PERCEPCIÓN DE PADRES Y CUIDADORES SOBRE BARRERAS EN SALUD BUCAL EN PRIMERA INFANCIA: ESTUDIO PILOTO

Juan Camilo Garnica Quiroga

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGIA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ DC.- DICIEMBRE 2023

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	Percepción de padres y cuidadores sobre barreras en salud bucal en primera infancia: estudio piloto
Grupo de Investigación:	Investigación en Salud Bucal Pública y Comunitaria INVBOCA Unidad de Manejo Integral de Malformaciones Craneofaciales UMIMC
LíneaS de investigación:	Individuo Colombiano-Gestión de servicios de salud bucal
Tipo de investigación:	Grupo de investigación-Pregrado
Estudiantes:	Juan Camilo Garnica Quiroga
Director:	María Clara González Carrera
Codirector:	Zita Carolina Bendaham Álvarez
Asesor metodológico:	Ingrid Isabel Mora Diaz
Asesor y análisis estadístico:	Dr. David Díaz.

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

OTTO BAUTISTA GAMBOA	Presidente del Claustro
MIGUEL RUIZ RUBIANO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL GALVIS	Rector(a)
NATALIA RUÍZ ROGERS	Vicerrector(a) Académico
RICARDO ENRIQUE GUTIÉRREZ MARÍN	Vicerrector Administrativo
GUSTAVO SILVA CARRERO	Vicerrectoría de Investigaciones.
CRISTINA MATIZ MEJÍA	Secretaria General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
HERNEY ALONSO RENGIFO REINA	Decano Facultad de Odontología
MARTHA LILILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA MARIA ESCOBAR JIMENEZ	Director Área Bioclinica
ALEJANDRO PERDOMO RUBIO	Director Área Comunitaria
JUAN GUILLERMO AVILA ALCALÁ	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
SANDRA HINCAPIE NARVAEZ	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUIA DE CONTENIDO

Resumen

Abstract

	Pág.
Introducción	**1**
2. Marco teórico	**3**
3. Planteamiento del problema	**11**
4. Justificación	**13**
5. Situación Actual	**15**
6. Objetivos	**17**
7. Metodología del Proyecto	**18**
7.1. Tipo de estudio	**18**
7.2. Población y muestra	**18**
7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información	**19**
7.5 Plan de tabulación y análisis.	**20**
8. Consideraciones éticas.	**22**
9.. Resultados	**24**
10. Discusión	**46**
11. Conclusiones	**48**
12. Referencias bibliográficas	**51**
13. Anexos	**54**

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1	Ejemplo de codificación cuantitativa de la encuesta. Diseñada por Juan Camilo Garnica Quiroga
Tabla 2	Sección I. Datos Generales de Quien Responde la Encuesta. Diseñada por David Díaz Análisis estadístico realizado por David Díaz.
Tabla 3	Sección II. Datos Familiares Relacionados con el Cuidado del Niño. Diseñada por David Díaz Análisis estadístico realizado por David Díaz.
Tabla 4	Sección III. Datos Generales Sobre el Niño(A). Diseñada por David Díaz Análisis estadístico realizado por David Díaz.
Tabla 5	Sección IV. Percepción Sobre la Atención en Salud Oral del Niño. Diseñada por David Díaz Análisis estadístico realizado por David Díaz.
Tabla 6	Sección V. Percepción Sobre Barreras: Conocimientos Sobre Derechos y Cuidado en Salud Bucal para el Niño(A). Diseñada por David Díaz Análisis estadístico realizado por David Díaz.
Tabla 7	Dificultades para llevar al niños a los servicios de odontología Diseñada por David Díaz Análisis estadístico realizado por David Díaz.
Tabla 8	Tipo de dificultades para llevar al niños a los servicios de odontología vs Niveles educativos de los encuestados Diseñada por Juan Camilo Garnica Quiroga Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Garnica Quiroga
Tabla 9	Tipo de dificultades para llevar al niños a los servicios de odontología vs Estrato socioeconómico de los encuestados Diseñada por Juan Camilo Garnica Quiroga Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Garnica Quiroga
Tabla 10	Conocimiento de los encuestados en relación con los programas de salud oral ofrecidos por las instituciones de salud versus el nivel educativo Diseñada por Juan Camilo Garnica Quiroga Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Garnica Quiroga

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1	Tipos de dificultades para llevar al niños a los servicios de odontología Diseñada por Juan Camilo Garnica Quiroga Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Garnica Quiroga
Figura 2	Percepción del cuidado de los dientes de leche por parte de los padres y/o cuidadores Diseñada por Juan Camilo Garnica Quiroga Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Garnica Quiroga
Figura 3	Conocimiento de los encuestados en relación con los programas de salud oral ofrecidos por las instituciones de salud Diseñada por Juan Camilo Garnica Quiroga Análisis estadístico realizado por Juan Camilo Garnica Quiroga

RESUMEN

PERCEPCIÓN DE PADRES Y CUIDADORES SOBRE BARRERAS EN SALUD BUCAL EN PRIMERA INFANCIA: ESTUDIO PILOTO

Antecedentes: La salud oral en el desarrollo infantil es de gran importancia, y en países en desarrollo como Colombia, los niños vulnerables enfrentan varios obstáculos para acceder a servicios dentales. Estos obstáculos incluyen problemas de accesibilidad, costos elevados, falta de profesionales y una conciencia limitada sobre la importancia del cuidado dental en la primera infancia. La percepción de los cuidadores es crucial en la utilización de servicios odontológicos. **Objetivos:**Para comprender mejor estas barreras, se llevó a cabo un estudio piloto en Bogotá, Colombia, donde se aplicó una encuesta a padres y cuidadores en una clínica de crecimiento y desarrollo. El objetivo principal fue identificar y entender las barreras de acceso a la salud oral en niños, teniendo en cuenta aspectos sociodemográficos, laborales y la percepción sobre la atención en salud oral. **Materiales y Métodos:** El estudio piloto se realizó entre julio y septiembre de 2023. La muestra consistió en aproximadamente 50 participantes seleccionados por conveniencia, siguiendo criterios de inclusión y exclusión específicos. Se aplicó una encuesta detallada que abarcó aspectos sociodemográficos, condiciones laborales, información general del niño, percepciones sobre la atención en salud oral y barreras específicas de acceso. Los datos se sometieron a análisis mediante un estudio observacional descriptivo, incluyendo estadísticas básicas y representación gráfica.**Resultados:** Se encontró que un alto porcentaje de madres (82.7%) participó en la encuesta, lo cual refleja su papel principal en el cuidado de la salud infantil. La mayoría de los encuestados tenía educación secundaria o técnica. Se identificaron desafíos significativos en el acceso a la atención odontológica, especialmente en la obtención de citas y la disponibilidad de tiempo debido a horarios laborales. Los niveles educativos y socioeconómicos más bajos enfrentan más dificultades para acceder a estos servicios. **Conclusiones:** La encuesta demostró ser una herramienta efectiva para identificar barreras en la salud bucal infantil desde la perspectiva de los padres. Aunque en general fue exitosa, se sugirieron mejoras en algunas preguntas para aumentar la precisión y pertinencia de los datos. Estos ajustes pueden optimizar la herramienta para un análisis más representativo de la población, destacando la importancia de considerar las variables educativas y socioeconómicas al abordar las barreras en el cuidado de la salud oral en la primera infancia.

Palabras Clave: Barreras en salud, barreras en salud oral, salud oral, primera infancia.

ABSTRACT

PARENTS' AND CAREGIVER' PERCEPTION ABOUT DENTAL HEALTH BARRIERS IN EARLY CHILDHOOD: A PILOT STUDY

Background: Although dental care is essential for a child's growth, underprivileged children in developing nations like Colombia face numerous barriers to receiving it. These challenges include a lack of professionals, high fees, accessibility concerns, and a lack of knowledge about the need of early childhood oral care. Using dental treatments depends critically on how caretakers perceive them. Objectives: In a pilot study, parents and caregivers in a growth and development clinic in Bogotá, Colombia, completed a survey in order to gain a better understanding of these hurdles. The principal objective was to ascertain and comprehend the obstacles to children's access to oral health care, taking into account social, demographic, and labor factors in addition to perceptions about dental health services. Materials and Methods: From July to September of 2023, a pilot study was carried out. About fifty people in total were chosen for the sample based on convenience and met predetermined inclusion and exclusion criteria. A comprehensive survey was used, covering sociodemographic factors, working situations, general child information, opinions regarding oral health care, and particular impediments to access. A descriptive observational study was used to assess all of the data, together with graphical representation and elementary statistics. Results: mothers have a major role in providing health care for their children, as evidenced by the large proportion of moms (82.7%) who answered the survey. Most of the people who responded had technical or high school education. Accessing dental care was found to present significant obstacles, particularly in terms of scheduling appointments and finding time owing to work commitments. It is more difficult for people with the lowest socioeconomic and educational levels to get these services. Conclusions: From the parents' point of view, the survey worked well as a tool to identify obstacles to their children's oral health. While the overall outcome was positive, certain questions were proposed for revision in order to improve the precision and applicability of the data. By making these modifications, the tool can be optimized for a more demographic study, emphasizing the significance of taking socioeconomic and educational factors into account when addressing barriers to early childhood oral health care.

Keywords: health barriers, oral health barriers, oral health, early childhood.

1. INTRODUCCIÓN

La salud, entendida como un estado de bienestar físico, mental y social, es un derecho fundamental de todo ser humano. A pesar de los avances significativos en la atención sanitaria a nivel mundial, persisten barreras que limitan el acceso a servicios de calidad para una gran proporción de la población (World Health Organization, 2019). Estas barreras, que varían según la región y la especificidad del servicio médico, pueden ser de carácter económico, geográfico, cultural o sistemático, y tienen implicaciones directas en el bienestar de las personas y en la equidad en salud.

En el ámbito de la odontología, la situación no es diferente. A nivel global, muchos individuos enfrentan dificultades para acceder a servicios odontológicos esenciales, lo que puede resultar en enfermedades dentales que, siendo prevenibles, se vuelven crónicas (Petersen, P. E., (2008). Los desafíos económicos, la escasez de profesionales en ciertas áreas y las barreras culturales son aspectos que complican la tarea de garantizar una salud oral adecuada para todos.

Colombia, como muchos países en desarrollo, ha trabajado en la transformación y fortalecimiento de su sistema de salud en las últimas décadas. A pesar de estos esfuerzos, aún existen obstáculos significativos para el acceso a la atención sanitaria, especialmente para poblaciones en áreas rurales o marginadas (Giedion, U. & Uribe, M. V., (2009). La capacidad de pago, la falta de inclusión en el sistema de seguridad social y la insuficiente infraestructura son algunas de las principales barreras que enfrentan los colombianos.

Colombia, a pesar de sus esfuerzos en mejorar el sistema de salud, enfrenta desafíos particulares. Los niños colombianos en áreas rurales o de difícil acceso, por ejemplo, pueden tener limitadas oportunidades para visitar a un odontólogo, debido a factores como la distancia, el costo y la disponibilidad de profesionales (Sánchez, G., et al., 2014).

Para abordar y comprender mejor estas barreras, se decidió por la aplicación de una herramienta de investigación, consistente en una encuesta dirigida a los Padres y/o

cuidadores, con la cual se podrá avanzar a través de un estudio piloto, y así tener una oportunidad valiosa para probar y perfeccionar esta herramienta antes de su implementación a gran escala (Thabane, L., (2010))

Es por eso que en este estudio piloto se busca medir la percepción de los cuidadores de niños respecto a las barreras al acceso a servicios odontológicos. A partir del análisis de las respuestas, se podrán identificar áreas de mejora y posibles soluciones.

Conociendo la gravedad de las barreras y su impacto en la salud dental de los niños (Avila-Burgos, L et al., 2006), vale la pena continuar con investigaciones y estrategias que promuevan un acceso equitativo y de calidad a servicios odontológicos para todos los niños y niñas en Colombia y en el mundo.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Marco legal

Este estudio se enmarca en un contexto legal, político y social que establece las bases para comprender la importancia de garantizar el acceso a la atención en salud oral en la primera infancia. La Constitución Política de Colombia de 1991 sienta las bases para la protección de los derechos de los niños, reconociendo que sus derechos prevalecen sobre los de otros ciudadanos. Establece que la familia, la sociedad y el estado tienen la obligación de asistir y proteger a los niños para asegurar su desarrollo integral. (Constitución Política De Colombia, 1991).

De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional de Colombia, la primera infancia es considerada como la etapa del ciclo vital que comprende el desarrollo de los niños y de las niñas, desde su gestación hasta los 6 años de vida. Es una etapa crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social. (*Ministerio De Educación Nacional*, 2006)

El derecho fundamental a la salud está esgrimido en la misma Constitución Política de Colombia, en el artículo 48, reglamentada por la ley estatutaria 1751 de 2015 la cual consagró la salud como un derecho fundamental para todos los ciudadanos de Colombia. Dentro del especial abordaje que manifiesta la carta magna en el artículo 44 reconoce la salud, como uno de sus derechos fundamentales de las niñas y niños, y el mandato de protección integral y prevalencia de los mismos.

La Ley 1098 de 2006, por su parte, consagra el derecho a la salud integral de la niñez y se prohíbe la no prestación del servicio por ningún motivo: "*Art. 27. Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean*

públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud (…)".

