

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56077>

Aspectos relacionados con el número de citas odontológicas a las que asisten las mujeres embarazadas en Santander

Aspects related to the number of dental appointments attended by pregnant women in Santander

Recibido: 07/03/2016. Aceptado: 09/06/2016.

Andrea Johanna Almario-Barrera¹ • Camila Villarreal-Neira² • Sonia Constanza Concha-Sánchez¹

¹ Universidad Santo Tomás - Sede Bucaramanga - Facultad de Odontología - Grupo de Investigación Salud Integral Bucal - Bucaramanga - Colombia.

² Universidad Santo Tomás - Sede Bucaramanga - Facultad de Odontología - Área de Investigación - Bucaramanga - Colombia.

Correspondencia: Sonia Constanza Concha-Sánchez. Facultad de Odontología, Universidad Santo Tomás. Carrera 18 No. 9-27, oficina investigación. Teléfono: +57 7 6800801, ext.: 2503. Bucaramanga. Colombia. Correo electrónico: sonia.concha@ustabuca.edu.co.

| Resumen |

Introducción. La salud bucal es más que recibir atención odontológica. Por eso, si la mujer embarazada registra patologías bucales, es fundamental atenderlas estas condiciones para evitar complicaciones en la mujer y su bebé.

Objetivo. Describir el número de citas odontológicas a las que asisten las mujeres embarazadas en Santander según factores sociales, demográficos y patologías orales.

Materiales y métodos. Estudio observacional descriptivo de corte transversal que involucró a 8 695 mujeres embarazadas. Se estableció una relación entre el número de consultas odontológicas a las que estas mujeres asistieron y variables demográficas, patologías orales, municipio, zona de residencia y vinculación al sistema atención en salud. Para ello, se aplicó prueba t de Student, test Rangos de Wilcoxon, ANOVA y test de Kruskal-Wallis dependiendo de la distribución de los datos y considerando un nivel de significancia de $\alpha \leq 0.01$.

Resultados. Se registraron bajos promedios de asistencia a la consulta odontológica en las embarazadas menores de 20 años y las mayores de 40, las que residen en municipios de bajo nivel económico, en zona rural y las atendidas en el régimen subsidiado o vinculadas.

Conclusión. El número de citas odontológicas a las que asisten las mujeres embarazadas puede estar influido por las patologías que afectan a las mujeres y por factores sociales y demográficos.

Palabras clave: Mujeres embarazadas; Odontología; Prestación de atención de salud (DeCS).

| Abstract |

Introduction: Oral health goes beyond only dental care. When a pregnant woman presents with oral pathologies, taking care of these conditions is necessary to avoid complications for the woman and her baby.

Objective: To describe the number of dental appointments attended by pregnant women in Santander according to social, demographic factors and oral pathologies.

Materials and methods: Cross-sectional observational study involving 8695 pregnant women. A relationship was established between the number of dental consultations attended by pregnant women and demographic variables such as the type of oral pathologies, municipality, place of residence and registration to the health care system. Student t test, Wilcoxon rank test, ANOVA and Kruskal-Wallis tests were applied based on the distribution of the data and considering a level of significance of $\alpha \leq 0.01$.

Results: A low average of dental care consultation was found in pregnant women under the age of 20 and over 40, in women who reside in rural areas of low-income municipalities, and in those assisted by or related to the subsidized scheme.

Conclusion: The number of dental appointments attended by pregnant women may be influenced by the pathologies that affect women and by social and demographic factors.

Keywords: Pregnant Women; Dentistry; Delivery of Health Care (MeSH).

Almario-Barrera AJ, Villarreal-Neira C, Concha-Sánchez SC. Aspectos relacionados con el número de citas odontológicas a las que asisten las mujeres embarazadas en Santander. Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 73-9. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56077>.

Almario-Barrera AJ, Villarreal-Neira C, Concha-Sánchez SC. [Aspects related to the number of dental appointments attended by pregnant women in Santander]. Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 73-9. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56077>.

Introducción

La literatura científica señala que las patologías bucales, en especial las infecciones en cavidad oral, se relacionan con preclampsia, diabetes gestacional, parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino (1-3). La salud bucal es un componente importante de la salud general de la mujer embarazada, ya que tiene gran influencia sobre la salud y la calidad de vida de ella y de su hijo. Esto tiene que ver con brindarle a la mujer la posibilidad de sentirse satisfecha con su apariencia y su embarazo. A su vez, le permite una alimentación adecuada con los nutrientes apropiados para preservar su salud y la del bebé (4).

