

---

# BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE LA PRIMERA INFANCIA. MEDELLÍN, 2007<sup>1</sup>

## BARRIERS TO DENTAL CARE ACCESS DURING EARLY CHILDHOOD. MEDELLÍN, 2007<sup>1</sup>

CIELO ASTRID QUINTERO VALENCIA<sup>2</sup>, DIANA PATRICIA ROBLEDO BERMÚDEZ<sup>2</sup>,

ALEJANDRO VÁSQUEZ HERNÁNDEZ<sup>2</sup>, ORIANA DELGADO RESTREPO<sup>2</sup>, ÁNGELA MARÍA FRANCO CORTÉS<sup>3</sup>

**RESUMEN. Introducción:** el acceso es un elemento de los sistemas de salud, relacionado con la organización de los servicios, para garantizar la entrada al sistema y la continuidad del tratamiento. El objetivo de este estudio fue reconocer las barreras de acceso a la atención odontológica en menores de seis años, desde la experiencia relatada por las madres y cuidadoras. **Métodos:** se hizo un estudio descriptivo basado en una entrevista individual semiestructurada a 11 madres comunitarias (cuidadoras), y entrevistas grupales a 37 madres biológicas, de las cuales 20 participaron en una segunda entrevista individual, por su antecedente de haber asistido a consulta odontológica para sus hijos. **Resultados:** las madres comunitarias son importantes en la identificación de problemas bucales en los niños, pero consideran que la responsabilidad de la demanda de atención es de los padres. Las madres valoran positivamente la salud bucal de sus hijos, pero no demandan la atención por el temor a una situación traumática. Las instituciones de salud estimulan la demanda de la atención en edades más avanzadas. El acceso a los servicios presenta más barreras para los afiliados al SISBEN. **Conclusiones:** durante la primera infancia, los niños de estratos bajos encuentran múltiples barreras para acceder a la atención odontológica. Aun el aseguramiento no les garantiza el acceso. Las barreras más frecuentes son económicas, pero se imponen también barreras culturales y de organización del sistema, como la escasa edad del niño, que es usada como pretexto de las madres y de las instituciones para no demandar u ofrecer atención oportuna.

**Palabras clave:** accesibilidad servicios de salud, cuidado dental para niños, servicios de salud dental.

Quintero CA, Robledo DP, Vásquez A, Delgado O, Franco ÁM. Barreras de acceso a la atención odontológica durante la primera infancia. Medellín, 2007. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2014; 25(2): 325-341.

---

**ABSTRACT. Introduction:** in health systems, access refers to the organization of services to ensure entry into the system and treatment continuity. The objective of this study was to identify dental care access barriers in children under the age of six from the experience reported by mothers and caregivers. **Methods:** this was a descriptive study based on an individual semi-structured interview to 11 community mothers (caregivers) and group interviews with 37 biological mothers, of whom 20 participated in a second individual interview because they had attended dental consultation for their children in the past. **Results:** community mothers are important in identifying children's oral problems but they consider that oral care demands are a responsibility of parents. Mothers value their children's oral health but they do not demand health care due to the fear of a traumatic situation. Health institutions encourage health care demands at more advanced ages. Access to services is even harder for SISBEN members. **Conclusions:** during early childhood, children of lower socioeconomic levels face multiple barriers to dental care access. Even health insurance fails to guarantee access. The most frequent barriers are of economic nature, but there are also cultural barriers and those related to the system's organization, such as children's short age, often used by mothers and institutions as an excuse to avoid requesting or providing timely care.

**Key words:** health services accessibility, children's dental care, dental health services.

Quintero CA, Robledo DP, Vásquez A, Delgado O, Franco ÁM. Barriers to dental care access during early childhood. Medellín, 2007. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2014; 25(2): 325-341.

---

1 Artículo derivado de una investigación hecha como requisito parcial para optar al título de Odontólogo de todos los coautores. Investigación financiada por fuente propia.  
2 Odontólogos, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.  
3 Odontóloga, magíster en Epidemiología, profesora titular, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: franco.angelamaria@gmail.com.

---

1 Article derived from a research project conducted as partial requirement to qualify for the title of dental practitioner of all the co-authors. Research funded by own source.  
2 Dentists, School of Dentistry, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.  
3 Dentist, Magister in Epidemiology, Professor, School of Dentistry, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Email: franco.angelamaria@gmail.com.

## INTRODUCCIÓN

El acceso a los servicios de atención ha sido considerado uno de los ámbitos para medir las inequidades en salud. Estudiosos del tema, como Aday y Andersen, definen el acceso como “aquellas dimensiones que describen la entrada potencial y real de un grupo poblacional dado al sistema de provisión de servicios de salud”.<sup>1</sup> En otras palabras, para estos autores el acceso es uno de los elementos de los sistemas de salud que está relacionado con la organización de los servicios, no sólo para garantizar la entrada a éstos, sino la continuidad del tratamiento, lo que lo hace además una categoría multidimensional. Definen el *acceso potencial* como la posibilidad de obtener la atención tanto desde la oferta (instituciones) como la demanda (usuarios), y el *acceso real* como el uso efectivo de los servicios y la satisfacción de los usuarios.<sup>1</sup>

En Colombia, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud<sup>2</sup> 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 dicha relación 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; y c) las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadores de servicios de salud.

De lo anterior se desprende que en el acceso a los servicios se pueden identificar cinco dimensiones en las que se generan las oportunidades o las barreras de acceso, y serían las siguientes: la dimensión político-legal, en términos de la manera como esté regulado el derecho a la salud y el derecho a la atención en cada país; la dimensión económica, en términos de la capacidad de pago de los usuarios, de los costos de acceso al lugar de la atención y de los costos de prestación del servicio; la dimensión geográfica, relacionada con la localización de la institución prestadora de la atención, distancia, facilidades de transporte, condiciones topográficas; la

## INTRODUCTION

Access to care services has been considered as a variable to measure health inequities. Scholars such as Aday and Andersen define access as “the dimensions that describe a population’s real and potential entry to the system of health services provision”.<sup>1</sup> In other words, access to health systems is an element closely related to the organization of services, not only to ensure entry to such services but also treatment continuity, making it a multi-dimensional category. They define *potential access* as the possibility of obtaining attention in terms of supply (institutions) and demand (users), and *real access* as the effective use of services and patients’ satisfaction.<sup>1</sup>

In Colombia, the National Policy of Health Services Provision<sup>2</sup> defines health services accessibility as “the condition that links the population in need of health services with the service provision system”. This relationship is determined by three factors: a) users’ ability to seek and obtain care; b) type and form of service organization to provide citizens with timely and comprehensive attention, and c) relations established among the population, insurers, local authorities and health service providers.

