



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
**MINISTERIO DE SALUD**



**CENTRO NACIONAL  
DE CONSULTORÍA - CNC**

**III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL - ENSAB III  
II ESTUDIO NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO DE  
ENFERMEDADES CRONICAS - ENFREC II**

**TOMO VII:  
ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL**

Colombia, 1999

República de Colombia

Ministerio de Salud

Dirección General de Promoción y Prevención

III Estudio Nacional de Salud Bucal y II Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas

Primera edición 1999

ISBN Obra Completa 8011-58-2

ISBN Módulo VII 8011-65-5

Queda hecho el depósito legal

Revisión

Oficina de Comunicación

Minsalud

Inpresos en Colombia

Printed in Colombia.

**III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL - ENSAB III  
II ESTUDIO NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO DE  
ENFERMEDADES CRÓNICAS - ENFREC II**

**VIRGILIO GALVIS RAMIREZ\***

Ministro de Salud

**CARLOS PAREDES GOMEZ\*\***

Viceministro de Salud (E)

**ALFREDO VALENCIA CASTILLO**

Secretario General

**MARGARITA RONDEROS TORRES\*\*\***

Directora General de Promoción y Prevención

**ELIZABETH SUAREZ ZUÑIGA**

Jefe Programa Salud Bucal

**DIRECCION GENERAL DE LA ENCUESTA**

MARIA MARGARITA RONDEROS TORRES

ELIZABETH SUAREZ ZUÑIGA

LUIS CARLOS GOMEZ SERRANO

FRANCISCO PEREIRA RODRIGUEZ

**DIRECCIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA ENSAB III**

ANGELA MARIA FRANCO CORTES

**COORDINACIÓN OPERATIVA ENSAB III**

SANDRA TOVAR VALENCIA

**COORDINACIÓN OPERATIVA ENFREC II**

ROSA MARGARITA DURÁN SABOGAL

**ENTIDAD EJECUTORA**

CENTRO NACIONAL DE CONSULTORÍA

**DOCUMENTO PREPARADO POR:**

ANGELA MARIA FRANCO CORTES, OD, Mes

ELIZABETH SUAREZ ZUÑIGA, OD, MAS

SANDRA TOVAR VALENCIA, OD, Es

SOFIA JACOME LIEVANO, OD, MsEs

JAIME ALBERTO RUIZ CARRIZOSA, OD, Es

**EDICION GENERAL**

MARIA MARGARITA RONDEROS TORRES

MARCELA BEATRIZ VALENCIA SUESCUN

\*MARIA TERESA FORERO DE SAADE, Ministra de Salud 1995 a 1998

\*\*IVAN MORENO ROJAS, Viceministro de Salud 1995 a 1997

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA, Viceministro de Salud 1998

JUAN PABLO URIBE RESTREPO, Viceministro de Salud 1999

\*\*\*ANGELA C. GONZALEZ, Directora General de Promoción y Prevención 1996 a 1998

## **INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

MINISTERIO DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE CONSULTORIA C.N.C.  
SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACION S.E.I.

## **INSTITUCIONES COLABORADORAS**

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES.  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADISTICA DANE.  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION DNP.  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD INS.  
SERVICIOS SECCIONALES DE SALUD.  
CENTRO COLABORADOR DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, SAN ANTONIO, TEXAS.

## **ASESORES NACIONALES**

HERNANDO MOLINA SALDARRIAGA  
RAUL JIMENEZ GOMEZ  
MARCO AURELIO PARDO SILVA  
JUAN CARLOS NAVARRO GONZALEZ  
BLANCA CECILIA NIEVA REYES  
SOFIA JACOME LIEVANO  
MARTA FONSECA CHAPARRO  
HERNAN SANCHEZ

## **ASESORES INTERNACIONALES**

TOMAS MARTHALER  
HERSHELL HOROWITZ  
RAMON BAEZ  
EUGENIO BELTRAN

## **III ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL - ENSAB III II ESTUDIO NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS - ENFREC II**