Fernández & Chávez (5) mencionan que las enfermedades bucales más frecuentes en las mujeres embarazadas son la caries dental y las periodontopatías, por lo que prevenirlas y promover su atención oportuna es motivo de múltiples acciones. Asimismo, señalan que, por su magnitud, las enfermedades bucales son un grave problema en la embarazada, cuyo proceso de gestación depende, en gran parte, de las medidas preventivas y curativas implementadas.

Es evidente que la salud bucal es mucho más que recibir atención odontológica. En ese sentido, si la mujer embarazada registra patologías bucales, su atención se convierte en un factor importante, además, estos eventos se deben atender con calidad, pertinencia y oportunidad a fin de evitar o reducir las infecciones o complicaciones bucales y, por ende, situaciones que comprometan la vida y la salud de la madre y su bebé (6).

El manejo odontológico de la mujer embarazada incluye la elaboración de la historia clínica, consignando en esta la edad gestacional, el examen oral, entre otros aspectos. Implica también tomar las radiografías, detectar y eliminar los focos de infección, definir el plan de tratamiento, efectuar el detartraje, realizar el control de placa bacteriana, eliminar los procesos cariosos, verificar el estado periodontal, efectuar profilaxis, implementar un plan de educación en salud bucal orientado a preservarla y evitar que las enfermedades orales tratadas vuelvan a aparecer, lo que reafirmaría la necesidad de varias citas odontológicas para satisfacer las necesidades particulares de las mujeres en estado de embarazo (5).

Es importante señalar que el proceso mismo de la gestación causa cambios en la mujer a nivel inmunológico, hormonal, vascular, digestivo, psicológico, etc., los cuales favorecen el desarrollo de la enfermedad periodontal, la caries dental, alteraciones de mucosas y otras patologías orales con manifestaciones que varían de una mujer a otra y a lo largo del embarazo (7-10). Por esto, es fundamental hacer un seguimiento de la condición bucal durante el embarazo. Se evidencia entonces la necesidad de promover un proceso de atención continuo para la mujer embarazada, el cual debería ser cubierto con varias citas odontológicas.

Fernández & Chávez (5) proponen un esquema de atención por trimestre de embarazo presentado en la Tabla 1. Este podría indicar la necesidad de desarrollar actividades orientadas a preservar y mantener la salud oral en la mujer embarazada en cada uno de los trimestres de la gestación.

En Colombia, como en otros países (11-15), las políticas de salud han incluido la salud bucal y la atención odontológica en las mujeres embarazadas, ya que esta se ha tomado como una población que amerita una atención especial. A nivel nacional, la Resolución 412 de 2000 (15) reglamenta, para la mujer en gestación, cobertura de vacunación, psicología, exámenes de laboratorio y atención odontológica con miras a evitar cualquier tipo de complicación. Además, el artículo 11 de la Ley Estatutaria 1751 del 2015 (6), por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, decreta que las mujeres en estado de embarazo, entre otros grupos, gozan de

especial protección por parte del Estado. Por eso, propone adoptar las medidas necesarias que garanticen el acceso a los servicios de salud que se requieran durante el embarazo y posterior a este.

Tabla 1. Atención odontológica a la paciente embarazada según fase y trimestre.

Fases	Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Preventiva	Control de placa Instrucción de higiene oral Profilaxis y curetajes simples	Control de placa Instrucción de higiene oral Profilaxis y curetajes simples	Control de placa Instrucción de higiene oral Profilaxis y curetajes simples
Asistencial	Tratamientos de emergencia solamente	Tratamiento dental de rutina	Tratamientos de emergencia solamente

Fuente: Elaboración con base en Fernández & Chávez (5).

A pesar de ello, no todas las mujeres embarazadas pueden acceder a la consulta y algunas que son atendidas no alcanzan a recibir una atención integral que cubra sus necesidades en salud bucal, lo que se evidencia en investigaciones del contexto internacional, nacional y también de Santander (16-18).

Diversos factores influyen en el acceso y el número de citas odontológicas a las que asisten las mujeres gestantes, dentro de los que cabe considerar aspectos relacionados con creencias, conocimientos y motivaciones, debido a que estas mujeres pueden tener representaciones particulares que condicionan su atención odontológica, los tipos de tratamientos que se les proveen y que algunos profesionales consideran elementos centrales al analizar la atención odontológica de las mujeres en proceso de gestación (19,20).

