VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR BARRERAS DE ACCESO EN ATENCIÓN DE SALUD ORAL EN LA PRIMERA INFANCIA FASE II.

Leidy Catalina Guaidia Jaime

Diana Paola Martín Sánchez

Deibry Xiomara Martínez Duquino.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ DC- JUNIO DE 2020

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Universidad	El Bosque
Facultad	Odontología
Programa	Odontología
Título:	Validación del instrumento para identificar barreras de acceso en atención de salud oral en la primera infancia fase II
Grupo de Investigación:	Investigación en salud Bucal pública y comunitaria - INVBOCA
Línea de investigación:	Promoción y prevención.
Tipo de investigación:	Pregrado/ Grupo
Estudiantes/ residentes:	Leidy Catalina Guaidia Jaime, Diana Paola Martin Sánchez, Deibry Xiomara Martínez Duquino.
Director:	Dra. María Clara González
Codirector:	Dra. Jenny Andrea Montoya

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

TATIANA CIAN LEAL	Presidente del Claustro
CAMILO ALBERTO ESCOBAR JIMÉNEZ	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL GALVIS	Rector(a)
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrector(a) Académico
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones.
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
MARIA ROSA BUENAHORA	Decana Facultad de Odontología
MARTHA LILILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA ESCOBAR	Directora Área Bioclínica
MARIA CLARA GONZÁLEZ	Director Área comunitaria
FRANCISCO PEREIRA	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	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”.

Guía de contenido

Resumen

Abstract

	Pág.
Introducción	**1**
2. Marco teórico	**3**
3. Planteamiento del problema	**13**
4. Justificación	**17**
5. Situación Actual	**18**
6. Objetivos	**19**
6.1 Objetivo general	**19**
6.2 Objetivos específicos	**19**
7. Metodología del Proyecto	**20**
7.1. Tipo de estudio	**20**
7.2. Población y muestra (Criterios de selección y exclusión)	**20**
7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información (Materiales y métodos)	**20**
7.4. Plan de tabulación y análisis.	**21**
8. Resultados	**23**
9. Discusión	**39**
10. Conclusiones	**41**
11. Referencias bibliográficas	**42**
12. Anexos	**45**

LISTADO DE TABLAS

		Págs.
Tabla 1	**Referenciación de preguntas utilizadas en encuesta a padres de familia y/o cuidadores,** tabla diseñada por Catalina Guaidia Jaime	**23**
Tabla 2	**Análisis cuantitativo Encuesta dirigida a Padres y/o Cuidadores,** tabla diseñada por Diana Paola Martin	**27**
Tabla 3	**Análisis Cualitativo Encuesta dirigida a Padres y/o Cuidadores,** tabla diseñada por Xiomara Martinez	**30**
Tabla 4	**Modificaciones según validación Encuesta a Padres y/o cuidadores,** tabla diseñada por Catalina Guaidia, Diana Martin y Xiomara Martinez	**34**

RESUMEN

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR BARRERAS DE ACCESO EN ATENCIÓN DE SALUD ORAL EN LA PRIMERA INFANCIA FASE II.

Antecedentes: La primera infancia consta de niños y niñas desde su gestación hasta los 5 años, 11 meses y 29 días este concepto es manejado en todo el territorio colombiano a través del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021). Durante la primera infancia, los niños encuentran múltiples barreras para acceder a la atención en salud, entendiéndose como una condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicio, en las cuales se clasifican: geográficas, económicas, administrativas y culturales. Este estudio establece la clasificación de las barreras de acceso soportadas en revisiones bibliográficas. **Objetivo general:** Estructurar y validar el instrumento que permita identificar barreras de acceso en atención de salud oral en la primera infancia. **Metodología: Fase I** – Elaboración y Validación de instrumento de encuesta semiestructurada a (padres-cuidadores y profesionales **Fase II:** Ajustar, estructurar y validar el instrumento en apariencia y contenido para identificar barreras de acceso, a partir de diferentes estrategias previamente aplicadas en población infantil de Bogotá, Posteriormente se realiza validación de contenido y de apariencia con la participación de pares expertos en el tema y se realizan los ajustes a cada uno de los instrumentos. **Resultados:** La validación de contenido y apariencia por parte de los tres jueces evaluadores, arrojaron observaciones en cuanto a la redacción y al lenguaje utilizado, se realizaron modificaciones para que el padre/cuidador resuelva todas las preguntas de la encuesta sin dificultades**. Conclusiones:** El instrumento diseñado fue evaluado por jueces expertos con el fin de que cumpla con los requisitos necesarios para ser aplicada a la población de estudio, obteniendo como resultado un instrumento final validado que permita la identificación de barreras de acceso a la salud oral en primera infancia el cual será aplicado en una futura tercera fase de la investigación.

Palabras clave: Primera infancia, barreras, sistema de seguridad social, acceso, salud oral.

ABSTRACT

VALIDATION OF THE INSTRUMENT TO IDENTIFY ACCESS BARRIERS IN ORAL HEALTH CARE IN EARLY CHILDHOOD PHASE II.

Background: First infancy is the period from gestation to 5 years, 11 months and 29 days, as managed throughout the country by the Decennial Plan of Public Health (2012-2021). During this period, children find multiple barriers to access healthcare, understood as a condition which relates the population needing health services with the system providing said services classified as: geographic, economic, administrative and cultural. The present study establishes the classification of barriers as per bibliographic revisions. **Objective:** to structure and validate the instrument which allows identification of access barriers to oral health attention during first infancy. **Methodology: Phase I** – development and validation of a semi-structured survey for parents-guardians and professionals. **Phase II** – tuning, structure and validation of the instrument's appearance and content based on different strategies previously applied to the infant population in Bogota. Content validation and appearance were validated afterwards with the participation of experts and adjustments are carried out for each instrument. **Results and conclusions:** content validation and appearance by the three evaluators rendered observations regarding grammar and language; modifications were carried out so the parent-guardian answers the questions without difficulty. The validated instrument will applied in a third phase of the project.

Key words: first infancy, barriers, social security system, access, oral health.

Introducción

La primera infancia está constituida por niños y niñas desde su gestación hasta los 5 años, 11 meses y 29 días. Todos los niños y niñas tienen derecho al goce efectivo del más alto grado de salud y bienestar, independiente de su condición social, física, género, raza o religión; respetando la cultura y creencias, primando siempre el interés del niño. Este concepto es manejado en todo el territorio colombiano, por medio del Plan Decenal de Salud Pública. 2012– 2021 (Plan Decenal de Salud Pública, 2018).

La constitución política de Colombia ha establecido numerosos tratados y acuerdos internacionales, estos instauran normas, derechos y garantías que tienen el territorio Colombiano para poder construir un país mejor, en los que se reconoce la protección especial que requieren los niños y niñas, la cual establece que los derechos de estos menores prevalecerán sobre los derechos de todos los demás ciudadanos en donde la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. (Constitución política de Colombia, 1991).

Así mismo y teniendo en cuenta las políticas actuales, el Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 (Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2018), hace especial énfasis en el ciclo de vida de la primera infancia. Esta se constituye como el momento vital más importante por sus efectos a lo largo de la vida de las personas (Plan Decenal de Salud Pública,2018). Por otra parte, la política nacional de prestación de servicios de salud tiene como propósito garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población. Durante la primera infancia, los niños encuentran múltiples barreras para acceder a la atención en salud, entendiéndose la accesibilidad a los servicios de salud, como una condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios, en este contexto, según la política nacional de prestación de servicios de salud ministerio de la protección Social 2005 obedeciendo a la

ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, se tienen en cuenta las siguientes dimensiones: 1. Distancias: en términos facilidades de transporte, condiciones topográficas, etc.2. Geográfica: En términos de la capacidad de pago, de los costos de acceso al lugar de la atención, y de la prestación del servicio. 3. Económica En términos de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la utilización de los servicios. 4. Cultural: En términos de las condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios. (Lineamiento técnico de salud en la primera infancia,2007).

La atención en salud debe reconocer la diversidad y la especificidad de diferentes grupos humanos como la población con discapacidad, la población desplazada, la diversidad y equidad de género y los grupos étnicos, entre otros (Geneva,1996).

El propósito de este estudio tiene interés académico para identificar las barreras de atención en salud oral en la primera infancia en la localidad de Usaquén, en estratos uno, dos y tres. Lo que se pretende es analizar las causas ocasionadas por las barreras de atención en salud oral de la primera infancia para así conocer las inconformidades que se pueden presentar en este tipo de población con respecto a la accesibilidad en salud. Fase I – Elaboración y validación de contenido y apariencia de instrumento de encuesta semiestructurada a (padres-cuidadores y profesionales de Odontología) con la participación de tres pares expertos en el tema. Fase II: Ajustar, estructurar y validar el instrumento en apariencia y contenido para identificar barreras de acceso, a partir de diferentes estrategias previamente aplicadas en población infantil de Bogotá, como la tesis de maestría del Dr. Jaime Alberto Ruiz "*Barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibòn, distrito capital"* (2013) y el trabajo de especialización en Odontopediatría del Dr. Johnny David Pereira De Sousa." Barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio acceso en la atención de niños colombianos con labio y paladar hendido.