**Personal con responsabilidad principal en las  
diferentes fases**

### **PLANEACIÓN**

#### **Responsables**

MARGARITA RONDEROS TORRES  
LUIS CARLOS GOMEZ SERRANO  
RAFAEL ARENAS MANTILLA  
ROSA MARGARITA DURAN SABOGAL  
ELIZABETH SUAREZ ZÚÑIGA  
ANGELA MARÍA FRANCO CORTES  
SANDRA TOVAR VALENCIA

### **MUESTRA MAESTRA**

#### **Diseño**

LUIS CARLOS GÓMEZ SERRANO  
LEONEL CASTILLO BEJARANO

#### **Selección**

MIGUEL ANGEL LEÓN RONDÓN  
MARÍA EUGENIA MURCIA RODRÍGUEZ

#### **Procedimientos de estimación**

LUIS CARLOS GÓMEZ SERRANO  
MIGUEL ANGEL LEÓN RONDÓN

#### **Alfredos Ramos Vargas**

ALFREDO RAMOS VARGAS

#### **Cálculo errores de muestreo**

ALFREDO RAMOS VARGAS

### **CAPACITACION**

ROSA MARGARITA DURAN SABOGAL  
SANDRA TOVAR VALENCIA  
ANGELA MARÍA FRANCO CORTES  
FRANCISCO PEREIRA RODRÍGUEZ  
MARÍA CRISTINA ROJAS DE BOTERO  
ALFREDO RAMOS VARGAS  
MARY TRINI NIÑO MONTENEGRO

**RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**  
**Centro Nacional de Consultoría CNC**

**Coordinación Nacional**

FRANCISCO PEREIRA RODRÍGUEZ

**Supervisión Nacional**

FRANCISCO PEREIRA RODRÍGUEZ

MARÍA CRISTINA ROJAS DE BOTERO

**Supervisión Regional**

MARY TRINI NIÑO MONTENEGRO

ANDREA LEMOINE GARZÓN

BINFI CONSUEGRA PONCE

FERNANDO PEREIRA RODRÍGUEZ

MARTA GALLO ISAZA

PERSONAL DE CAMPO – CNC

ODONTOLOGOS SUPERVISORES Y EXAMINADORES

**PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**  
**Centro Nacional de Consultoría CNC**

CLAUDIA MARTÍNEZ BARRETO

ROBERTO MEJÍA BOSSA

GLADYS VARGAS MOLINA

MARTA RUIZ SALGADO

CARLOS HERRERA GUTIERREZ

MARYORE CARDONA RAMÍREZ

**INTERVENTORÍA**  
**Sistemas Especializados de Información**

RAFAEL ARENAS MANTILLA

YAMILED PALACIOS BASTO

MIGUEL ANGEL LEÓN RONDÓN

MARÍA EUGENIA MURCIA RODRÍGUEZ

MAGDA PACHÓN RODRÍGUEZ

CARMEN DORA BERNAL CHAPARRO

ANA MARÍA BRAVO TORRES

ODONTÓLOGOS INTERVENTORES

## **PARTICIPACIÓN ESPECIAL**

### **PLANEACIÓN**

NESTOR IVAN MORENO ROJAS  
JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA

### **CALIBRACIÓN DE ODONTÓLOGOS**

ANGELA MARÍA FRANCO CORTES  
RAÚL JIMÉNEZ GÓMEZ  
MARCO AURELIO PARDO SILVA  
JUAN CARLOS NAVARRO GONZÁLEZ  
ANDRÉS DUQUE DUQUE  
THOMAS MARTHALER  
HERSHELL HOROWITZ  
RAMÓN BAEZ  
EUGENIO BELTRAN  
SANDRA TOVAR VALENCIA  
ELIZABETH SUAREZ ZÚÑIGA  
ADRIANA MARÍA URIBE CABAL  
CLAUDIA SERRANO SERRANO

### **RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**Coordinación Odontológica**  
JAIME ALBERTO RUIZ CARRIZOSA

**Odontólogos Supervisores**  
NUBIA SUAREZ MONTES  
CLAUDIA ROSSO CUJIÑO  
ALEJANDRA CAMELO GRANADOS  
AGUSTIN JARAMILLO GIRALDO