It follows then that in health care access we may identify five dimensions that generate either opportunities or barriers, namely: the political-legal dimension, in terms of the way each country regulates care and health rights; the economic dimension, in terms of users’ purchase capacity, costs to reach the places where care is provided, and the costs of service provision itself; the geographic dimension, related to location of health care providers, as well as distance, transportation facilities, and topographic conditions; the

dimensión cultural, en términos del conjunto de valores, actitudes, conocimientos, creencias y prácticas que conforman la conducta de la población frente a la utilización de los servicios; y la dimensión organizacional, en términos de las condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios.

Por otro lado, en Colombia, en noviembre del año 2006, fue aprobado el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006),<sup>3</sup> 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.

El artículo 17 de este Código declara que “los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. [...] 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”.

Específicamente, en el caso del acceso infantil a los servicios de atención odontológica, los datos disponibles a nivel mundial, muestran que entre los niños y niñas, aquellos que están en edad escolar son los que más acceden a revisiones odontológicas periódicas, posiblemente por la facilidad para captarlos a través de mecanismos de búsqueda activa y por ser una población institucionalizada. En el caso de los más

cultural dimension, related to the set of values, attitudes, knowledge, beliefs, and practices that make up the population’s behavior towards the use of services, and the organizational dimension, associated to locative, administrative, and information conditions of the institutions in charge of managing or providing services.

Additionally, in November of 2006, Colombia approved the Childhood and Adolescence Code (1098 Act of 2006)<sup>3</sup> with the objective of “guaranteeing full and harmonious development of children and adolescents so that they grow up in the bosom of the family and the community, in a supporting environment with happiness and love”. With the approval of this code, the country commits to the protection of the younger population, usually vulnerable and exposed to many threats that originate in a pathological environment that has ignored that they are subjects of law.

Article 17 of this code states that “children and adolescents have the right to a good quality of life and a healthy environment with dignity and the possibility of enjoying all of their rights in a prevalent manner [...] This right implies the creation of conditions that from the time of conception ensure care, protection, a nutritious and balanced diet, and access to the services of health, education, adequate clothing, recreation, and safe housing equipped with essential utilities in a healthy environment”. Likewise, article 27 enshrines the right to Comprehensive Health, stating that “no hospital, clinic, health center or any other health service provider, either public or private, may refuse to attend a child that requires health care”.

Specifically, in the case of children’s access to dental care services, globally available data show that school-age children are the ones who more often access regular dental checkups, possibly due to the facility to recruit them through active search mechanisms and because of being an institutionalized population. In the case of younger

pequeños (menores de 6 años), se ha podido percibir que además de las barreras económicas, frecuentes en todos los grupos de edad, las barreras culturales, que se desprenden de una baja valoración del componente bucal de la salud en los primeros años de vida, y las barreras funcionales, ligadas a una organización de los servicios que ve en los niños y niñas usuarios “poco rentables”, hacen más difícil el acceso de los menores, particularmente de los estratos socioeconómicos bajos.<sup>4-7</sup>

El propósito de este estudio fue identificar las barreras de acceso a la atención odontológica de niños y niñas menores de seis años, residentes en la ciudad de Medellín, a través de las respuestas a las entrevistas hechas a sus madres y cuidadoras.

## MÉTODOS

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Se hizo un estudio descriptivo con base en las respuestas a las entrevistas, tanto individuales como grupales, de las madres biológicas y las madres comunitarias, y llevada a cabo por los investigadores.

Participaron en el estudio 37 madres biológicas (MB), de las cuales 20 habían tenido la experiencia de solicitar la consulta odontológica para sus hijos. Igualmente, 11 madres comunitarias (MC), que se incluyeron por considerar que el tiempo que pasan con el niño les da la posibilidad de participar en decisiones que tienen que ver con el acceso potencial, e incluso, en algunos casos, con el acceso real de los niños a la consulta.

Las madres biológicas y las comunitarias hacían parte de una de las Asociaciones de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, ubicado en el barrio Florencia, de la ciudad de Medellín. Según la empresa de servicios públicos de esta ciudad, este barrio está habitado fundamentalmente por familias pertenecientes a los estratos socioeconómicos 2 y 3. La mayoría de los niños procedía de familias nucleares, cuyos padres (uno o ambos) trabajan como empleados, con contratos a término definido y estaban, por lo

kids (under 6 years), it has been noted that in addition to economic barriers, common in all age groups, cultural barriers, rising from a poor appraisal of oral health in the first years of life, as well as functional barriers, linked to an organization of services that perceives children as “uneconomic” users, make access more difficult to children, especially in lower socioeconomic levels.<sup>4-7</sup>

The purpose of this study was to identify barriers to dental care access in children under six years of age living in the city of Medellín, through responses to interviews with their mothers and caregivers.

## METHODS

The Ethics Committee of Universidad de Antioquia School of Dentistry approved this study's protocol. This was a descriptive study based on responses to individual and group interviews that the researchers performed with biological and community mothers.

This study included the participation of 37 biological mothers (BM), 20 of whom had previous experience seeking dental consultation for their children. Also, 11 community mothers (CM) were included because the time they spend with children apparently gives them the possibility of participating in decisions dealing with children's potential access and even in some cases real access to consultation.

These biological and community mothers were part of one of the Associations of Community Homes of Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, located in Florencia, a neighborhood in the city of Medellín. According to the city's public services provider, this district is mainly inhabited by families from levels 2 and 3 of the socioeconomic strata. Most children came from nuclear families whose parents (one or both) work as employees under fixed-term contracts and were

tanto, afiliados temporalmente al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social. Otros niños pertenecían a familias afiliadas al régimen subsidiado.

El contacto inicial se hizo con las MC, a quienes se les explicó en qué consistía el estudio. A través de ellas se hizo la convocatoria a las MB. La recolección de la información se hizo en forma progresiva (Figura 1), de la siguiente manera: en un primer momento se entrevistaron de manera individual y semiestructurada las 11 MC en el hogar comunitario del que cada una era responsable. Como ya se comentó, se decidió incluirlas en el estudio por su papel preponderante en el cuidado del niño, ya que en muchas ocasiones pasan más tiempo con ellos que las propias MB, quienes en muchos casos tienen intensas jornadas de trabajo fuera de casa. Durante este tiempo compartido con los niños, las madres comunitarias se percatan de sus necesidades en materia de salud, participan activamente del cuidado corporal y bucal, y, en algunas ocasiones, participan de las decisiones de buscar la atención para los niños que, según su criterio, lo necesitan.

therefore temporarily enrolled in the contributory scheme of the Social Security General System. Other children came from families affiliated to the subsidized scheme.