2. Marco teórico

La primera infancia abarca toda aquella comunidad desde gestantes hasta los niños y niñas de seis años, este concepto es manejado en el territorio colombiano a través de la estrategia de cero a Siempre. *(De cero a siempre; gobierno de Colombia. 2011).* Los entornos de atención infantil se han vinculado tanto a consecuencias positivas como negativas para el desarrollo del niño(a). A pesar de los hallazgos contradictorios encontrados sobre los efectos del cuidado infantil en el desarrollo cognitivo y lingüístico, investigaciones más recientes han documentado de manera consistente los efectos duraderos y positivos de un cuidado infantil de alta calidad. Un ambiente de cuidado es particularmente valioso para los(as) niños(as) que experimentan una atención insensible en el hogar reduciendo el riesgo de problemas de comportamiento, sirviendo como un factor de protección y proporcionando oportunidades para mejorar el desarrollo cognitivo y del lenguaje. Por otro lado, cuando se combinan con factores de estrés social y económico en el hogar, los cuidados inadecuados representan una doble amenaza para la seguridad de apego de los(as) niños(as). Es probable que el efecto del cuidado de los(as) niños(as) varíe no sólo en función de estas características, sino también en función de los rasgos personales del(a) niño y de las ideologías que la rodean en un contexto cultural específico. (Querubín y Collazos 2011) (Botero *et al.,*2011).

Las barreras de acceso a la atención en salud son uno de los problemas centrales de los sistemas de salud latinoamericanos, muchos países en la región han llevado a cabo reformas en las estructuras de financiación y prestación de sus sistemas de salud durante las últimas décadas con el objetivo de mejorar la equidad de acceso, y también de la eficiencia (Vargas y Molina,2009). Constitución de 1991 se instauró en Colombia, en donde la población, incluidos los más pobres y vulnerables, pudiera encontrar salidas a la problemática social y tener acceso real y efectivo a los servicios de salud. (Lorenzo,2009).

Según la literatura en un estudio realizado en Brasil en el año 2016, en donde se realizaron instrumentos que consistían en dos cuestionarios donde se evaluaban las barreras de acceso a la salud, implantadas en el estado en el año de 2011, hasta el año de 2012 la región este de minas no constaba con servicio de atención y remitir sus pacientes para la región central, esa evaluación, fue realizada por medio de indicadores los cuales analizaron críticamente datos numéricos para la evaluación de estructura y proceso de los servicios de atención médica de una persona. (Moraes *et al.*, 2016).

Teniendo en cuenta que la reforma introducida por la ley 100 de 1993 en Colombia se creó el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), comprendido por dos esquemas: el régimen contributivo para la población asalariada y con capacidad de pago, y el subsidiado para la población con menor capacidad económica. El modelo significó la introducción de administradoras de fondos públicos como empresas promotoras de salud (EPS) para el régimen contributivo, y administradoras del régimen subsidiado (ARS) que compiten por la afiliación de la población, y deben garantizar paquetes de beneficios diferentes en cada régimen, a cambio de un pago por cápita.

En Colombia, investigadores se han interesado por indagar sobre el derecho a la salud y el acceso efectivo a los servicios de salud oral (Manski y Moeller,2012). Sin embargo, pocos han valorado la percepción de los ciudadanos sobre el derecho a la salud a partir de conocer las barreras de acceso real a los servicios en salud oral.

Un estudio realizado en Estados Unidos durante el año 2012 para identificar algunas barreras en los servicios de salud oral en países Europeos seleccionados y en los Estados Unidos, se concentraron las siguientes barreras; predisposición a la consulta, estatus socioeconómico bajo medio, educación, factores financieros en la decisión de los pacientes de buscar atención médica en donde existe una variación considerable, según el país, entre los encuestados que informan sobre la cobertura dental; las tasas de cobertura más altas se reportaron en Alemania (98%), República Checa (96%), Dinamarca (92%) y Países Bajos

(87%). Las tasas de cobertura medias se registran en Grecia (57%), EE. UU. (48%) y España (31%) y las tasas de cobertura más bajas se reportan en Suiza (21%) e Italia (21%). Los países han adoptado diferentes enfoques para proporcionar cobertura de seguro dental con subsidio público. En los EE. UU., el seguro dental privado domina el mercado de cobertura de salud, con aproximadamente el 53,9% de la población comunitaria que tiene seguro dental privado, el 11,5% con cobertura dental pública y el 34,6% sin cobertura dental en absoluto. (Alcaldía mayor de Bogotá, 2008).

Basados en la revisión de la literatura para realizar este tipo de estudios, se escogió la localidad de Usaquén para aplicar el instrumento, por ello se consultó el diagnóstico local de esta localidad, el cual especifica que la tasa de dependencia total en la localidad, es decir, la relación entre la población económicamente activa (población joven y adulta) e inactiva (infancia y adultez mayor), es del 40%: esto quiere decir que en promedio seis de cada diez personas que allí residen deben trabajar para sustentar económicamente a las cuatro personas restantes.

Para la localidad de Usaquén se observa una pirámide de población con una reducción en la fecundidad el cual se evidencia en la reducción del grupo de edad cero a cuatro años y el proceso de envejecimiento acentuado después de los 50 años, el grueso poblacional se concentra de los 20 a los 39 años.

La localidad de Usaquén cuenta con 86,4% de población afiliada al régimen contributivo, seguido del 6,1% de población atendida por el régimen subsidiado, 3,8% hacen parte del régimen de excepción, mientras que la población de esa localidad que no está cubierta en seguridad social en salud asciende al 0,2%.

El acceso al transporte público en la localidad de Usaquén las personas tardan en promedio 16,3 minutos caminando para acceder a ese servicio, mientras que para el total de Bogotá el tiempo promedio es de 13 minutos.

El índice de pobreza multidimensional (IPM) se construye con base en cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo, y acceso a los servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda. Estas cinco dimensiones involucran quince (15) indicadores. Según este índice son considerados pobres los hogares que tengan privación en por lo menos el 33% de los indicadores. Las localidades que más cantidad de personas en pobreza multidimensional tienen son Usme (10,9%) y ciudad bolívar (8,9%). A su vez, las localidades que están menos afectadas por esta problemática son Teusaquillo (0,6%) y chapinero (2,2%) para el caso particular de la localidad de Usaquén, el 2,6% de la población se encuentra en pobreza multidimensional, y la dimensión de pobreza multidimensional que menos registra personas, es la de vivienda (2,1%). A nivel general el porcentaje de personas en pobreza multidimensional es bajo, en comparación con las otras localidades. (Diagnóstico local Usaquén. Alcaldía mayor de Bogotá: 2018).

El 16,4% de estos hogares liderados por una mujer en la localidad se consideran pobres. De acuerdo con la encuesta multipropósito para Bogotá- EMB 2014, el 97,6% de las mujeres y el 95,6% de los hombres cuentan una afiliación a salud en la localidad de Usaquén.

El 84,4% de las mujeres de esta localidad está afiliado al régimen contributivo, el 12,2% al subsidiado y el 3,6% a algún régimen especial. De acuerdo con el registro de localización y caracterización de población con discapacidad, el 3,3% de la población de mujeres de Usaquén vive con alguna discapacidad, en los hombres la cifra es de 2,6%; en Usaquén reside el 6,5% del total de mujeres con discapacidad registrada en el distrito capital. Usaquén tiene la quinta tasa más alta de alfabetismo de mujeres en el distrito capital. La tasa de ocupación (TO) también refleja la desigual participación de las mujeres en el mercado laboral. Mientras que solo el 51% de las mujeres en edad de trabajar de la localidad se encuentra ocupada, es decir, trabajó al menos una hora, con o sin remuneración, o tuvo un empleo, entre los hombres la cifra es del 67%. En contravía de la tendencia distrital, en la que la tasa de desempleo de mujer es superior a la de los hombres

(siete por ciento para las mujeres y seis por ciento para los varones), en la localidad el 6,1% de los hombres en edades económicamente activas están desempleados, frente al 5,1% de las mujeres. (Hospital de Usaquén, 2016).

El gobierno colombiano a través de la resolución 2626 de 2019 promulgó el modelo de acción integral territorial *MAITE el cual* es un instrumento de gestión que pretende mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, entidades territoriales que deben identificar las prioridades y establecer acciones operativas por medio de acuerdos con el ministerio de salud, teniendo enfoque de salud familiar y comunitaria, territorial, poblacional y diferencial; lo cual propende conseguir la cobertura y acceso para todas las personas, obteniendo las mejores condiciones de salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud.