No obstante, otros cuestionan el impacto de estos factores sobre las prácticas de cuidado bucal y de asistencia de estas a la consulta odontológica, pues aluden a aspectos del orden individual sin reconocer la influencia del contexto social, económico, político y cultural en la atención y la asistencia a la consulta odontológica (21-23). Algunas investigaciones señalan que la raza, la etnia, el nivel educativo, la vinculación al sistema de atención en salud, la ubicación geográfica, la ocupación, entre otros factores, influyen en el acceso a la atención odontológica de las mujeres embarazadas (23,24). Estos factores sociales han cobrado vigencia con el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud, en el que se muestra con suficiente evidencia que las condiciones de vida determinan la forma en que las personas enferman y mueren, por lo que es importante reconocerlas y establecer correctivos que permitan modificar las inequidades sociales en salud bucal que enfrenta este grupo (18,25).

De acuerdo a lo referido por la Organización Panamericana de la Salud (26), la información proveniente de fuentes secundarias es un elemento importante para el análisis del sector salud y como una herramienta para la formulación de sus políticas. En el marco del sistema de atención en salud en Colombia, el servicio prestado por los profesionales del área se registra en los RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios), por lo que se constituyen en una fuente potencial para el análisis de la atención odontológica de las mujeres embarazadas.

Considerando lo expuesto, el objetivo de este trabajo es describir el número de citas odontológicas a las que asisten las mujeres embarazadas en Santander según factores sociales, demográficos y patologías orales.

Materiales y métodos

Diseño y población

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal que involucró a 8 692 mujeres embarazadas acudientes a consulta en salud en Santander y reportadas en el RIPS de 2010, registradas en la base de datos del Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS), de acuerdo a los códigos CIE10 relacionados con embarazo, parto (O00-O08; 010-O16; O20-O29; O30-O48; O60-O75; O80-O84; O85-O92; O94-O99) y patologías orales (K02-K12) (27).

Variables

Se consideró como variable dependiente el número de consultas odontológicas a las que asistieron las mujeres embarazadas. Como variables explicativas del nivel individual se tuvieron edad, ocupación, patologías orales (caries, periodontopatías y patología pulpar) y del nivel colectivo, municipio (según las seis categorías de mayor a menor, conforme a desarrollo económico y densidad poblacional, establecidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público), zona de residencia (urbana y rural) y vinculación al sistema de salud (contributivo, subsidiado, vinculado, particular y otros) (28).

A fin de dar mayor claridad a la variable vinculación al sistema de salud, se define:

- a) Contributivo: régimen en el sistema de salud colombiano en el que todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud para poder recibir la atención.
- b) Subsidiado: en este régimen, el Estado colombiano subsidia la afiliación a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir, considerada pobre y vulnerable, para que reciban la atención en salud.
- c) Vinculado: bajo esta denominación se encuentra la población pobre que no tiene afiliación al sistema de salud en ninguno de los dos regímenes subsidiado o contributivo. Su atención en salud se lleva a cabo a través de contratos de prestación de servicios entre los entes territoriales y las empresas sociales del Estado.
- d) Particular: incluye a aquellas personas que, independiente del régimen de afiliación al sistema de atención, asumen de manera personal los costos de los servicios de salud que requieren.

Procedimientos

Los datos de estas variables se tomaron de la información contenida en los RIPS a partir de la base en Excel aportada por el OSPS en el segundo semestre de 2012, que contenía 498 769 registros. Para la depuración de la base, se reunieron los registros de las mujeres embarazadas y, mediante tablas dinámicas en Excel, se identificaron a las mujeres grávidas y aquellas que acudieron a la consulta odontológica. La base depurada se exportó al paquete estadístico STATA 9.0 (StataCorp. 2005. Stata Statistical Software: Release 9. College Station, TX: StataCorp LP) para su procesamiento y análisis.

Plan de análisis estadístico

Incluyó el cálculo de medidas de resumen según la naturaleza de las variables. Para las variables cualitativas, se obtuvieron las frecuencias

absolutas y las relativas (proporciones), así como las medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (rango, desviación estándar y rangos intercuartílicos) para las variables cuantitativas. Para el análisis bivariado, se relacionó la variable número de citas odontológicas a las que asistió la mujer embarazada (variable dependiente) con las variables explicativas. Para ello, se aplicaron prueba *t de Student*, test Rangos de Wilcoxon, ANOVA o test de Kruskal-Wallis dependiendo de la distribución de los datos. A su vez, se consideró un nivel de significancia de alfa ≤ 0.01 en este análisis.

Consideraciones bioéticas

El presente trabajo se acogió a la normatividad establecida en la Resolución 8430 de 2003 (29), por la que se reglamenta la investigación en salud en Colombia y en la que se preservaron los principios de beneficencia, confidencialidad y privacidad de la información aportada.