Community mothers were contacted first in order to explain them the study's procedures. They later helped bringing biological mothers together. Data was collected in a progressive manner (figure 1) as follows: first, 11 CMs were individually interviewed using a semi-structured questionnaire at the community homes they were in charge of. As already discussed, they were included in the study due to their important role in childcare, since children often spend more time with them than with their own BM, who in many cases work long hours away from home. During the time they share with children, community mothers identify their health needs, actively participating in oral and body care, and sometimes in decisions dealing with seeking care for children who they think need it.

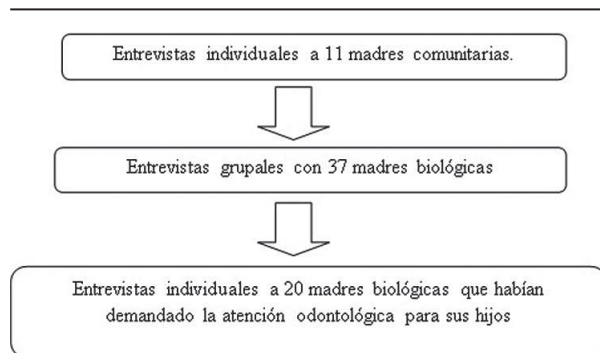


Figura 1. Proceso de recolección de la información

En un segundo momento, se hicieron las entrevistas grupales a las 37 MB dentro de los hogares comunitarios. Se conformaron cuatro grupos, que contaron con la participación de 8 a 10 mujeres cada una. En el tercer momento, las 20 MB que informaron que habían llevado a sus hijos a consulta odontológica, fueron entrevistadas nuevamente, y de manera individual, con el fin de explorar con más especificidad su experiencia de interacción con el servicio.

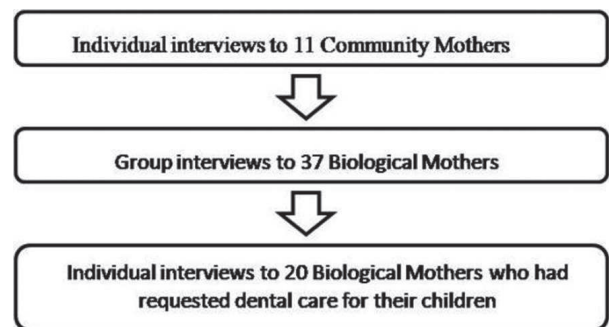


Figure 1. Data collection process

The second stage included group interviews to the 37 BMs at community homes. Four groups were conducted with the participation of 8 to 10 women each. During the third stage, the 20 BMs that reported taking their children to dental consultation in the past were individually interviewed again, in order to thoroughly explore their experience of interaction with health care services.



En ambos tipos de entrevistas (individual o grupal) se utilizó una guía de preguntas que había sido sometida a una prueba piloto, y que de ninguna manera significaba una camisa de fuerza en cuanto al número y tipo de preguntas, pues esto quedó sujeto principalmente a las respuestas que iban dando las mujeres. De hecho, el relato espontáneo de las experiencias vividas fue también una de las formas como se pudieron obtener los datos. En cada sesión participaron dos investigadores, uno hizo las veces de entrevistador y otro de observador y relator. Todas las sesiones fueron grabadas con el consentimiento de las madres y posteriormente transcritas.

Las entrevistas trataron, entre otros, los siguientes temas: valoración de la salud bucal; creencias y prácticas sobre el cuidado bucal; conocimiento de derechos en salud; percepción del estado de salud bucal del niño (percepción de la necesidad); estrategias de resolución de la necesidad (institucional, no institucional, autorrestricción); conocimiento del servicio odontológico; búsqueda del servicio *versus* necesidad percibida; necesidad atendida (uso del servicio) *versus* necesidad percibida; antecedentes de consulta; causa de consulta; sitio de atención; propósito de atención (preventivo, curativo, revisión); atención integral (medicamentos, ayudas diagnósticas); oportunidad de la atención; continuidad; percepción de la calidad del servicio; confianza y compromiso con el tratamiento; motivo de no consulta; razones de no utilización.

El procesamiento y análisis de los datos se hizo de manera simultánea a la recolección. Los investigadores hicieron varias reuniones, que permitieron hacer ajustes a las guías de entrevista a medida que el conocimiento sobre el grupo de madres progresaba. En ellas también se planteó la necesidad de hacer entrevistas más personalizadas a las mujeres que habían hecho uso del servicio, aspecto que no estaba contemplado inicialmente.

Los textos que se iban obteniendo de las transcripciones, eran leídos y organizados de manera sistemática, de tal forma que se fueran eliminando repeticiones e identificando las respuestas (fragmentos del texto) similares o afines, las cuales se fueron agrupando. A cada grupo

Both interview types (individual and collective) included questionnaires previously subjected to a pilot test, and in no way meant to be too strict in terms of number and type of questions, since they depended mainly on the answers the women were giving. In fact, spontaneous narration of experiences was another form of data collection. Each session was attended by two researchers, one as an interviewer and the other as observer and rapporteur. All the sessions were recorded with the mothers' consent and later transcribed.

The interviews addressed the following topics: oral health estimation; beliefs and practices about oral care; knowledge about health rights; perception of the child's oral health status (perception of need); strategies of need resolution (institutional, non-institutional, self-restraint); knowledge about dental care; search for service versus perceived need; attended need (use of service) versus perceived need; previous consultations; cause of consultation; site of health care provision; purpose of consultation (preventive, curative, checkup); comprehensive care (medicines, diagnostic aids); timeliness of care; continuity; perception of service quality; confidence and commitment to treatment; reason for not consulting; reasons for not using services, among others.

Data processing and analysis were performed at the same time of data collection. The researchers had several meetings, which allowed adjusting the questionnaires as knowledge on participating mothers increased. This led to more personal interviews with women who had used dental service for their children—an aspect that was not initially planned.

The texts resulting from the transcriptions were read and organized in a systematic manner, in order to delete repetitions and to identify similar or related responses (fragments of text), which were gradually sorted out. Each group

de respuestas se les identificó con una palabra o frase corta, que remitiera a los investigadores a los temas implicados en el estudio. De esta manera, se fueron configurando las tendencias de las respuestas dadas y, posteriormente, siempre trabajando en grupo, se fueron haciendo las conexiones conceptuales necesarias con las cuales se construyeron los argumentos descriptivos finales, que se presentan a continuación a manera de resultados.