El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 enfatiza el ciclo de vida de la primera infancia como un momento crucial que impacta de manera significativa en la vida de las personas a lo largo del tiempo. Este enfoque se alinea con el Plan Decenal de Salud Pública de 2018, que busca promover el acceso, la optimización de recursos y la mejora de calidad de los servicios de salud en la población.

Para comprender las barreras de acceso a la atención en salud, es relevante considerar investigaciones previas. Un estudio de revisión sistemática realizado en 2010 analizó barreras y facilitadores de acceso en diversos contextos, identificando múltiples obstáculos, como el costo de medicamentos y consultas, temores relacionados con el tratamiento de salud, desconfianza en los equipos médicos y estigma social (Hirmas et al., 2013). Además se observó que estas barreras afectan con mayor frecuencia a las personas en situación de vulnerabilidad, ya sea debido a su posición socioeconómica, género o etnia.

Para el Modelo de Atención Integral Territorial, definido en la Resolución 2626 del 2019, busca articular los diferentes actores del sistema de salud y garantizar la atención eficiente de las necesidades de salud de la población. Además, la Ruta Integral de Atención En Salud(RIAS) establecida por el Ministerios de Salud y Protección procura gestionar intervenciones y atenciones en salud de manera integral (Ministerio de Salud de Colombia, 2021).

La definición de salud oral, presentada por la federación dental internacional(FDI) en 2016, reconoce la importancia de la salud oral como parte integral de la salud general y el bienestar de las personas. Esto subraya la necesidad de abordar la salud bucal de manera integral (Godinez MAG, 2016).

El sistema de salud en Colombia busca garantizar el derecho a la salud y se basa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este sistema tiene regímenes contributivo y subsidiado, en donde busca brindar la cobertura total a toda la población. Sin embargo existen desafíos y desigualdades en el acceso a los servicios de salud (Gomez, F.R.,2016).

2.2. Barreras de acceso a la salud

Las barreras de acceso a la atención en salud son obstáculos o impedimentos que dificultan la capacidad de una persona para obtener cuidados médicos apropiados y oportunos. Estas barreras pueden ser tangibles (como la distancia a una clínica o el costo de los servicios) o intangibles (como el miedo o la desconfianza). Su impacto puede variar desde inconvenientes menores hasta problemas significativos que ponen en peligro la vida del individuo. Las barreras de acceso pueden surgir de factores relacionados con el sistema de salud, factores socioeconómicos, culturales, y condiciones geográficas, entre otros. (Andersen, R. M., 1995)

El acceso efectivo a la atención médica implica no solo la disponibilidad de servicios, sino también la capacidad del individuo para utilizar estos servicios cuando se necesiten. Las barreras de acceso a menudo reflejan desigualdades sociales y pueden perpetuar la disparidad en los resultados de salud entre diferentes grupos poblacionales. Es decir, aquellos con menos recursos o menos poder social son, con frecuencia, los más afectados por estas barreras (Andersen, R. M., 1995).

El tema de las barreras de acceso es especialmente crítico en países con grandes desigualdades socioeconómicas y en regiones donde los recursos de salud son escasos o están mal distribuidos. Las barreras de acceso también pueden cambiar con el tiempo debido a factores como el cambio demográfico, el desarrollo económico, las políticas de salud y las transformaciones sociales (Andersen, R. M., 1995).

2.3. Clasificación de las barreras de acceso a la salud:

- **Barreras Financieras:** Estas barreras se refieren a la incapacidad económica de las personas para acceder a servicios de salud. A menudo, los costos directos o indirectos asociados con la atención médica pueden hacer que sea prohibitivo para algunos individuos buscar atención (Russell, S., 2004).

- **Barreras Geográficas:** Se refieren a la distancia física o la falta de medios de transporte entre el hogar del paciente y el proveedor de atención médica. En zonas rurales o remotas, estas barreras son especialmente prevalentes (Peters, D. H. et al., 2008).

- **Barreras Culturales:** Incluyen creencias, valores y actitudes que pueden influir en la disposición de una persona para buscar, recibir o seguir un tratamiento médico. Estas barreras también pueden incluir la falta de servicios en el idioma nativo del paciente o una falta de comprensión cultural por parte del proveedor (Betancourt, J. R et al., 2003).

- **Barreras Estructurales:** Se relacionan con características del sistema de salud, como horarios de atención limitados, falta de personal capacitado o infraestructura inadecuada (Ensor, T & Cooper, S, 2004).

- **Barreras Personales:** Estas barreras se refieren a las características individuales que impiden el acceso, como la falta de conocimiento sobre la enfermedad, el miedo o la desconfianza hacia el sistema de salud (Facione, N. C & Facione, P. A, 2006).

A nivel global, el acceso a servicios de salud de calidad es un derecho humano fundamental. Sin embargo, persisten múltiples barreras que impiden a una gran proporción de la población mundial disfrutar de este derecho. Estas barreras pueden ser de carácter económico, donde los costos directos e indirectos de los servicios de salud son prohibitivos para muchos; geográficos, especialmente en regiones rurales o marginadas donde la infraestructura de salud es insuficiente; culturales, donde creencias y tradiciones pueden disuadir a las personas de buscar atención médica; y sistemáticas, donde la falta de recursos, personal capacitado y equipos esenciales dificultan la prestación de servicios de calidad. La Organización Mundial de la Salud ha enfatizado la necesidad de garantizar una cobertura sanitaria universal, apuntando hacia sistemas de salud que proporcionen servicios integrales y de calidad sin generar dificultades financieras para los pacientes (World Health Organization (WHO). (2015). Estas barreras pueden variar desde factores económicos, como el costo directo de los servicios y la falta de seguros médicos, hasta factores geográficos, como la distancia a los centros de salud y la disponibilidad de transporte.

La odontología, como parte integral de la atención sanitaria, no es ajena a estas barreras. A nivel mundial, muchos individuos carecen de acceso a servicios odontológicos básicos, lo que resulta en enfermedades dentales prevenibles y tratables que se vuelven crónicas o graves. Las barreras económicas, tales como la falta de cobertura dental en los seguros de salud o los altos costos de los tratamientos, son especialmente prominentes en este campo. Además, en muchas regiones, hay escasez de profesionales dentales, lo que limita gravemente el acceso a la atención. Las barreras culturales también juegan un papel, con percepciones erróneas sobre la atención dental o la priorización de otras necesidades de salud sobre la odontología (Petersen, P. E. ., (2008))

En Colombia, el sistema de salud ha experimentado transformaciones significativas en las últimas décadas, buscando mejorar la cobertura y la calidad de los servicios. Sin embargo, aún persisten barreras que limitan el acceso de la población. Las barreras económicas, como la capacidad de pago y la falta de inclusión en el sistema de seguridad social, son obstáculos para muchos colombianos. Además, a pesar de los esfuerzos por

mejorar la infraestructura de salud, las áreas rurales y algunas regiones marginadas aún enfrentan dificultades significativas en términos de acceso y calidad de la atención (Giedion, U. & Uribe, M. V., (2009))

2.4. Barreras de Acceso a la Odontología en Colombia

En el contexto específico de la odontología en Colombia, las barreras se manifiestan de formas similares al panorama general de salud. Las zonas rurales enfrentan desafíos particulares, ya que hay menos profesionales dentales disponibles, y los costos de transporte pueden ser prohibitivos para aquellos que buscan atención en centros urbanos más grandes. Adicionalmente, las percepciones sobre la importancia de la salud oral pueden no estar arraigadas en toda la población, lo que lleva a una baja priorización de los chequeos y tratamientos dentales regulares. Además, los costos asociados con la atención odontológica, incluso con seguros, pueden ser una barrera significativa para muchos colombianos (Sánchez, G., et al., 2014).

Para promover el acceso a la salud en la infancia, se requieren programas que faciliten el proceso y se centren en la prevención de las enfermedades orales. La atención temprana y la educación de padres y cuidadores desempeñan un papel crucial en la promoción de la salud bucal de los niños de Colombia (Ministerio de Salud de Colombia 2016).

La situación se agrava aún más cuando se considera la atención odontológica, un área de la salud que a menudo se percibe como secundaria o menos urgente en comparación con otros servicios médicos. Sin embargo, la salud oral es crucial para la salud general y el bienestar de los individuos. Las barreras al acceso odontológico pueden incluir costos elevados de los tratamientos, falta de profesionales en áreas rurales, y percepciones culturales que minimizan la importancia de la salud dental regular.

En el contexto de Colombia, aunque se han realizado esfuerzos significativos para mejorar la cobertura de salud, persisten desafíos notables. El modelo de competencia gestionada ha presentado obstáculos para garantizar un acceso equitativo a la atención

médica y dental (Vargas, I., Vázquez, M. L., Mogollón-Pérez, & & Unger, J. P., (2010). Las desigualdades socioeconómicas, las diferencias en la infraestructura de salud entre áreas urbanas y rurales, y las limitaciones en la financiación de la salud son algunas de las barreras identificadas en el país. Estas barreras se traducen en demoras en la atención, tratamientos inadecuados o incompletos y, en muchos casos, en la evitación completa de la atención, lo que tiene graves consecuencias para la salud y el bienestar de la población colombiana.

2.5. Planes Pilotos

La realización de estudios piloto es fundamental en el proceso investigativo, actuando como un puente entre la conceptualización y la ejecución del estudio a gran escala. Estos estudios se centran en probar y afinar los procedimientos, instrumentos y métodos que se utilizarán en la investigación principal para asegurar su validez, confiabilidad y eficacia (Leon, A. C., et al. 2011).

Un estudio piloto permite a los investigadores identificar y anticipar problemas potenciales en la metodología. Estos problemas pueden abarcar desde desafíos en la recolección de datos hasta ambigüedades en las preguntas de una encuesta o dificultades logísticas en el proceso de implementación. Al detectar y corregir estos problemas de forma temprana, se pueden evitar complicaciones y errores en la fase de investigación más amplia.

Los estudios piloto también brindan una oportunidad para evaluar la factibilidad de la investigación. Esto se refiere a determinar si es posible reclutar un número suficiente de participantes, si los recursos y el tiempo asignados son adecuados para las necesidades del estudio, y si los resultados preliminares son coherentes con las hipótesis propuestas. Según Thabane, L. (2010), los estudios piloto pueden ofrecer datos que ayuden a calcular el tamaño de muestra necesario para la investigación principal, asegurando que los resultados tengan validez y relevancia.

Dentro de las ciencias sociales y médicas, donde las intervenciones pueden tener un impacto directo en la vida de las personas, los estudios piloto también tienen una función

ética. Al probar la seguridad y eficacia de una intervención en un grupo pequeño antes de aplicarla a una comunidad más extensa, se puede garantizar que las prácticas utilizadas sean beneficiosas para los participantes y no les causen daño.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el énfasis de esta investigación consiste en validar mediante un estudio piloto el entendimiento que se obtuvo al aplicar una herramienta, con la cual se podrá estructurar una investigación de mucha más envergadura, que pueda medir la percepción de las barreras de acceso a los servicios odontológicos de lo niños, ya sean económicas, geográficas, culturales o de otra índole, indudablemente representan un obstáculo significativo para muchos individuos, y en particular para los niños. Estas barreras pueden resultar en retrasos en la atención, carencia de tratamientos preventivos y, en última instancia, en problemas de salud dental más graves y costosos de tratar en el futuro. (Macek et al., 2004).

Aquí es donde la relevancia de los estudios piloto se hace evidente. Antes de implementar soluciones a gran escala que aborden las barreras de acceso, es prudente realizar una evaluación preliminar de estas estrategias en un contexto más limitado y controlado. Esto permite a los investigadores y profesionales de la salud probar la viabilidad, aceptación y efectividad de las herramientas propuestas.

Los estudios piloto también proporcionan un marco para la recolección de datos y retroalimentación directa de los beneficiarios. Esto es esencial para entender las perspectivas y necesidades específicas de las comunidades afectadas por las barreras de acceso, permitiendo adaptar y ajustar las intervenciones de acuerdo a sus realidades y prioridades (Eldridge, S. M. 2016).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud oral es una dimensión crucial del bienestar general y desempeña un papel fundamental en la calidad de vida de los individuos. No obstante, el acceso a servicios odontológicos, especialmente en países en vías de desarrollo como Colombia, enfrenta múltiples obstáculos que limitan su alcance, especialmente en poblaciones vulnerables como los niños (World Health Organization, 2019). Estas barreras, ya sean económicas, geográficas, culturales o sistemáticas, pueden tener consecuencias duraderas en la salud oral y, por ende, en el desarrollo general de los niños, afectando áreas como la nutrición, el habla y la autoestima (Petersen, 2008).

Además, el entendimiento y la percepción que los cuidadores tienen sobre estas barreras no siempre se alinean con las políticas y estrategias de salud pública actuales. Esta discrepancia puede influir en la utilización de los servicios de odontología, y en consecuencia, en la prevención y tratamiento oportuno de afecciones bucodentales en la infancia.

