

Referencia para citar este artículo: González-Penagos, C., Cano-Gómez, M., Meneses-Gómez, E. J. & Vivares-Builes, A. M. (2015). Percepciones en salud bucal de los niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 715-724.

Percepciones en salud bucal de los niños y niñas*

CATALINA GONZÁLEZ-PENAGOS**

Profesora Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Colombia

MELISSA CANO-GÓMEZ***

Estudiante Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Colombia

EDWIN J. MENESES-GÓMEZ****

Profesor Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Colombia

ANNIE M. VIVARES-BUILES*****

Profesora Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Colombia

Artículo recibido en noviembre 21 de 2013; artículo aceptado en marzo 27 de 2014 (Eds.)

• **Resumen (analítico):** *Identificamos las necesidades de salud bucal de los niños y niñas de 2 a 5 años del programa Buen Comienzo-Fantasías de las Américas, desde la percepción de las agentes educativas en la ciudad de Medellín, en el año 2013. Realizamos un estudio cualitativo, con enfoque histórico hermenéutico; la población de estudio correspondió a 65 agentes educativas. Los resultados preliminares reflejan necesidades relacionadas con el acceso y oportunidad de atención odontológica, la deficiencia en las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades prevalentes en salud bucal, el desconocimiento y la falta de motivación de los hábitos de higiene bucal, su importancia en la prevención de las patologías bucales y su implicación con el crecimiento y desarrollo, y con la salud general de los menores y las menores.*

Palabras clave: preescolares, salud oral, percepción, higiene bucal (Tesauro Desc).

Perceptions of children's oral health

• **Abstract (analytical):** *This study identified the oral health needs of children aged 2-5 years that participate in the Healthy Start-Fantasies of the Americas program. These needs are based on the perceptions of educational agents in the city of Medellín, Colombia, collected in 2013. The authors*

* Este artículo de investigación científica y tecnológica es producto del proyecto de investigación denominado "Caracterización de las comunidades y análisis de las representaciones de necesidades en salud bucal de colectivos Buen Comienzo de la ciudad de Medellín, año 2013", ejecutado por la Facultad de Odontología y el Grupo de Investigación Salud y Comunidad -GISCo-, financiado por la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, con el código de proyecto: INV-P19. Inició en el mes de mayo de 2013 y finalizó en noviembre de 2014. Área de conocimiento: otras ciencias sociales; subárea: interdisciplinaria.

** Profesional en Desarrollo Familiar, Especialista en Docencia Investigativa Universitaria, Magister en Salud Pública. Profesora Investigadora Línea Biopsicosocial, Grupo Salud y Comunidad -GISCo-. Facultad de Odontología, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. Correo electrónico: catalina.gonzalez@uam.edu.co

*** Auxiliar de investigación. Estudiante de quinto semestre de la Facultad de Odontología de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas.

**** Odontólogo, Especialista en Odontología Preventiva y Comunitaria. PhD en Ciencias Odontológicas. Profesor Investigador y Director Grupo de Investigación en Salud y Comunidad GISCo Facultad de Odontología, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. Correo electrónico: edwin.meneses@uam.edu.co

***** Odontóloga, Profesora Investigadora del Grupo Salud y Comunidad GISCo Facultad de Odontología. Fundación Universitaria Autónoma de las Américas. Correo electrónico: annie.vivares@uam.edu.co



conducted a qualitative study using a historical hermeneutic approach with participation from 65 educational agents. The preliminary results reflect needs related to access and opportunity for dental care, deficiencies in promotion and prevention of prevalent diseases in oral health, lack of knowledge and motivation regarding oral hygiene habits and their importance in preventing oral diseases and the implications of these findings for the growth, development and overall health of children.

Key words: preschool, oral health, perception, oral hygiene (Mesh Thesaurus).

Percepção da saúde bucal de meninos e meninas

• **Resumo (analítico):** *Foram identificadas as necessidades em saúde bucal de crianças de 2-5 anos do início do programa Buen Comienzo Fantasías de las Américas, a partir da percepção dos agentes educativos na cidade de Medellín, em 2013. Foi realizado um estudo qualitativo com abordagem histórica hermenêutica em uma população do estudo de 65 agentes educativos. Os resultados preliminares refletem as necessidades relacionadas com: o acesso e oportunidade para atendimento odontológico; as deficiências nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças prevalentes na área da saúde bucal; a falta de conhecimento e motivação de higiene oral e sua importância na prevenção das doenças bucais; o seu envolvimento com o crescimento; o desenvolvimento e saúde geral das crianças.*

Palavras-chave: pré-escolar, saúde bucal, percepção, higiene bucal (Tesouro Desc).