## RESULTADOS

### MADRES COMUNITARIAS

#### Percepción de la situación de salud bucal de los niños y niñas bajo su cuidado.

Con respecto a la percepción que las MC tienen de la situación de salud bucal de los niños, podemos afirmar que, por su estrecha relación con ellos, estas mujeres logran identificar anormalidades o problemas y se atreven incluso a calificar la situación. La mayoría de las mujeres percibe el estado de salud bucal de los niños como bueno y fácilmente identifican a aquellos que tienen problemas evidentes. Todos los testimonios del presente artículo provienen de las entrevistas individuales y grupales durante el proceso de investigación.

Su percepción del estado de salud bucal de los niños se basa en el contacto cotidiano con ellos y en los certificados que deben traer las MB como requisito para la matrícula en el hogar comunitario. Hay que destacar, sin embargo, que no en pocos casos ponen en duda la credibilidad de tal documento, ya que no confían en la forma como las mamás los obtienen. En otras ocasiones su desconfianza se basa en que el certificado ha sido expedido por el médico y no por un odontólogo. "... aunque nosotras, cuando entran, siempre les pedimos certificados, y todos dizque están bien", afirma otra de las MC.

Las MC juegan un papel de "detectoras" de problemas de salud del niño, tanto general (por ejemplo, desnutrición) como bucal. En el caso de problemas de salud bucal, relatan que ellas se dan cuenta pues por lo general el niño se niega a recibir el alimento, o se queja durante la comida.

of responses was labeled with a word or a short phrase for the researchers to easily identify the issues arising in the study. That way, they were able to identify trends from the responses and, subsequently, always working as a team, the necessary conceptual connections were done in order to produce the final descriptive arguments, which are presented below as results.

## RESULTS

### COMMUNITY MOTHERS

#### Perception of the oral health status of children under their supervision.

With respect to CMs' perceptions about children's oral health status, we can say that, due to their close relationship with children, these women may identify irregularities or problems and can even describe the situations. Most of them perceive their children's oral health status as good and easily identify those who have obvious problems. All the testimonies in this article are taken from the individual and collective interviews during the research process.

Their perception about children's oral health status is based on everyday contact with them and from the medical reports BMs should bring with them as a requirement for enrolment in the community home. It should be noted, however, that they often question the credibility of such a document, since they do not trust the way moms get them. On other occasions, they are doubtful because the bill of health is issued by a physician and not by a dentist. "...When they enter, we always request the certificates, and they all seem to be good", says another CM.

CMs play a role in "screening" child health problems in terms of overall health (e.g. malnutrition) and oral status. In the case of oral health problems, they say they notice these issues when children reject food or complain while eating.

Esto implica que muchas veces las MC se dan cuenta de los problemas de salud bucal de los niños antes que la propia madre biológica, o son ellas quienes los hacen notar. “Pues a veces se da uno cuenta porque el niño no come o cosas así”.

### **Demanda de atención para el niño**

Tanto para atención médica como odontológica, las MC consideran que la responsabilidad de buscar la atención es de los padres, y que su papel llega hasta comunicarles a éstos los problemas que hayan detectado. Sin embargo, comentan que en algunos casos en que los padres se descuidan y no llevan a los niños a revisión, ellas mismas participan en la búsqueda de atención, aunque en la mayoría de los casos reconocen que lo hacen con el fin de cumplir con los requisitos del ICBF. “Como nosotras tenemos que llevar en la ficha, dentro de la papelería, los exámenes médicos, los odontológicos, entonces nos toca a veces a nosotras mismas irlos a llevar donde el médico para que les hagan ese examen”, comenta otra de las MC entrevistadas.

Relatan además que, aunque consideran que es responsabilidad de los padres, ellas deben estar pendientes de que sí se haga la consulta y cumplan con llevar el certificado de atención. Esto implica que en ocasiones se presenten conflictos con los padres de familia o cuidadores, y que el problema se centre en la consecución del certificado, desviando el verdadero propósito: velar por la salud bucal del niño.

También sobre la demanda de la atención, las MC comentan que todavía es frecuente oír decir a los padres que “el niño está muy pequeño para llevarlo a la consulta odontológica”. Incluso algunas de ellas comparten esta idea con los padres y, además, comentan que en muchos casos son los mismos profesionales los que han contribuido a difundir esta idea entre las madres, pues muchos de ellos no muestran interés en atender a los niños cuando están muy pequeños, porque sospechan que se presentarían problemas de manejo durante la consulta. “... cuando son niños muy pequeños, menores de dos años, muchos médicos dicen que no, que el niño apenas se le están organizando los dientecitos, entonces que no hay necesidad, sino hasta que ajusten los tres añitos”.

This means that CMs are often aware of children’s oral health problems earlier than BMs are, or they are the ones who actually notice them. “One sometimes realizes because the child does not eat, or things like that”.

### **Demands for children health service**

CMs consider that it is the parents’ responsibility to seek medical and dental services for their children and that their role is only to inform parents about the problems they detect. However, they say that parents sometimes neglect to take their children to checkups, so they end up involved in care seeking, although in most cases they do so in order to comply with the requirements of ICBF (children’s official welfare institution, by its Spanish initials). “Since we have to fill in the forms, including medical and dental examinations as part of the paperwork, sometimes we ourselves bring them to the doctor’s office for the examinations”, says another interviewed CM.

They also say that, although they consider this task to be the parents’ responsibility, they must make sure the consultations are done and certifications issued. This sometimes creates conflicts with parents or caregivers, who focus too much on obtaining a certificate and move away from the real purpose: ensuring the child’s oral health.

CMs also point out that it is still common to hear parents say that “the child is too little to be taken to dental consultation”. Some of them share this idea with parents and, moreover, say that the professionals themselves are the ones who often help spread this idea among mothers, since many show no interest in caring for little kids because they think there will be problems during consultation. “...when they are very young kids, under two years of age, many doctors say that teeth are just adjusting so there is no need to consult until they turn three”.



Tienen la percepción de que para los niños que pertenecen al SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios) el acceso es difícil, mientras que los afiliados al régimen contributivo, tienen más acceso. "... hay unos que tienen su EPS y yo veo que esas mamás piden esas citas y se las dan rápido y tienen una buena atención, pero los niños que por ejemplo tienen SISBEN, a esos no les han dado certificado odontológico, se los tienen que hacer particular".

A lo anterior se agrega que las MC reconocen que un número importante de niños provienen de familias con dificultades económicas; muchos provienen de hogares en los que la madre es cabeza de familia y se les hace difícil solicitar la atención, incluso teniendo la afiliación a la seguridad social. Sin embargo, aunque su percepción es que las familias presentan dificultades económicas que les impide solicitar la atención para los niños, no descartan que en otros casos falte interés de los padres. "Las citas a veces son difíciles, o de pronto muchas más no piden citas sino que los descuidan".