La salud oral de la población infantil está intrínsecamente vinculada al acceso a los servicios de salud. Un estudio realizado en 2012 reveló diferencias en la satisfacción de las madres en relación con la atención odontológica, evidenciando desigualdades por raza/etnia y la influencia de la satisfacción en la elección de servicios de salud bucal (Guillermi et al., 2012). Es durante esta etapa donde se establecen las bases para una correcta función masticatoria, fonética y estética, y donde se pueden prevenir afecciones que podrían tener consecuencias duraderas en la adultez. La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (AAPD 2018) resalta la necesidad de iniciativas proactivas y preventivas desde los primeros años de vida, argumentando que las visitas regulares al odontólogo pueden detectar y tratar problemas antes de que se conviertan en condiciones más severas y costosas de manejar.

Para abordar este desafío, es fundamental contar con herramientas de investigación adecuadas que permitan captar estas percepciones. Sin embargo, antes de implementar a gran escala, es esencial comprender y evaluar la aplicabilidad y eficacia de estas herramientas. En este contexto, surge la necesidad de realizar estudios piloto, como el que se

plantea con la encuesta diseñada, para medir la percepción de los cuidadores y así orientar las intervenciones futuras (Thabane et al., 2010).

Sin una comprensión clara del problema y una herramienta adecuada para medir las percepciones, cualquier intervención corre el riesgo de ser ineficaz o incluso contraproducente. Por lo tanto, identificar, entender y abordar estas barreras de acceso a los servicios odontológicos para niños en Colombia se convierte en una tarea esencial para mejorar la salud oral y, por ende, el bienestar general de esta población.

Por lo tanto, en este estudio piloto se aplicará la herramienta tipo "encuesta" diseñada para analizar las barreras de acceso a los servicios de salud oral para la primera infancia, entre los padres y cuidadores de niños en las clínicas de crecimiento y desarrollo de la UEB. De esta manera se podrán identificar los puntos de mejora para perfeccionar la herramienta y escalarla en una investigación más general.

3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué aspectos de la herramienta tipo 'encuesta' necesitan ser mejorados para capturar adecuadamente las barreras de acceso a los servicios de salud oral en la primera infancia, según la percepción de padres y cuidadores de niños en las clínicas de crecimiento y desarrollo de la UEB?

4. JUSTIFICACIÓN.

La salud oral es un componente integral del bienestar general de una persona, y su impacto en la calidad de vida es innegable. Sin embargo, el acceso adecuado a los servicios de salud oral es un desafío persistente en muchas comunidades, especialmente en el contexto colombiano. Las barreras para acceder a estos servicios son variadas, desde las económicas hasta las culturales, pasando por las geográficas y las relacionadas con el sistema de salud mismo. La primera infancia es una etapa significativa en la vida de una persona, donde la prevención y el tratamiento temprano pueden hacer la diferencia entre una vida de bienestar oral o una de problemas persistentes (Petersen, 2008).

En este contexto, es crucial comprender las percepciones de aquellos que tienen la responsabilidad de cuidar a estos niños: los padres y cuidadores. Estos individuos son quienes, en última instancia, toman las decisiones sobre si un niño visita al odontólogo o no. Por ello, entender sus desafíos y percepciones puede ofrecer información invaluable para diseñar intervenciones efectivas.

La aplicación de herramientas, como encuestas, puede proporcionar una comprensión detallada de estas percepciones y barreras. Sin embargo, para que estas herramientas sean efectivas, deben ser validadas y refinadas para asegurar que capturen la información relevante de manera precisa. La realización de un estudio piloto es un paso esencial en este proceso, ya que permite probar la herramienta en un contexto real, identificando áreas de mejora.

La clínica de crecimiento y desarrollo de la UEB proporciona un entorno ideal para este estudio piloto, al tener acceso directo a los padres y cuidadores de niños en la primera infancia. Además, al ser un estudio piloto, la utilización de una muestra por conveniencia se justifica, ya que el objetivo principal es refinar y validar la herramienta, más que obtener resultados generalizables.

Por último, al identificar y abordar estas barreras desde la perspectiva de los cuidadores, se pueden diseñar estrategias más eficientes para mejorar el acceso a los servicios odontológicos en la primera infancia. Esta investigación no solo tiene el potencial de mejorar la encuesta en sí, sino que también puede ofrecer insights valiosos para el sistema de salud colombiano, impulsando cambios que beneficien a los niños en sus años más formativos.

5. SITUACIÓN ACTUAL.

La salud oral es un componente fundamental del bienestar general y es esencial para mantener una buena calidad de vida. En Colombia, la atención odontológica ha enfrentado varios desafíos en cuanto a accesibilidad, particularmente para la población más vulnerable, como la primera infancia. A pesar de las reformas que ha experimentado el sistema de salud colombiano en las últimas décadas, las desigualdades en el acceso a la atención odontológica persisten. Aunque existe una cobertura general de salud, muchos servicios odontológicos quedan fuera de los planes básicos y se consideran servicios complementarios que deben ser financiados por el paciente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Una de las principales barreras que enfrenta la población colombiana es el costo asociado a los servicios odontológicos. Si bien la atención preventiva y básica puede estar cubierta, los tratamientos especializados o de ortodoncia suelen ser una carga económica para las familias. Adicionalmente, las zonas rurales enfrentan una notable escasez de profesionales de la salud dental, lo que conduce a que las familias en estas regiones tengan que desplazarse largas distancias, incurriendo en costos adicionales y pérdida de días laborales (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

En cuanto a la percepción y cultura en relación con la salud oral, existe una falta de conciencia sobre la importancia de la atención dental en la primera infancia. Algunos padres y cuidadores, por falta de información o creencias erróneas, consideran que los dientes de leche, al ser temporales, no requieren de cuidados intensivos. Esto lleva a una detección tardía de problemas y complicaciones que podrían haberse prevenido con una atención temprana (Ramírez-Puerta, B. S et al., 2017).

La primera infancia es una etapa crucial en la vida de un individuo. Los primeros años de vida son determinantes para establecer hábitos de higiene oral y para detectar a tiempo posibles problemas dentales. Sin embargo, en Colombia, la atención odontológica en esta etapa suele ser insuficiente debido a barreras económicas, geográficas y de percepción. Como resultado, problemas como la caries dental en niños se han incrementado, lo cual puede tener

efectos a largo plazo en la salud oral del individuo si no se aborda adecuadamente (Rodríguez, A. J & Sarmiento, O. L, 2016).

A pesar de los desafíos, Colombia ha realizado esfuerzos notables para mejorar el acceso a servicios odontológicos. Tanto desde el gobierno como desde ONGs se han llevado a cabo campañas de sensibilización, brigadas odontológicas en zonas rurales y programas educativos dirigidos a padres para recalcar la importancia de la salud oral desde temprana edad (Castro-Ríos, A et al., 2019).

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar mediante un estudio piloto una encuesta diseñada para identificar las barreras de acceso a los servicios de salud oral en la primera infancia, desde la perspectiva de padres y cuidadores de niños en la clínica de crecimiento y desarrollo de la UEB.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.2.1. Aplicar en las clínicas de crecimiento y desarrollo de la UEB, el instrumento diseñado para la evaluación de barreras de acceso en el trabajo de investigación (2022) en un plan piloto.

6.2.2. Analizar los resultados de la encuesta piloto frente a las barreras de acceso para la atención en salud oral en la primera infancia dentro del sistema de seguridad social de acuerdo con la percepción de padres/cuidadores principales.

7. METODOLOGÍA.

7.1. Tipo de estudio: Observacional descriptivo de corte transversal.

El estudio observacional descriptivo de corte transversal es una metodología de investigación ampliamente utilizada en el campo de la salud y otras disciplinas para describir características o patrones en una población en un punto específico en el tiempo (Hernández, R. et al., 2014,). A diferencia de otros diseños como los longitudinales, el estudio transversal no sigue a los sujetos a lo largo del tiempo, sino que se concentra en un momento determinado, proporcionando una "fotografía" de la situación (Sedgwick, P., 2014)

Estos estudios son particularmente útiles para determinar la prevalencia de una enfermedad, condición o comportamiento en una población. Por ejemplo, se podrían usar para determinar el porcentaje de personas que sufren de hipertensión en una comunidad específica. Dado que los datos se recopilan en un solo momento, los estudios de corte transversal suelen ser más rápidos y menos costosos en comparación con los diseños longitudinales (Manrique-Espinoza, B. et al., 2016)

7.2. Muestra para el estudio piloto:

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó una muestra por conveniencia para facilitar la validación del instrumento y garantizar la disponibilidad de los participantes. Dado que no se efectuó un cálculo para determinar un tamaño de muestra probabilístico, se anticipa contar con aproximadamente 50 participantes en el estudio piloto

7.2.1. Criterios de inclusión.

- Padres y/o cuidadores mayores de edad, de niños entre la edad de 1-5 años.
- Padres que asistan a las clínicas de crecimiento y desarrollo de la Universidad El Bosque.

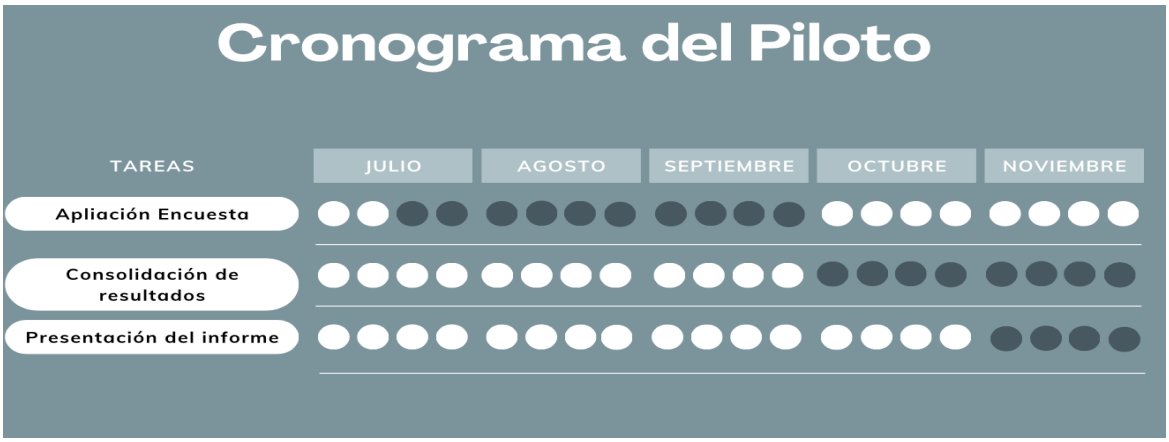
7.2.2. Criterios de exclusión.

- Padres y/o cuidadores de niños que no estén afiliados al sistema de salud colombiano.

7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información

Se ha optado por retomar la propuesta desarrollada previamente para padres y/o cuidadores con el objetivo de realizar la aplicación en esta prueba piloto. Se parte de una encuesta proporcionada por colaboradores anteriores, la cual se divide en varias secciones: La Sección I recoge características sociodemográficas, resumiendo datos clave del niño y del padre o cuidador, y comprende 7 preguntas. La Sección II, con 7 preguntas, se enfoca en las condiciones laborales de los padres del niño, y en general del núcleo familiar. La Sección III, tiene 10 preguntas, relacionadas con información general del niño. La Sección IV, que consta de 14 preguntas, examina la percepción sobre la atención en salud oral; y finalmente, la Sección V, la cual tiene 6 preguntas relacionadas con las barreras de acceso a los servicios de salud.

En la etapa de la prueba piloto, se abordó a padres y/o cuidadores usuarios de los servicios de las clínicas odontológicas de la UEB, específicamente en el área de crecimiento y desarrollo. Este ejercicio se realizó entre los meses de julio y septiembre de 2023, específicamente en los días miércoles de 02:00 pm a 06:00 pm, y los sábados 08:00 am a 12:00 m. Durante la aplicación de la encuesta, se enfatizó que el objetivo es evaluar el acceso a la salud oral en términos de cobertura de seguridad social, y no la calidad de la atención recibida en la UEB. El proceso completo, que incluye la explicación del propósito de la encuesta, el llenado del consentimiento informado y la aplicación de la encuesta, está diseñado para durar entre 12 y 15 minutos. La selección de los participantes fue de forma aleatoria a quienes visitaron la clínica en los días y horarios previstos.



Fuente: propia

Se especificó a todos los encuestados que los datos de identificación personal se recogieron únicamente en los formularios de consentimiento, donde se solicitó el nombre y la firma del participante. Estos documentos, son de carácter confidencial y privado, están protegidos y no serán divulgados. Por otro lado, las encuestas no incluyen campos para registrar información personal que permita identificar al encuestado. Por ello, cada encuesta se codificará asignando un número de participación, que irá del 1 al 52, y se administrará exclusivamente a los padres y/o cuidadores de niños entre 1 y 5 años de edad.

Se destaca que el lenguaje que se utilizó en la encuesta fue claro y preciso para facilitar la comprensión de los padres y cuidadores, buscando que la encuesta fuera diligenciada eficientemente, maximizando la calidad de los datos recogidos y optimizando el uso del tiempo tanto para los encuestados como para los investigadores.

7.4. Plan de tabulación y análisis.

7.4.1. Preparación de Datos

7.4.1.1. Limpieza de Datos:

- Se verificó la consistencia y completitud de los datos recolectados. Este proceso se hizo durante el diligenciamiento de la encuesta y al momento de digitar la información en las tablas de Excel.
- Se corrigieron los errores evidentes y se trataron las respuestas incompletas o incoherentes.