-1. Introducción. -2. Materiales y métodos. -3. Resultados. -4. Discusión. -5. Conclusiones. -6. Agradecimientos. -Lista de referencias.

1. Introducción

La primera infancia es el periodo de vida que inicia en el momento de la gestación, sobre el cual se considera que tiene una duración hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad; se ha identificado como el momento vital más importante por sus efectos a lo largo de la vida, donde los menores y las menores son sujetos de su propio desarrollo, acompañados siempre activa, afectuosa y respetuosamente por los individuos adultos, en aras de lograr un adecuado desarrollo de algunos elementos de la personalidad como la confianza, la curiosidad, la socialización y la autonomía. Las condiciones psicológicas, afectivas, socioeconómicas y culturales de los sujetos adultos significativos, deben proveer un adecuado ambiente de desarrollo de los niños y niñas, en especial en sus primeros años de vida (Rubio, Pinzón & Gutiérrez, 2011) (Peñaranda, 2011).

El cuidado del componente de la salud bucal en esta etapa de la vida es indispensable; si es tenido en cuenta, se puede garantizar para los menores y las menores un adecuado crecimiento y desarrollo tanto a nivel cráneo facial como físico, procurando el establecimiento de patrones

masticatorios que intervienen en una adecuada nutrición, en el correcto desarrollo del lenguaje y en el desarrollo cerebral y psicosocial. Cuando se producen alteraciones en estas dimensiones, se generan efectos negativos en la autoestima y en general en la calidad de vida de los niños y niñas (Ramírez & Torres, 2000) (Abreu, Ruiz & Martínez, 2011) (Escobar-Paucar, Puerta, Cortés, Posada & Aguirre, 2010).

La literatura científica evidencia que los niños y niñas con problemas severos de caries dental en edades tempranas, tienen un peso corporal por debajo del ideal y efectos adversos sobre el crecimiento corporal (Escobar-Paucar et al., 2010); sin embargo, es posible disminuir los riesgos de estas patologías bucales mediante la instrucción y control efectivo de prácticas y hábitos de autocuidado ejercidos en estos primeros años de vida, con supervisión y acompañamiento de los padres, madres y demás individuos cuidadores de las personas menores. Es por ello que existe una clara relación entre los conocimientos y prácticas de cuidado bucal de los padres y madres, y la frecuencia de caries dental en sus hijas e hijos, tal como lo exponen Escobar-Paucar et al. (2010) y otros autores como Franco, Santamaría, Kurzer, Castro y Giraldo

(2004). Todo lo anterior nos exige recordar la responsabilidad que tienen los Estados y en general la sociedad, de garantizar la atención integral en la Primera Infancia, donde se incluya la atención de la salud en el componente bucal, y en este sentido se propicie un mejor acceso a los servicios de salud y la atención en todos los niveles, según las necesidades de las personas menores y sin restricción alguna. En Colombia los estudios y análisis relacionados con el acceso a los servicios de salud odontológicos en la primera infancia son escasos, al igual que la identificación de las necesidades, tanto sentidas como diagnosticadas, según se refleja en la encuesta de salud del año 2007, donde se incluye el componente bucal en otros grupos etarios excluyendo a la primera infancia de sus análisis (Rodríguez et al., 2009).

A nivel mundial se tiene como precedente que una adecuada atención a los niños y niñas se considera la clave y herramienta más poderosa para sentar las bases de la equidad del desarrollo humano, social y económico (Unicef, 2001 y 2012); la atención en salud bucal de los niños y niñas debe ser uno de los objetivos de las políticas de salud pública en todos los países, las cuales deben verse reflejadas en programas y proyectos efectivos y de amplio cubrimiento.