**Odontólogos Examinadores**  
SANDRA CASTRO LUQUE  
OSWALDO ROMERO CALDERON  
ADRIANA PEÑA PEÑA  
OLGA TOVAR VALENCIA  
SANDRA BOJACA ALBA  
CLAUDIA ROMO BLANCO  
SANDRO ROMERO ROMERO  
CAROLINA HEREDIA MACHADO  
LUZ DARY ESCOBAR VELASQUEZ  
ERIKA GRISALES RAMIREZ  
RAQUEL JIMÉNEZ LEÓN  
LORENA ROSAS INFANTE  
ERIKA RUIZ HERNANDEZ

PILAR TALERO CRUZ  
GLORIA SIERRA RAMIREZ  
GISELA BROCHERO ALVAREZ  
PATRICIA DÍAZ MORENO  
JOHANA GÓMEZ

**Odontólogos Interventores**

FRANCY PERDOMO ALARCÓN  
ROCIO ARENAS PULIDO  
SANDRA TOVAR VALENCIA

**ANÁLISIS DE SISTEMAS Y PROGRAMACIÓN**

MAGDA PACHÓN RODRÍGUEZ  
CARLOS RUEDA RAMÍREZ

**APOYO ESTADÍSTICO**

MIGUEL ANGEL LEÓN RONDÓN  
ALFREDO RAMOS VARGAS

**DIAGRAMACIÓN**

SONIA MEJÍA ACOSTA  
ELBA MARÍA BERMUDEZ QUINTERO



## PRESENTACION

Es para el Ministerio de Salud motivo de gran orgullo entregar al país y en particular a las entidades de salud públicas y privadas y a la comunidad científica el TERCER ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL Y EL SEGUNDO ESTUDIO NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CRONICAS, que se planificaron y diseñaron entre 1997 y 1998. La información se recolectó en el segundo semestre de 1998 y el análisis finalizó en el primer semestre de 1999.

Estos dos estudios dan continuidad a los esfuerzos anteriores del país por conocer de una manera sistemática los problemas de importancia en salud pública y sus factores de riesgo en muestras representativas de la población colombiana. En el caso de la salud bucal existe el antecedente del Estudio de Morbilidad Oral que adelantó entre 1965-1966 el Ministerio de Salud y ASCOFAME y el Estudio Nacional de Salud de 1977-1980 desarrollado por el Instituto Nacional de Salud, el cual incluyó un componente de morbilidad oral. Los factores de riesgo para las enfermedades crónicas se estudiaron de manera comprensiva por primera vez en la “Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes” adelantada por el Instituto del Seguro Social, PROFAMILIA y el Instituto Nacional de Cancerología en 1993.

Las enfermedades de los dientes y tejidos de sostén, representan la primera causa de morbilidad entre los niños de 5 a 14 años y se encuentra entre las diez primeras causas de consulta en las instituciones de salud de la población general. El país ha dedicado grandes esfuerzos a mejorar la salud oral mediante la fluorización regular de la sal para consumo humano, además desde el sector salud se ha venido promoviendo la fluorización tópica en los niños escolares, la educación sobre el adecuado cepillado dental y la importancia de la salud bucal. Por ello es de gran importancia conocer el estado de la salud bucal y verificar el impacto de estas medidas en la población.

El índice de dientes cariados, perdidos y obturados con respecto al total de dientes, (CPO) permite establecer las condiciones de salud bucal de una población. De manera muy positiva este estudio revela que el país ha superado ya la meta de índice CPO a los 12 años propuesta por la OMS para el año 2000. Es preocupante, sin embargo constatar que el acceso a los servicios odontológicos si bien ha mostrado mejorías en los niños y los jóvenes en estos últimos años, dista mucho de ser universal, en particular en la población mayor de 35 años y de zona rural en quienes la salud bucal se ha deteriorado con respecto a 1980.

En materia de situación de salud, el país se encuentra atravesando la denominada transición, en una fase intermedia de la misma, con predominio claro de las enfermedades crónicas y degenerativas, seguidas por las lesiones, sobre las enfermedades transmisibles, las deficiencias nutricionales y las enfermedades del grupo materno-infantil. Es necesario conocer la distribución y tendencia de sus factores de riesgo, los comportamientos preventivos y los conocimientos que la población tiene de ellos, para

incidir de manera efectiva sobre enfermedades como el cáncer y las cardio-cerebro-vasculares. Esta encuesta brinda amplia información sobre la materia.

