registros de todas las gestantes y mediante tablas dinámicas en Excel se identificaron todas las gestantes y aquellas que acudieron a la consulta odontológica¹⁷. La base depurada se exportó al paquete estadístico STATA 9.0 para su procesamiento y análisis¹⁸. El plan de análisis estadístico incluyó el cálculo de medidas de resumen según la naturaleza de las variables; se

calcularon proporciones para las cualitativas, y medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (rango, desviación estándar, percentiles e intervalos de confianza del 95%) para las cuantitativas. En el análisis bivariado se tomó como variable de salida asistencia a la consulta odontológica y como variables explicativas los determinantes sociales, demográficos y económicos, para esto se aplicó test de Chi². Para todo el análisis se consideró un nivel de significancia de alfa (α) ≤ 0.01 .

RESULTADOS

Análisis univariado

De las variables relacionadas con área geográfica: A partir de la información se identificaron 8.695 mujeres gestantes registradas en la base entregada por el OSPS a partir de los RIPS de 2010. El 43,6%(3.792) procedían de Bucaramanga, que de acuerdo a la clasificación económica y social se cataloga como municipio especial y el 4,6%(400) provenían de los municipios con menor desarrollo del departamento o de sexta categoría. El 89,8%(7.809) de las mujeres residían en zona urbana (**Tabla 2**).

Tabla 2. Descripción de las variables relacionadas con categorías municipio, zona, y vinculación al sistema general de seguridad social en salud de las gestantes de Santander analizadas según asistencia a la consulta odontológica

Variable	Total	Asistencia a consulta odontológica		P	
		Si			
	Frec (%)	IC95%	Frec (%)	IC95%	
Total	8695 (100)	---	2786 (32)	31.1-33	
Categoría municipio					
Especial	3792 (43.6)	42,5-44,6	1403 (37)	35.5-38.5	<0.00001
Primera	1081 (12.4)	11.7-13.1	359 (33,2)	30.4-36.2	
Segunda	1377 (15.8)	15.1-16.6	433 (31.4)	29-33.9	
Tercera	452 (5.2)	4.7-5.6	162(35.8)	31.4-40.3	
Cuarta	1056(12.1)	11,5-12.8	241 (22.8)	20.3-25.4	
Quinta	537 (6.2)	5.7-6.7	90 (16.8)	13.6-19.9	
Sexta	400 (4.6)	4.2-5.0	98 (24.5)	20.3-28.7	
Zona					
Urbana	7809 (89.8)	89.2-90.4	2598 (33.3)	32.2-34.3	<0.00001
Rural	886 (10.2)	9.5-10.8	188 (21.2)	18.5-23.9	
Tipo se Usuario					
Contributivo	4565 (52.5)	51.4-53.5	1692(37.1)	35.7-38.5	<0.00001
Subsidiado	2310 (26.6)	25.6-27.5	460 (19.9)	18.3-21.5	
Vinculado	796 (9.2)	8.5-9.8	136(17.1)	14.5-19.7	
Particular	786 (9)	8.4-9.6	444(56.5)	53-60	
Otro	238 (2.7)	2.4-3.1	54 (22.7)	17.4-28	
Tipo de afiliado					
Cotizante	11 (0.1)	0,05-0.2	---	---	<0.00001
Beneficiario	1387 (16)	15.2-16.7	359 (25.9)	23.6-28.2	
Adicional	1186 (13.6)	12.9-14.4	252 (21.2)	18.9-23.6	
No hay reporte	6111 (70.3)	69.3-71.2	2175 (35.6)	34.4-36.8	

De las variables relacionadas con la atención: El 52,5% de las mujeres embarazadas pertenecían al régimen contributivo (**Tabla 1**). Un total de 35 EPS reportaron vincular las gestantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la que registró la mayor

cobertura de afiliación acogió al 34,2% (2.971) de las mujeres embarazadas. 239 IPS informaron atender a las mujeres embarazadas y la institución que alcanzó la mayor cobertura atendió al 18,9% (1.644) de estas (**Tabla 3**).