Los programas y proyectos de salud bucal deben contener el propósito de realizar un análisis previo de las necesidades reales identificadas en las diferentes comunidades. Para el caso de la primera infancia, deben participar los sujetos adultos significativos para los sujetos menores, encargados de su cuidado, quienes puedan reconocer las necesidades, mediante metodologías y estrategias participativas que contribuyan a la formulación de los mismos programas. Este ejercicio debe permitir empoderar a la comunidad sobre su propio cuidado, en especial sobre el cuidado de grupos vulnerables como los niños y niñas de la primera infancia. Se debe avanzar, por lo tanto, hacia la formulación de estrategias, en una perspectiva donde se evite la planeación desde entes y actores ajenos a las realidades sociales de la comunidad (Navas, Álvarez, Rojas-Morales & Zambrano, 2005).

Esta identificación de las necesidades en salud que pueda tener la población se

ha realizado históricamente, pero con el predominio de enfoques, metodologías y técnicas cuantitativas, con base en indicadores de morbilidad que describen la frecuencia y severidad de los procesos patológicos. Son pocos los estudios en los que se ha buscado complementar estos hallazgos con enfoques cualitativos, tendientes a la identificación de particularidades y características de los grupos sociales, donde además se describan las representaciones, conocimientos y prácticas en salud, así como el acceso, la demanda y los modos de uso de los servicios de salud. Al momento de realizar un análisis de situación de salud, estos elementos son determinantes culturales y sociales del proceso salud/enfermedad, que a su vez brindan las herramientas y competencias para la planeación de programas y proyectos de salud con enfoque participativo (Ensab III, 1999, Navas et al., 2005).

Uno de los programas que se viene realizando para la atención integral a la primera infancia, específicamente en la ciudad de Medellín, es el denominado Programa Buen Comienzo. Como oferente de este programa participa el Centro de Desarrollo Social de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, con los centros infantiles reconocidos como “Fantasías de las Américas”; este tiene como objetivo contribuir al desarrollo social mediante la promoción integral, diversa e incluyente de los niños y niñas desde los 2 hasta los 5 años de edad, en una perspectiva interdisciplinaria del ciclo vital y protección de derechos, además de la articulación interinstitucional con la Alcaldía de Medellín (2011). En alianza con la Facultad de Odontología de la Autónoma de las Américas con sede en la misma ciudad, se pretende avanzar en la identificación de las necesidades auto-percibidas de la comunidad, en aras de alcanzar el empoderamiento que se requiere para hacer exitosas las estrategias de promoción de la salud en el componente bucal.

El programa Buen Comienzo acompaña a los padres y madres de familia en el proceso educativo de sus hijas e hijos, brindado motivación y enseñando a los menores y a las menores a adquirir responsabilidades. El proceso inicia con el autocuidado mediante

la implementación de hábitos como el lavado de manos después de comer y después de usar el baño, recalando la importancia de cepillar sus dientes varias veces al día; así mismo, se desarrollan estrategias adaptativas para un aprendizaje autónomo, a través de la enseñanza individualizada que respeta la diversidad y las capacidades personales de cada niño o niña mediante un aprendizaje en cooperación con sus demás compañeros y compañeras (Díaz, 2012). Este acompañamiento se realiza a través de agentes educativas, quienes cumplen un papel fundamental en el cuidado de la salud y del componente bucal en los niños y niñas y permanecen 8 horas al día con ellos y ellas, contribuyendo, al igual que las familias, al cuidado y preservación de la primera dentición, propiciando que estos niños y niñas en su vida adulta gocen de una buena salud bucal. Es por esto que se consideran parte fundamental del proceso, siendo actores directos que llevan mensajes y transmiten a los niños y niñas la importancia de su auto cuidado. Cuando las agentes educativas son capacitadas sobre la implementación de hábitos adecuados de higiene bucal, se aprovecha al máximo la etapa de la niñez, pues es en esta etapa donde se desarrolla el aprendizaje y donde hay mayor nivel de receptividad y captación de información (González, Giraldo, Torres, Tamayo & Arias, 2007).

Con esta investigación pretendemos identificar las necesidades de salud bucal de los niños y niñas de 2 a 5 años del programa Buen Comienzo Fantasías de las Américas, desde la percepción de las agentes educativas en la ciudad de Medellín, ejercicio realizado en el año 2013.

2. Materiales y métodos

Realizamos un estudio cualitativo, con un enfoque histórico hermenéutico (García, González, Quiroz & Velásquez, 2002); la población objeto de estudio fueron 65 agentes educativas de las comunidades Buen Comienzo Fantasías de las Américas de la ciudad de Medellín en el año 2013, quienes tienen a cargo 775 niños y niñas, entre los 2 y 5 años de

edad. La información la obtuvimos a partir de la aplicación de la técnica interactiva el Mural de Situaciones, la cual nos permitió identificar contextos, espacios y actores que representan lo que sucede en la cotidianidad de los sujetos, de los grupos y de las comunidades.