Así mismo se adoptó, a través de la resolución 429 de 2016, la política de atención integral en salud *PAÍS,* estableció el modelo integral de atención en salud, incorporando el plan territorial de salud y la implementación de estrategias integrales con el propósito de lograr los mejores resultados en salud, dando respuestas concretas a las prioridades identificadas, mediante una atención de calidad centrada en las personas, familia, comunidades y prioridad a poblaciones específicas como la salud de la mujer y salud de la mujer gestante, salud infantil con especial atención en la desnutrición y el desarrollo de niñas, niños y adolescentes.

El marco normativo del lineamiento técnico de salud, parte de la declaración universal de derechos humanos de las naciones unidas, al proclamar que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales, reconoce que el niño para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad debe crecer en el seno de una familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. A su vez la convención internacional sobre los derechos de los niños

aprobados por el congreso de la república de Colombia, mediantes la ley 12 de 1991, introduce un cambio en la concepción social de la infancia: “los niños deben ser reconocidos como sujetos sociales y como ciudadanos con derechos en contexto democrático”.

El derecho del niño y de la niña a la salud comienza con el acto de brindar a la madre y al padre, el apoyo y la asesoría necesarias en la preparación para la gestación, el parto y la crianza, de tal forma que pueda establecerse una relación profunda entre la madre, el padre y el niño o niña, desde el primer instante. El gestante y su familia, le deben brindar al niño o niña por nacer, todos los cuidados y atenciones requeridas, asistiendo a los controles prenatales y acatando los tratamientos y recomendaciones dadas por el personal de salud, sobre cualquier otro interés de los padres. El sistema de salud de Colombia se rige por los postulados constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, sienta sus bases en un sistema de aseguramiento que a su vez se rige entre otros, por los principios de equidad, igualdad, calidad, prevención, enfoque diferencial y participación social, en donde prevalece la garantía de la protección para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida. Lo que ofrece el sistema de salud a los niños y niñas en la primera infancia proteger y mejorar la salud de las personas es el principal resultado del sistema de salud. La puerta de entrada al sistema de salud de los niños y las niñas es el aseguramiento, a través de las entidades promotoras de salud –EPS-, responsables de garantizar el acceso a todos los servicios de salud. El sistema de salud ofrece un conjunto de estrategias de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, servicios y atenciones en salud, incluidos en el plan de beneficios, orientados a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de los niños y las niñas en la primera infancia. Es deber de todo el personal de salud, explicar a todos los usuarios incluidos los niños(as) más pequeños, independientemente de la edad, las actividades, procedimientos e intervenciones que se les van a realizar, de forma amable y sencilla (convención internacional sobre los derechos del niño, 1991).

El lineamiento técnico de salud para la atención integral a la primera infancia parte del concepto de salud como derecho fundamental, irrenunciable e impostergable. Ha sido

formulado como una guía para orientar el cumplimiento del derecho a la salud integral de las niñas y los niños desde la preconcepción hasta los cinco años y 11 meses de edad, en los escenarios en donde transcurren sus vidas: el hogar, el centro de desarrollo infantil, los servicios de salud y el espacio público. Relaciona la garantía de vivir y disfrutar del nivel más alto posible de salud con las realizaciones, la ruta de atención integral y los estándares de calidad en salud. Se presentan los conceptos para realizar el monitoreo y seguimiento del derecho a la salud de los niños y las niñas, incluidos los principales indicadores. Finalmente, los aspectos del sistema de inspección, vigilancia y control y el papel de los actores institucionales y la comunidad, con el fin de lograr y garantizar el más alto nivel de salud y bienestar, y asegurar una atención integral y oportuna en la primera infancia, con enfoque diferencial.

La salud infantil es una prioridad nacional, por eso el ministerio de salud y protección social considera que la atención a la primera infancia es definitiva para una vida saludable, y realiza una apuesta política y un compromiso social con el país, dada la importancia que esta etapa representa para la vida de todos los ciudadanos, en donde promover la salud es mucho más rentable que prevenir la enfermedad. El gobierno nacional realiza esfuerzos y dispone de fuentes de financiación para garantizar los recursos, de forma que los niños y niñas durante la primera infancia tengan atención preferente y diferencial en igualdad de condiciones, incluidas las madres gestantes y lactantes (Estrategia de atención integral a la primera infancia, 2013).

Además de lo anterior mencionado y conocer más sobre el instrumento que se implementó, se define la encuesta, siguiendo a García Ferrando, como una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población la que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características. Esta permite aplicaciones masivas, que mediante técnicas de muestreo adecuadas pueden hacer extensivos los resultados a comunidades enteras. Nuestro interés no es el sujeto concreto

que contesta el cuestionario, sino la población a la que pertenece. Su propósito es permitir la obtención de datos sobre una gran variedad de temas. García Ferrando M. La encuesta. En: García M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1993; p. 141-70) (García e Ibañez, 1993).

En la planificación de una investigación utilizando la técnica de encuesta se pueden establecer las siguientes etapas: (Santesmases, 1997), (Zapata y Canet, 2008).

– Identificación del problema.

– Determinación del diseño de investigación.

– Especificación de las hipótesis.

– Definición de las variables.

– Selección de la muestra.

– Diseño del cuestionario.

– Organización del trabajo de campo.

– Obtención y tratamiento de los datos.

– Análisis de los datos e interpretación de los resultados.

Barreras de acceso a servicios de salud

Según la organización mundial de la salud (OMS) la accesibilidad es definida como la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad. La atención tiene que ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población, y ser provista en medios aceptables para ellos, a pesar de que la igualdad en el derecho a la salud, al acceso y uso de los servicios de salud figura como principio rector de la mayoría de las reformas de los países de América Latina. En Colombia, la constitución política, la ley 100 de 1993 por medio de la cual se creó el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)

y una gran diversidad de normas, consideran la salud como un derecho básico y como un servicio público a cargo del estado, el cual se debe garantizar a todos los habitantes del territorio nacional en condiciones de acceso efectivo, calidad, oportunidad, suficiencia, continuidad, pertinencia e integralidad.

Se establecieron dos regímenes de aseguramiento para cuya gestión introdujeron administradoras de fondos públicos o aseguradoras, entidades promotoras de salud (EPS) para el régimen contributivo, y administradoras del régimen subsidiado (ARS) que debían garantizar paquetes de beneficios diferentes en cada régimen de aseguramiento, a cambio de un pago per cápita. La mayoría de los estudios realizados hasta el momento para evaluar los resultados sobre el acceso se centran en la afiliación al seguro y los determinantes personales de la utilización de los servicios.

El sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN) actúa como mecanismo de selección de la población que requiere del subsidio estatal o subsidiado; es una encuesta que sirve para identificar y clasificar a las personas que no pueden cubrir sus necesidades básicas para que el estado pueda darles derechos fundamentales, subsidios que les permitan tener vivienda, educación y salud, entre otros.

El plan obligatorio de salud (POS) vigente en Colombia, se refiere a un conjunto básico de servicios de atención en salud al que tienen derecho todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados y que para el día de hoy se encuentra unificado tanto para el régimen contributivo, como para el subsidiado. A través del POS, se desarrollan un conjunto de 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, y más de 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades.

Las barreras fueron caracterizadas como: geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente

geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista). Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como cultural y estaba centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso.

El aseguramiento adoptado por la ley 100, reconoce al afiliado el derecho a ser atendido mediante un paquete de servicios cuando lo requiera. Sin embargo, en la práctica, la población enfrenta múltiples barreras de tipo geográfico, normativo, administrativo, cultural y de oferta para acceder a los servicios.

El sistema establece otras limitaciones al acceso determinadas entre otros por barreras administrativas para la afiliación, períodos de carencia, atención solo de urgencias en el primer mes, esperas prolongadas para procedimientos no pos, interpretación a conveniencia por las EPS del plan de beneficios, retrasos en las autorizaciones y barreras para acceder a medicamentos.

Las dificultades se producen principalmente en el acceso a la atención especializada. En ambos regímenes y áreas surgen cuatro tipos de barreras que se retroalimentan relacionadas con: las políticas de aseguramiento, dificultades en la extensión y continuidad de la afiliación, y prestaciones cubiertas, los instrumentos de control de la utilización y compra de servicios que emplean las aseguradoras, las deficiencias en la infraestructura y organización de la red de prestadores, y características socioeconómicas de la población que atienden.

3. Planteamiento del problema

Con respecto a la identificación de las barreras de acceso a servicios de salud oral para la primera infancia en Bogotá (Localidad de Usaquén), podemos determinar que no se encuentran estudios que nos permitan reconocer la situación actual de la población frente a este tema.

Con respecto a la identificación de las barreras de acceso, podemos determinar que no se encuentran estudios validados que nos permitan reconocer la situación actual de la población frente a este tema.