## MADRES BIOLÓGICAS

### Conocimiento de la situación de salud bucal y de las necesidades de atención del niño

Entre las madres hubo una tendencia a afirmar sin vacilación que conocen la situación bucal de sus hijos. Esta aseveración, se basa, según las propias mujeres, en lo que pueden ver durante el cepillado que le hacen al niño en la casa y en lo que les informan los odontólogos cuando los llevan a consulta. Además, fue evidente durante las discusiones en los grupos, que las madres de estos niños tienen una buena valoración, por lo menos discursiva, de la dentición y la salud bucal en esta etapa de la vida.

Sobre las necesidades de tratamiento, la tendencia más general es que las madres no las sienten. Esto es coherente con la percepción que tienen sobre el buen estado bucal de sus hijos. Sin embargo, también se pudo apreciar que la necesidad sentida de tratamiento está atravesada por consideraciones como la edad del niño,

They have the perception that access for children covered by the SISBEN (System of Beneficiaries Selection) is difficult, while those under the contributory scheme have more access. "... some have their EPS (service provider by its Spanish initials, or HMO: Health Maintenance Organization) and I see that these moms easily get appointments and have good service, but those covered by SISBEN do not receive a dental bill of health and should consult a private office.

In addition, CMs recognize that a significant number of children come from families with economic hardship; many come from households headed by the mother, so it is difficult for them to seek care, even when covered by social security benefits. However, even if they perceive that families have economic difficulties that prevent them from seeking health care for children, they also admit that in some cases parents lack interest. "Appointments are sometimes hard to get, but also many mothers do not seek appointments and are careless".

## BIOLOGICAL MOTHERS

### Knowledge of children's oral health status and care needs

There was a tendency among the mothers to say that they indubitably know their children's oral status. According to these women, they can say so because they observe the kids brushing at home and are informed by dentists during consultation. In addition, it became clear during group discussions that the mothers positively value—at least discursively—dentition and oral health at this stage of life.

Concerning treatment needs, the more general tendency is for mothers not to feel such needs. This is consistent with the perception about their children's good oral conditions. However, we could also observe that felt treatment needs are influenced by considerations such as the child's age

y la experiencia personal de las madres con la atención odontológica recibida antes, frecuentemente muy traumática. “Ay no, a mí cuando estaba chiquita me fue muy mal con los odontólogos, yo no quiero que la niña pase por lo mismo”.

### **Demanda de atención odontológica para el niño y barreras de acceso a los servicios**

Los factores que han influido sobre la decisión de demandar atención odontológica para sus hijos, varían mucho de una madre a otra. Algunas refieren que la demanda estuvo mediada por las indicaciones del Programa de Crecimiento y Desarrollo, en el que las motivaron a que consultaran; otras lo han hecho por iniciativa propia, “pensando en el bienestar del niño”; y otras por la exigencia que les hacen en la institución: “Yo lo llevé al odontólogo porque me pidieron el certificado, yo creo que la mayoría va es por eso”.

Las que no han buscado la atención, argumentan que tienen “certeza” de que sus hijos no tienen caries ni otro problema que amerite pedir la cita. También están las que no sienten la necesidad de llevarlos a consulta por influencia de los argumentos que otras personas, incluyendo profesionales de la salud, les dan con relación a la edad del niño. Por último, algunas de ellas cuentan que cuando se deciden a consultar, encuentran rechazo en las instituciones, con el argumento de que “el niño está muy pequeño”. “...a mí me pasó el año pasado con él, (...) no me lo iban a revisar que porque no tenía la edad... que a partir de los cuatro años en adelante sí se le puede pedir una cita odontológica”.

Fue clara la tendencia de que las madres afiliadas al régimen contributivo calificaran como “fácil” la solicitud de la cita. “... no es si no llamar y ahí mismo me la dan, si es para la niña la dan como para los tres días...”, relata la (madre G3). En cambio, las madres afiliadas al régimen subsidiado, relatan con mayor frecuencia experiencias de negación de citas o demoras para la atención. “Para mí no es fácil, imagínese que estoy consiguiendo una cita hace por ahí un mes y nada”.

and the mothers’ personal experience with previous dental care services, which are often very traumatic. “Oh, no, when I was little, it was bad going to the dentist; I don’t want my girl to go through the same”.

### **Demands for dental care and barriers to accessing services**

The factors influencing the decision to seek dental care for children vary widely among mothers. Some say that such decision was mediated by the guidelines set by the Growth and Development Program, which motivated them to consult; others have done so by their own initiative, “thinking about the child’s wellbeing”, and yet others by complying with institutional requirements: “I took him to the dentist because I was requested a bill of health; I believe most do that for the same reason”.

Those who have not sought dental services argue that they are “sure” their children have no cavities or other problems requiring consultation. Some others do not feel the need to consult, influenced by the opinions they receive from other people, including health care professionals, concerning the child’s age. Finally, some say that when they decide to consult they are rejected by the institutions, on the grounds that “the child is very little”. “...this happened to me last year (...) he was not going to be examined because he was under age... they said that you can request dental appointments only after the child turns four”.

There was a clear tendency of mothers affiliated to the contributory scheme to classify booking an appointment as “easy”. “... I just call and they give me the appointment. If it is for the girl, the appointment is usually scheduled within the next three days...”, (*mother G3*) says. On the other hand, mothers under the subsidized scheme usually receive negative answers or delayed service. “It is not easy for me; I’ve been trying to get an appointment for about a month, but nothing has happened”.

## MADRES CUYOS HIJOS TENÍAN ANTECEDENTE DE CONSULTA ODONTOLÓGICA

### Percepción sobre las condiciones de acceso a la atención odontológica

En la medida en que la mayoría de las mujeres entrevistadas están afiliadas al régimen contributivo, refieren en general pocas barreras para el acceso. No obstante, las opiniones están muy divididas sobre si las citas son oportunas o no. Algunas manifestaron explícitamente que su experiencia es que les asignan inmediatamente y para un plazo no mayor de una semana, “simplemente dan un teléfono y yo llamo y digo: tengo una orden para una cita de odontología y me la dan, esa sí es más rápida, como para los ocho días”, dijo Berenice; otras mujeres, en cambio, manifiestan que muchas veces son demoradas pero que nunca se les niega la cita. Las pocas mujeres que estaban afiliadas al régimen subsidiado, son las que relatan casos de demanda rechazada.

Algunas madres usuarias, además, reconocen que las Instituciones Prestadoras de Servicios les brindan otras oportunidades que mejoran las posibilidades de acceder a las citas, como escoger el horario o la atención en horario nocturno para quienes trabajan. “Sí, ellos le preguntan a uno que a qué horas puede”.