Resultados

De las variables edad, ocupación y patologías orales (nivel individual)

En la información de las 8 692 mujeres embarazadas registradas en la base entregada por el OSPS, predominaron las mujeres en el rango de 21 y 30 años (50.7%) y solo 3.6% eran >40 años. Al referir ocupación, en el 81% no se reporta este criterio y en el 9.9% (858) se catalogan como directivas o docentes. Del total de las mujeres que asistieron a la consulta (2 783), 73.9% acudieron a la consulta odontológica por caries, 53.5% por periodontopatías y 8.1% por patologías pulpares. Por edad, el grupo de mujeres con la media más baja de citas odontológicas (0.5 ± 1.8) se evidenció en las >40 años. Al analizar por ocupación, las trabajadoras de servicios y vendedores registraron igual situación (0.8 ± 1.8), mientras que las mujeres que registraron patologías pulpares tuvieron el promedio más alto de citas odontológicas.

Sin embargo, cabe señalar que, en las mujeres embarazadas de todos los grupos de edad y de todas las profesiones, la mediana (que representa el valor de la variable de posición central en un conjunto de datos ordenados) de citas a las que accedieron las gestantes fue de cero, es decir, que cerca de la mitad de las gestantes no había accedido a este tipo de consulta (Tabla 2).

De las variables relacionadas con municipio, zona de residencia y vinculación al sistema de atención en salud (nivel colectivo)

El grupo de embarazadas de Bucaramanga (municipio especial, por su mayor desarrollo social y económico) registró la mayor frecuencia de mujeres con 3 790 (43.6%) evaluadas y tuvo el promedio más alto en el número de consultas odontológicas (1.2 ± 2.22). En cambio, se observó que en los municipios de cuarta, quinta y sexta categoría (menor desarrollo social económico) hubo medias del número de citas odontológicas de 0.5, 0.3 y 0.4, respectivamente. Del mismo modo, la media de número de citas odontológicas fue más baja en las mujeres que residen en la zona rural (0.4 ± 1.2). Opuesto a esto, las mujeres que recibieron atención odontológica y que asistieron como particulares registraron una media cercana a dos citas odontológicas.

Igual que para los criterios del nivel individual evaluados en la segunda tabla, para municipio, zona de residencia y vinculación al sistema de salud (nivel colectivo), la mediana de citas a las que asistieron las mujeres gestantes fue de cero, lo que revela que la mitad de las gestantes no habían recibido atención odontológica (Tabla 3 y Figura 1).

Tabla 2. Resumen del número de consultas odontológicas a las que asistieron las embarazadas de Santander en 2010, descritas según edad, ocupación y patologías orales (nivel individual).

Variable	Total	Promedio (DE)	Rango	Mediana	Rango intercuartílico	p
Total	8 692(100)	0.9±1.96	0-27	0	0-1	---
Edad (años)						
Total	8 656					
13-20	1 848 (21.3)	0.8±1.8	0-27	0	0-1	0.0001 *
21-30	4 387(50.7)	1±2.1	0-20	0	0-1	
31-40	2 113(24.4)	0.9±1.9	0-19	0	0-1	
>40 años	308(3.6)	0.5±1.8	0-24	0	0-0	
Ocupación						
Total †	8 692					
Directivos y gerentes	858(9.9)	0.9±2	0-24	0	0-1	0.7232 *
Oficiales, operarios y artesanos	289(3.3)	1.3±2.6	0-19	0	0-2	
Personal de apoyo administrativo	167(1.9)	1.1±3.1	0-27	0	0-1	
Trabajadores de servicios y vendedores	142(1.6)	0.8±1.8	0-12	0	0-1	
Sin registro	7 035(81)	0.9±1.9	0-20	0	0-1	
Patologías orales ‡						
Total	2 783(32)					
Caries	2 057(73.9)	3.3±2.6	1-24	2	0-4	---
Periodontopatía	1 488(53.5)	3.4±2.7	1-27	3	0-4	---
Patología pulpar	225(8.1)	4.8±3.7	1-19	4	0-7	---

*Test de Kruskal-Wallis.

† 201 gestantes registran otras ocupaciones.

‡ una gestante puede registrar varios eventos relacionados con patologías bucales.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Resumen del número de consultas odontológicas de las embarazadas de Santander en 2010, descritas según municipio, zona y vinculación a salud (nivel colectivo).