Utilizamos además la observación como una técnica que a su vez implica el análisis, la interpretación y la intersubjetividad, permitiendo focalizar la atención de manera intencional sobre algunos segmentos de la realidad que se estudia, tratando de capturar sus elementos constitutivos y la manera como interactúan entre sí, con el fin de reconstruir inductivamente la dinámica de la situación (Castro & Rodríguez, 1997).

El instrumento de apoyo metodológico que empleamos fue el diario de campo, el cual constituye una herramienta que permite un monitoreo permanente del proceso de observación; en este se toma nota de aspectos que se consideren importantes para organizar, analizar e interpretar la información recolectada, (Martínez, 2012).

Para el análisis, contamos con la participación de un equipo multidisciplinario que incluyó una odontóloga general, un odontólogo con postgrado en Odontología Preventiva y Comunitaria, una odontóloga en formación, una profesional en desarrollo familiar y magíster en Salud Pública, quienes desde su formación y experiencia agruparon la información en categorías y subcategorías que emergieron a partir de la organización y lectura de la información. Una vez establecidas las categorías y subcategorías, el equipo realizó cruces de la información con la triangulación, y entre todos identificamos líneas temáticas, relaciones entre cada párrafo e identificación de diferentes respuestas.

Esta investigación contó con la autorización del Comité de Ética y Bioética -CEB- de la Autónoma de las Américas, además del aval del programa Buen Comienzo “Fantasías de las Américas”, quienes cuentan con los consentimientos informados y autorizaciones para todo tipo de acciones, programas y actividades de investigación en dicha población; hemos tenido en cuenta la normativa

de la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, y la declaración internacional de Helsinki (Goodyear, Krleza-Jeric & Lemmens, 2007).

3. Resultados preliminares

Al analizar la información encontramos como principal necesidad manifiesta la relacionada con los servicios de salud bucal, principalmente la situación del acceso y oportunidad de atención odontológica. Las agentes educativas reconocen la importancia de la asistencia periódica al profesional de la salud bucal; sin embargo, manifiestan encontrar barreras de acceso relacionadas con la edad de los individuos menores, ya que en varias ocasiones, en los diferentes servicios de salud bucal, les indican que el niño o niña está muy pequeño para ser atendido por el odontólogo y que deben esperar cierto tiempo.

Adicionalmente se manifiesta que existen deficiencias en las acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades más prevalentes que afectan la salud bucal; reiteradamente se expresa la necesidad de acceder a jornadas de salud donde se evalúe a los menores y a las menores y donde se generen además espacios dedicados a la educación para la salud, que sean continuos, permanentes, y que se relacionen específicamente con la educación, motivación y capacitación de las personas que están a cargo de los menores y las menores, como son los padres, madres, y otros sujetos cuidadores y agentes educativas.

Estas últimas lo evidencian con descripciones como:

“Yo no he visualizado ninguna presencia de agentes de brigadas de salud para realizar acciones preventivas sobre higiene oral”; “no hay continua promoción de los hábitos en las familias, frente a la salud oral en niños y niñas”; “brigadas de salud no se hacen en la comunidad”.

Otras necesidades que se exponen por las agentes educativas se relacionan con el desconocimiento y la falta de motivación hacia

los adecuados hábitos de higiene bucal por parte de las personas a cargo del cuidado de los menores y las menores. Ante esta condición, se manifestó que se hace necesario mejorar en la supervisión y promoción del uso adecuado de los implementos de higiene bucal en los diferentes centros infantiles; además se dio a conocer muchas inquietudes y preocupaciones sobre los elementos de higiene bucal que deben usarse en los individuos menores de primera infancia, y sobre el adecuado manejo y forma de higienizar los diferentes implementos. Se evidencia en los resultados que se reconocía la importancia de los hábitos de higiene en la prevención de enfermedades bucales donde se identificaba la caries como la principal patología. No obstante, se señaló falta de conocimientos en relación con la importancia en la prevención de otras patologías de la boca y su implicación con el crecimiento, desarrollo y la salud general de los menores y las menores, lo que se ve reflejado en afirmaciones como:

“Yo pienso que lo que más afecta la salud oral es las malas prácticas de higiene o desconocimiento”; “¿a qué edad debo empezar la seda dental a usar?”.