Tabla 3. Relación de la cobertura de las mujeres gestantes en Santander (2010) de acuerdo a las 15 primeras Empresas Promotoras de Salud a las que pertenecen, a las 20 primeras Instituciones prestadoras que las atienden y según asistencia a la consulta odontológica

Variables	Total	Asistencia a consulta odontológica		P	
		Si			
	Frec (%)	IC95%	Frec(%)	IC95%	
EPS					
Total	8695 (100)	---	2786 (32)	31.1-33	
1	2971 (34.2)	33.2-35.2	1535 (51.7)	49.9-53.5	<0.00001
2	1468 (16.9)	16.1-17.7	465 (31.7)	29.3-34.1	
3	1279 (14.7)	14-15.5	241 (18.8)	16.7-21.1	
4	595 (6.8)	6.3-7.4	57 (9.6)	7.3-12.2	
5	409 (4.7)	4.3-5.2	111(27.1)	22.9-31.7	
6	323 (3.7)	3.3-4.1	19 (5.9)	3.6-9	
7	223 (2.6)	2.2-2.9	62(27.8)	22-34.2	
8	212 (2.4)	2.1-2.8	61 (28.8)	22.8-35.4	
9	167 (1.9)	1.6-2.2	45 (26.9)	20.4-34.3	
10	152 (1.8)	1.5-2	50(32.9)	25.5-41	
11	111 (1.3)	1.1-1.5	30 (27)	19-36.3	
12	108 (1.2)	1-1.5	25(23.1)	15.6-32.2	
13	106(1.2)	1-1.5	1(0.9)	0.2-5.1	
14	106 (1.2)	1-1.5	13 (12.3)	6.7-20.1	
15	76 (0.9)	0.6-1.1	26 (34.2)	23.7-46	
Otras	389 (4.5)	4-4.9	23(5.9)	3.8-8.7	
IPS					
Total	8695 (100)	---	2786 (32)	31.1-33	
1	1.644 (18.9)	18.1-19.7	882 (53.6)	51.2-56.1	<0.00001
2	639 (7.3)	6.8-7.9	317 (49.6)	45.7-53.6	
3	465 (5.3)	4.9-5.8	75 (16.1)	12.9-19.8	
4	396(4.6)	4.1-5	160(40.4)	35.5-45.4	
5	338(3.9)	3.5-4.3	16(4.7)	2.7-7.6	
6	323 (3.7)	3.3-4.1	24 (7.4)	4.8-10.9	
7	307 (3.5)	3.2-3.9	72 (23.5)	18.8-28.6	
8	298 (3.4)	3.1-3.8	154 (51.7)	45.8-57.5	
9	226 (2.6)	2.3-3	82(36.3)	30-42.9	
10	214 (2.5)	2.1-2.8	79 (36.9)	30.4-43.8	
11	208 (2.4)	2.1-2.7	32 (15.4)	10.8-21	
12	131 (1.5)	1.3-1.8	22 (16.8)	10.8-24.3	
13	121 (1.4)	1.2-1.7	30 (24.8)	17.4-33.5	
14	121 (1.4)	1.2-1.7	35 (28.9)	21-37.9	
15	119 (1.4)	1.1-1.6	5 (4.2)	1.4-9.5	
16	118 (1.4)	1.1-1.6	27(22.9)	15.7-31.5	
17	110 (1.3)	1-1.5	16(14.5)	8.5-22.5	
18	107 (1.2)	1-1.5	23 (21.5)	14.1-30.5	
19	106 (1.2)	1-1.5	33 (31.1)	22.5-40.9	
20	103 (1.2)	1-1.4	8 (7.8)	3.4-14.7	
Otras	2601 (29.9)	28.9-30.9	694 (26.7)	25-28.4	

Tabla 4. Relación de la edad, ocupación y condición bucal de las mujeres gestantes en Santander (2010) analizada según asistencia a la consulta odontológica