Variables	Total	Promedio (DE)	Rango	Mediana	Rango intercuartílico	P
Total	8 692(100)	0.9±1.96	0-27	0	0-1	---
Municipio						
Especial	3 790(43.6)	1.2±2.22	0-27	0	0-2	0.0001 *
Primera	1 081(12.4)	0.9±1.86	0-20	0	0-1	
Segunda	1 376(15.8)	1±2	0-13	0	0-1	
Tercera	452(5.2)	0.9±1.9	0-19	0	0-1	
Cuarta	1 056(12.2)	0.5±1.49	0-18	0	0-0	
Quinta	537(6.2)	0.3±0.9	0-12	0	0-0	
Sexta	400(4.6)	0.4±0.84	0-7	0	0-0	
Zona						
Urbana	7 806 (89.8)	1±2	0-27	0	0-1	<0.00001¶
Rural	886 (10.2)	0.4±1.2	0-20	0	0-0	
Vinculación a salud						
Contributivo	4 563(52.5)	1.2±2.2	0-27	0	0-2	0.0001 *
Subsidiado	2 309(26.6)	0.4±1.2	0-20	0	0-0	
Vinculado	796(9.2)	0.3±1.1	0-14	0	0-0	
Particular	786(9)	1.9±2.5	0-16	1	1-3	
Otro	238(2.7)	0.3±0.7	0-5	0	0-0	

* Test de Kruskal-Wallis, Test de Rangos de Wilcoxon.

Fuente: Elaboración propia.

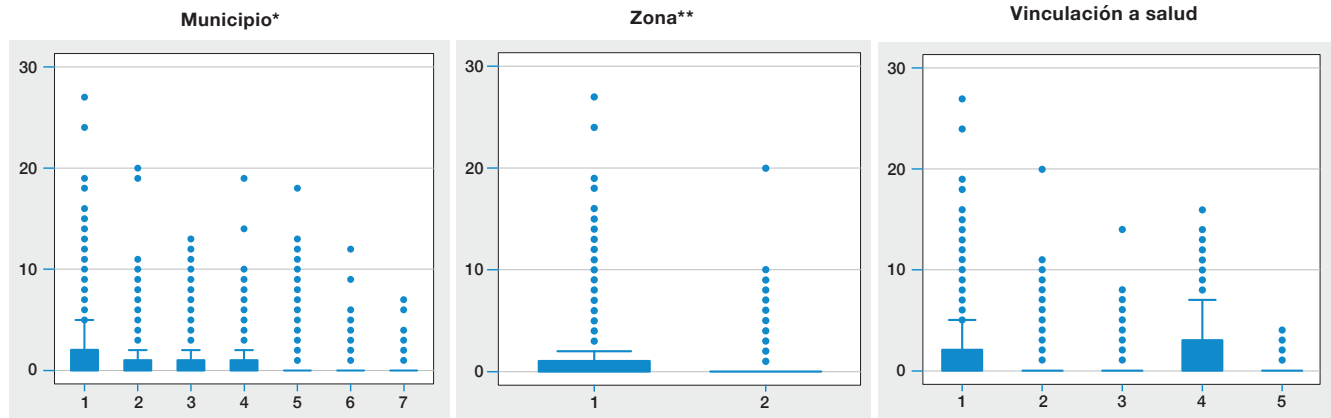


Figura 1. Representación gráfica del número de citas odontológicas a las que asistieron las mujeres embarazadas según variables del nivel colectivo. * Municipio: 1: especial; 2: primera categoría; 3: segunda categoría; 4: tercera categoría; 5: cuarta categoría; 6: quinta categoría; 7: sexta categoría (Ley 617 de 2000). ** Zona: 1: urbano; 2: rural. Vinculación a salud: 1: contributivo; 2: subsidiado; 3: vinculado; 4: particular; 5: otros (Ley 100 de 1993). Fuente: Elaboración propia.

Discusión

El control prenatal promueve un embarazo sano y previene los riesgos durante la gestación. Con este fundamento, se determinó que una mujer embarazada debe asistir por lo menos a cuatro controles prenatales durante el periodo de gestación. Este criterio es muy claro, al punto de que se convirtió en un indicador para evaluar las condiciones de inequidad que enfrentan las mujeres embarazadas en condiciones sociales desventajosas al no recibir o acceder a estos controles (30).

A pesar de esto, no se declara en la literatura científica un número de citas odontológicas a las que las mujeres deban asistir para cubrir sus necesidades en salud bucal y que permitan al profesional monitorear los cambios que ocurren en la cavidad oral de la embarazada como efecto de la gestación. No obstante, Fernández & Chávez (5) sí proponen un esquema de atención en cada trimestre, lo que haría pensar que una mujer embarazada debería asistir a no menos de tres citas odontológicas. Dicho esto y teniendo en cuenta los resultados de esta investigación (la mediana de citas odontológicas recibidas por las mujeres fue de cero), se podría suponer que las necesidades de salud bucal de las mujeres embarazadas en Santander no son cubiertas, pues cerca del 50% no reciben atención odontológica durante su embarazo.