3.1 *Marco epidemiológico:* La primera infancia es una etapa que inicia desde su gestación hasta los seis años de vida, crucial para el desarrollo pleno en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social. Además, de ser decisiva para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social. En correspondencia a ello, particularmente considerando la salud como un derecho fundamental, el abordaje de estas edades del curso de vida se considera de gran importancia por el conocimiento del comportamiento de las condiciones de salud-enfermedad bucal a tempranas edades, con la aproximación a algunos aspectos del estilo de vida en torno al cuidado de la salud bucal. *Paredes-Solís* resaltan en la ciudad de Acapulco, Guerrero, México en el 2015, existen distintos factores que influyen en la asistencia de los preescolares al servicio dental público en donde se aplicó un cuestionario auto administrado, los informantes fueron los padres o tutores de los preescolares. La falta de dinero fue la principal razón reportada para no llevar a los escolares sin seguridad social al servicio dental. (Ministerio de salud, 2005).

Según el reporte en el *ENSAB IV* los cuidadores de los niños de uno, tres y cinco años incluidos en el estudio, el 58.9% han asistido a consulta odontológica, mientras el resto nunca lo ha hecho. De los niños que asisten a consulta odontológica el 79.7% lo hace a la EPS, el 11.1% al centro de salud y el 9.2% al consultorio privado, principalmente para revisión o prevención en un 59.9% de los casos (estrategia de atención integral a la primera infancia, 2013).

En Colombia, la política nacional de prestación de servicios de salud define la accesibilidad a los servicios de salud como “la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios”. Para esto son determinantes tres factores:

a) La capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención
b) El tipo y la forma de organización de los servicios para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral
c) Las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadoras de servicios de salud. (Ministerio de salud, 2005).

En noviembre del año 2006, en Colombia fue aprobado el código de la infancia y la adolescencia (ley 1098 de 2006), cuya finalidad es “garantizar a los niños, las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión”. Con la aprobación de este código, el país ha querido comprometerse con la protección de la población joven, vulnerable a muchas amenazas que se ciernen sobre ellos, como producto de un entorno patológico que ha desconocido que ellos son sujetos de derecho. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción, cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano”. Asimismo, el artículo 27 consagra el derecho a la salud integral, afirmando que “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 o niña que requiera atención en salud”. (Ministerio de salud, 2012). Asimismo existen rutas para atención integral en salud de la primera infancia, garantizando los derechos y el desarrollo integral de las niñas y los niños de cero a cinco años de la capital, en condiciones de calidad e igualdad, a través del trabajo conjunto y articulado de las entidades distritales

que tienen competencia con la población de primera infancia: educación, integración social, salud, cultura y el instituto Colombiano de bienestar familiar (ICBF), la ruta inicia con un proceso de preparación para el embarazo responsable y planeado; de esta manera, padres y madres contarán con las orientaciones sobre la importancia del fortalecimiento del vínculo entre padres e hijos y brindará atenciones durante el embarazo, entre éstas controles prenatales y seguimiento nutricional.

Una vez el niño nace, el distrito garantizará que cada uno de ellos cuente con registro civil, consultas para seguimiento a crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación completo de acuerdo a su edad, procesos de valoración y seguimiento nutricional, afiliación vigente al sistema general de seguridad social en salud, una modalidad de educación inicial con talento humano cualificado ambientes adecuados para el potenciamiento de su desarrollo, concebidos desde sus particularidades. (Ministerio de salud, 2012).

La educación y la atención de la primera infancia (EAPI) se han convertido en la norma de muchos países europeos y de América del norte, donde la mayoría de los(as) niños(as) de tres años y más asisten a un servicio regulado de educación temprana. Además, los servicios para la primera infancia representan mucho más que un lugar de residencia para madres/padres que trabajan, porque desempeñan un papel importante en el desarrollo del(a) niño(a) al darles una oportunidad de participar en una serie de actividades educativas y sociales. (Guía de práctica clínica en salud oral infancia y adolescencia, 2010).

Principales procedimientos en la salud oral realizados en primera infancia

La Odontología pediátrica juega un papel importante dentro de la odontología general, ya que constituye el primer acercamiento del paciente a la atención en salud oral. La atención odontológica adecuada del infante es la base de la salud oral de cualquier persona, ya que un tratamiento odontológico inadecuado o insatisfactorio, realizado en la niñez, puede alterar de manera permanente el sistema estomatognático. El odontólogo que atiende pacientes en edad preescolar y escolar debe encontrarse en capacidad de prevenir,

diagnosticar, plantear un manejo adecuado y tratar integralmente las patologías bucales. Teniendo en cuenta que esta intervención se realiza durante la etapa de crecimiento y desarrollo, el objetivo de la atención será lograr estructuras bucales normales desde el punto de vista funcional y estético. En Colombia, el ENSAB III demostró que la caries y la enfermedad gingival continúan presentes en gran proporción dentro de la población, siendo la caries dental la primera causa de morbilidad por consulta externa en los primeros años de vida. Ante esta situación, la presente guía indica, de manera clara y basada en la evidencia, los procedimientos de prevención, intercepción y tratamiento de la caries y sus secuelas, haciendo énfasis en los procedimientos diagnósticos y en el mantenimiento de la integridad de los arcos dentales.

El examen, diagnóstico, prevención e intervención de las patologías orales, en el paciente pediátrico, no puede desligarse de los aspectos psicológicos y sociales inherentes del niño. El punto más importante para el éxito del tratamiento en un paciente pediátrico es el acondicionamiento a la consulta, ya que, mediante un adecuado abordaje conductual, el manejo del mismo se facilitará notablemente; en esta guía se dan pautas para el diagnóstico y manejo del comportamiento en la consulta odontológica. El trauma dentoalveolar y la patología pulpar ocupan un lugar importante dentro de los motivos de consulta de los servicios de urgencia; por tanto, su diagnóstico y manejo están incluidas en la guía. Así mismo, se abordan procedimientos de exodoncia de dientes deciduos y manejo de espacios por pérdida prematura de dientes. (Guía de práctica clínica en salud oral infancia y adolescencia, 2010).

3.2 *Pregunta de investigación:* ¿Cuáles son las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud oral, para la primera infancia, en la localidad de Usaquén?

4. Justificación

La presente investigación tiene como finalidad Identificar las barreras de acceso para la atención en salud oral de la primera infancia en los servicios de salud oral en la población de primera infancia, abarcando desde gestantes hasta niños y niñas de 6 (seis) años de edad. Con el fin de reconocer los inconvenientes y barreras de acceso a las que la población puede enfrentarse a la hora de acceder a los servicios de salud oral.

Es poca la literatura que se ha encontrada acerca de aplicación de instrumentos para identificar barreras de acceso, por esta razón se busca ajustar, estructurar y validar el instrumento para identificar barreras de acceso diseñado en la primera etapa, teniendo en cuenta la revisión bibliográfica de encuestas previamente validadas y aplicadas en población infantil de Bogotá, y el trabajo de grado de maestría del Dr. Jaime Alberto Ruiz (2013) *Barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital.* (Tesis de maestría), Universidad El Bosque.

La falta de información de padres y/o cuidadores acerca de los servicios que brindan los profesionales de la salud oral ha causado los elevados registros de caries y enfermedad periodontal en pacientes de la primera infancia, por esta razón, es importante identificar cuáles son las barreras que no les permiten a los responsables de los niños y niñas acceder a los servicios de salud oral concientizando, reduciendo y ejecutando operaciones que ayuden a prevenir las enfermedades orales en niños de la primera infancia.

5. Situación actual en el área de investigación

Teniendo en cuenta los reportes de la última administración gubernamental de Bogotá, en la localidad de Usaquén se han atendido más de 6.000 niños en jornadas odontológicas dadas por parte de la administración local e instituciones especializadas. Dentro del objetivo de estas jornadas está: enseñarles a los niños el uso de la seda dental, el enjuague bucal y el adecuado cepillado dental, pero sobre todo las visitas periódicas al odontólogo para evaluar su salud oral.

La Universidad El Bosque dentro del programa de Odontología desde su fundación asumió el enfoque biopsicosocial, con la intención de incorporar en su ejercicio un abordaje interdisciplinario que considerara las realidades psicosociales y culturales de los pacientes, sus familias y la comunidad, la universidad tiene un espacio dedicado a la localidad de Usaquén en especial a jardines y centros de bienestar familiar donde brindan atención odontológica semestral a sus niños y educación en salud oral a los padres para que los índices de afecciones odontológicas no aumenten, todo esto se hace porque la población presenta ciertas barreras para el acceso a los servicios de salud oral y la atención de los niños.

6. Objetivos

6.1 *Objetivo general:*

Estructurar y validar el instrumento que permita identificar barreras de acceso en atención de salud oral en la primera infancia.

6.2 *Objetivos específicos:*

1. Elaboración y validación del instrumento para reconocer las diferentes barreras de acceso a la salud oral en primera infancia.
2. Reconocer y determinar las barreras de acceso en salud oral mencionados por los padres y /o cuidadores de los niños de primera infancia.