Variable	Total	Asistencia a consulta odontológica			
		Si			
	Frec (%)	IC95%	Frec(%)	IC95%	
Edad (años)*					
Total	8659 (100)	---	2784 (32.1)	31.1-33	
13- 20	1850 (21.4)	20.5-22.2	542 (29.3)	27.2-31.4	<0.00001
21-30	4388 (50.7)	49.6-51.7	1502 (34.3)	32.8-35.6	
31-40	2113 (24.4)	23.5-25.3	683 (32.3)	30.3-34.3	
41- 53	308 (3.6)	3.1-3.9	57 (18.5)	14.2-22.9	
Ocupación					
Total	8695 (100)	---	2786 (32)	31.1-33	<0.00001
1	858 (9.9)	9.2-10.5	257 (29.9)	26.9-33.1	
17	289 (3.3)	2.9-3.7	107 (37)	31.4-42.9	
11	167 (1.9)	1.6-2.2	51(30.5)	23.7-.38.1	
5	142 (1.6)	1.4-1.9	38 (26.8)	19.7-.34.8	
Otras ocupaciones	202 (2.3)	2.0-2.7	35(17.3)	12.4-.23.2	
Sin registro	7037 (80.9)	80.1-.81.7	2298 (32.7)	31.6-.33.8	
Condición bucal					
Total			2786 (32)	31.1-33	---
Caries			2060 (73.9)	72.3-75.6	---
Periodontopatías			1491 (53.5)	51.6-55.4	---
Patologías pulpares			225 (8.1)	7.1-9.2	---

* Edad: 36 mujeres gestantes no tienen reporte de edad

Las relacionadas con las gestantes: El promedio de edad de las gestantes evaluadas fue de 26.6±7 años y cerca del 50,7%(4.388) de las gestantes estaba entre los 21 y 30 años. El 32% (2.786) asistieron a la consulta odontológica. En el grupo que asistieron a la consulta odontológica el 73,9%(2.060) tenían caries, el 53,5%(1.491) periodontopatías y el 8,1%(225) patologías pulpares (**Tabla 4**).

Análisis bivariado

Para las relacionadas con área geográfica: Los municipios de cuarta (22,8%), quinta (16,8%) y sexta categoría (24,5%), es decir los de menor desarrollo económico y social, fueron los que registraron las menores frecuencias de asistencia a la consulta odontológica; igual fenómeno se observó en las gestantes procedentes de la zona rural (21,2%) (**Tabla 2**).

Para las relacionadas con la atención: Las menores proporciones de asistencia a la consulta odontológicas estaban en el grupo de gestantes registradas como vinculadas (17%) y las pertenecientes al régimen subsidiado (19,9%) y las que más asistieron a este tipo de atención fueron las gestantes que ingresaron al sistema como particulares (56,5%). La EPS que registra mayor cobertura de afiliación es también en la que se evidencia la mayor asistencia de las gestantes a la consulta odontológica (51,7%) y la IPS que más atendió en la consulta odontológica logró cubrir al 53,6% de las mujeres adscritas a esta (**Tabla 3**).

Para las relacionadas con las gestantes: Por grupo de edad las gestantes que menos asistieron a la consulta odontológica fueron las mayores de 40 años (81,5%) (**Tabla 4**).

DISCUSIÓN

Retomando el objetivo del presente trabajo de describir las condiciones sociales y económicas que determinan la inequidad en el acceso a la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander, es importante enfatizar sobre éste aspecto como una estrategia para lograr el reconocimiento de esta situación, como punto de partida para la generación de transformaciones que le ofrezcan mejores alternativas de vida y de salud a las mujeres durante el periodo de embarazo y a lo largo de toda su vida.

Al considerar los aspectos relacionados con el área geográfica, es importante destacar que el reconocimiento en el presente trabajo del desarrollo económico de un municipio como un aspecto que puede estar determinando el acceso a la atención odontológica de la mujer gestante debe ser comprendido desde el modelo de descentralización aplicado en Colombia y en el que se buscó que las organizaciones privadas prestaran algunos servicios y redujo al estado a una función reguladora¹⁹; además es adecuado retomar lo referido por Restrepo y Mocosó cuando afirman que:

“Tras casi 30 años de haberse iniciado el proceso de descentralización, de los esfuerzos de fortalecimiento institucional de la Constitución política de 1991 y de sucesivas reformas administrativas locales

y nacionales, la institucionalidad económica local continúa siendo precaria y poniendo obstáculos, en algunos casos infranqueables, al desarrollo social y económico de las regiones en el país”²⁰.