En su investigación, Santos-Neto *et al.* (10) logran correlacionar el número de controles prenatales a los que asiste una mujer gestante con la asistencia a la consulta odontológica como un aspecto que facilita el acceso de las embarazadas a la odontología. Además, señalan fragmentación del cuidado odontológico en las gestantes brasileñas evaluadas, ya que no se percibe continuidad en los procesos de atención, lo que compromete la integralidad en la atención de las mujeres embarazadas. Los resultados del presente trabajo parecen coincidir con lo referido por estos investigadores brasileños, pues el promedio en el número de citas odontológicas a las que asisten las mujeres embarazadas, en especial los grupos más vulnerables y con mayor desventaja (las residentes en municipios con menor desarrollo económico, las de la zona rural, las atendidas en el régimen subsidiado o vinculadas) es bajo.

Amin & ElSalhy (31), George *et al.* (32), Keiser & Plutzer (33), Saddki *et al.* (34), Dinas *et al.* (35), Habashnesd *et al.* (36) en el contexto internacional y Rengifo *et al.* (17) y Concha-Sánchez & Morales (18) en el nacional y local muestran que, si bien las mujeres embarazadas tienen patologías orales que las afectan, la frecuencia de asistencia a la consulta odontológica fue baja. En el campo de la salud bucal, el número de citas a las que las mujeres asisten también

debería ser un criterio a monitorear. Esto, con el fin de brindar acompañamiento y atención odontológica integral a la mujer gestante.

El número de citas odontológicas a las que asisten las mujeres embarazadas es un criterio importante si se revisa en el contexto del desarrollo, pues podrían indicar el nivel de avance económico y social de una región o territorio. En este sentido, los resultados que se revelan en este estudio muestran cómo las mujeres embarazadas que residen en los municipios con mayor desarrollo económico y social registran medias mayores de asistencia a la consulta odontológica que las registradas por los municipios con menor desarrollo. Para Morera & Aparicio (37), las diferencias geográficas en la demanda y la atención en salud obedecen a la menor disponibilidad de servicios y productos que existe en las regiones con menor desarrollo y recursos en salud, lo que explicaría los resultados observados en esta investigación.

Al considerar aspectos del nivel individual, es claro que las patologías orales como la caries y la enfermedad periodontal, que son de alta frecuencia en las gestantes, se vinculan con la exposición a factores de riesgo y protectores a lo largo del ciclo vital. Esta situación se torna más compleja durante la gestación, pues a lo largo de esta ocurren diferentes cambios inmunológicos, hormonales, tisulares y en otros sistemas, que provocan cambios del pH en la cavidad oral, a nivel vascular y en el tejido conectivo, los cuales promueven el desarrollo de la caries y las periodontopatías (7-9).

Sin embargo, estas mujeres experimentan de manera diferente la exposición a factores de riesgo o protectores, los cambios fisiológicos y la presencia de las patologías, puesto que es necesario monitorear su salud oral de forma continua durante el proceso de gestación.

Por otro lado, cuando se revisan aspectos del orden colectivo (residir en zona urbana o rural), se tienen en cuenta las condiciones que las mujeres, en particular las embarazadas de la zona rural, afrontan frente al acceso a la educación, a la atención en salud y a las oportunidades de trabajo, que condicionan en gran medida su posibilidad de acceder a los conocimientos, las prácticas, los elementos de cuidado personal y la atención odontológica (34). En este estudio, las embarazadas de la zona rural registraron una media menor de asistencia a la consulta odontológica que las mujeres de la zona urbana.

Asimismo, se reveló que las mujeres embarazadas atendidas en el régimen subsidiado y las vinculadas registraron unos promedios menores de asistencia en comparación con las atendidas en el régimen contributivo. Flores-Sandi (38) menciona que las desigualdades en el uso de los servicios de salud se manifiestan en la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de estos bienes, servicios y oportunidades. Esto se refiere a aquellos que están excluidos del acceso a los mecanismos de

satisfacción de sus necesidades en salud, lo que representa la negación del derecho a la salud, aspecto que podría estar ocurriendo en la atención odontológica de algunas mujeres embarazadas en Santander.

Las investigaciones de Corchuelo & González (39), Lamarca *et al.* (40), entre otros, demuestran la importancia de involucrar los aspectos sociales y su injerencia sobre la salud bucal de las mujeres embarazadas. En este sentido, la descripción de los aspectos del nivel individual y del colectivo en esta investigación es un aporte que puede ayudar a comprender la influencia de los determinantes sociales en la atención odontológica de las mujeres embarazadas en Santander.