7. Metodología del proyecto

7.1 *Tipo de estudio*: No aplica.

7.2 *Población y muestra*: (Criterios de selección y exclusión): No aplica, porque se está haciendo la reestructuración para la validación del instrumento.

7.3 *Métodos y técnicas para la recolección de la información (materiales y métodos):*

Teniendo en cuenta que no se encuentran estudios relacionados con la identificación de las barreras en los centros de atención en salud oral públicos, Bogotá Colombia, se planteó realizar el presente estudio en dos fases:

Fase I – Revisión temática y Elaboración de un instrumento de encuesta semiestructurada a (padres-cuidadores y profesionales de Odontología). Fase II: Ajustar, estructurar y validar el instrumento en apariencia y contenido para identificar barreras de acceso, a partir de diferentes estrategias previamente aplicadas en población infantil de Bogotá. Para esto se hizo:

1. Búsqueda de artículos: Se realizó una búsqueda en múltiples bases de datos con palabras claves, con las cuales encontramos diversos artículos.
2. Revisión del tema: Teniendo en cuenta los artículos encontrados se realizó una revisión bibliográfica que se tuvo en cuenta para la realización del documento final.
3. Identificación de barreras: Por medio de la literatura se identificaron los tipos de barreras de atención en salud oral.
4. Elaboración del instrumento: Se elaboró un instrumento el cual se aplicará a padres, y/o cuidadores.
5. Evaluación de pares para validación de contenido y apariencia: Teniendo el instrumento se decide enviar a pares para la validación y aprobación del mismo.

7.4 *Plan de tabulación y análisis de resultados:*

Se busca validar el instrumento cualitativamente teniendo en cuenta validez de contenido, validez de apariencia y por supuesto el juicio de expertos, posteriormente validez cuantitativa teniendo en cuenta la recolección de datos, la prueba piloto y, finalmente evaluación de confiabilidad del instrumento. *(Brown, 1996).*

En cuanto a la validez de contenido se establece en diferentes situaciones, siendo dos de las más frecuentes: (a) el diseño de una prueba, y (b) la validación de un instrumento que fue construido para una población diferente, pero que se adaptó mediante un procedimiento de traducción (equivalencia semántica). Se hace necesario validar dichos instrumentos en términos de su contenido, y es allí donde la evaluación realizada por expertos cobra especial relevancia, pues son ellos quienes deben eliminar los ítems irrelevantes y modificar los ítems que lo requieran, como en el caso de expresiones idiomáticas. (Hyrkäs et al, 2003)

La validez de contenido consiste en qué tan adecuado es el muestreo que hace una prueba de acuerdo con lo que se pretende medir (Cohen y Swerdik, 2001). Para autores como Ding y Hershberger (2002), la validez de contenido es un componente importante de la estimación de la validez de inferencias derivadas de los puntajes de las pruebas, ya que brinda evidencia acerca de la validez de constructo y provee una base para la construcción de formas paralelas de una prueba en la evaluación a gran escala. El constructo medido por el instrumento y el uso que se les dará a las puntuaciones obtenidas son aspectos fundamentales tanto para la estimación como para la conceptualización de la validez de contenido. En efecto, en la evaluación de un instrumento debe tenerse en cuenta su función, es decir, si será utilizado para el diagnóstico, la medición de habilidades o la medición de desempeño. (Ding y Hershberger, 2002).

El concepto esencial de validez de contenido es que los ítems de un instrumento de medición deben ser relevantes y representativos del constructo para un propósito evaluativo particular (Mitchell, 2002).

Por otro lado, la validez de apariencia hace referencia a que un instrumento parezca medir lo que debe medir. Se realiza con la apreciación subjetiva que hacen los expertos para comprobar y analizar los ítems con el fin de evaluar su precisión, claridad y comprensión al hacer la revisión general del instrumento. (Escobar y Cuervo, 2008)

El instrumento se creará con fines de investigación más que con fines de aseguramiento de la calidad.

8. Resultados

Fase ll:

Este estudio valida en apariencia y contenido un instrumento que pretende explorar y caracterizar las barreras de acceso en salud en la primera infancia desde la percepción de padres-cuidadores, es importante aclarar que se ajustó la encuesta previamente validada a padres de familia y/o cuidadores.

Para la elaboración del instrumento se construyó a partir de diferentes estrategias previamente aplicadas en población infantil de Bogotá, como la tesis de maestría del Dr Jaime Alberto Ruiz "*Barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital"* (2013) y el trabajo de especialización en Odontopediatría del Dr. Johnny David Pereira De Sousa." *Barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio y/o paladar hendido Fase III "* del Dr. Johnny David Pereira De Sousa. (2016) Universidad el Bosque, elaborado en base a los conceptos de encuesta semiestructurada de tipo mixta siendo un cuestionario cerrado donde la persona indagada responderá sí o no es decir binominal y, un cuestionario abierto formado por un diálogo abierto, compuesta finalmente por diez preguntas.

Tabla 1. *Referenciación de preguntas utilizadas en encuesta a padres de familia y/o cuidadores*

PREGUNTA	***REFERENCIA***
1. ¿Quién lleva al niño a las consultas médicas y tratamientos con mayor frecuencia?	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*

2. ¿Quiénes son el o los responsables económicos de la familia?	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*
3. ¿Cuál es el tipo de vinculación laboral del responsable económico de la familia?	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*
4. ¿Cuánto es el ingreso económico (Familiar) mensual? Marque con una X	*Pereira, barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio y/o paladar hendido. fase III, 2016*
5. trabajo que desarrollan el cuidador y-o el acompañante del niño a citas médicas: el horario en que trabaja y si la, jornada es diurna, nocturna o por turnos, si *el cuidador y acompañante son la misma persona, por favor marque SÍ ___ NO ___*	*Pereira, barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio y/o paladar hendido. fase III, 2016*
6. En la siguiente tabla priorice de 1 a 5 siendo 1 la causa que más le dificulta para asistir a las citas de tratamiento del niño y 5 lo que menos se dificulta y agregue en observaciones si existe otro motivo?	*Pereira, barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio y/o paladar hendido. fase III, 2016 (MODIFICADA)*
7. ¿Cuál cree es la mejor forma prevenir caries?	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*
7.1 ¿Es importante cuidar los dientes de leche (temporales) del Niño (a)?	*Pereira, barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio y/o paladar hendido. fase III, 2016*

7.2 ¿Le preocupa el estado oral de su hijo? (en caso de responder afirmativamente conteste la siguiente pregunta)	*Pereira, barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio y/o paladar hendido. fase III, 2016*
7.3 ¿Ha recibido información sobre cómo cuidar la salud oral de los niños?	*Pereira, barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio y/o paladar hendido. fase III, 2016*
7.4 se ha sentido a gusto con la atención odontológica que ha recibido su hij@	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*
7.5 ¿Cuál es la principal preocupación que tiene sobre la boca de su hijo?	*Pereira, barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio y/o paladar hendido. fase III, 2016*
7.6 ¿Cuál es la principal dificultad que tiene para cuidar la boca de su hijo?	*Pereira, barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio y/o paladar hendido. fase III, 2016*
7.7 ¿Qué le gustaría poder hacer o modificar en casa para mejorar las condiciones de la boca de su hijo?	*Pereira, barreras de acceso en la atención de niños colombianos con labio y/o paladar hendido. fase III, 2016*
7.8 ¿Qué le gustaría poder modificar en su servicio de salud para mejorar las condiciones de la boca de su hijo?	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*
8. Lea las preguntas del lado izquierdo y señale con una X al frente de las opciones el grado de importancia o satisfacción para usted. Si usted señala el primer rectángulo (número 1) significa estar en desacuerdo con la información, mientras	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*

elección del cuarto rectángulo (número 4) significa estar totalmente desacuerdo con la afirmación.	
9. ¿Cada cuánto usted visita al odontólogo?	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*
9.1 ¿Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo?	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*
9.2 ¿Usted ha asistido a odontología por un dolor o molestia?	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*
9.3 El niño/a asistió a consulta odontológica por primera vez	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*
9.4 ¿Cuál fue el motivo de la última visita al odontólogo del niño(a)?	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la. Localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*
9.5 Tiene algún inconveniente para llevar al niño a las citas odontológicas?	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*

10 ¿Usted ha tenido dificultades para obtener la atención del niño (a) en los siguientes servicios?:	*Ruiz, barreras de acceso a los servicios de salud oral y dificultades en la implementación de la guía clínica de caries dental en niños y niñas de 1 a 12 años de la localidad de Fontibón, distrito capital, 2013*

Los pares evaluadores sugieren cambios y modificaciones en las preguntas propuestas. Ver anexo 2 (Formato de evaluación para la encuesta de los tres pares, subdivididos como A, B, C. En donde cada letra es la evaluación de uno de los pares).