Al considerar la dimensión económica y con ella la capacidad de los gobiernos locales de proveer los servicios de educación, salud y agua potable; los municipios, en coordinación con los entes departamentales, son los encargados de promover o fortalecer la provisión de los servicios locales. En general en Colombia la provisión de estos servicios ha mejorado en las zonas urbanas, pero hay rezago en aquellos cascos urbanos o zonas rurales donde la institucionalidad es precaria²⁰.

Los resultados de este trabajo permiten mostrar cómo los municipios en categorías cuarta, quinta y sexta (de menor desarrollo) registran las frecuencias más bajas de cobertura odontológica de las mujeres gestantes; al agrupar los municipios por provincias y de acuerdo a los que registran frecuencias de atención odontológica mayores o iguales a 50%, menor o iguales al 10% y con ninguna cobertura (**Gráfico 1**) se observa que en las provincias Comunera, pero especialmente en la de Vélez predominan los municipios en los que ninguna gestante accedió a este tipo de atención.

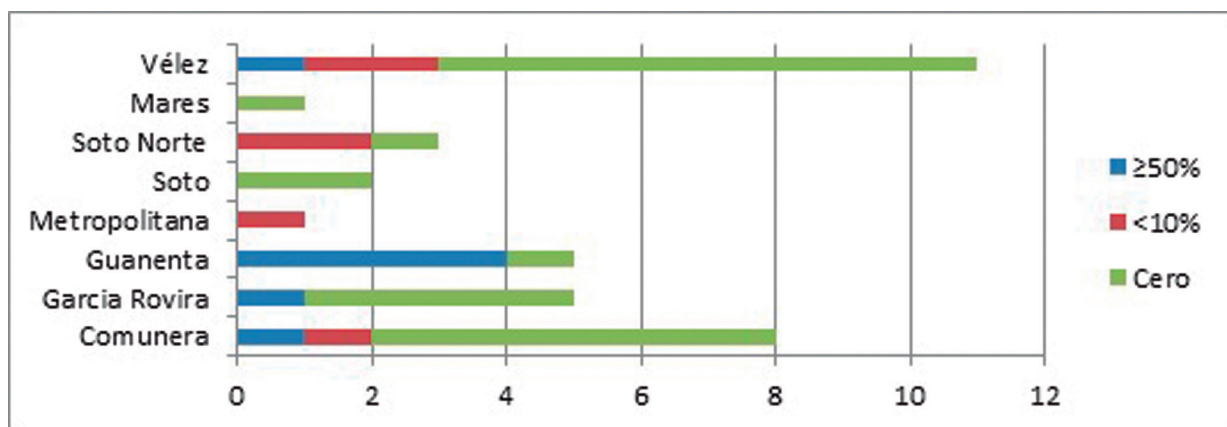


Gráfico 1. Relación de municipios de Santander con coberturas de atención odontológica mayores a 50%, menor a 10% y sin cobertura agrupados por provincias

Estos resultados parecen coincidir con lo reportado por el Observatorio de Salud Pública de Santander para Mortalidad Materna, que muestra a Vélez como el núcleo que concentró los municipios con las más altas RMM destacando a El Peñón, Sucre y San Benito, en los que se también se observó que ninguna gestante recibió atención odontológica⁴. En este sentido Donoso refiere que la tasa de mortalidad materna es un indicador de desarrollo económico, social y sanitario; pero también de injusticia social, inequidad de género, pobreza y problemas estructurales, tanto de acceso como de atención y que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que viven las mujeres de los grupos más vulnerables²¹. Adicionalmente en este trabajo, la provincia de Guanentá es la que registra mayor cantidad de municipios con frecuencias de atención odontológica de las gestantes mayores o iguales al 50% y esta provincia es una de las que registra mayor desarrollo económico en el departamento.

Los resultados relacionados con la baja frecuencia de la atención odontológica de las mujeres gestantes de la zona rural son consistentes con lo referido por el Centro Latinoamericano para el desarrollo rural y por Jaramillo que muestran cómo, en materia de acceso a los servicios sociales y públicos (incluyendo la atención en salud) las brechas urbano-rurales son significativas^{22,23}. Las razones que sustentan los resultados, se explica en parte por el poco interés gubernamental, la escases de recursos que el estado destina para este sector; la dispersión de la población, las distancias que deben recorrer y los problemas relacionados con las vías de acceso, los bajos niveles educativos que alcanzan las mujeres gestantes, y las barreras en el acceso a la atención cuando las mujeres residen en zona rural.