Estas necesidades se expresaron también a través de cuentos, versos, trovas, entre otras formas, donde se exponía:

“Lavo y estrego por la muelita, ya que no quiero quedar como mi abuelita”.

Las afirmaciones de las agentes educativas permiten reconocer que ellas son conscientes de la importancia de la implementación de hábitos de higiene bucal a temprana edad en los niños y niñas que tienen a su cargo, reconociendo el papel de estos en la prevención de la caries y en la conservación de las estructuras dentales en boca; además, admiten que el adecuado desarrollo y autoestima de los menores y las menores se favorece cuando se cuenta con una buena salud en su componente bucal. Adicionalmente manifiestan limitaciones por la escasa información y capacitación que ellas tienen en salud bucal, para replicar en las personas menores, además de los niveles de delegación de responsabilidad por parte de los padres, madres y sujetos cuidadores, ya que según las agentes ellos deben ser más partícipes del cuidado de la salud bucal de los

menores y las menores, lo cual se evidencia en afirmaciones como:

“Falta de ejemplo por parte de los padres”; “la responsabilidad de los padres es poca, ya que aquí se hace cepillado de dientes y se les resalta normas de higiene, pero sus padres en sus casas no lo hacen”.

4. Discusión

En este estudio presentamos un enfoque que complementa los resultados que pueden generarse con estudios cuantitativos, teniendo en cuenta que es de suma importancia que el personal funcionario de los servicios de salud debe comprender e interpretar las percepciones de los padres, madres, sujetos cuidadores y agentes educativas, resaltando que estas últimas pasan la mayor parte del tiempo con los menores y las menores, en el marco de los programas y políticas nacionales y municipales enfocados a la atención de la primera infancia. Partiendo de este reconocimiento de necesidades y percepciones, es importante plantear estrategias educativas que sean específicas y que estén enfocadas en estos hallazgos, mediante metodologías innovadoras que no vulneren sus representaciones sociales, las cuales son producto de la cultura, las contextualizaciones, las herencias y las experiencias compartidas en el tiempo. En la actualidad los estudios invitan a un mayor acercamiento a este enfoque investigativo en el área de la salud, en aras de hacer más efectivas las intervenciones en este campo, en especial en las poblaciones con características de vulnerabilidad latente.

Las agentes educativas del programa Buen Comienzo Fantasías de las Américas, refieren que las mayores necesidades en la salud bucal de los niños son las relacionadas con el acceso, la oportunidad a los servicios odontológicos, la deficiencia en las acciones de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades prevalentes en salud bucal, además del desconocimiento y la falta de motivación en términos de implementos, hábitos y prácticas de higiene bucal por parte de las personas adultas que están a cargo de los sujetos menores.

En relación con los resultados que reflejan deficiencias en las acciones de promoción de

la salud y prevención de la enfermedad, es necesario resaltar que existen normas y guías de detección temprana y protección específica de alcance nacional del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como es el caso de la norma técnica para la Atención Preventiva en Salud Bucal, incluida en la resolución número 00412 del año 2000, donde se exige a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) un conjunto de acciones centradas en la prevención de la enfermedad y en la promoción de salud a nivel colectivo e individual, en el componente bucal (Calderón, Botero, Bolaños & Martínez, 2011); además la norma recomienda a los entes territoriales la incorporación de estrategias y acciones en materia de salud dirigidas a grupos poblacionales de escolares (Franco, Ochoa & Martínez, 2009).

Los resultados de este trabajo han evidenciado que la comunidad -en este caso las agentes educativas- no reconoce la efectividad de estas acciones, ya que en este aspecto más que identificarlo como un derecho, se visualiza como una necesidad. Como precedente de esta situación, hay que reconocer que las acciones políticas en salud bucal del anterior sistema de salud denominado Sistema Nacional de Salud (SNS), se centraron en las acciones educativas y en la utilización de Fluoruros en escolares mayores de 5 años, y en mujeres gestantes. Posteriormente la reforma a la salud que establece el SGSSS del año 1993, también tiene alcances limitados en términos del fomento de la salud a nivel colectivo, mediante acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad, en especial en la primera infancia, población que ha estado al margen de estas acciones de la salud pública en ambos sistemas de salud (Franco et al., 2009).