Tabla 2. *Análisis cuantitativo Encuesta dirigida a Padres y/o Cuidadores*

Pregunta	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Puntaje promedio
1. ¿Quién lleva al niño a las consultas médicas y tratamientos con mayor frecuencia?	3,5	5,0	5,0	4,5
2. ¿Quién es o son el o los responsables económicos de la familia?	5,0	4,6	5,0	4,86
3. ¿Cuál es el tipo de vinculación laboral del responsable económico de la familia?	4,1	5,0	3,0	4,0
4. ¿Cuánto es el ingreso económico (Familiar) mensual?	4,75	4,6	3,5	4,2
5. Señale en la tabla con una X, según el trabajo que desarrollan el cuidador y-o el acompañante del niño a citas médicas: el horario en que trabaja y si la, jornada es diurna, nocturna o por turnos.	4,6	4,5	3,5	4,2
6. En la siguiente tabla priorice de 1 a 5 siendo 1 la causa que más le dificulta para asistir a las citas de tratamiento del niño y 5 lo que menos se dificulta y agregue en observaciones si existe otro motivo?	4,6	4,6	3,5	4,2

7 ¿Cuál cree es la mejor forma prevenir caries?	4,0	4,6	4,0	4,2
7.1 ¿Es importante cuidar los dientes de leche (temporales) del Niño (a)?	4,0	4,6	4,0	4,2
7.2 ¿Le preocupa el estado oral de su hijo? (en caso de responder afirmativamente conteste las siguientes preguntas)	4,0	4,6	4,0	4,2
7.3 ¿Ha recibido información sobre cómo cuidar la salud oral de los niños?	4,0	4,6	4,0	4,2
7.4 ¿Le han negado la atención Odontológica a su hijo?	4,0	4,6	4,0	4,2
7.5 ¿Se ha sentido a gusto con la atención odontológica que ha recibido su hij@?	4,0	4,6	4,0	4,2
7.6 ¿Cuál es la principal preocupación que tiene sobre la boca de su hijo?	4,0	4,6	4,0	4,2
7.7 ¿Cuál es la principal dificultad que tiene para cuidar la boca de su hijo?	4,0	4,6	4,0	4,2
7.8 ¿Qué le gustaría poder hacer o modificar en casa para mejorar las condiciones de la boca de su hijo?	4,0	4,6	4,0	4,2
7.9 ¿Qué le gustaría poder modificar en su servicio de salud para mejorar las condiciones de la boca de su hijo?	4,0	4,6	4,0	4,2
8. Me siento a gusto con mi boca	4,0	5,0	3,5	4,1
8.1 Me siento a gusto con la boca de mi hijo	4,0	5,0	3,5	4,1
8.2 Me da miedo llevar el Niño al Odontólogo	4,0	5,0	3,5	4,1

8.3 No sé dónde llevar el Niño para atención Odontológica	4,0	5,0	3,5	4,1
8.4 No tengo tiempo para ir con el Niño al Odontólogo	4,0	5,0	3,5	4,1
8.5 Me siento a gusto con la atención Odontológica de mi hijo	4,0	5,0	3,5	4,1
8.6 ¿Si los dientes del Niño (a) no son cepillados cree que se esté haciendo algo incorrecto?	4,0	5,0	3,5	4,1
8.7 Es difícil pedir una cita odontológica para el niño en la entidad prestadora de salud (EPS)	4,0	5,0	3,5	4,1
8.8 El sitio para llevar el niño al odontólogo me queda lejos	4,0	5,0	3,5	4,1
8.9 Me siento satisfecho con la atención odontológica de mi hijo	4,0	5,0	3,5	4,1
9. ¿Cada cuánto usted visita al odontólogo?	5,0	4,8	3,5	4,4
9.1¿Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo?	5,0	4,8	3,5	4,4
9.2¿Usted ha asistido a odontología por un dolor o molestia?	5,0	4,8	3,5	4,4
9.3 El niño/a asistió a consulta odontológica por primera vez	5,0	4,8	3,5	4,4
9.4¿Cuál fue el motivo de la última visita al odontólogo del niño(a)?	5,0	4,8	3,5	4,4
9.5 Tiene algún inconveniente para llevar al niño a las citas odontológicas?	5,0	4,8	3,5	4,4

10. ¿Usted ha tenido dificultades para obtener la atención del niño (a) en los siguientes servicios?	4,0	5,0	3,5	4,1
				TOTAL 4,27

La tabla 2 contiene el análisis cuantitativo de las diez preguntas de la encuesta dirigida a padres y cuidadores; fue evaluada en una escala de 00 a 5.0 los jueces expertos evaluaron: pertinente, suficiente, coherente, relevante, la sintaxis y la semántica de cada pregunta. La pregunta que tuvo menor calificación fue la pregunta tres con un promedio de 4.0, seguida de la ocho y diez con un puntaje de 4.1. Las preguntas cuatro, cinco, seis, siete tuvieron una puntuación de 4.2, la pregunta nueve obtuvo puntuación de 4,4, la pregunta uno puntuación de 4.5, la pregunta con mayor promedio fue el número dos con una puntuación de 4,86; después de analizar los resultados se determinó que estas puntuaciones se dan, debido a la falta de correcta redacción y utilización de términos de difícil comprensión. El puntaje promedio total del formato fue de 4.27 lo que significa que el contenido de la encuesta se conserva en un 80%.

Tabla 3. *Análisis Cualitativo Encuesta dirigida a Padres y/o Cuidadores*

OBSERVACIONES			
PREGUNTAS	JUEZ N. 1	JUEZ N. 2	JUEZ N. 3
1. ¿Quién lleva al niño a las consultas médicas y tratamientos con mayor frecuencia?	No hace referencia a "barreras"	El ítem es claro, utiliza un lenguaje sencillo.	Me parece que está bien
2. ¿Quién es o son el o los responsables económicos de la familia?		Quitaría la parte de "el o", lo dejaría "¿Quién es o son los responsables económicos de la familia?	Está bien
3. ¿Cuál es el tipo de vinculación laboral del responsable económico de la familia? Marque con una X	Dado que pueden ser varias personas, se requiere rehacer la pregunta y de		No considero que se deba realizar esta pregunta

	pronto preguntar por "el principal responsable"	El objetivo del ítem es claro, y es fácil de entender.	
4. ¿Cuánto es el ingreso económico (Familiar) mensual? Marque con una X	Requieren tener en cuenta que van a unir posiblemente los ingresos de varias personas. Para muchos pensar en "salario mínimo mensual vigente" puede no ser fácil porque ganan por días, por lo que tendrían que aportarles el dato y ayudarles a hacer la cuenta total.	Agregaría entre paréntesis el valor del salario mínimo mensual del momento, como para contextualizar a las personas que están contestando la encuesta.	No la considero pertinente
5. Señale en la tabla con una X, según el trabajo que desarrollan el cuidador y-o el acompañante del niño a citas médicas: el horario en que trabaja y si la, jornada es diurna, nocturna o por turnos: si son la misma persona cuidador y acompañante a citas por favor marque Sí _____ No _____	Sugiero escribir "y/o"	El ítem como está redactado es confuso, a mi parecer lo redactaría así: "Señale con una X el horario en que trabaja, y si la jornada laboral es diurna, nocturna y por turnos, el cuidador y/o acompañante del niño a las citas médicas. Si son la misma persona, cuidador y acompañante, por favor marque SI ___ NO___ ."	Hay otras formas para poder detectar si el horario es una barrera de acceso
6. En la siguiente tabla priorice de 1 a 5 siendo 1 la causa que más le dificulta para asistir a las citas de tratamiento del niño y 5 lo que menos se dificulta y agregue en observaciones si existe otro motivo?	Muchas personas no comprender el concepto de "oportunidad de la cita". Podrían poner a cambio "demora en la adjudicación de citas"	El ítem está bien redactada, pero ayudaría poner algunos signos de puntuación como "comas”: " En la siguiente tabla priorice de 1 a 5, siendo 1 la causa que más le dificulta para ir a las citas del tratamiento del niño, y 5 lo que menos se dificulta. En observaciones agregue si existe otro motivo.	Tabla difícil de diligenciar. Términos como oportunidad no los van a entender. Sugiero hacer varias preguntas con los distractores. Ejemplo: ¿Tiene dificultad para que al niño le den permiso en el colegio o jardín para asistir a una cita médica?
7. ¿Cuál cree es la mejor forma prevenir caries?	Requieren tener en cuenta que en el primer punto varias opciones pueden ser válidas, por lo que no pueden pedir que se señala la "correcta". Hay sutilezas que no son convenientes con personas que no tienen altos niveles educativos.	El ítem es pertinente y relevante, es claro, pero sugiero que se aclare que para la primera pregunta se pueden marcar varias opciones, y no obligar a una solo pues más de una afirmación es válida para prevenir la caries. Y en esa primera pregunta falta poner "para" entre forma y prevenir caries.	Sugiero separar el cuadro en 3 o 4 preguntas diferentes y dándoles un orden más lógico. Primero lo que le preocupa de la boca del niño. Puede que la caries no sea su problema. Le están dirigiendo las respuestas. Se trata de identificar barreras culturales, pero ya están direccionando y seguramente no las van a poder identificar