Cuando se retoman aspectos relacionados con la atención odontológica de las mujeres gestantes es importante anotar que gestantes catalogadas como vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) registraron la más baja frecuencia de asistencia a la consulta odontológicas, seguida de las pertenecientes al régimen subsidiado y la mayor frecuencias en las descritas como particulares; resultados que reflejan la crisis estructural del SGSSS y de la forma como este profundiza la inequidad. En este sentido, Franco revela cómo las consecuencias negativas del modelo impuesto, la forma como se contiene y restringe la atención,

como mecanismo para garantizar la rentabilidad de las empresas encargadas de ordenar la atención médica de la población y administrar los recursos y los paquetes de atención, restringen los beneficios y discriminan a los pobres de quienes pueden pagar²⁴.

Al analizar los aspectos relacionados con las gestantes es importante señalar que sólo el 32% de las gestantes asistieron a la consulta odontológica a pesar de lo reglamentado en la resolución 412 de 2000 y lo establecido en las guías y normas de atención en el que se establece que todas las mujeres gestantes deben recibir evaluación odontológica; sin embargo, los resultados de este trabajo muestran que en Santander hay bajas coberturas, ilustrando la necesidad de implementar un sistema de vigilancia y acompañamiento a todos los municipios, especialmente a aquellos con menor desarrollo que permita apoyar la atención que se le brinda a la mujer gestante promoviendo mejores condiciones de salud y de asistencia a la consulta odontológica²⁵.

Adicional a esto es importante señalar la elevada prevalencia de patologías bucodentales entre aquellas mujeres que asistieron a la consulta odontológica. Sin embargo, es imposible reportar las prevalencias reales considerando que cerca del 70% de las gestantes no tiene diagnóstico de su condición bucal por lo que las prevalencias podrían ser aún más altas. A pesar de ello es posible señalar que las prevalencias reportadas en este trabajo muestran la necesidad de transformar la comprensión de la salud bucal y la forma como se aborda la práctica odontológica enfatizando en lo asistencial y dejando de lado la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a lo largo de todo el ciclo vital de la mujer y en especial en su etapa fértil, en coherencia con los paradigmas que orientan la formación y la lógica establecida por el SGSSS²⁵.

Es preocupante además, que las mujeres mayores de 40 años registren las frecuencias más bajas de asistencia a la consulta odontológica; porque de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, las patologías periodontales aumentan en las mujeres mayores y en las embarazadas lo que podría aumentar su riesgo a parto pretérmino, preeclampsia, diabetes gestacional y en el recién nacido asociarse con bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino condiciones que comprometen la vida y la salud presente y futura tanto de la mujer como de su hijo^{13,26}.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los determinantes económicos y sociales relacionados con el bajo nivel de desarrollo del municipio, la residencia en zona rural, ser vinculada o usuaria del régimen subsidiado y ser mayor de 40 años influyen en la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander.

Es necesario implementar un sistema de vigilancia y acompañamiento que permita promover la salud en su componente bucal en las mujeres gestantes que viven en los municipios de Santander, en especial en los de menor desarrollo.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se acogió a la normatividad establecida por la Declaración de Helsinki y la resolución 008430 de 2003 por la que se reglamenta la investigación en salud en Colombia; en la que se preservan los principios de beneficencia, confidencialidad y privacidad de la información aportada.