Es importante reconocer como potenciales limitaciones de este trabajo los datos provenientes de fuentes secundarias, puesto que no se estandarizaron los mecanismos de recolección y registro de la información. Adicional a esto, cabe señalar que los datos relativos al número de citas odontológicas a las que asistieron las mujeres no se distribuyeron de forma normal, por lo que, con base en la mediana, se pudo ver que más de la mitad de las mujeres no asistieron a la consulta odontológica. Por esto, al reportar promedios, se podría estar ocultando o desconociendo situaciones injustas que deben ser analizadas en ciertos grupos sociales a fin de plantear alternativas de solución en estos grupos. En ese sentido, es fundamental aportar información adicional como la mediana y los rangos intercuartílicos para comprender mejor este fenómeno. No obstante, esto no significa que el reporte de los promedios no sea importante, ya que ofreció parámetros de comparación que no se manifiestan solo con un análisis basado en la mediana.

Conclusiones

Se registraron bajos promedios de asistencia a consultas odontológicas en los casos de las mujeres embarazadas <20 años y >40, las que residen en municipios de Santander con bajo nivel de desarrollo económico y social (zona rural) y las que pertenecen al régimen subsidiado o reciben la atención como vinculadas. Del mismo modo, más de la mitad de las mujeres embarazadas en casi todas las categorías analizadas no recibieron atención odontológica.

Considerando los resultados, se recomienda, para Santander, establecer una estrategia de monitoreo del número de citas odontológicas a las que asisten las mujeres en la política de atención odontológica de las embarazadas, como medida orientada a preservar su salud y su vida durante el embarazo y en todas las fases de su ciclo vital.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por las autoras.

Financiación

Colciencias apoyó a Andrea Johanna Almarino en el marco de la Convocatoria Nacional Jóvenes Investigadores e Innovadores año 2014. A su vez, la Universidad Santo Tomás apoyó al proyecto de mujeres gestantes y en postparto.

Agradecimientos

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

Referencias

1. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes. A systematic review. *Ann Periodontol.* 2003;8(1):70-8. <http://doi.org/cc64fz>.
2. Shanthi V, Vanka A, Bhambal A, Saxena V, Saxena S, Kumar SS. Association of pregnant women periodontal status to preterm and low-birth weight babies: A systematic and evidence-based review. *Dent Res J (Isfahan).* 2012;9(4):368-80.
3. Corbella S, Taschieri S, Del Fabbro M, Franchetti L, Weinstein R, Ferrazi E. Adverse pregnancy outcomes and periodontitis: A systematic review and meta-analysis exploring potential association. *Quintessence Int.* 2016;47(3):193-204. <http://doi.org/b4r9>.
4. Colombia. Ministerio de Salud. ABECÉ sobre el IV Estudio Nacional de Salud Bucal "Para saber cómo estamos y saber qué hacemos". Bogotá D.C.: MinSalud; 2014 [cited 2016 Mar 13]. Available from: <http://goo.gl/tV6DNb>.
5. Fernández OM, Chávez MG. Atención odontológica en la mujer embarazada. *Archivos de Investigación Materno Infantil.* 2010;2(2):80-4.
6. Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015 (febrero 16). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 49427; febrero 16 de 2015 [cited 2016 Mar 5]. Available from: <http://goo.gl/X0pmHk>.
7. Concha-Sánchez SC. La salud oral de las mujeres gestantes, sus repercusiones y los aspectos que influyen su atención. *Ustasalud.* 2011;10:110-26.
8. Kurien S, Kattimani VS, Sriram R, Sriram SK, Prabhakar-Rao VK, Bodduru R, *et al.* Management of pregnant patient in dentistry. *J Int Oral Health.* 2013;5(1):88-97.
9. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. *J Can Dent Assoc.* 2009;75(1):43-8.
10. Santos-Neto ET, Oliveira-Adauto E, Zandonade E, Leal MC. Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2012;17(11):3057-68. <http://doi.org/b4sc>.
11. National Maternal and Child Oral Health Resource Center. Oral health care during pregnancy: A national consensus statement. Washington D.C.: Georgetown University; 2012.
12. Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica. Atención odontológica integral de la embarazada. Santiago: Minsal; 2008.
13. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Protocolos de atención odontológica (Primer nivel de atención). Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2003. Documento técnico: 8.
14. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción: Dirección de Salud Bucodental; 2012. [Cited 2016 Feb 29]. Available from: <http://goo.gl/xVdaRF>.
15. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000 (25 de febrero): Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá D.C.; febrero 25 de 2000 [cited 2012 Dec 1]. Available from: <http://goo.gl/GcPe3H>.
16. Wrzosek T, Einarson A. Dental care during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2009;55(6):598-9.
17. Rengifo HA. Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2009;20(2):171-8.
18. Concha-Sánchez SC, Morales MC. La inequidad en el acceso a la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud.* 2014;46(1):35-45.
19. Fuentes-Fernández R, Oporto-Venegas G, Alarcón AM, Bustos-Medina L, Prieto-Gómez R, Rico-Williams H. Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Av Odontostomatol.* 2009;25(3):147-54.
20. Abiola A, Olanyinka A, Mathilda B, Ogunbiyi O, Modupe S, Olubunmi O. A survey of the oral health knowledge and practice of pregnant women in a Nigerian teaching hospital. *Afr J Reprod Health.* 2011;15(4):14-9.