Es alentador observar como, según lo ha documentado esta y otras encuestas, la prevalencia de tabaquismo ha venido disminuyendo paulatinamente, a expensas del menor consumo de tabaco entre la población más joven. En este estudio se observa una evidente asociación entre el máximo nivel educativo alcanzado y la prevalencia de tabaquismo. La prevalencia es mucho mayor en personas que no tienen ningún nivel de educación o primaria incompleta, frente a aquellas con secundaria completa o estudios superiores. Es un reto importante para el sector salud, llevarle el mensaje a quienes no han tenido acceso a la educación y se plantea un problema de asimetrías sociales en el acceso y comprensión de la información que permite tomar decisiones en la protección de la propia salud.

Este estudio midió los niveles de Colesterol y glicemia y otros factores de riesgo cardiovascular. Es sorprendente la magnitud de la población expuesta a la conjugación de factores como el sedentarismo, el tabaquismo y altos niveles de Colesterol, así como el desconocimiento por parte del 60% de los diabéticos detectados que padecían esta enfermedad. El sector salud se enfrenta a la tarea urgente de adelantar un plan estratégico en materia de educación a la población para que adquiera comportamientos protectores del sistema cardiovascular y en materia de servicios para que estos detecten de manera oportuna la presencia de enfermedad hipertensiva, Diabetes y dislipidemias, de tal forma que puedan afectarlas positivamente cuando aún no se han producido daños severos.

Desde 1990, Colombia inició un esfuerzo importante para mejorar las coberturas de uso de la citología cervico-uterina y de esta manera reducir la incidencia de cáncer de cuello uterino, que es causa principal de enfermedad y muerte en las mujeres. El uso de la citología se incrementó de manera estadísticamente significativa entre 1993 y 1998, alcanzando un 83% de mujeres mayores de 30 años que se la han practicado y de estas el 86% en los últimos tres años. Resta por trabajar de manera mas intensa en ese 17% de mujeres en edad media, que nunca han accedido a la citología y que se caracterizan por no tener ninguna educación o primaria incompleta, habitar en pequeños municipios de la región atlántica y de los Santanderes y no estar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En esta encuesta, se indagó sobre algunos factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de cardiopatía congénita. Al respecto llama la atención la alta proporción de consumo de medicamentos durante la gestación, además del alto porcentaje de mujeres (95.6%) que refieren que el medicamento consumido fue prescrito por personal médico. Esta situación hace necesario que el país adelante esfuerzos por mejorar la calidad del control prenatal y optimice la formación del recurso humano para la prestación de estos servicios.

Es deseable que el país continúe con este monitoreo regular con periodicidad y con metodología y marcos muestrales que permitan la comparación entre los diferentes puntos de medición, para orientar las políticas y la acción y para evaluar lo hecho.

El Ministerio de Salud espera que estas publicaciones sean de la mayor difusión y conocimiento y que su información les sirva de base en la toma de decisiones a las diferentes instituciones y organizaciones que hoy en Colombia tienen una responsabilidad en la salud y la educación.