Conflicto de interés

No existe ningún conflicto de interés en la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Observatorio de Salud Pública de Santander por proporcionar la base de datos que permitió el desarrollo de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Bogotá Diciembre 2010. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20VII--Situacion%20de%20Salud%20en%20Colombia%202002-2007-%20Resumen.pdf> (Consultado Marzo 6 de 2013)
2. Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: Eibenschutz C, Tamez S, González R. ¿Determinación Social o Determinantes Sociales de la Salud? México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2011
3. Fondo de población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2012. (Consultado Mayo 12 de 2013) Disponible en: <http://www.unfpa.org/webdav/global/shared/swp/2012/SP-SWP2012-Report.pdf>. (Consultado Mayo 12 de 2013)
4. Observatorio de Salud Pública de Santander. Mortalidad materna en Santander: antecedentes y comportamiento. Informe Epidemiológico de Santander 2012; 6(4):1-15
5. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y Control en Salud Pública. Mortalidad materna. Análisis 20 años estadísticas vitales DANE). Disponible en: <http://www.saludtolima.gov.co/portal/website/publicaciones>. (Consultado Abril 10 del 2011)
6. Corchuelo J. A Literature Review on Social and Economic Factors Related to Access to Dental Care for Pregnant Women. Dentists 2013; 1(1): 24-34.
7. Saddki N, Yusoff A, Yew H. Factors associated with dental visit and barriers to use of oral health care services in a sample of antenatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. BMC PublicHealth. 2010; 10:75. Disponible en: www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-75.pdf. (Consultado Mayo 2 de 2014)
8. República de Colombia. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB III. Bogotá, Colombia: MINSALUD, 1999. Tomo VII
9. Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento. Metas Distritales de Salud Oral 2008-2012. Informe final. Seguimiento Metas Distritales de Salud Oral 2008-2011. Elaborado por Jairo Hernán Ternera Pulido. Julio 16 de 2012
10. Corchuelo J. Determinantes Sociales y del estilo de vida en salud oral en el acceso a odontología de gestantes caleñas en 2012. Rev Fac Nac Salud Pública 2013; 31 (supl 1):170-180.
11. Chacón AF, Gutiérrez A, Montañez JA, Villamizar A, Pies chacón MP, Camargo DM. Factores que condicionan la enfermedad periodontal en mujeres gestantes, Bucaramanga 2001. Ustasalud 2002. 1(1):33-41
12. Concha SC. La salud oral de las mujeres gestantes, sus repercusiones y los aspectos que influyen en su atención. Ustasalud 2011;10:110-126
13. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, J Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse

- pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG* 2006; 113:135–143.
14. Grimes DA, Schultz K. An overview of clinical research: The lay of the land. *Lancet* 2002; 359: 57 – 61.
 15. Organización Mundial de la Salud. Código de Identificación de Enfermedades 2010.
 16. República de Colombia. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ley 617 de 2000.
 17. Microsoft Excel 5.0. Microsoft Corporation, 1997.
 18. StataCorp. 2005. Stata Statistical Software: Release 9 College Station, TX: Stata Corporation.
 19. Penning Gaviria JP. Evaluación del proceso de descentralización en Colombia. *Economía y Desarrollo* 2003; 2(1): 123-149
 20. Restrepo JA, Moscoso M. Capacidades institucionales en materia económica para municipios en Colombia. Friedrich Ebert Stiftung en Colombia-Fescol-, International institute for democrat and electoral assistance-Idea Internacional. 2012. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09890.pdf> (Consultado Junio 12 de 2013)
 21. Donoso E. Mortalidad materna en Chile: tras el cumplimiento de una meta. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(1):44-46
 22. Centro Latinoamericano para el desarrollo rural (RIMISP). Perfetti JJ. Crisis y pobreza rural en Colombia. Nov 2009. Disponible en: <http://www.rimisp.org/FCKeditor/UserFiles/File/documentos/docs/pdf/DTR/crisis/Crisis-pobreza-rural-Colombia-policy-briefs-DTR.pdf>.
 23. Jaramillo PS. Pobreza Rural en Colombia. *Rev Colomb Sociol* 2006; 27: 47-62
 24. Franco S. Entre los negocios y los derechos. Lecciones ético-políticas de 20 Años de confrontación por la salud en Colombia. Presentada en el panel: Crisis económica y ética, en el XII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, ALAMES, en Montevideo, Noviembre de 2012. Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/saul2012.pdf>. (Consultado Marzo de 2013)
 25. Ministerio de Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en salud pública. 2007. Disponible en: <http://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2011/02/Gu%C3%ADas-412-Tomo-1-Impresi%C3%B3n2.pdf> (Consultado Agosto de 2011)
 26. Scannapieco FA, Bush RB Periodontal Disease as a Risk Factor for Adverse Pregnancy Outcomes. A Systematic Review. *Ann Periodontol*. 2003; 8 (1):70-78.