- Se codificaron todas las respuestas, asignando un código numérico para su análisis. (Ver plantilla en excel).

7.4.1.2. Ingreso de Datos:

- Se optó por la utilización de la herramienta de Microsoft para el manejo de bases de datos conocida como Excel.
- Se ingresaron los datos de las encuestas codificadas en la base de datos.

7.4.2. Tabulación de Datos

7.4.2.1. Creación de Tablas:

- Se diseñaron las tablas para cada pregunta de la encuesta, con sus respectivas categorías
- Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las respuestas.

7.4.2.2. Representación Gráfica:

- Se seleccionaron los tipos de gráficos que mejor representen los datos, los cuales fueron principalmente de barras y pasteles. Se optó por el uso de la herramienta de Microsoft conocida como Power BI.
- Se diseñaron los gráficos para visualizar las frecuencias y tendencias en los datos.

7.4.3. Análisis de Datos

7.4.3.1. Análisis Descriptivo:

- Se calcularon las principales estadísticas descriptivas.
- Se describieron las características principales de los datos.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Durante la ejecución de este plan piloto se tuvieron en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, establecidas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, dentro de la cual se destacan los siguientes artículos:

ARTÍCULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTÍCULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 11. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTÍCULO 14. Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 16. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

ARTÍCULO 50. Descripción de los recursos disponibles, incluyendo áreas, equipos, y servicios auxiliares de laboratorio que se utilizarán para el desarrollo de la investigación.

8.1. Consentimiento informado

El consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de una paciente de un acto investigativo, diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación actual. El formato de consentimiento informado de este plan piloto se encuentra en el Anexo 1.

9. RESULTADOS.

9.1. Fase descriptiva.

Entre julio y agosto, se llevó a cabo la encuesta a 52 padres y/o cuidadores de niños que asistieron a las clínicas de crecimiento y desarrollo de la Universidad El Bosque, siguiendo el procedimiento descrito previamente en la sección metodológica.

La información se consolidó en tablas usando la herramienta de base de datos de Microsoft conocida como Excel, conforme se estableció en el plan de tabulación de este plan piloto. En estas tablas está dispuesta la descripción de la información que se recolectó, la frecuencia absoluta de los datos recolectados, la frecuencia relativa, es decir los datos porcentuales en relación con el total de la población, y finalmente el intervalo de confianza inferior y superior al 95%. El intervalo de confianza es un rango dentro del cual se espera que se encuentre el verdadero valor de una estadística poblacional con un cierto grado de certeza. (Hernández, R. et al., 2014,).

Cuando se tiene un intervalo de confianza del 95%, significa que si se repitiera esta encuesta muchas veces, en el 95% de los casos, el intervalo de confianza que se calculó a partir de las diferentes muestras incluiría la verdadera proporción de toda la población.

Además, se diseñó un esquema de codificación numérica a las respuestas de la encuesta, permitiendo así la realización de análisis estadísticos. Este esquema consistió en asignar el número 1 a la primera respuesta de cada pregunta y continuar secuencialmente hasta el último número correspondiente. A continuación, se presenta un ejemplo con la primera pregunta de la encuesta:

Tabla 1

Ejemplo de codificación cuantitativa de la encuesta.

Parentesco_encuestado	Código
Padre	1
Madre	2
Hermano(a)	3
Abuelo(a)	4
Tío(a)	5
Otro	6

Fuente: propia

Nota. *La tabla relaciona un ejemplo de la forma como se codificó de forma numérica de las respuestas*

Los resultados y una descripción de los mismos se agruparon en 5 tablas, las cuales se muestran a continuación:

Tabla 2

Sección I. Datos Generales de Quien Responde la Encuesta.

Descripción de la información		n	%	IC 95%	
Parentesco del encuestado	Padre	8	15,4%	5,6%	25,2%
	Madre	43	82,7%	72,4%	93,0%
	Abuelo(a)	1	1,9%	0,0%	5,7%
Nivel de educación del encuestado	Primaria	3	5,8%	0,0%	12,1%
	Secundaria	24	46,2%	32,6%	59,7%
	Tecnico	18	34,6%	21,7%	47,5%
	Tecnólogo	3	5,8%	0,0%	12,1%
	Profesional	4	7,7%	0,4%	14,9%
Grupo_étnico	No	48	100,0%	100,0%	100,0%
Edo_civil_encuestado	Casado	9	17,3%	7,0%	27,6%
	Soltero	13	25,0%	13,2%	36,8%
	Unión libre	29	55,8%	42,3%	69,3%
	Viudo	1	1,9%	0,0%	5,7%
Edad en años	18-25	3	6,3%	0,0%	12,8%
	26-33	30	62,5%	49,3%	75,7%
	34-41	13	27,1%	15,0%	39,2%
	42-49	1	2,1%	0,0%	6,0%
	58-+	1	2,1%	0,0%	6,0%
Dedicación al trabajo diario en horas	4-8	19	82,6%	72,3%	92,9%
	8-16	4	17,4%	7,1%	27,7%
Jornada laboral	Diurna	25	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: propia

Nota. *La información de la tabla 2 se refiere a la relación del encuestado con el niño.*

Con base en la información compilada en la Tabla 2, en la cual se organizaron las preguntas de la sección I, se obtuvo la siguiente información:

Parentesco del Encuestado:

- Hay un predominio claro de madres (82,7%) entre los encuestados, con un intervalo de confianza (IC 95%) que va del 72,4% al 93%.
- Los padres representan un 15,4%, pero el intervalo de confianza es bastante amplio.

Nivel de Educación del Encuestado:

- La mayoría de los encuestados reportaron tener una educación de nivel secundario (46,2%) o técnico (34,6%). Los intervalos de confianza son más estrechos para estos grupos que para los de primaria, tecnólogo y profesional, lo cual es esperado debido a que las proporciones de los últimos son más bajas.

Grupo Étnico:

- Todos los encuestados se identificaron con un único grupo étnico que no se especifica en la tabla (100%), por lo que no hay intervalo de confianza que calcular.

Estado Civil del Encuestado:

- Más de la mitad de los encuestados (55,8%) están en unión libre, con un intervalo de confianza bastante precisa (42,3% - 69,3%).
- Los solteros (25%) y casados (17,3%) componen el resto, con un intervalo de confianza relativamente más amplio, especialmente para los solteros.

Edad en Años:

- La mayor parte de la muestra está en el rango de 26-33 años (62,5%), indicando un grupo demográfico más joven. El intervalo de confianza para este grupo es más estrecho, lo que refleja una estimación confiable.

Dedicación al Trabajo Diario en Horas:

- La mayoría de los encuestados trabajan entre 4 y 8 horas al día (82,6%), y el intervalo de confianza es relativamente estrecho, lo que indica una buena precisión en la estimación.

Jornada Laboral:

- Todos los encuestados tienen una jornada laboral diurna, lo que no aporta variabilidad ni incertidumbre a los datos.

Tabla 3.

Sección II. Datos Familiares Relacionados con el Cuidado del Niño.

Descripción de la información		**n**	**%**	**IC 95%**	
¿Quién es el principal responsable económico del niño(a) y la familia?	Padre	18	34,6%	21,7%	47,5%
	Madre	11	21,2%	10,1%	32,3%
	Ambos	23	44,2%	30,7%	57,7%
¿Cuánto es el ingreso económico mensual de la familia?	Menos de un salario mínimo	2	4,3%	0,0%	9,7%
	Un salario mínimo	28	59,6%	46,2%	72,9%
	Entre 2 a 3 salarios mínimos	14	29,8%	17,4%	42,2%
	Más de 3 salarios mínimos	3	6,4%	0,0%	13,0%
¿Cuál es el tipo de vinculación laboral del responsable económico del niño(a) o la familia	Contrato a término indefinido	35	67,3%	54,6%	80,1%
	Trabajador independiente	12	23,1%	11,6%	34,5%
	Trabajador informal	5	9,6%	1,6%	17,6%
¿Quiénes conforman el núcleo familiar del niño(a)?	Madre y Padre	8	15,7%	5,8%	25,6%
	Madre, padre, abuelos y hermanos	31	60,8%	47,5%	74,1%
	Otros	12	23,5%	12,0%	35,1%
Cuántas conforman el núcleo familiar del niño(a).	2 personas	7	13,5%	4,2%	22,7%
	3 personas	12	23,1%	11,6%	34,5%
	4 personas	21	40,4%	27,0%	53,7%
	5 personas	9	17,3%	7,0%	27,6%
	7 o más personas	3	5,8%	0,0%	12,1%
¿Quién está a cargo del cuidado personal del niño(a), la mayor parte del tiempo?	Mamá	42	85,7%	76,2%	95,2%
	Papá	2	4,1%	0,0%	9,5%
	Abuela(o)	2	4,1%	0,0%	9,5%
	Tía(o)	1	2,0%	0,0%	5,9%
	Otros	2	4,1%	0,0%	9,5%
¿Quién acompaña o lleva al niño(a) generalmente a las citas médicas/odontológicas?	Mamá	40	83,3%	73,2%	93,5%
	Papá	2	4,2%	0,0%	9,6%
	Abuela(o)	1	2,1%	0,0%	6,0%

	Tía(o)	1	2,1%	0,0%	6,0%
	Otros	4	8,3%	0,8%	15,8%

Fuente: propia

Nota. *Esta tabla resume la información recogida de los responsables económicos y cuidadores principales de los niños participantes en el estudio.*

Siguiendo con la tabla 3, se organizó la información de la sección II, de la cual se obtuvo la siguiente información:

Principal Responsable Económico:

- El padre se muestra como el principal responsable económico en un 34,6% de los casos, con un intervalo de confianza que va del 21,7% al 47,5%, lo que implica una moderada variabilidad.
- La madre es responsable en un 21,2% de los casos, y ambos padres comparten la responsabilidad en un 44,2%.

Ingreso Económico Mensual de la Familia:

- La mayoría de las familias (59,6%) ganan un salario mínimo, y hay una cantidad considerable (29,8%) que gana entre 2 y 3 salarios mínimos. Esto indica que la mayoría de los encuestados pertenece a un nivel socioeconómico bajo a medio.

Tipo de Vinculación Laboral del Responsable Económico:

- Un contrato a término indefinido es el más común (67,3%), seguido por trabajo independiente (23,1%) y trabajo informal (9,6%).

Núcleo Familiar del Niño(a):

- La mayoría de los niños viven con madre, padre, abuelos y hermanos (60,8%), seguido por otros arreglos familiares (23,5%). Esto indica una estructura familiar extendida en lugar de la nuclear.

Cantidad de Personas en el Núcleo Familiar:

- Los núcleos familiares más comunes son de 4 personas (40,4%), seguido por 3 personas (23,1%). Esto indica que la mayoría de los niños viven en hogares con varios miembros.

Cuidado Personal del Niño(a):

- La madre es abrumadoramente la principal cuidadora (85,7%), lo que podría reflejar roles de género tradicionales o la estructura de empleo/trabajo de los padres.

Acompañante a Citas Médicas/Odontológicas:

- Al igual que en el cuidado personal, la madre es quien mayormente acompaña al niño a citas médicas (83,3%).

Tabla 4.

Sección III. Datos Generales Sobre el Niño(A).

Descripción de la información		**n**	**%**	**IC 95%**	
¿Cuál es la edad del niño(a) en años?	3 años	5	9,6%	1,6%	17,6%
	4 años	33	63,5%	50,4%	76,5%
	5 años	14	26,9%	14,9%	39,0%
¿Cuál es el sexo de su hijo(a)?	Niña	26	51,0%	37,4%	64,6%
	Niño	25	49,0%	35,4%	62,6%
¿A que régimen de afiliación de salud pertenece el niño(a)?	Beneficiarios	52	100,0%	100,0%	100,0%
¿El niño vive en?	Rural	1	1,9%	0,0%	5,7%
	Urbano	51	98,1%	94,3%	100,0%
¿Estrato socioeconómico de la vivienda donde habita el niño(a)?	1	1	2,4%	0,0%	6,5%
	2	24	57,1%	43,7%	70,6%
	3	16	38,1%	24,9%	51,3%
	4	1	2,4%	0,0%	6,5%
¿El niño(a) presenta alguna afección de salud?	Si	8	15,4%	5,6%	25,2%
	No	44	84,6%	74,8%	94,4%
¿Recibe el niño(a) algún tratamiento médico?	Si	6	11,8%	3,0%	20,5%
	No	45	88,2%	79,5%	97,0%
Donde pasa el mayor tiempo del día entre semana: de lunes a viernes el niño(a):	Casa	10	20,0%	9,1%	30,9%
	Jardín o colegio	39	78,0%	66,7%	89,3%
	Familiar	1	2,0%	0,0%	5,8%
¿El niño ha presentado algún	Si	16	31,4%	18,8%	44,0%

problema o molestia en los dientes o la boca?	No	35	68,6%	56,0%	81,2%
¿El niño ha dejado de dormir, de comer, de ir al jardín/colegio o de jugar por las molestias o problemas en su boca o dientes?	Si	4	7,7%	0,4%	14,9%
	No	48	92,3%	85,1%	99,6%

Fuente: propia

Nota. *La tabla presenta una distribución de las características demográficas y de salud de los niños encuestados.*

Continuando con la tabla 4, se organizó la información de la sección III, de la cual se obtuvo la siguiente información:

Edad de los Niños:

- La mayoría de los niños encuestados tienen 4 años (63,5%), seguido por 5 años (26,9%) y 3 años (9,6%).