7.1 ¿Es importante cuidar los dientes de leche (temporales) del Niño (a)?			
7.2 ¿Le preocupa el estado oral de su hijo? (en caso de responder afirmativamente conteste la siguiente pregunta)			
7.3 ¿Ha recibido información sobre cómo cuidar la salud oral de los niños?			
7.4 ¿Le han negado la atención Odontológica a su hijo?			
7.5 Se ha sentido a gusto con la atención odontológica que ha recibido su hij@			
7.6 ¿Cuál es la principal preocupación que tiene sobre la boca de su hijo?			
7.7 ¿Cuál es la principal dificultad que tiene para cuidar la boca de su hijo?			
7.8 ¿Cuál es la principal dificultad que tiene para cuidar la boca de su hijo?			
7.9 Qué le gustaría poder hacer o modificar en casa para mejorar las condiciones de la boca de su hijo?			
8. Me siento a gusto con mi boca		El ítem es pertinente, relevante, claro, sólo corregiría al final de la pregunta desacuerdo porque es de acuerdo.	Hay algunos ítems que tienen que ver con el tema de acceso, pero la mayoría no
8.1 Me siento a gusto con la boca de mi hijo			
8.2 Me da miedo llevar el Niño al Odontólogo			
8.3 No sé dónde llevar el Niño para atención Odontológica			

8.4 No tengo tiempo para ir con el Niño al Odontólogo			
8.5 Me siento a gusto con la atención Odontológica de mi hijo	El punto sexto requieren modificarlo. Lo ideal es seguir un mismo modelo y no incluir preguntas sino afirmaciones en todos los casos. Sexta y décima frases miden lo mismo.		
8.6 ¿Si los dientes del Niño (a) no son cepillados cree que se esté haciendo algo incorrecto?			
8.7 Es difícil pedir una cita odontológica para el niño en la entidad prestadora de salud (EPS)			
8.8 El sitio para llevar el niño al odontólogo me queda lejos			
8.9 Me siento satisfecho con la atención odontológica de mi hijo	El punto sexto requieren modificarlo. Lo ideal es seguir un mismo modelo y no incluir preguntas sino afirmaciones en todos los casos. Sexta y décima frases miden lo mismo.		
9. ¿Cada cuánto usted visita al odontólogo?			
9.1 ¿Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo?			
9.2 ¿Usted ha asistido a odontología por un dolor o molestia?			
9.3 El niño/a asistió a consulta odontológica por primera vez			A mi juicio solamente los últimos 3 ítems tienen que ver con el tema, pero las respuestas no son coherentes con las preguntas
9.4 ¿Cuál fue el motivo de la última visita al odontólogo del niño(a)?		La última pregunta se repite en una pregunta anterior, donde a la persona le tocaba evaluar de 1 a 5 diferentes situaciones que podrían dificultar o facilitar llevar al niño a citas médicas/odontológicas. A mi	A mi juicio solamente los últimos 3 ítems tienen que ver con el tema, pero las respuestas no son coherentes con las preguntas

		parecer ésta pregunta en este ítem sobraría, y se prestaría para que en la pregunta anterior pusieran una respuesta y en esta pregunta algo totalmente diferente, generando confusión.	
9.5 Tiene algún inconveniente para llevar al niño a las citas odontológicas?		La última pregunta se repite en una pregunta anterior, donde a la persona le tocaba evaluar de 1 a 5 diferentes situaciones que podrían dificultar o facilitar llevar al niño a citas médicas/odontológicas. A mi parecer ésta pregunta en este ítem sobraría, y se prestaría para que en la pregunta anterior pusieran una respuesta y en esta pregunta algo totalmente diferente, generando confusión.	A mi juicio solamente los últimos 3 items tienen que ver con el tema pero las respuestas no son coherentes con las preguntas
10. ¿Usted ha tenido dificultades para obtener la atención del niño (a) en los siguientes servicios?	Requiere ser revisada esta pregunta. Es difícil de comprender la matriz. Rehacer los ítems "Motivo" (no es claro) y "Oportunidad" (muchos no comprender el concepto).	El ítem es claro, fácil de entender.	Cuadro muy largo, Difícil de diligenciar, Demasiada información, demasiados servicios. ¿No entiendo para qué?

La tabla 3, muestra los resultados de análisis cualitativo de las preguntas de la encuesta dirigida a padres/cuidadores, los jueces, proponen mejorar la redacción, reestructurar algunas preguntas y modificar términos utilizados, ya que pueden llegar a ser confusos para la población a la que va dirigida el instrumento.

Tabla Nº4 *Modificaciones según validación Encuesta a Padres y/o cuidadores.*

PREGUNTAS INICIALES	PREGUNTAS FINALES
1.¿Quién lleva al niño a las consultas médicas y tratamientos con mayor frecuencia?	1. ¿Quién lleva al niño a las consultas médicas y tratamientos con mayor frecuencia?

2.¿Quién es o son el o los responsables económicos de la familia?	2. ¿Quién es el principal responsable económico de la familia?
3. ¿Cuál es el tipo de vinculación laboral del responsable económico de la familia?	3. ¿Qué tipo de vinculación laboral tiene el principal responsable económico de la familia?
4. ¿Cuánto es el ingreso económico (Familiar) mensual?	4. Señale el ingreso económico (Familiar) mensual teniendo en cuenta el salario mínimo legal vigente (877.803)
5. Señale en la tabla con una X, según el trabajo que desarrollan el cuidador y-o el acompañante del niño a citas médicas: el horario en que trabaja y si la, jornada es diurna, nocturna o por turnos. Si el cuidador y acompañante son la misma persona, por favor marque SÍ ___ NO ___	5. Señale con una X el horario en que trabaja el cuidador y/o acompañante del niño a las citas médicas y si la jornada laboral es diurna, nocturna o por turnos.
6. En la siguiente tabla priorice de 1 a 5 siendo 1 la causa que más le dificulta para asistir a las citas de tratamiento del niño y 5 lo que menos se dificulta y agregue en observaciones si existe otro motivo?	6. En la siguiente tabla califique de 1 a 5 las dificultades que se le presentan para asistir a las citas del niñ@, siendo 1 la causa que más se le dificulta y 5 lo que menos se dificulta y agregue en observaciones si existe otro motivo.
7 ¿Cuál cree es la mejor forma prevenir caries?	7. ¿Cuál cree es la mejor forma para prevenir caries?
7.1 ¿Es importante cuidar los dientes de leche (temporales) del Niño (a)?	7.1 ¿Es importante cuidar los dientes de leche (temporales) del Niño (a)?
7.2 ¿Le preocupa el estado oral de su hijo? (en caso de responder afirmativamente conteste las siguientes preguntas)	7.2 ¿Le preocupa el estado oral de su hijo? (en caso de responder afirmativamente conteste las siguientes preguntas)
7.3 ¿Ha recibido información sobre cómo cuidar la salud oral de los niños?	7.3 ¿Ha recibido información sobre cómo cuidar la salud oral de los niños?

7.4 ¿Le han negado la atención Odontológica a su hijo?	7.4 ¿Le han negado la atención Odontológica a su hijo?
7.5 ¿Se ha sentido a gusto con la atención odontológica que ha recibido su hij@?	7.5 ¿Se ha sentido a gusto con la atención odontológica que ha recibido su hij@?
7.6 ¿Cuál es la principal preocupación que tiene sobre la boca de su hijo?	7.6 ¿Cuál es la principal preocupación que tiene sobre la boca de su hijo?
7.7 ¿Cuál es la principal dificultad que tiene para cuidar la boca de su hijo?	7.7 ¿Cuál es la principal dificultad que tiene para cuidar la boca de su hijo?
7.8 ¿Qué le gustaría poder hacer o modificar en casa para mejorar las condiciones de la boca de su hijo?	7.8 ¿Qué le gustaría poder hacer o modificar en casa para mejorar las condiciones de la boca de su hijo?
7.9 ¿Qué le gustaría poder modificar en su servicio de salud para mejorar las condiciones de la boca de su hijo?	7.9 ¿Qué le gustaría poder modificar en su servicio de salud para mejorar las condiciones de la boca de su hijo?
8. Me siento a gusto con mi boca	8. Me siento a gusto con mi boca
8.1 Me siento a gusto con la boca de mi hijo	8.1 Me siento a gusto con la boca de mi hijo
8.2 Me da miedo llevar el Niño al Odontólogo	8.2 Me da miedo llevar el Niño al Odontólogo
8.3 No sé dónde llevar el Niño para atención Odontológica	8.3 No sé dónde llevar el Niño para atención Odontológica
8.4 No tengo tiempo para ir con el Niño al Odontólogo	8.4 No tengo tiempo para ir con el Niño al Odontólogo
8.5 Me siento a gusto con la atención Odontológica de mi hijo	8.5 Me siento a gusto con la atención Odontológica de mi hijo