Esto lleva a comprender apropiadamente el significado y el alcance de esta problemática, que exige identificar las dificultades del sistema de salud de carácter estructural y operacional, reflejando además la necesidad de superar las barreras de acceso en el SGSSS, en sus diferentes regímenes, en especial en los aspectos de motivación y educación en salud bucal, lo cual contribuye a lograr equidad en términos de educación, información y participación, y en

la minimización de barreras culturales y de los estados de salud en esta población.

Los resultados relacionados con las barreras de acceso a servicios de salud bucal por la edad de los menores y las menores, concuerdan con un estudio realizado en una de las asociaciones de hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de la ciudad de Medellín (ICBF), donde las madres comunitarias refieren que en el imaginario colectivo de los sujetos adultos significativos de los menores y las menores, existe la idea de no requerir atención odontológica hasta que estos cumplan tres años; ideas estas impartidas por los mismos profesionales según indican las madres comunitarias (Quintero, Robledo, Vásquez, Delgado & Franco, 2014).

Adicionalmente los resultados también se relacionan con lo expresado por madres y cuidadoras en un estudio realizado en el año 2010, en hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Cartagena (ICBF), donde se manifiesta que no se promociona la salud bucal y que además se requiere mayor educación para la población. De la misma manera, las cuidadoras afirman que es necesario educar a los padres y madres mediante charlas de prevención de enfermedades. A diferencia de lo encontrado en el estudio actual, las cuidadoras del ICBF expresan preocupación por la presencia de afecciones en salud bucal en los menores y las menores cuando existen oportunidades para la atención odontológica de las personas de bajos recursos (González, Hernández & Correa, 2013).

En lo relacionado con los conocimientos y prácticas, otro estudio muestra que las comunidades tienen conocimientos básicos y preconceptos en torno a la salud bucal (González, Puello & Díaz, 2010), lo cual concuerda con los resultados del presente estudio. Sin embargo, son pocas las estrategias educativas, y las existentes muchas veces no parten de un reconocimiento de los saberes de la población, e irrumpen abruptamente con los conceptos previos de esta.

Lo expresado por las agentes educativas lleva entonces a reflexionar sobre la salud como derecho fundamental, donde se demuestra que las acciones de los Gobiernos en torno a

garantizar la salud en las poblaciones, se han dirigido a una oferta de servicios y productos a cargo de empresas privadas con fines lucrativos y principios económicos como los de eficiencia, restringidos a servicios curativos, relegando a su vez los servicios odontológicos integrales y las acciones que buscan empoderar a la población y garantizar su derecho a la salud, debido a la condición existente del acceso a los servicios de salud como determinante de esta.

Cuando se piensa en la determinación del estado de salud en el componente bucal en una población, se requiere de una mirada amplia y de observación más allá de lo cuantificable, donde se evalúen las percepciones, actitudes, creaciones culturales y conceptos que la población tiene frente a lo que considera salud y enfermedad. De esta manera, analizar un problema de salud implicaría evaluar tanto los aspectos biológicos como los sociales, psíquicos y racionales, considerados determinantes de los procesos de salud/enfermedad (Fernández, Thielmann & Bormey, 2012).

La concepción de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad tiene un desarrollo histórico de más de 20 años, a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su comisión de los determinantes sociales de la salud (CDSS), donde se ha explicado y evidenciado ampliamente que el proceso salud enfermedad comprende múltiples y complejas relaciones psicológicas de conocimientos, intenciones, comportamientos y en general estilos de vida de las personas y su relación con los procesos económicos, sociales y políticos, que incluyen los factores que afectan la estructura social y la distribución de poder y recursos y ambientales (Borrell & Malmusi, 2010, Fernández et al., 2012).

Como parte de los determinantes medioambientales de la salud, se encuentra la autopercepción como mecanismo de determinación de la condición de salud y como un elemento que posibilita y optimiza las estrategias, acciones o políticas en torno a la salud. La autopercepción de la salud hace referencia a experiencias subjetivas que las personas pueden tener frente a su bienestar funcional, social y psicológico (de Vasconcelos, Júnior, Teles & Mendes, 2012); las necesidades

en salud autopercebidas son indicadores integrales de la salud vinculados a los factores que afectan la salud objetiva (Girón, 2010).