Las percepciones sobre las barreras geográficas tampoco muestran una sola tendencia, varias mujeres manifestaron que el centro de atención es muy accesible, otras en cambio se quejan de las distancias y de los costos que ello implica. “Por el tiempo me toca a mí pedir permiso, ir a la casa, coger dos buses, luego volverme para la casa, llevar la niña y luego volver al trabajo, súper incómodo, no más por ese motivo uno no pide la cita”.

En general, las madres comentan que el problema que más interfiere con el acceso a la cita odontológica para sus hijos es la edad, ya que por normatividad de las EPS, se trata de limitar al máximo la atención de los niños menores de tres años. Las razones que se exponen para fijar esta limitación, es la etapa de “desarrollo” en que se encuentra vs. las “necesidades”

## MOTHERS WHOSE CHILDREN HAD A HISTORY OF DENTAL CONSULTATION

### Perception about the conditions of dental care access

Since most interviewed women belong to the contributory scheme, they mention few barriers to access. However, opinions on timeliness of appointments are varied. Some explicitly stated that they usually get appointments immediately and for a period of no more than a week, “I just dial the number and say: I have an order for a dental appointment and I get it; that one is faster, as for a week”, said Berenice; other women, however, report that appointments are often delayed but never denied. The few women covered by the subsidized scheme do mention rejections.

In addition, some mothers point out that Service Provision Institutions (or IPS for their Spanish initials) offer improved access opportunities, such as the possibility of picking evening appointments for those who have full time jobs. “Yes, they ask you what your best time is”.

Perceptions about geographical barriers do not show single tendencies either. Several women expressed that health centers are accessible, while others complain about the distances and costs of getting there. “I have to request permission, go home, take two buses, then go back home again to bring the girl back and then return to work; it is so inconvenient, that reason only is enough for not booking an appointment”.

In general, mothers referred to children’s age as the problem that most interferes with access to dental appointments, since EPSs greatly limit care services to children younger than three years. The reason for this limitation is the “development” stage children are going through vs. their actual “needs”.

del niño. “Yo anteriormente sí había pedido la cita, más o menos cuando ella tenía dos años, dos años y medio, y me dijeron que los niños se empezaban a atender en odontología a partir de los tres años, había que esperar a que tuviera la edad”.

### Satisfacción con la atención recibida

Se encontró en general una tendencia positiva a estar satisfechas con la atención dada a los niños, satisfacción que se refería, principalmente, al trato del profesional para con el niño y a la resolución del motivo de consulta. “...la atendieron muy bien, con mucho cuidado, la atendieron como una niña, con mucha delicadeza y todo, pero sí fue muy buena la atención, le tomaron la radiografía...”.

No obstante, algunas madres sí se quejaron de ciertas características de la atención, como el trato del profesional o del personal auxiliar, la poca comunicación establecida con el profesional y, la queja más frecuente, el escaso tiempo del que dispone el profesional para la atención. “El trato del odontólogo hacia la niña, normal, como tratan a un adulto, nada especial, como siempre a las carreras, como siempre controlados por el tiempo y la despedida igual”.

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que el acceso a los servicios, en este caso de atención odontológica, hace parte de la equidad en salud, este estudio se interesó por identificar los obstáculos que dificultan el acceso de niños y niñas durante la primera infancia a estos servicios. El interés por concentrarnos en este grupo de edad, obedece a la importancia y trascendencia que tiene una oportuna y eficaz atención odontológica durante los primeros años de vida, no sólo por la cantidad y el tipo de problemas bucales que se pueden prevenir, sino por el impacto de esta atención sobre el sano crecimiento y desarrollo general de los niños de ambos sexos.<sup>8,9</sup>

Ahora bien, es importante no perder de vista que cuando hablamos del acceso a la atención en salud, ésta no se

“I requested one appointment when she was about two or two years and a half, and I was told that children start to be seen by dentists by the age of three, so I had to wait until she turned three”.

### Satisfaction with received health care

We found out an overall positive tendency to be satisfied with the services provided to children, especially in terms of the professional’s attitude towards the child and resolution of the issue consulted. “...they were very careful and treated her like a little girl. They were very gentle and offered a good service. She had a radiograph taken...”.

However, some mothers did complain of certain characteristics of the service, such as treatment by the professionals or auxiliary staff and limited communication with the professional. The most frequent complaint was about the short time available for professional care. “The way the dentist treated my girl was average, like they usually treat adults, nothing special, in a hurry as always, and pressed by time; he was about the same when saying good-bye”.

## DISCUSSION

Bearing in mind that access to services—dental care in this case—is part of equity in health, this study sought to identify the obstacles kids face during early childhood to access these services. The interest on this age group arises from the importance of timely and effective dental care during the early years of life, not only for the amount and type of oral problems that can be prevented, but also for the impact of these services on the healthy growth and overall development of children of both sexes.<sup>8,9</sup>

It is important to have into account, however, that by health care access we do not only refer to the

limita a la consecución de la cita para la atención (la entrada al servicio), sino que dicha categoría incluye, si tenemos en cuenta las dimensiones del acceso, potencial y real, todo el proceso desde que el usuario, las madres en este caso, perciben la necesidad, solicitan la atención, acceden al servicio y consiguen que se les resuelva las necesidades del niño. En otras palabras, la categoría incluye aspectos relacionados con quien demanda el servicio y aspectos relacionados con quien lo ofrece.<sup>10, 11</sup> En el caso de la atención odontológica, la mayoría de las veces la resolución de las necesidades requiere no una, sino varias citas, durante las cuales se produce la interacción usuario-servicio.

- La dotación familiar, primera barrera económica para el acceso de los infantes a los servicios odontológicos

Los relatos de las madres corroboraron que las características socio-económicas del grupo familiar de estos niños, como el estrato bajo (2 y 3), la escasa escolaridad de la madre, el tipo de familia (en muchos casos nuclear monoparental –madres cabeza de familia) y la ausencia de la madre en el hogar por razones de su trabajo; las cuales configuran un perfil típico de familias pobres y vulnerables, con limitada capacidad adquisitiva para desplazarse o acceder a los sitios de atención, y con padres, que ocupados en buscar el sustento para sus hijos, disponen de poco tiempo para atender otras necesidades que no son vistas como prioritarias. Estas características se potencializan como barreras de acceso, no sólo desde el punto de vista económico (capacidad de pago, costos de acceso al lugar de la atención), sino desde el punto de vista cultural (valores, actitudes, conocimientos y creencias de la población frente a la utilización de los servicios).<sup>12-15</sup>

- La edad del niño, segunda gran barrera cultural y organizacional

El argumento de la escasa edad del niño sobresale como una de las barreras más importantes para que los infantes reciban la atención, sea esta curativa o preventiva. De un lado, encontramos a las madres que con frecuencia quieren “proteger” a sus hijos, evitándoles la ansiedad o el temor que genera en ellos el

possibility of getting appointments (the entrance to the service), but to an overall category that includes, considering the dimensions of potential and real access, the entire process since the time the user, in this case mothers, perceive the need, seek treatment, access services, and get the child’s needs solved. In other words, this category refers to who demands the service and who provides it.<sup>10, 11</sup> In the case of dental care, offering an effective solution to the needs usually requires not just one but several appointments, during which the user-service interaction occurs.