21. **Escobar-Paucar G, Sosa-Palacios C, Burgos-Gil LM.** Representaciones sociales del proceso de salud enfermedad bucal en madres gestantes de Medellín, Colombia. *Salud Pública Méx.* 2010;52(1):46-51.
22. **Concha-Sánchez SC.** El proceso salud-enfermedad-atención bucal de la gestante: una visión de las mujeres con base en la determinación social de la salud. *Rev. Fac. Med.* 2013;61(3):275-91.
23. **Bogess KA, Urlaub DM, Moos MK, Polinkovsky M, El-Khorazaty J, Lorenz C.** Knowledge and beliefs regarding oral health among pregnant women. *J Am Dental Assoc.* 2011;142(11):1275-82.
24. **Azofeifa A, Yeung LF, Alverson CJ, Beltrán-Aguilar E.** Dental caries and periodontal disease among U.S. pregnant women and nonpregnant women of reproductive age, National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004. *J Public Health Dent.* 2016;76(4):320-9. <http://doi.org/b4sg>.
25. **Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC, Concha-Sánchez SC.** ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud Pública.* 2013;15(6):797-808.
26. Organización Panamericana de la Salud. Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. 9th ed. Washington, D.C.: OPS; 2005.
27. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Vol. 2. 4th ed. Malta: WHO; 2010.
28. Colombia. Congreso de la República. Ley 617 de 2000 (octubre 6): Por la cual se reforma parcialmente la Ley 136 de 1994, el Decreto Extraordinario 1222 de 1986, se adiciona la Ley Orgánica de Presupuesto, el Decreto 1421 de 1993, se dictan otras normas tendientes a fortalecer la descentralización, y se dictan normas para la racionalización del gasto público nacional. Bogotá D.C.: Diario oficial 44188; octubre 9 de 2000 [cited 2013 Mar 13]. Available from: <http://goo.gl/vObVAg>.
29. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.; octubre 4 de 1993 [cited 2013 Mar 13]. Available from: <http://goo.gl/JCr9m8>.
30. **Fresneda-Bautista O.** Inequidades en salud a lo largo del ciclo de vida en Bogotá. In: Restrepo DI, editor. Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá Positiva, CID, Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 208-19.
31. **Amin M, ElSalhy M.** Factors affecting utilization of dental service during pregnancy. *J Periodontol.* 2014;85(12):1712-21. <http://doi.org/f6r87c>.
32. **George A, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE, et al.** The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in south-western Sydney. *Aust Dent J.* 2013;58(1):26-33. <http://doi.org/f4qv44>.
33. **Keirse MJ, Plutzer K.** Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *J Perinat Med.* 2010;38:3-8. <http://doi.org/bq3szt>.
34. **Saddki N, Yusoff A, Hwang YL.** Factors associated with dental visit and barriers to utilisation of oral health care service in a sample of neonatal mothers in Hospital Universiti Sains Malaysia. *BMC Public Health.* 2010;10:75. <http://doi.org/cj9hrq>.
35. **Dinas K, Achyropoulos V, Hatzipantelis E, Mavromatidis G, Zepiridis L, Theodoridis T, et al.** Pregnancy and oral health: utilisation of dental services during pregnancy in northern Greece. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(8):938-44. <http://doi.org/bzbbjm>.
36. **Al-Habashneh R, Guthmiller JM, Levy S, Johnson GK, Squier C, Dawson DV, et al.** Factors related to utilization of dental services during pregnancy. *J Clin Periodontol.* 2005;32(7):815-21. <http://doi.org/b2d63r>.
37. **Morera M, Aparicio A.** Determinantes de la utilización de los servicios de salud en Costa Rica. *Gac Sanit.* 2010;24(5):410-5.
38. **Flores-Sandi G.** Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. *Acta Méd. Costarricense.* 2012;54(3):181-8.
39. **Corchuelo-Ojeda J, González GJ.** Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(10):2209-18. <http://doi.org/b4sf>.
40. **Lamarca GA, Leal-Mdo C, Leao AT, Sheiham A, Vettore MV.** The different roles of neighbourhood and individual social capital on oral health-related quality of life during pregnancy and postpartum: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014;42(2):139-50. <http://doi.org/f5vfns>.