Sexo de los Niños:

- Hay una distribución casi equitativa entre niñas (51%) y niños (49%).

Régimen de Afiliación de Salud:

- Todos los niños están afiliados a un régimen de salud como beneficiarios, lo que implica una cobertura universal o un enfoque de estudio en una población con seguro de salud.

Entorno de Vivienda:

- La vasta mayoría de los niños viven en un entorno urbano (98,1%), lo que sugiere que el estudio se centra en áreas urbanas.

Estrato Socioeconómico de la Vivienda:

- La mayoría de los niños pertenecen al estrato socioeconómico 2 (57,1%), seguido por el estrato 3 (38,1%), lo que indica un nivel socioeconómico bajo a medio en la población de estudio.

Afecciones de Salud:

- Un 15,4% de los niños presenta alguna afección de salud, con un 84,6% que no presenta afecciones.

Tratamiento Médico:

- Un 11,8% de los niños recibe algún tipo de tratamiento médico.

Dónde Pasan la Mayor Parte del Día:

- Un 20% de los niños pasan la mayor parte del día en casa, mostrando que no todos los niños de esta edad asisten a una institución educativa o de cuidado diurno.

Lugar Principal durante la Semana:

- La mayoría de los niños (78%) asisten a un jardín o colegio entre semana, lo que muestra que la mayoría de los niños en edad preescolar están recibiendo educación o cuidado institucionalizado.

Problemas de Salud Oral:

- Un 31,4% de los niños ha presentado problemas o molestias en los dientes o la boca, lo que resalta la importancia de la atención dental en la primera infancia.
- Solo un 7,7% de los niños ha dejado de dormir, comer, o jugar debido a molestias o problemas en su boca o dientes.

Tabla 5. Sección IV. Percepción Sobre la Atención en Salud Oral del Niño.

Descripción de la información		n	%	IC 95%	
Han utilizado los servicios médicos para la atención en salud del niño(a) su IPS/EPS?	Si	49	94,2%	87,9%	100,0%
	No	3	5,8%	0,0%	12,1%
El mismo centro de atención en salud, atiende al niño para odontología?	Si	39	79,6%	68,6%	90,5%
	No	10	20,4%	9,5%	31,4%
Considera importante llevar el niño al odontólogo regularmente	Totalmente en desacuerdo	19	36,5%	23,5%	49,6%
	De acuerdo	5	9,6%	1,6%	17,6%
	Totalmente de acuerdo	28	53,8%	40,3%	67,4%
El niño ha asistido al odontólogo en su IPS/EPS?	Si	42	80,8%	70,1%	91,5%
	No	10	19,2%	8,5%	29,9%
Si asistió ¿Cuál fue el motivo de consulta?	Control	29	69,0%	56,5%	81,6%
	Prevención	4	9,5%	1,5%	17,5%
	Urgencias	3	7,1%	0,1%	14,1%
	Tratamiento	6	14,3%	4,8%	23,8%
Si asistió ¿A qué edad asistió el niño/a al odontólogo por primera vez en su IPS/EPS?	1 año	11	26,2%	14,2%	38,1%
	2 años	21	50,0%	36,4%	63,6%
	3 años	9	21,4%	10,3%	32,6%

	4 años	1	2,4%	0,0%	6,5%
Si asistió, qué tan satisfecho quedó con la atención del niño en esta primera cita odontológica en su IPS/EPS:	Extremadamente satisfecho	4	9,5%	1,5%	17,5%
	Muy satisfecho	3	7,1%	0,1%	14,1%
	Moderadamente satisfecho	24	57,1%	43,7%	70,6%
	Poco satisfecho	10	23,8%	12,2%	35,4%
	No satisfecho	1	2,4%	0,0%	6,5%
¿Tienen dificultades para llevar al niño(a) al servicio odontológico en IPS/EPS	Si	13	26,0%	14,1%	37,9%
	No	37	72,0%	59,8%	84,2%
¿Qué tipo de dificultades tienen en la familia para llevar el niño(a) a odontología en la IPS/EPS?	Por disponibilidad de tiempo para llevar al niño(a).	9	18,0%	7,6%	28,4%
	Por el horario de atención del centro	4	8,0%	0,6%	15,4%
	Por los costos	2	4,0%	0,0%	9,3%
	Por dificultad para conseguir las citas	29	58,0%	44,6%	71,4%
	Dan las citas muy lejos	3	6,0%	0,0%	12,5%
	No nos gusta la atención	1	2,0%	0,0%	5,8%
	Demora en las autorizaciones	1	2,0%	0,0%	5,8%
	Por falta de personal capacitado en atender al niño(a)	1	2,0%	0,0%	5,8%
¿Le han negado la atención odontológica al niño(a) en la entidad de salud a la que están afiliados?	Si	5	10,0%	1,8%	18,2%
	No	45	90,0%	81,8%	98,2%
¿Han tenido problemas para agendar una cita con odontología para el niño(a)?	Si	18	35,3%	22,3%	48,3%
	No	33	64,7%	51,7%	77,7%
¿Han tenido que instaurar una acción legal o tutela para obtener la atención odontológica del niño(a)?	No	49	100,0%	100,0%	100,0%
¿Deben cancelar algún valor para la atención en salud oral del niño(a) en la IPS/EPS?	Si	31	62,0%	48,8%	75,2%
	No	19	38,0%	24,8%	51,2%
¿Cuánto tiempo gasta en ir al centro de atención para que el niño(a) sea atendido en odontología por la EPS/IPS?	Menos de 30 minutos	3	6,3%	0,0%	12,8%
	Entre 30 minutos y 1 hora	20	41,7%	28,3%	55,1%
	Entre 1 hora y 2 horas	19	39,6%	26,3%	52,9%
	Más de 2 horas	6	12,5%	3,5%	21,5%

Fuente: propia

Nota. *Esta tabla refleja la percepción sobre la atención en salud oral de niños según la encuesta realizada por los autores. Los datos muestran la frecuencia y porcentaje de uso de los servicios odontológicos, la continuidad de la atención, la importancia de la atención regular, y la satisfacción con la atención recibida. También se identifican barreras comunes al acceso de servicios odontológicos y la respuesta de las entidades de salud afiliadas.*

En relación con la tabla 5, se organizó la información de la sección IV, de la cual se extrajo la siguiente información:

Uso de servicios médicos para atención en salud oral:

- La mayoría de los encuestados (94,2%) han utilizado los servicios médicos para la atención en salud del niño(a) en su IPS/EPS.
- Un porcentaje significativo (79,6%) asiste al mismo centro de salud para odontología.

Importancia de la atención odontológica regular:

- La mayoría (53,8%) está totalmente de acuerdo en que es importante llevar al niño al odontólogo regularmente.

Asistencia a odontología:

- La mayoría de los niños (80,8%) ha asistido al odontólogo en su IPS/EPS.
- De los que asistieron, la mayor razón para la consulta fue control (69%).

Satisfacción con la atención odontológica:

- Un 71,7% de los encuestados se mostró moderadamente satisfecho a muy satisfecho con la atención odontológica recibida en la primera cita.

Dificultades para llevar al niño(a) al servicio odontológico:

- La mayoría no reporta dificultades (72%).
- Sin embargo, de los que sí reportan dificultades, la razón más común es la dificultad para conseguir las citas (58%).

Negación de atención odontológica:

- A un pequeño porcentaje de niños (10%) se les ha negado la atención odontológica en la entidad de salud a la que están afiliados.

Problemas para agendar citas y medidas legales:

- Un 35,3% ha tenido problemas para agendar una cita con odontología.
- Ninguno de los encuestados ha tenido que instaurar una acción legal o tutela para obtener la atención odontológica.

Cancelaciones y tiempo en el centro de atención:

- Una mayoría (62%) ha tenido que cancelar algún otro valor para la atención en salud oral del niño(a) en la IPS/EPS.
- La mayoría de las citas duran entre 30 minutos y 1 hora (41,7%).

Tabla 6. Sección V. Percepción Sobre Barreras: Conocimientos Sobre Derechos y Cuidado en Salud Bucal para el Niño(A).

Descripción de la información		n	%	IC 95%	
¿Conoce sobre programas/estrategias de salud oral que ofrece el sistema de salud a través de su entidad prestadora de salud(EPS) y a los que tienen derecho niños(as) de la edad de su hijo.	Si	6	12,0%	3,2%	20,8%
	No	44	88,0%	79,2%	96,8%
¿El padre, madre, o cuidador del niño ha perdido uno o más dientes/muelas?	Si	34	66,7%	53,9%	79,5%
	No	17	33,3%	20,5%	46,1%
¿Considera que los dientes de leche deben cuidarse tanto como los permanentes?	Totalmente en desacuerdo	20	38,5%	25,2%	51,7%
	De acuerdo	5	9,6%	1,6%	17,6%
	Totalmente de acuerdo	27	51,9%	38,3%	65,5%
¿Quién acompaña al niño(a) al momento de cepillarse?	Mamá	28	53,8%	40,3%	67,4%
	Ambos	24	46,2%	32,6%	59,7%
El niño(a) ha recibido alguno de estos servicios odontológicos en su IPS/EPS?	Valoración odontológica	27	62,8%	49,7%	75,9%
	Consejería sobre riesgo a desarrollar caries dental	2	4,7%	0,0%	10,4%
	Consejería nutricional/dieta adecuada	1	2,3%	0,0%	6,4%
	Educación en salud bucal individual al niño(a)/cuidador	2	4,7%	0,0%	10,4%
	Profilaxis dental	3	7,0%	0,1%	13,9%
	Aplicación de barniz de flúor	3	7,0%	0,1%	13,9%
	Sellante de fisuras	4	9,3%	1,4%	17,2%
	Tratamiento para caries dental	1	2,3%	0,0%	6,4%

Fuente: propia

Nota. *La Tabla 6 presenta los datos recabados sobre la percepción de barreras en el conocimiento sobre derechos y cuidados en salud bucal para niños. Los resultados reflejan la familiaridad de los padres o cuidadores con las estrategias de salud oral ofrecidas por el sistema de salud, así como sus opiniones sobre la atención dental preventiva y el acompañamiento durante los servicios odontológicos.*

Finalmente, se organizó la información de la sección V en la Tabla 6, de la cual se obtuvo la siguiente información:

Conocimiento de Programas de Salud Oral:

- Solo un 12% de los encuestados está al tanto de los programas o estrategias de salud oral para niños proporcionados por el sistema de salud, mientras que un preocupante 88% no tiene conocimiento de estos. El intervalo de confianza es bastante amplio para aquellos que conocen los programas (3,2% a 20,8%), indicando variabilidad en la muestra.

Pérdida de Dientes de Leche:

- Dos tercios (66,7%) de los cuidadores o padres reportaron que sus niños habían perdido uno o más dientes de leche, con un tercio (33,3%) indicando que no.

Importancia del Cuidado de los Dientes de Leche:

- Existe división en las opiniones: un 38,5% no cree que los dientes de leche necesitan tanto cuidado como los permanentes, pero un 51,9% está en desacuerdo con esta postura.

Acompañante en el Cepillado:

- La mayoría de las veces es la mamá (53,8%) quien acompaña al niño en el cepillado, seguido por ambos padres (46,2%). Estas cifras indican roles tradicionales dentro del cuidado de la salud bucal en la familia.

Recepción de Servicios Odontológicos:

- Una evaluación odontológica ha sido el servicio más comúnmente recibido (62,8%). En contraste, servicios preventivos como la aplicación de flúor (7%) y sellante de fisuras (9,3%) se reportan menos frecuentemente.

9.2. Fase analítica

De acuerdo a los resultados expuestos en la fase descriptiva se buscarán algunas relaciones entre las respuestas buscando con ellos poder identificar las diferentes barreras en el acceso a los servicios odontológicos de los niños conforme a lo establecido en este estudio.

Como se estableció en el marco teórico, existen diferentes tipos de barreras, las cuales se intentan plantear en las diferentes preguntas presentes en la encuesta. Por esa razón, se va a realizar un relacionamiento entre el nivel educativo, el nivel socioeconómico, los ingresos y el conocimiento de los servicios de salud, frente a las diferentes dificultades que han tenido los padres y/o cuidadores para acceder a los servicios de odontología de los niños que tienen a cargo.

En primer lugar se seleccionaron las preguntas que directamente hacían relación con los problemas al acceder a los servicios de odontología.

Tabla 7.