- Family resources, first economic obstacle for children’s access to dental services

These mothers’ narratives confirmed the socio-economic characteristics of these kids’ families, such as low socioeconomic status (level 2 and 3), poor mother’s education level, type of family (in many cases, mother-headed monoparental nuclear families), and the mother’s absence from home due to job-related reasons, represent a typical profile of poor and vulnerable families, with limited purchasing power to travel or to reach care centers, and with parents that are so busy seeking sustenance for their children, that have little time to address other needs that are not seen as priority. These characteristics are potential barriers to care access, not only from an economic perspective (purchase capacity, cost of access to the health center), but also from a cultural point of view (values, attitudes, knowledge, and beliefs of the population towards the use of services).<sup>12-15</sup>

- The child’s age, the second largest cultural and organizational obstacle

The child’s low age stands out as one of the most important obstacles for infants to receive attention, whether preventive or curative. On the one hand, we find mothers who often want to “protect” their children, saving them from the anxiety or fear generated



ambiente del consultorio odontológico, o el dolor de los procedimientos terapéuticos, sobre todo en los casos en que ya tienen identificados los problemas bucales. De otro lado, las instituciones y los profesionales de la salud, que ‘descalifican’ al niño por su corta edad para recibir la atención, con el fin de evitar una confrontación con la conducta que comúnmente se presenta en los menores y porque les demanda más tiempo la consulta, lo que no se compadece con las políticas institucionales de productividad del profesional.

Esta barrera de acceso, una de las más sobresalientes, debe combatirse con una buena información, educación y comunicación suficiente sobre la importancia de una atención oportuna y con las herramientas con las que cuenta la odontología, para brindar una atención amable y acogedora, que disminuya al máximo las tensiones del niño. Si bien uno de nuestros hallazgos positivos es que cada vez son más las madres (comunitarias y biológicas) que tienen una positiva valoración de la importancia de la salud bucal de los niños, esta barrera se interpone a las prácticas de demanda de la atención, es decir, las madres muestran interés y preocupación por la salud bucal de los niños, pero en muchos casos no buscan la atención. Este hallazgo ha sido común en otros estudios relacionados con esta población o con la población escolar.<sup>16-18</sup> Asimismo, la Institución que alberga los niños debería contribuir a la corrección de esta barrera, replanteando la exigencia del certificado de salud bucal, no como un trámite administrativo y formal, sino como una oportunidad para que el niño reciba la atención que en realidad necesita.

En el caso del personal de salud y las políticas institucionales de desestimular la demanda de las madres, la corrección de esta barrera pasa por consideraciones legales, éticas y políticas. Primero, porque está claramente definido en la legislación vigente la obligatoriedad de atender a los niños;<sup>3</sup> segundo, porque la ética profesional llama a la no discriminación de los usuarios por ninguna condición y mucho menos por su edad en el caso de los niños; y tercero, porque las políticas de los servicios precisamente deben enfocarse a hacer una atención más oportuna y temprana para alcanzar la verdadera

in the dental office, or from the pain caused by therapeutic procedures, especially when they have oral conditions already identified. On the other hand, institutions and health professionals “disqualify” children by their young age to receive dental care, in order to avoid confrontations with the behaviors of kids and because it takes more consultation time, not meeting the institutional policies on professional productivity.

This is one of the biggest obstacles and must be beaten with sufficient information, education, and communication on the importance of timely care, and with the resources available to dentistry to provide friendly and welcoming care services in order to decrease the child’s tensions as much as possible. While one of our positive findings is that every day more mothers (both community and biological) have a positive appraisal of the importance of children’s oral health, this obstacle impedes demanding care, i.e., mothers are interested and concerned for children’s oral health, but in many cases they do not seek services. This finding has been common in other studies related to this population or the school-age population.<sup>16-18</sup> Also, the institution that houses children should contribute to overcome this barrier by re-considering the oral bill of health as a requirement, not as an administrative formality, but as an opportunity for children to receive the service they actually need.

In terms of health personnel and institutional policies, which usually discourage mother’s demands, this obstacle implies legal, ethical, and political considerations. First, because current legislation clearly states the obligation of caring for children;<sup>3</sup> second, because professional ethics calls for non-discrimination of users by any condition and much less by their age in the case of children; and third, because service-related policies should focus on more timely and early care to achieve true

prevención, y con ello garantizar el derecho a la salud de los usuarios de los servicios.<sup>19-21</sup>

- Barreras organizacionales y geográficas

Fue evidente que barreras como la oportunidad de la cita, la continuidad de la atención y la calidad de la misma, así como los horarios y la ubicación de los sitios de atención, constituyen barreras, menos sobresalientes pero reales, según los relatos de las madres. Este tipo de barreras, que dependen más de decisiones administrativas, es frecuente encontrarlas en estudios específicos de atención odontológica.<sup>22-24</sup>

Barreras que reiteradamente han sido señaladas porque constituyen un acto de incumplimiento a lo que se dispone legalmente, y en las que bastaría que los organismos de control obraran consecuentemente. Por otro lado, desde el punto de vista organizacional, sería una excelente oportunidad que la Institución que acoge a los niños capacitara a las madres comunitarias en la identificación de alertas tempranas de problemas bucales en los niños, haciendo parte activa de la cadena de vigilancia enmarcada en el concepto de que la atención primaria puede desarrollarse en primera instancia a nivel comunitario.<sup>25</sup>

En conclusión puede decirse que el acceso de los niños y niñas, menores de seis años, a la consulta odontológica, preventiva o curativa, todavía dista de tener la cobertura deseada y coincide con otros estudios de esta misma temática. Muchos niños de los estratos bajos, principalmente, encuentran múltiples barreras para acceder a este servicio e inclusive el aseguramiento en sí mismo no les garantiza el acceso, como lo muestra este estudio. Sin duda las barreras más frecuentes son las de tipo económico, originadas en las carencias familiares o en el modo de organización de los servicios, pero se imponen también barreras de tipo cultural y organizacional, como lo evidencian las respuestas de las madres.