8.6 ¿Si los dientes del Niño (a) no son cepillados cree que se esté haciendo algo incorrecto?	8.6 ¿Si los dientes del Niño (a) no son cepillados cree que se esté haciendo algo incorrecto?
8.7 Es difícil pedir una cita odontológica para el niño en la entidad prestadora de salud (EPS)	8.7 Es difícil pedir una cita odontológica para el niño en la entidad prestadora de salud (EPS)
8.8 El sitio para llevar el niño al odontólogo me queda lejos	8.8 El sitio para llevar el niño al odontólogo me queda lejos
8.9 Me siento satisfecho con la atención odontológica de mi hijo	8.9 Me siento satisfecho con la atención odontológica de mi hijo
9. ¿Cada cuánto usted visita al odontólogo?	9. ¿Cada cuánto usted visita al odontólogo?
9.1¿ Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo?	9.1¿ Cuál fue el motivo de su última visita al odontólogo?
9.2¿Usted ha asistido a odontología por un dolor o molestia?	9.2¿Usted ha asistido a odontología por un dolor o molestia?
9.3 El niño/a asistió a consulta odontológica por primera vez	9.3 ¿Cuándo fue la primera cita odontológica del niñ@?
9.4¿Cuál fue el motivo de la última visita al odontólogo del niño(a)?	9.4¿Cuál fue el motivo de la última visita al odontólogo del niño(a)?
9.5 Tiene algún inconveniente para llevar al niño a las citas odontológicas?	9.5 Tiene algún inconveniente para llevar al niño a las citas odontológicas?
10. ¿Usted ha tenido dificultades para obtener la atención del niño (a) en los siguientes servicios?	10. ¿Usted ha tenido dificultades para obtener la atención del niño (a) en los siguientes servicios? Marque con una X el motivo por el cual se le ha dificultado

La Tabla 4 muestra los cambios que se realizaron a las preguntas de la encuesta dirigida a padres y cuidadores por sugerencia de los jueces encargados de validar el instrumento (tabla 3), los cuales fueron: la reestructuración de algunas preguntas, la modificación del lenguaje para facilitar el entendimiento del lector y eliminación de opciones de respuesta que no eran pertinentes para la pregunta realizada.

9. Discusión

Las barreras de acceso a la atención en salud oral, es uno de los problemas centrales de los sistemas de salud latinoamericanos, se han llevado a cabo diferentes reformas que permitan el mejoramiento de estas y desarrollar soluciones en la prestación de sus sistemas de salud durante las últimas décadas, con el objetivo de acrecentar la equidad y la eficiencia de acceso a la salud oral (Vargas y Molina, 2009). En 1991 se instauró en la constitución de Colombia la reforma en donde la población, incluidos los más pobres y vulnerables, pudiera encontrar salidas a la problemática social y tener acceso real y efectivo a los servicios de salud. (Lorenzo,2009).

La primera infancia es una de las principales poblaciones que encuentra múltiples barreras para acceder a la salud odontológica. Las barreras evaluadas han sido caracterizadas como: geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista). Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos, el índice de pobreza multidimensional (IPM) se construye con base en cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo, y acceso a los servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda. Las barreras administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como cultural y estaba centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso (Diagnóstico local Usaquén. Alcaldía mayor de Bogotá: 2018), si evaluamos el papel que desempeñan los factores culturales como determinantes de acceso a los servicios de salud, teniendo en cuenta que influyen en el aumento del valor y/o la importancia que se le da al componente bucal del proceso salud-enfermedad, resaltando que el estado de aseguramiento no les garantiza el acceso pleno a los servicios de salud oral.

Para la elaboración del instrumento fue fundamental tener en cuenta los conceptos de encuesta semiestructurada, este tipo de encuesta es mixta y consiste en un cuestionario cerrado donde la persona indagada responderá sí o no, es decir binominal y un cuestionario abierto formado por un diálogo abierto.

La finalidad del instrumento estructurado es obtener de manera sistemática y ordenada información acerca de la población de primera infancia, sobre las variables objeto de la investigación o evaluación. Fox considera que al utilizar esta técnica, el evaluador y el investigador, tienen que considerar dos caminos metodológicos generales: estar plenamente convencido de que las preguntas se pueden formular con la claridad suficiente para que funcionen en la interacción personal que supone el cuestionario y dar todos los pasos posibles para maximizar la probabilidad de que el sujeto conteste y devuelva las preguntas (Pérez Juste, R. 1991), (Fox, D. J.1981).

Se considera que los ítems contenidos en el instrumento es el tamaño ideal. En cuanto al tiempo empleado en contestar el cuestionario, la literatura científica suele recomendar la regla de "que pueda ser contestado entre media y una hora", además de contar con el juicio crítico de jueces expertos, quienes dieron la primera formulación provisional del cuestionario, que deberá ser aplicada a un grupo de control (Pre Test o cuestionario Piloto) con el objetivo de observar la reactividad ante la prueba y subsanar todos los errores observables en la aplicación: facilidad, entusiasmo, aburrimiento, dudas, incomprensión de instrucciones o de ítems, esto con el fin de optimizar la redacción definitiva. (Rojas Soriano, R. (1981): guía para realizar investigaciones sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. México).

10. Conclusiones

En base a la revisión sistemática realizada, se concluye que las barreras de acceso a la salud oral en la primera infancia en el territorio colombiano inician desde el momento en que se solicita una cita odontológica. El instrumento diseñado fue evaluado por jueces expertos con el fin de que cumpla con los requisitos necesarios para ser aplicada a la población de estudio, obteniendo como resultado un instrumento final validado que permita la identificación de barreras de acceso a la salud oral en primera infancia, el cual será aplicado en una tercera Fase.

11. Referencias bibliográficas

1. Bennett J. Cuidado Infantil – Educación y Cuidado en la Primera Infancia 2017 (citado en mayo 2017). Disponible en: http://www.enciclopedia-infantes.com/sites/default/files/dossiers-complets/es/cuidado-infantil-educacion-y-cuidado-en-la-primera-infancia.pdf
2. Escobar J, Cuervo A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en Medición 2008; (6), 27–36.
3. García Ferrando M. La encuesta. En: García M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de Investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1993; p. 141-70.
4. Gaviria U. IV Estudio nacional de salud bucal ENSAB IV. 2012. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf
5. Ley 12 de 1991, congreso de Colombia (enero 22 de 1991).
6. Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia (tesis doctoral). Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.
7. Lori G. Irwin. Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecualizador2017 (citado en, junio 2007). Disponible en Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecualizador.
8. Manski R, Moeller J. Barriers to Oral Health Across Selected European Countries and the United States. Pubmed 2017; 67(3):133-138.
9. Ministerio de salud, Estrategia de atención integral a la primera infancia fundamentos políticos, técnicos y de gestión. 2013. Disponible en http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Fundamientos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf

10. Ministerio de salud, ruta integral de atenciones a la primera infancia – salud y nutrición. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/atenciones%20salud%20y%20nutrici%C3%B3n_ruta%20cero%20a%20siempre-Unidos.pdf

11. Moraes JT, Amaral CFS, Borges EL, Ribeiro MS, Guimarães E. Validation of an instrument for evaluating health care services to ostomized people. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2825.

12. Moreno S. Guía de práctica clínica en salud oral infancia y adolescencia, 2010. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20Infancia-Adolescencia.pdf

13. Palacio D, Política Nacional de prestación de Servicios de Salud. 2005 (citado en noviembre 2005). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf

14. Plan Decenal de Salud Pública 2018 – 2022. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Resumen-PND2018-2022-final.pdf

15. Peñalosa E. Monografía de localidades – No 1 Usaquén 2017.

16. Quintero C, Robledo D, Vásquez A, Delgado O, Franco A. Barriers to dental care access during early childhood Medellín. Scielo 2007; 25(2): 17.

17. Restrepo D. Participación Social: Relaciones Estado-Sociedad Civil. Rev. salud pública. 2001; 3 (3): 245 -267.

18. Santamaría M, Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia 2011 (citado enero del 2011). Disponible en: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7536.pdf

19. Santesmases M. Dyane Diseño y análisis de encuestas en investigación social y de mercados 2005.
20. Secretaria de salud. Rendición vigencia de cuentas 2016. Disponible en: file:///C:/Users/User/Downloads/ART%2012.pdf
21. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública 2009;27(2): 121-130.
22. Zapata R, Gerardo J, Canet G, Teresa M. Methodological proposal for the construction of measuring scales from an empirical application. 2008; 8(2):1-26.