Dificultades para llevar al niños a los servicios de odontología

¿Tienen dificultades para llevar al niño(a) al servicio odontológico en IPS/EPS	Cantidad	Porcentaje
NO	37	71,15%
SI	13	25,00%
NsNr	2	3,85%
Total general	**52**	**100,00%**

Fuente: propia

Nota. *La Tabla 7 presenta los resultados que expresan en una respuesta de Sí o No, si han tenido dificultades para llevar al niño al servicio de odontología.*

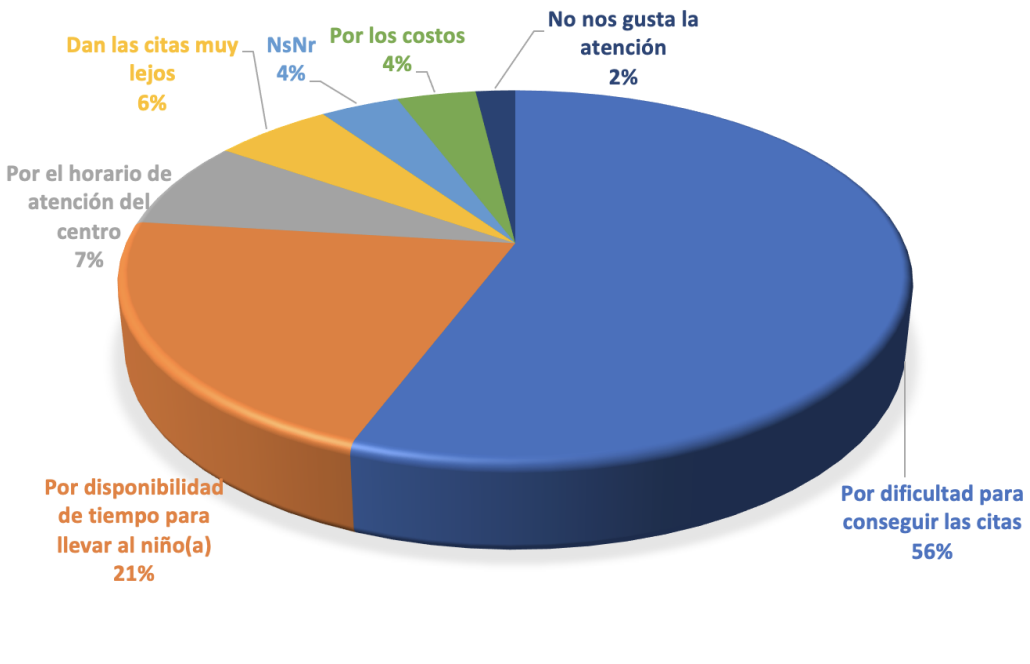
Dentro de lo que se observa en la tabla 7, pareciera que la gran mayoría de los participantes no tuvieran dificultades para llevar al niño al servicio de odontología, pero al compararse con la siguiente pregunta de la encuesta se observa otro panorama, lo cual permite abordar una posible tergiversación del sentido de esta pregunta, pues tal y como se observa en la gráfica 1, el 96% de los participantes seleccionaron algún tipo de dificultad, y solo el 4% estuvo en el rango de no sabe, no responde (NsNr).

En este caso, los encuestados pudieron haber interpretado las preguntas de manera diferente, o podrían haber sido influenciados por factores como el orden de las preguntas o la fatiga de la encuesta, lo que a veces lleva a respuestas menos consideradas a medida que avanza la encuesta.

Es posible que los encuestados hubieran percibido la pregunta de la dificultad para llevar al niño al servicio de odontología como si se tratara de los problemas personales de ellos mismos como Padres y/o cuidadores, y por eso una mayoría indicó que no. Esto podría reflejar una discrepancia entre la percepción general y las experiencias personales.

Gráfica 1

Tipos de dificultades para llevar al niños a los servicios de odontología



Fuente: propia

Nota. *La gráfica 1 disgrega los diferentes tipos de dificultades que han tenido las familias para llevar al niño al servicio de odontología.*

Por tal motivo se sugiere una modificación dentro del diseño de la encuesta para que se haga énfasis en esa clase de preguntas, a las cuales se les pudiera anexar lo siguiente: "en caso de responder Sí, continúe con la siguiente pregunta", para abordar de forma específica los tipos de dificultades. Así mismo, revisando los tipos de dificultades que se plantearon en la encuesta se sugiere realizar unos cambios en la redacción de las mismas, toda vez que una de ellas dice: "dan las citas muy **lejos"**, y es posible que se pueda tergiversar la palabra "lejos" la cual puede estar relacionada con distancia, así mismo en nuestro argot popular puede estar relacionado con tiempo.

Haciendo esa salvedad, se entenderá que el sentido real y verdadero de los encuestados, es que más del 96% manifestó que tiene dificultades para llevar al niño al servicio de odontología.

En ese orden de ideas, se pudieron identificar 3 grandes tipos de dificultades, el primer tipo gira alrededor de las citas con las siguientes respuestas, ***la dificultad para conseguir las citas*** con un 56%, y ***dan las citas muy lejos*** con un 6%, lo cual al sumarse da 62%; seguido de la ***disponibilidad de tiempo para llevar el niño*** con 21% y finalmente ***el horario de atención del centro*** con un 7%.

Ahora se hará una relación entre los niveles educativos, y el estrato socioeconómico de los encuestados para saber en cuáles de esos tipos de dificultades están inmersos.

Tabla 8

Tipo de dificultades para llevar al niños a los servicios de odontología vs Niveles educativos de los encuestados

¿Que tipo de dificultades tienen en la familia para llevar el niño(a) a odontologia en la IPS/EPS? Vs Nivel educativo	Cantidad	Porcentaje
Primaria	**3**	**5,77%**
Por dificultad para conseguir las citas	2	3,85%
Por el horario de atención del centro	1	1,92%
Secundaria	**24**	**46,15%**
Dan las citas muy lejos	2	3,85%
No nos gusta la atención	1	1,92%
NsNr	2	3,85%
Por dificultad para conseguir las citas	12	23,08%
Por disponibilidad de tiempo para llevar al niño(a)	3	5,77%
Por el horario de atención del centro	2	3,85%
Por los costos	2	3,85%
Técnico	**18**	**34,62%**
Dan las citas muy lejos	1	1,92%
Por dificultad para conseguir las citas	13	25,00%
Por disponibilidad de tiempo para llevar al niño(a)	4	7,69%
Tecnólogo	**3**	**5,77%**
Por dificultad para conseguir las citas	1	1,92%
Por disponibilidad de tiempo para llevar al niño(a)	2	3,85%
Profesional	**4**	**7,69%**
Por dificultad para conseguir las citas	1	1,92%
Por disponibilidad de tiempo para llevar al niño(a)	2	3,85%
Por el horario de atención del centro	1	1,92%
Total general	**52**	**100,00%**

Fuente: propia

Nota. *La Tabla 8 presenta una comparación entre los encuestados que manifestaron tener algún tipo de dificultad para llevar al niño al servicio de odontología versus su nivel de educación.*

Comenzando por los grados académicos más altos que son el profesional y el tecnólogo, se observa que el tipo de problema más relevante para ellos (con casi el 60% de las respuestas) es el tiempo para llevar al niño al servicio de odontología, lo cual se evidencia con los horarios laborales y jornada laboral diurna principalmente, mientras que en los niveles educativos de técnico hasta primaria se observa que la principal dificultad se relaciona con las citas (con un poco más del 60%).

De tal manera que se logra evidenciar que los niveles educativos de los padres y/o cuidadores pueden generar distintos tipos de barreras frente al acceso a los servicios odontológicos de los niños, en unos casos por falta de tiempo, y en otros casos por dificultades

para lograr una cita. Llama la atención que para los padres y/o cuidadores que son profesionales y tecnólogos no representa una gran dificultad lograr una cita.

Por otro lado, al comparar los tipos de dificultades con el estrato socioeconómico de los encuestados se logra poner en evidencia otro tipo de barrera.

Tabla 9

Tipo de dificultades para llevar al niños a los servicios de odontología vs Estrato socioeconómico de los encuestados

¿Que tipo de dificultades tienen en la familia para llevar el niño(a) a odontologia en la IPS/EPS? Vs Estrato de la vivienda	Cantidad	Porcentaje
1	**1**	**1,92%**
Por dificultad para conseguir las citas	1	1,92%
2	**24**	**46,15%**
Dan las citas muy lejos	3	5,77%
Por dificultad para conseguir las citas	10	19,23%
Por disponibilidad de tiempo para llevar al niño(a)	6	11,54%
Por el horario de atención del centro	3	5,77%
Por los costos	2	3,85%
3	**16**	**30,77%**
Por dificultad para conseguir las citas	12	23,08%
Por disponibilidad de tiempo para llevar al niño(a)	3	5,77%
Por el horario de atención del centro	1	1,92%
4	**1**	**1,92%**
Por disponibilidad de tiempo para llevar al niño(a)	1	1,92%
NsNr	**10**	**19,23%**
No nos gusta la atención	1	1,92%
NsNr	2	3,85%
Por dificultad para conseguir las citas	6	11,54%
Por disponibilidad de tiempo para llevar al niño(a)	1	1,92%
Total general	**52**	**100,00%**

Fuente: propia

Nota. *La Tabla 9 presenta una comparación entre los encuestados que manifestaron tener algún tipo de dificultad para llevar al niño al servicio de odontología versus su estrato socioeconómico.*

Aunque hay un número significativo del 20% de los encuestados, que respondió NsNr acerca del estrato socioeconómico, se sugiere una mejora en la herramienta para que se pueda hacer una conexión con las bases de datos del distrito y así lograr identificar el tipo de estrato socioeconómico.

Se logra visualizar en la tabla 9, que en los estratos más bajos (1, 2 y 3) el principal tipo de dificultad está relacionado con lograr una cita, mientras que el único encuestado perteneciente al estrato 4, su tipo de dificultad es por el tiempo para llevar al niño al servicio de odontología.

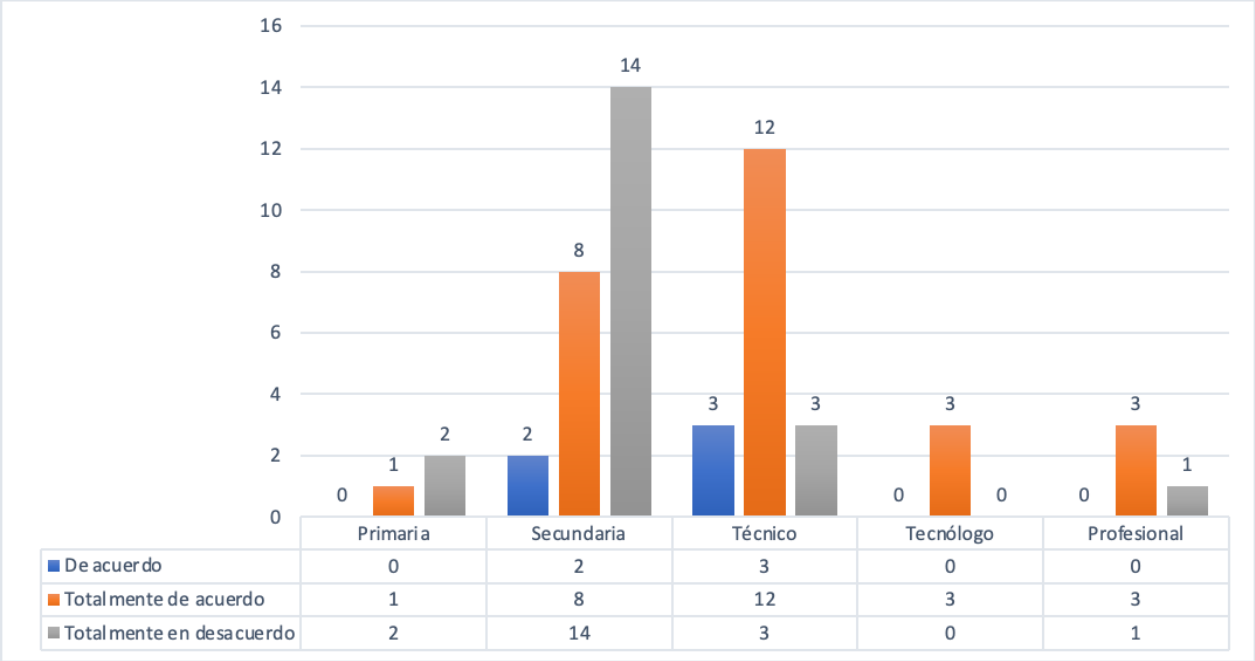
Así pues como se logró observar que de acuerdo al nivel educativo, entre más bajo sea el nivel educativo, y más bajo sea el estrato socioeconómico, el principal tipo de dificultad se centra en lograr una cita, mientras que, entre mejor sea el nivel educativo, y más alto el estrato socioeconómico, el principal tipo de dificultad es no tener tiempo para llevar al niño al servicio odontológico.

De la misma manera, se tomaron preguntas de la sección V, la cual estaba orientada a medir la percepción de los padres y/o cuidadores y se cruzaron con los niveles educativos de los mismos encuestados. Con esta pregunta se buscaba perseguir si para los encuestados existía algún nivel de relevancia el cuidado de los primeros dientes, o dientes de leche que le salían a los niños. La pregunta es la siguiente: ¿Considera que los dientes de leche deben cuidarse tanto como los permanentes? y las respuestas eran de opción múltiple indicando que estaban de acuerdo, totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo.

El cruce de datos de esta percepción frente al nivel educativo de los encuestados se puede observar en la gráfica 2.