Estos resultados no distan significativamente de otros estudios sobre la accesibilidad en otros grupos sociales y de edad. Sin duda, el acceso a la salud en Colombia tiene una clara tendencia a la inequidad,

prevention and thereby guarantee the right to health of services users.<sup>19-21</sup>

- Organizational and geographical obstacles

It was evident that barriers such as the opportunity to book an appointment, the continuity and quality of services, as well as schedules and the location of health centers, are less outstanding but real obstacles, according to the mothers' narratives. This type of barriers, that usually depend on administrative decisions, are often found in specific studies on dental care.<sup>22-24</sup>

These obstacles have repeatedly been noted because they indicate non-compliance with official regulations, and to overcome them it would be enough for control agencies to act consistently. On the other hand, from the organizational perspective, it would be an excellent opportunity for the institution that houses children to train community mothers in identifying early signs of oral problems in children, actively participating as observers, which, according to primary care, may be the first step at the community level.<sup>25</sup>

In conclusion, we may say that children under the age of six accessing dental consultations of preventive or curative nature is still far from being ideal—agreeing with other studies on the same topic—. Many children of the lower strata mainly face multiple barriers to access this service, and even health insurance itself does not guarantee access, as shown in this study. No doubt the most frequent barriers are of economic type, and originate in families' scarce resources or in the way services are organized, but there are also cultural and organizational obstacles, as evidenced by the mothers' responses.

These findings are not significantly different from those of other studies on accessibility among other social populations and age groups. Indeed, access to health in Colombia has a clear tendency to inequality,

pues a las barreras aquí identificadas se suman la lógica de mercado (acceso para quien tenga capacidad de pago) en la organización de los servicios, diluyéndose cada vez más la idea de salud como un derecho fundamental progresivo.<sup>26, 27</sup>

## CORRESPONDENCIA

Cielo Astrid Quintero Valencia

Teléfono: (57-4) 571 01 71

Medellín, Colombia

Correo electrónico: [cieloa@msn.com](mailto:cieloa@msn.com), [cieloa@gmail.com](mailto:cieloa@gmail.com)

because the barriers identified in this study are aggravated by the logic of market (access is granted to anyone with purchasing capacity) within the organization of services, so that the idea of health as a fundamental progressive right is constantly fading.<sup>26,27</sup>

## CORRESPONDING AUTHOR

Cielo Astrid Quintero Valencia

Phone: (57-4) 571 01 71

Medellin, Colombia

Email: [cieloa@msn.com](mailto:cieloa@msn.com), [cieloa@gmail.com](mailto:cieloa@gmail.com)

## REFERENCIAS / REFERENCES

1. Aday, LA; Andersen R. Exploring dimension of access to medical care. *Health Serv Res* 1983; 18(1): 49-74.
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá: El Ministerio; 2005.
3. Colombia. Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la infancia y la adolescencia. Bogotá: El Congreso; 2006.
4. Noro LR, Roncalli AG, Mendes FI, Lima KC. Use of dental care by children and associated factors in Sobral, Ceara State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(7): 1509-1516.
5. Medina-Solis CE, Maupome G, del Socorro HM, Perez-Nunez R, Ávila-Burgos L, Lamadrid-Figueroa H. Dental health services utilization and associated factors in children 6 to 12 years old in a low-income country. *J Public Health Dent* 2008; 68(1): 39-45.
6. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(3): 161-169.
7. Ramírez BS, Escobar G, Franco AM, Martínez MC, Gómez L. Caries de la infancia temprana en niños de uno a cinco años. Medellín, Colombia, 2008. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2011; 22(2): 164-172.
8. Gillcrist JA, Brumley DE, Blackford JU. Community socioeconomic status and children's dental health. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(2): 216-222.
9. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(5): 1550-1556.
10. Aday L, Begley C, Lairson, Slater C. Evaluating the medical care system: effectiveness, efficiency, and equity. Ann Arbor: Health Administration Press; 1993.
11. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud Púb Méx* 1985; 27(5): 438-453.
12. Bonanato K, Pordeus IA, Moura-Leite FR, Ramos-Jorge ML, Vale MP, Paiva SM. Oral disease and social class in a random sample of five-year-old preschool children in a Brazilian city. *Oral Health Prev Dent* 2010; 8(2): 125-132.
13. Eckersley AJ, Blinkhorn FA. Dental attendance and dental health behaviour in children from deprived and non-deprived areas of Salford, north-west England. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11(2):103-109.
14. Sohn W, Ismail A, Amaya A, Lepkowski J. Determinants of dental care visits among low-income African-American children. *J Am Dent Assoc* 2007; 138(3): 309-318.
15. Aida J, Ando Y, Oosaka M, Niimi K, Morita M. Contributions of social context to inequality in dental

- caries: a multilevel analysis of Japanese 3-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36(2): 49-156.
16. Medina-Solis C, Maupomé G, Ávila-Burgos L, Hajar-Medina M, Segovia A, Pérez-Núñez R. Factors influencing the use of dental health services by preschool children in Mexico. *Pediatr Dent* 2006; 28: 285-292.
  17. Siegal MD, Marx ML, Cole SL. Parent or caregiver, staff, and dentist perspectives, on access to dental care issues for head start children in Ohio. *Am J Public Health* 2005; 95: 1532-1538.
  18. Mouradian WE, Huebner CE, Ramos-Gómez F, Slavkin HC. Beyond access: the role of family and community in children's oral health. *J Dent Educ* 2007; 71(5): 619-631.
  19. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2002; 1(3): 76-94.
  20. Vega R. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2002; 1(2): 49-65.
  21. Observatorio Seguridad Social. Grupo de Economía de la Salud. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. Medellín: Observatorio Seguridad Social; 2005.
  22. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer L de A, Cardoso L, Feldens CA. Use of dental services by preschool children in Canela, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(1): 150-156.
  23. Franco AM, Santamaría A, Kurzer E, Castro L, Giraldo M. El menor de seis años: situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Rev CES Odont* 2004; 17(1): 19-29.
  24. Franco-Cortés AM, Ramírez-Puerta BS, Escobar-Paucar G, Isaac-Millán M, Londoño-Marín PA. Barreras de acceso a los servicios odontológicos de niños y niñas menores de 6 años pertenecientes a familias desplazadas. Medellín. *Rev CES Odont* 2010; 23(2): 41-48.
  25. Vega-Romero R, Acosta-Ramírez N, Mosquera-Méndez P, Restrepo-Vélez O. Atención primaria integral de salud. Bogotá: Alcaldía Mayor; 2009.
  26. Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública* 2007; 9(1): 26-38.
  27. Rubio-Mendoza, ML. Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. *Rev Salud Pública* 2008; 10 Supl 1: 29-43.