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	23
LA MUESTRA DE POBLACIÓN .....	27
1. Aspectos generales del diseño .....	27
2. Tipo de Muestra .....	28
3. Procedimientos de Estimación.....	28
4. Muestra Diseñada y Muestra Encuestada .....	29
5. Variables independientes de clasificación rutinaria .....	30
6. Errores de Muestreo de los Resultados .....	31
PARTE I.....	34
REPRESENTACIONES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL .....	34
I. ANTECEDENTES .....	34
II. MATERIALES Y MÉTODOS .....	36
2.1. COMPONENTES DE LA ENCUESTA.....	36
2.1.2. Demanda de Servicios .....	37
2.2. Prueba Piloto.....	37
2.3. CAPACITACIÓN DE ENCUESTADORES .....	37
2.4. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	37
2.5.1. Crítica manual.....	38
2.5.2. Grabación .....	38
2.5.3. Depuración de la Información.....	38
2.5.4. Análisis de la información .....	38
2.6. Interventoría.....	39
III. RESULTADOS .....	40
3.1. REPRESENTACIONES SOCIALES EN SALUD BUCAL.....	40
3.2. PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL .....	45
3.3. CUIDADO BUCAL DE LOS NIÑOS.....	50
3.4. DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BUCAL .....	54
IV. DISCUSIÓN .....	64
4.1. REPRESENTACIONES SOCIALES Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL .....	64
4.2. CUIDADO BUCAL DE LOS NIÑOS.....	65
4.3 DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD BUCAL .....	65
PARTE II.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
MORBILIDAD BUCAL .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
I. ANTECEDENTES .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
II. MATERIALES Y MÉTODOS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.1. COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN CLINICA.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.1.1. Estado de la dentición y las necesidades de tratamiento .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.1.2. Fluorosis dental .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.1.3. El Estado periodontal y las necesidades de tratamiento.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.1.4. Presencia de placa blanda .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.1.5. Presencia y necesidad de prótesis.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.1.6. Estado de la mucosa oral .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

2.1.7. Estado de la oclusión .....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.8. Labio y paladar fisurado .....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.9. Estado de la articulación temporomandibular .....	¡Error! Marcador no definido.
2.2. PRUEBA PILOTO .....	¡Error! Marcador no definido.
2.3. CALIBRACIÓN DE EXAMINADORES Y SUPERVISORES .....	¡Error! Marcador no definido.
2.4. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>2.5. CRÍTICA Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.5.1. Crítica manual.....	¡Error! Marcador no definido.
2.5.2. Grabación .....	¡Error! Marcador no definido.
2.5.3. Depuración de la información.....	¡Error! Marcador no definido.
2.5.4. Análisis de la información.....	¡Error! Marcador no definido.
2.6. INTERVENTORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
<b>III. RESULTADOS .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.1. PLACA BLANDA .....	¡Error! Marcador no definido.
3.2. CARIES DENTAL.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.1. Estado de la dentición primaria .....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.2. Estado de la dentición permanente .....	¡Error! Marcador no definido.
3.3. ENFERMEDAD PERIODONTAL .....	¡Error! Marcador no definido.
3.3.1. Extensión y severidad de la pérdida de inserción periodontal .....	¡Error! Marcador no definido.
3.3.2. Necesidades de tratamiento periodontal.....	¡Error! Marcador no definido.
3.4. FLUOROSIS DENTAL .....	¡Error! Marcador no definido.
3.4.1. Fluorosis según tipo de diente.....	¡Error! Marcador no definido.
3.5. ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR .....	¡Error! Marcador no definido.
3.5.1. Índice anamnésico de Helkimo.....	¡Error! Marcador no definido.
3.5.2. Evaluación clínica de ATM .....	¡Error! Marcador no definido.
3.6. MUCOSA ORAL.....	¡Error! Marcador no definido.
3.7. OCLUSIÓN Y ANOMALÍAS DENTOFACIALES.....	¡Error! Marcador no definido.
3.7.1. Apiñamiento.....	¡Error! Marcador no definido.
3.7.2. Espacios .....	¡Error! Marcador no definido.
3.7.3. Sobremordida horizontal y vertical .....	¡Error! Marcador no definido.
3.7.4. Mordida cruzada anterior y posterior.....	¡Error! Marcador no definido.
3.7.5. Mordida abierta anterior y posterior.....	¡Error! Marcador no definido.
3.7.6. Mordida en tijera .....	¡Error! Marcador no definido.
3.7.7. Mordida borde a borde .....	¡Error! Marcador no definido.
3.7.8. Labio y paladar fisurado .....	¡Error! Marcador no definido.
3.8. Prótesis .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>IV. DISCUSIÓN .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