En relación con la salud en el componente bucal y la autopercepción, confluyen múltiples factores, incluyendo características demográficas individuales como la edad, el nivel de escolaridad, los ingresos, la orientación recibida y la relación de estos con la forma en la que se afecta el desempeño rutinario y la calidad de vida, la cual está relacionada con la situación de salud bucal, e incorpora múltiples dimensiones que incluyen la supervivencia, la ausencia de enfermedad, el funcionamiento emocional, el funcionamiento social, la percepción y satisfacción de la salud oral, y la falta de ventajas sociales o culturales y psicológicas (de Vasconcelos et al., 2012). Es así como dentro de las estrategias que desde el estudio de los determinantes sociales se plantean para dar solución a las brechas en salud en las comunidades, se encuentran la equidad desde el comienzo de la vida, los entornos saludables para una población sana, el acceso a una vivienda y al saneamiento básico, prácticas justas en empleo y trabajo digno, la protección social a lo largo de la vida, y en especial la atención de salud universal.

El estudio de la salud bucal desde la perspectiva colectiva exige el análisis no solo de la distribución de las enfermedades, sino además de los determinantes del proceso salud/enfermedad, las interpretaciones, los saberes y las prácticas, para que trascienda las visiones epidemiológicas que en ocasiones desarticulan los procesos sociales, evidenciado la incapacidad de explicar el comportamiento de la enfermedad en ciertos grupos poblacionales (Arellano, Escudero & Moreno, 2008).

Todo lo anterior propone avanzar en la búsqueda de resultados positivos con respecto a la cobertura -acceso a la atención en salud bucal-, en aras de solucionar los problemas de equidad en salud. Además, es relevante analizar las necesidades en salud desde su relación con sus determinantes, ya que con estos es posible lograr un acercamiento al entendimiento de esta dinámica y a las intervenciones que desde múltiples disciplinas y áreas se pueden lograr.

5. Conclusiones

Según las agentes educativas, en los niños y niñas que conforman el colectivo de primera infancia, las necesidades de la salud en el componente bucal se relacionan principalmente con las dificultades para acceder a los servicios de salud bucal, sea para acciones preventivas individuales y grupales como para acciones curativas, lo cual coincide con otros estudios relacionados. Estas barreras para acceder a servicios odontológicos están determinadas por conceptos culturales, por la escasa información y motivación en salud bucal, y por la falta de empoderamiento y de reconocimiento de la salud como derecho fundamental, lo que no les permite a los sujetos adultos significativos ser garantes de estos derechos para los niños y niñas.

Si bien hay nociones básicas de la importancia del cuidado de la salud bucal, no se reconocen todas las patologías que afectan este componente de la salud, ni sus consecuencias en el crecimiento y desarrollo que afectan a los menores y a las menores; se requiere capacitaciones participativas guiadas por profesionales y por personal cualificado, para fortalecer los conocimientos y construir colectivamente unas pautas de atención y manejo a fin de garantizar el óptimo desarrollo de los niños y niñas del programa Buen Comienzo, y en general para el beneficio de la comunidad, labor que se propone desde la alianza entre la Facultad de Odontología y el Centro de Desarrollo Social de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas.

6. Agradecimientos

Al Centro de Desarrollo Social de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, como oferente del programa Buen Comienzo, de los Centros Infantiles Institucional 8 horas Fantasías de las Américas; a las agentes educativas, a los niños y niñas, a la Facultad de Odontología y sus estudiantes, por su contribución y compromiso con la realización de este estudio y por el esfuerzo permanente para el crecimiento de la estrategia de proyección social de la Facultad y la institución.