Gráfica 2

Percepción del cuidado de los dientes de leche por parte de los padres y/o cuidadores



	Primaria	Secundaria	Técnico	Tecnólogo	Profesional
De acuerdo	0	2	3	0	0
Totalmente de acuerdo	1	8	12	3	3
Totalmente en desacuerdo	2	14	3	0	1

Fuente: propia

Nota. *La gráfica 2, presenta una comparación entre los encuestados que manifestaron su percepción en el cuidado de los dientes de leche de los niños versus el nivel educativo de los mismos encuestados.*

En todos los niveles educativos se observa que los encuestados expresaron estar totalmente en desacuerdo que los dientes de leche deban cuidarse tanto como los permanentes, pero porcentualmente es mayor la proporción en los niveles educativos más bajos, pues los niveles de primaria y secundaria seleccionaron en su gran mayoría que estaban totalmente en desacuerdo con esa pregunta. En general, la gráfica 2 indica que a medida que aumenta el nivel educativo, hay una tendencia a valorar más el cuidado de los dientes de leche. Esto es de nuevo una evidencia que la educación juega un papel en la percepción del cuidado dental infantil.

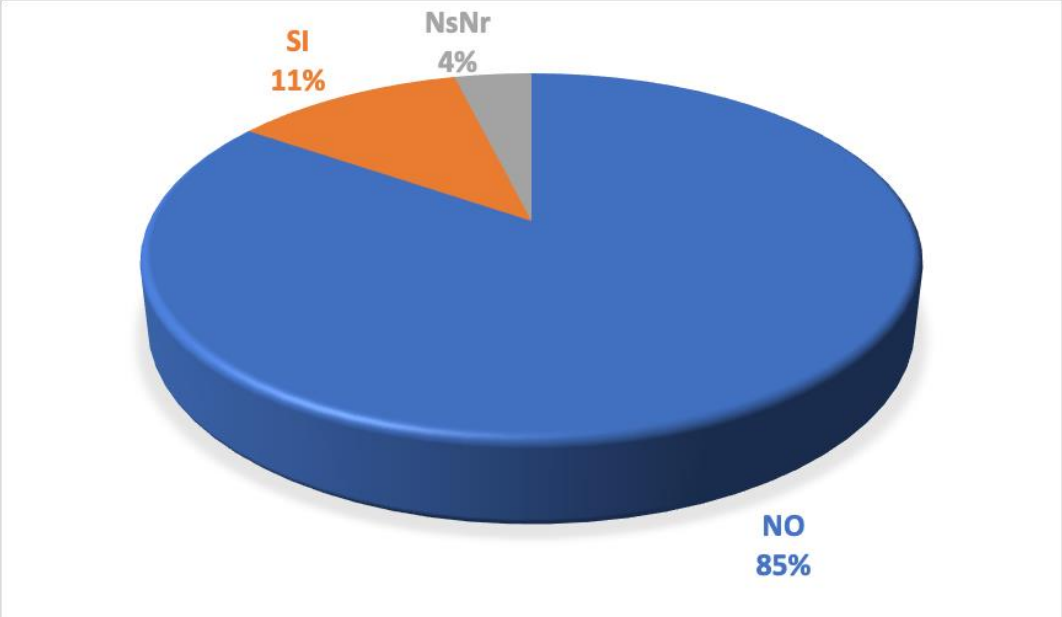
El hecho de que los encuestados con niveles de educación "Técnico" y "Profesional" muestren un mayor porcentaje de acuerdo podría estar relacionado con una comprensión más profunda de las consecuencias a largo plazo del cuidado dental inadecuado. Además, este entendimiento puede no estar tan extendido o puede ser malinterpretado en los niveles de educación más bajos, lo que resalta la importancia de programas de educación en salud oral y que estos sean accesibles y comprensibles para todos los niveles educativos.

Cabe destacar que el cuidado adecuado de los dientes de leche es importante para asegurar el correcto desarrollo de los dientes permanentes, así como para evitar caries y otros problemas dentales que pueden afectar la salud general del niño (Nelson S et al., 2017). Por lo tanto, la tendencia a no valorar su cuidado en los niveles educativos más bajos podría tener implicaciones significativas para la salud dental.

Por otro lado, se logra destacar una barrera de tipo estructural o del sistema pues una de las preguntas de la encuesta mostró que la gran mayoría de los encuestados desconoce acerca de los programas o estrategias suministrados por las entidades de salud, tal y como se observa en la gráfica 3.

Gráfica 3

Conocimiento de los encuestados en relación con los programas de salud oral ofrecidos por las instituciones de salud



Fuente: propia

Nota. *La gráfica 3, relaciona el nivel de conocimiento que tienen los encuestados en relación con los programas ofrecidos por las instituciones de salud.*

Además, al hacer un relacionamiento con el nivel educativo de los encuestados se puso en evidencia que sin importar los distintos niveles, persistía el desconocimiento de los programas asociados a la salud oral de los niños ofertados por las instituciones de salud, tal y como se logra evidenciar en la tabla 9.

Tabla 10. Conocimiento de los encuestados en relación con los programas de salud oral ofrecidos por las instituciones de salud versus el nivel educativo

NIVEL EDUCATIVO	¿Conoce sobre programas/estrategias de salud oral que ofrece el sistema de salud a través de su entidad prestadora de salus(EPS) y a los que tienen derecho niños(as) de la edad de su hijo.	PROCENTAJE
Primaria	**3**	**5,77%**
NO	2	3,85%
SI	1	1,92%
Secundaria	**24**	**46,15%**
NO	19	36,54%
NsNr	1	1,92%
SI	4	7,69%
Técnico	**18**	**34,62%**
NO	16	30,77%
NsNr	1	1,92%
SI	1	1,92%
Tecnólogo	**3**	**5,77%**
NO	3	5,77%
Profesional	**4**	**7,69%**
NO	4	7,69%
Total general	**52**	**100,00%**

Fuente: propia

Nota. *La tabla 10, relaciona el nivel de conocimiento que tienen los encuestados en relación con los programas ofrecidos por las instituciones de salud versus su mismo nivel educativo.*

En el análisis de la gráfica 3 y de la tabla 10, se pone en evidencia que hay una barrera significativa en el conocimiento sobre los programas de salud oral entre la población encuestada, independientemente del nivel educativo. Esta falta de conocimiento es prácticamente igual de pronunciada en todos los niveles educativos evidenciando que no están plenamente informados sobre los servicios disponibles.

Estos datos pueden tener importantes implicaciones para las políticas públicas de salud. Indican la necesidad de mejorar la educación y la divulgación sobre los programas de salud oral, especialmente dirigida a los niveles educativos más bajos.

Por otro lado, este desconocimiento generalizado también podría sugerir que los programas de salud oral no están lo suficientemente adaptados o accesibles para la población, o que hay obstáculos estructurales que impiden que la información llegue a todos los estratos sociales y educativos. Esto podría abordarse con campañas de información más efectivas, programas de educación en salud oral en las escuelas y una mayor integración de los servicios de salud oral en la atención primaria de salud.

10. DISCUSIÓN

El hecho que el mayor porcentaje de los encuestados en la muestra tengan como parentesco ser Madres (82,7%) podría reflejar una tendencia en la dinámica familiar donde las madres son a menudo las principales encargadas de participar en actividades relacionadas con el bienestar de los hijos. La escasa representación de abuelos/as y la moderada presencia de padres sugieren que las madres podrían ser vistas como las principales cuidadoras o posiblemente las más involucradas en la toma de decisiones relacionadas con los niños, sobre todo en los temas de salud. La Kaiser Women's Health Survey destaca (*Women, Work, and Family Health: Key Findings From the 2017 Kaiser Women's Health Survey*, 2018) que las madres no solo constituyen una parte significativa de la fuerza laboral sino que también son las principales encargadas del cuidado de la salud de sus hijos, asumiendo la mayoría de las responsabilidades relacionadas con la gestión del cuidado de la salud de sus familias

El perfil educativo de los encuestados indica una diversidad, pero con un énfasis en la educación secundaria (46,2%) y técnica (34,6%). La investigación del Center on Society and Health (*AAFP*, 2014) ha demostrado que la educación tiene un impacto significativo en la salud y la esperanza de vida de una persona. Los adultos que no completan la educación secundaria tienen tasas de diabetes doblemente altas y esperanzas de vida nueve años menores en comparación con los graduados universitarios. Además, los individuos con niveles de educación más bajos tienden a vivir en comunidades con múltiples desafíos para la salud, incluso cuando el acceso a la atención médica es igual.

Teniendo en cuenta que la encuesta fue realizada por participantes de la ciudad de Bogotá donde la oferta de instituciones de educación superior (*38 Universidades En Bogotá | Rankings Y Opiniones 2023*, 2023) es más alta en cantidad como en calidad que en otras regiones del país, al ampliar la muestra a otros departamentos pudiera dar como resultado que los niveles educativos sean más bajos y por consiguiente las decisiones en relación con la salud oral de sus hijos.

Así pues como se logró observar que de acuerdo al nivel educativo, entre más bajo sea el nivel educativo, y más bajo sea el estrato socioeconómico, el principal tipo de dificultad se centra en lograr una cita, mientras que, entre mejor sea el nivel educativo, y más alto el estrato socioeconómico, el principal tipo de dificultad es no tener tiempo para llevar al niño al servicio odontológico. La investigación publicada en BMC Oral Health (*Children Oral Health and Parents Education Status: A Cross Sectional Study - BMC Oral Health*, 2023) indica claramente la relación entre el nivel educativo de los padres y la salud oral de los niños. Se encontró una asociación significativa entre un mayor nivel educativo de los padres y mejores resultados en la salud oral de los niños, lo que sugiere que los padres con una mayor educación tienden a tener un mejor conocimiento, recursos y acceso a la atención médica necesarios para promover la salud óptima de sus hijos. Además, el estatus de desempleo del padre y un menor nivel educativo de ambos padres pueden afectar negativamente la salud oral. Estos hallazgos son importantes porque resaltan cómo la educación parental puede influir en la salud oral de los niños y sugieren la necesidad de programas de promoción de la salud oral basados en la escuela, los cuales han demostrado ser efectivos en mejorar el conocimiento, comportamientos, estado de salud oral y la calidad de vida de los niños y adolescentes.

Se logró poner en evidencia que hay una barrera significativa en el conocimiento sobre los programas de salud oral entre la población encuestada, independientemente del nivel educativo. Esta falta de conocimiento es prácticamente igual de pronunciada en todos los niveles educativos evidenciando que no están plenamente informados sobre los servicios disponibles. Estos datos indican la necesidad de mejorar la educación y la divulgación sobre los programas de salud oral, especialmente dirigida a los niveles educativos más bajos. Según un estudio publicado en PubMed (George, 2013) a pesar de la concientización sobre la importancia de la salud oral, muchos individuos continúan experimentando una salud oral deficiente y tienen dificultades para acceder a la atención odontológica. Esta situación destaca la importancia de políticas públicas y legislación que aborden las disparidades en la salud oral y mejoren el acceso a la atención, lo que podría implicar la necesidad de campañas de información más efectivas y la integración de los servicios de salud oral en la atención primaria de salud, tal como sugiere tu análisis.

11. CONCLUSIONES

Percepción y Participación de los Padres y/o cuidadores:

La encuesta mostró una notable participación de las madres (82.7%), lo que sugiere su rol central en la gestión de la salud bucal de los niños. Este hallazgo podría indicar una tendencia cultural o social donde las madres asumen principalmente la responsabilidad de la salud de los hijos.

La prevalencia de un nivel de educación secundaria o técnico entre los encuestados sugiere que la comprensión y el acceso a la atención en salud bucal pueden estar influenciados por el nivel educativo. Esto puede tener implicaciones en cómo se diseñan y se comunican los programas de salud bucal, subrayando la necesidad de estrategias de comunicación y educación adaptadas a diferentes niveles de comprensión.

Barreras Económicas y Geográficas:

El estudio identificó barreras significativas de naturaleza económica y geográfica que limitan el acceso a la atención odontológica. Estas barreras pueden incluir el costo de los servicios, la falta de cobertura de seguros, o la distancia y los costos asociados con el viaje a las clínicas.

La existencia de estas barreras sugiere la necesidad de políticas y programas que aborden específicamente estos desafíos, como la mejora de la accesibilidad geográfica de los servicios odontológicos y la implementación de modelos de financiación que hagan la atención dental más asequible para las familias con recursos limitados.

Relación entre Nivel Educativo y Acceso a Servicios Odontológicos:

La relación entre los niveles educativos y socioeconómicos y el acceso a los servicios odontológicos es un hallazgo clave. Las familias de menor nivel educativo y estrato socioeconómico reportaron más dificultades para obtener citas, lo que podría reflejar

barreras en el conocimiento sobre cómo acceder a los servicios o en la comprensión de la importancia de la salud bucal.

Las familias con niveles educativos y socioeconómicos más altos enfrentan desafíos relacionados con la disponibilidad de tiempo, lo que sugiere que las obligaciones laborales y personales pueden ser un obstáculo significativo para acceder a la atención odontológica.

Desafíos Significativos en la Obtención de Citas y Disponibilidad de Tiempo:

El estudio destacó que los problemas para conseguir citas y las limitaciones de tiempo debidas a horarios laborales son desafíos críticos que impiden el acceso regular a la atención odontológica. Esto indica una posible necesidad de revisar y mejorar los sistemas de programación de citas y considerar horarios de atención más flexibles.

Estos hallazgos sugieren la importancia de evaluar y posiblemente modificar las prácticas operativas de las clínicas dentales para hacerlas más accesibles y convenientes para las familias, especialmente para aquellas con horarios de trabajo restrictivos o responsabilidades de cuidado de niños.

Experiencias Diferenciadas en la Población:

El estudio identificó que distintos grupos dentro de la población experimentan diferentes barreras para acceder a la atención odontológica. Esto fue evidente en la manera en que los niveles educativos y socioeconómicos influyen en las dificultades específicas que enfrentan los padres y cuidadores. Por ejemplo, aquellos con niveles educativos y socioeconómicos más bajos tienden a tener más problemas para conseguir citas, mientras que aquellos de niveles más altos enfrentan desafíos principalmente relacionados con la disponibilidad de tiempo. Esto subraya la necesidad de estrategias de intervención diferenciadas que consideren las variadas necesidades y circunstancias de los diferentes segmentos de la población.

Prevalencia de Barreras Multifacéticas:

La investigación confirmó la existencia de una variedad de barreras en el acceso a la salud bucal en la primera infancia, incluyendo factores económicos, geográficos, culturales y estructurales. Estas barreras multifacéticas resaltan la complejidad de los desafíos en el acceso a la atención odontológica y sugieren la necesidad de enfoques integrales y multifacéticos para abordarlas de manera efectiva.

Efectividad y Aplicabilidad de la Herramienta de Encuesta:

El estudio piloto demostró la eficacia de la herramienta de encuesta en identificar y describir las barreras para el acceso a la salud bucal en niños de primera infancia desde la perspectiva de padres y cuidadores. A través de esta herramienta, se recogieron datos relevantes sobre aspectos sociodemográficos, condiciones laborales, información general del niño, percepciones sobre la atención en salud oral y barreras específicas de acceso. Además demostró ser una herramienta válida para recoger información esencial sobre las barreras en la atención odontológica. La estructura de la encuesta, dividida en varias secciones, permitió una recopilación detallada y organizada de los datos.

Dado que en la fase analítica se sugirieron cambios en algunas preguntas, esto indica que, aunque la herramienta fue en general efectiva, hay espacio para refinamientos. Estos ajustes pueden ayudar a mejorar la precisión de los datos recopilados y a garantizar que las preguntas sean más pertinentes y comprendidas de manera uniforme por los encuestados. Así mismo, los ajustes propuestos pueden optimizar aún más la herramienta para este propósito, garantizando que los datos recogidos sean representativos y relevantes para un espectro más amplio de la población.

12. BIBLIOGRAFÍA.

1. *AAFP*. (2014). Learning Matters: How Education Affects Health. Retrieved Noviembre 13, 2023, from https://www.aafp.org/news/blogs/leadervoices/entry/learning_matters_how_education_affects.html

2. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). (2018). *Policy statements and clinical guidelines.*

3. Avila-Burgos, L, Zepeda-Tena, C, & Mendoza-Arana, P. (2006). Análisis del acceso real y potencial a los servicios de salud de la población infantil en México: estudio de caso. In *Salud Pública de México* (38-47.).

4. Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? In *Journal of Health and Social Behavior,* (36th ed., Vol. 1, pp. 1-10).

5. Bernal, R. (2013). Impacto a largo plazo del desarrollo en la primera infancia: evidencia para América Latina y el Caribe. *Banco Interamericano de Desarrollo BID*.

6. Betancourt, J. R, Green, A. R., Ananeh-Firempong, O, & Carrillo J. E. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. In *Public health reports* (293-302.).

7. Castro-Ríos, A, Reyes-Rodríguez, M. F, & Sepúlveda-Escobar, V. (2019). Influencia de determinantes sociales en el acceso a servicios odontológicos en la primera infancia en zonas rurales de Colombia. In *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* (pp. 114-123).

8. *Children oral health and parents education status: a cross sectional study - BMC Oral Health*. (2023, October 24). BMC Oral Health. Retrieved November 14, 2023, from https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-023-03424-x

9. Dye, B. A.,., & Smith, T. S.,. ((2007).). Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. Vital and health statistics. In (Series 11 ed., p. 24). National Health Survey.

10. Eldridge, S. M. ((2016)). Defining feasibility and pilot studies in preparation for randomised controlled trials: development of a conceptual framework. In *PloS one,* (p. 11).

11. Ensor, T, & Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. In *Health policy and planning* (69-79.).

12. Facione, N. C, & Facione, P. A. (2006). The cognitive structuring of patient delay in breast cancer. In *Social Science & Medicine* (3137-3149.).

13. George, M. C. (2013). *Public policy and legislation for oral health: a convergence of opportunities*. PubMed. Retrieved November 14, 2023, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24046343/

14. Giedion, U., & Uribe, M. V. ((2009)). Colombia's universal health insurance system. In *Health affairs,* (28th ed., Vol. 3, pp. 853-863).

15. Hernandez, Y. (2022, JUNIO). *ESTUDIO PILOTO DE LA PERCEPCIÓN DE PADRES Y CUIDADORES SOBRE LAS BARRERAS DE ACCESO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD BUCAL DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO EN LA PRIMERA INFANCIA*. BOGOTA DC.

16. Hernández, R., Baptista, P., & Fernández, C. (2014). *Metodología de la investigación.* McGraw-Hill.

17. Leon, A. C.,, Kraemer, H. C., & Davis, L. L. ((2011)). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. In *Journal of psychiatric research* (45(5) ed., 626-629.).

18. Manrique-Espinoza, B., De la Cruz-Góngora, V., Téllez-Rojo, M. M., Moreno-Tamayo, K., & Salinas-Rodríguez, A. (2016). Strengths and weaknesses of a plan for identifying and mitigating frailty in elderly persons. In *Revista de Saúde Pública,* (50, 74.).

19. *Ministerio de Educación Nacional*. (2006). Ministerio de Educación Nacional. Retrieved October 19, 2023, from https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-177828_archivo_pdf.pdf

20. Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Lineamientos para la atención integral en salud oral*.

21. Nelson S, Slusar MB, Albert JM, & Riedy CA. (2017, May 4). Do baby teeth really matter? Changing parental perception and increasing dental care utilization for young children. Contemp Clin Trials. *Biblioteca Nacional de Medicina Centro Nacional de Información sobre Biotecnología*.

22. Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Salud oral en las Américas: avances y desafios*.

23. Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G, Walker, D. G., Brieger, W. R., & Rahman. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. In *Annals of the New York Academy of Sciences* (pp. 161-171).

24. Petersen, P. E. . ((2008)). World Health Organization global policy for improvement of oral health–World Health Assembly 2007. In *International dental journal* (58th ed., Vol. 3, 115-121.).

25. Ramírez-Puerta, B. S, Escobar-Paucar, G, & Franco-Cortés, Á. M. (2017). Acceso a servicios de salud oral y factores asociados en jóvenes colombianos. *Revista de Salud Pública*, 354-360.

26. Rodríguez, A. J, & Sarmiento, O. L. (2016). Barreras y facilitadores en el acceso a servicios de salud oral en Colombia: perspectiva de profesionales y usuarios. In *Revista Colombiana de Salud Pública* (pp. 59-68).

27. Russell, S. (2004). The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. In *American journal of tropical medicine and hygiene,* (Vol. 71, 147-155.).

28. Sánchez, G.,, Cárdenas, R., & Parra, D. C.,. (2014). Acceso a servicios de salud en Colombia. In *Revista de salud pública,* (16th ed., Vol. 2, 282-294.).

29. Sedgwick, P. (2014). Cross sectional studies: advantages and disadvantages. In *BMJ* (348th ed., g2276.).

30. Thabane, L.,. ((2010)). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. In *BMC medical research methodology,* (10th ed., Vol. 1, pp. 1-10).

31. Vargas, I., Vázquez, M. L., Mogollón-Pérez,, & & Unger, J. P. ((2010).). *Barriers of access to care in a managed competition model: lessons from Colombia.* BMC health services research.

32. *Women, Work, and Family Health: Key Findings from the 2017 Kaiser Women's Health Survey*. (2018, March 13). KFF. Retrieved November 14, 2023, from https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/women-work-and-family-health-key-findings-from-the-2017-kaiser-womens-health-survey/

33. World Health Organization (WHO). (2015). (n.d.). *Fact Sheet.* [Universal health coverage (UHC).]

13. ANEXOS

13.1. Anexo 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO PILOTO DE LA PERCEPCIÓN DE PADRES Y CUIDADORES SOBRE LAS BARRERAS DE ACCESO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD BUCAL DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO EN LA PRIMERA INFANCIA.

Número de protocolo: CIE2022-041

Nombre de investigadores:
Juan Camilo Garnica Quiroga

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento le será explicado por parte de las investigadoras del proyecto, previo a la aplicación de la prueba piloto.

Como sujeto de esta investigación sus derechos son los siguientes:

- Tiene derecho a que sus preguntas se respondan a su completa satisfacción antes de firmar este documento o en cualquier momento después de firmarlo.

- Tiene derecho a abandonar su participación en el estudio y no terminar de llenar la encuesta si así lo decide.

- Tiene derecho a conocer los resultados obtenidos de esta investigación, mediante la publicación del mismo, en un medio educativo.

Estimado Padre/Acudiente.

Esta investigación se realiza con el fin de validar o probar un instrumento frente a las barreras de acceso al servicio de salud en niños y niñas entre 1 y 5 años de edad, de manera que se conozcan y evalúen las barreras o dificultades que pueden presentarse para la adecuada atención odontológica en niños. Para esto se crea una encuesta que permita

identificar dichas barreras. Cabe aclarar que el propósito de la investigación no es evaluar el servicio de las clínicas odontológicas de la Universidad. En caso de que lo considere necesario, usted podrá comunicarse con el comité de ética al correo comiteetica@unbosque.edu.co a partir del mes de Julio del presente año para corroborar la información dada o despejar sus dudas acerca de la investigación.

Es importante destacar que, debido a que esta encuesta se realiza con el fin de validar un instrumento, no se contempla una socialización de resultados concreta.

Le invitamos a participar en el presente estudio diligenciando la siguiente encuesta. Este proyecto se está realizando en colaboración con la Universidad El Bosque, el grupo de Investigación en Salud Bucal Pública y Comunitaria – INVBOCA. Los investigadores principales son: Juan Camilo Garnica Quiroga.

Se estima la participación de un mínimo de 50 padres y/o cuidadores de niños entre las edades de 1 a 5 años, con un tiempo de participación entre 12 a 15 minutos, tiempo catalogado para el diligenciamiento de la encuesta.

Antes de decidir si acepta participar, por favor lea este documento cuidadosamente y haga todas las preguntas que tenga para asegurarse de que entiende las actividades a realizar. Su participación en este estudio es voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento. En caso que considere retirarse, esto no le va a perjudicar de forma alguna, ni a usted ni a su hijo/a.

Si es necesario, el investigador del estudio puede interrumpir su cooperación en el mismo en cualquier momento sin su consentimiento, asimismo usted también podrá retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desea. Su participación en esta investigación no implica riesgo alguno. Usted no recibirá ningún beneficio económico ni tampoco recibirá compensación o pago al participar en esta investigación. Con su participación contribuye a que se desarrollen nuevas estrategias para la atención odontológica en el sistema general de salud.

Cualquier información obtenida sobre usted en este estudio se mantendrá en estricta confidencialidad, su identidad no será revelada y la información tendrá un estricto uso investigativo y académico.

Su colaboración en esta encuesta contribuirá a la validación del instrumento con el fin de que este posteriormente pueda ser aplicado. Su participación en el estudio, no implica que va a recibir algún tipo de terapia.

- Tiene derecho a conocer los resultados obtenidos de esta investigación, mediante la publicación del mismo, en un medio educativo. En caso de no ser publicado, usted podrá comunicarse a cualquiera de los correos que se encuentran al final de este documento.

INFORMACIÓN DE CONTACTO COMITÉ DE ÉTICA: Comité Institucional de Ética en Investigaciones, 648 9000 extensión 1520, comiteetica@unbosque.edu.co, Calle 132 No.7A 63. Piso 2 y 3

INFORMACIÓN DE CONTACTO INVESTIGADORES PRINCIPALES:

Juan Camilo Garnica Quiroga
Correo: jgarnicaq@unbosque.edu.co Dirección: Universidad El Bosque

Dirección: Universidad El Bosque, Facultad de Odontología Paula Alejandra Suarez Rodríguez
Correo:psuarezr@unbosque.edu.co

Asesores-coinvestigadores:
Asesora temática: María Clara González Carrera Correo: gonzalezmaria@unbosque.edu.co
Dirección: Universidad El Bosque

Dirección: Universidad El Bosque
Asesora metodológica: Jenny Andrea Montoya Hernández Correo: montoyayenny@unbosque.edu.co
Dirección: Universidad El Bosque

Formulario de firmas

He sido invitado(a) a participar en el "ESTUDIO PILOTO DE LA PERCEPCIÓN DE PADRES Y CUIDADORES SOBRE LAS BARRERAS DE ACCESO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD BUCAL DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO EN LA PRIMERA INFANCIA". Entiendo que mi participación consistirá en identificar las barreras de acceso para la atención en salud oral de la primera infancia dentro del sistema de seguridad social. He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de consentimiento informado recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2). Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Para constancia, firmo a los____(días)___del _ (mes)____de_____ (año)_____

_____	_____
Nombre del Participante	Firma del Participante
_____	_____
Investigador principal	Firma del Investigador