Lista de referencias

- Abreu, J. M., Ruiz, T. P. & Martínez, A. G. (2011). Importancia de la educación en salud bucal infantil para la mujer. *Revista Médica Electrónica*, 33 (4), p. 4.
- Alcaldía de Medellín (2011). *Política de Atención Integral a la Primera Infancia del Municipio de Medellín. Anexo 5-Lineamientos Educativos para el Desarrollo Integral de La Primera Infancia*. Medellín: Alcaldía de Medellín.
- Arellano, O. L., Escudero, J. C. & Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, Alames. *Medicina Social*, 3 (4), pp. 323-335.
- Borrell, C. & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe Sespas 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, pp. 101-108.
- Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O. & Martínez, R. R. (2011). Sistema de Salud en Colombia: 20 años de logros y problemas The colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. *Ciênc. saúde coletiva*, 16 (6), pp. 2817-2828.
- Castro, E. A. B. & Rodríguez, P. A. (1997). *Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales*. Bogotá, D. F.: Norma.
- De Vasconcelos, L. C. A., Júnior, R. R. P., Teles, J. B. M. & Mendes, R. F. (2012). Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro Self-perceived oral health among elderly individuals in a medium-sized city in Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 28 (6), pp. 1101-1110.
- Díaz, F. (2012). Aprendizaje basado en problemas. De la teoría a la práctica. *Perfiles educativos*, 28 (111), pp. 124-127.
- Escobar-Paucar, G., Puerta, G. S. R., Cortés, Á. M. F., Posada, Á. M. T. & Aguirre, J. F. C. (2010). Experiencia de caries dental en niños de 1-5 años de bajos ingresos, Medellín, Colombia. *CES Odontología*, 22 (1), pp. 22-28.
- Fernández, R. M., Thielmann, K. & Borney, M. B. (2012). Determinantes individuales y sociales de salud en la medicina familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (3), pp. 484-490.
- Franco, Á. M., Ochoa, E. & Martínez, E. (2009). Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 15 (2), pp. 152-158.
- Franco, Á. M., Santamaría, A., Kurzer, E., Castro, L. & Giraldo, M. (2004). El menor de seis años: situación de caries y conocimientos y prácticas del cuidado bucal de sus madres. *Revista Ces Odontología*, 17 (1), pp. 2-11.
- García, B., González, S., Quiroz, A. & Velásquez, A. (2002). *Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa*. Medellín: Funlam.
- Girón, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- González, F., Hernández, L. & Correa, K. (2013). Representaciones sociales sobre higiene bucal en madres y cuidadores de hogares infantiles. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39 (1), pp. 59-68.
- González, F., Puello, E. & Díaz, A. (2010). Representaciones Sociales sobre la Salud y Enfermedad Oral en familias de La Boquilla Cartagena-Colombia. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3 (1), pp. 27-35.
- González, S., Giraldo, M. C., Torres, M., Tamayo, C. & Arias, M. (2007). Evaluación del programa de capacitación a docentes líderes en el mejoramiento de la salud bucal de la población preescolar de Sabaneta-Antioquia, 2006. *CES Odontología*, 20 (2), pp. 9-15.
- Goodyear, M. D., Krleza-Jeric, K. & Lemmens, T. (2007). The declaration of Helsinki. *BMJ: British Medical Journal*, 335 (7621), p. 624.

- Martínez, L. A. (2012). La Observación y el Diario de Campo en la Definición de un Tema de Investigación. *Perfiles Libertadores*, 4, pp. 73-80.
- Navas, R., Álvarez, C. J., Rojas, T. & Zambrano, O. (2005). Metodología estratégica para la participación de los padres en los cuidados de la salud bucal de niños preescolares. *Cienc. Odontol* 2 (1), pp. 22-33.
- Peñaranda, F. (2011). La educación a padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 1 (1), pp. 207-230.
- Quintero, C. A., Robledo, D. P., Vásquez, A., Delgado, O. & Franco, Á. M. (2014). Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2007. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 25 (2), pp. 23-33.
- Ramírez, B. S. & Torres, L. S. (2000). Perfil bucodental de los niños matriculados en el grado preescolar: area urbana del Municipio de Caldas, 1999, *Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq*, 11 (2), pp. 51-58.
- Rodríguez, J., Ruiz, F., Peñaloza, E., Eslava, J., Gómez, L., Sánchez, H. & Botiva, Y. (2009). *Encuesta Nacional de Salud 2007. Departamento de Boyacá*. Bogotá, D. F.: Javegraf.
- Rubio, M., Pinzón L. & Gutiérrez, M. (2011). *Atención integral a la primera infancia en Colombia: Estrategia de país 2011-2014*. Bogotá, D. F.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Unicef (2001). *Estado Mundial de la Infancia 2001: Early Childhood*. Nueva York: Oxford University Press.
- Unicef (2012). *Estado Mundial de la Infancia 2012: Las niñas y los niños en un mundo urbano*. Nueva York: Unicef. Recuperado el 19 de abril de 2014, de:
<http://disde.minedu.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/1812/Estado%20mundial%20infancia%202012.pdf?sequence=1>