---

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Muestra diseñada - muestra encuestada. Colombia, 1998.....	29
Cuadro 2. Clasificación de las unidades primarias de muestreo según DNP.....	30
Cuadro 3. Representaciones sociales respecto a “ que es tener una boca sana”. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998. ....	41
Cuadro 4. Representaciones sociales respecto a la causa de la caries dental. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998.....	42
Cuadro 5. Representaciones sociales respecto a las causas del sangrado o inflamación de la encía. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	42
Cuadro 6. Creencias y prácticas en salud bucal. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	43
Cuadro 7. Creencias y prácticas en salud bucal. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	44
Cuadro 8. Creencias y prácticas en salud bucal. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998.....	45
Cuadro 9. Personas o medios de quienes se recibe enseñanza sobre el cuidado de la boca. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	46
Cuadro 10. Elementos utilizados para la limpieza de los dientes. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998.....	47
Cuadro 11. Razones por las cuales no se usa la seda dental. Población de 12 a 69 años que no usa la seda. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	47
Cuadro 12. Prácticas realizadas ante el dolor de muela o diente. Población de 12 a 69 años que alguna vez ha sentido dolor de muela. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	49
Cuadro 13. Conocimientos y creencias respecto al cuidado bucal de los niños. Mujeres entre 18 y 69 años que tiene niños a su cuidado. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	50

Cuadro 14. Conocimientos y creencias respecto al cuidado bucal de los niños. Mujeres entre 18 y 69 años que tiene niños a su cuidado. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia,1998 .....	51
Cuadro 15. Conocimientos y creencias respecto al cuidado bucal de los niños. Mujeres entre 18 y 69 años que tiene niños a su cuidado. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia,1998 .....	51
Cuadro 16. Prácticas para el cuidado de la boca y dientes de los niños. Mujeres entre 18 y 69 años que tiene niños a su cuidado. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998.....	52
Cuadro 17. Lugar donde el(la) niño(a), recibió flúor la última vez. Mujeres entre 18 y 69 años que tiene niños a su cuidado. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	54
Cuadro 18. Población de 12 a 69 años que tuvo problemas bucales en el último mes. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	55
Cuadro 19. Demanda de servicios de salud bucal. Población de 12 a 69 años que presentó problemas bucales en el mes anterior a la encuesta. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	56
Cuadro 20. Demanda de servicios en salud bucal. Población de 12 a 69 años que presentó problemas bucales en le mes anterior a la encuesta. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998 .....	57
Cuadro 21. Motivo por el cual consultó al odontólogo por última vez. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998.....	59
Cuadro 22. Sitio donde tuvo lugar la última consulta al odontólogo. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998.....	60
Cuadro 23. Actividades realizadas en la última consulta al odontólogo. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998.....	61
Cuadro 24. Población a la cual se le dejó de suministrar los servicios de atención odontológica durante el año anterior al estudio, cuando lo solicito. Población de 12 a 69 años que solicitó servicios en el último año. Colombia, 1998 .....	62
Cuadro 25. Metas mundiales para el año 2000. OMS.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Cuadro 26. Prevalencia de caries según edad, datos comparativos. Colombia, 1965-66 y 1977-80 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Cuadro 27. Índice CPO-D según edad, datos comparativos. Colombia, 1965-66 y 1977-80 .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

Cuadro 28. Presencia de marcadores periodontales, según países por años .....**¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 29. Prevalencia de periodontopatías según edad, datos comparativos. Colombia, 1965-66 y 1977-80 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 30. Índice periodontal, datos comparativos. Colombia, 1965-66 y 1977-80 ...**¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 31. Índice de Placa Blanda y Proporción de personas con placa según edad. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 32. Nivel de remoción de placa, según diversas características. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 33. Historia y prevalencia de caries en la dentición primaria. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 34. Historia y prevalencia de caries en la dentición primaria en niños de 5 años. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 35. Estado de la dentición primaria, ceo-d y sus componentes. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 36. Índice ceo-d y sus componentes, niños de 5 años. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 37. Historia y prevalencia de caries en dentición permanente, según edad y sexo. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 38. Historia y prevalencia de caries en dentición permanente, según diferentes variables. Colombia, 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 39. Índice CPO-D y sus componentes en niños de 5, 6, 7 y 12 años. Colombia, 1998. .... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 40. Índice CPO-D y sus componentes, niños de 12 años, según diferentes variables. Colombia, 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 41. Índice CPO-D y sus componentes según edad. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 42. Índice CPO D y sus componentes según diferentes variables. Todas las edades. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 43. Estado de la raíz en personas de 35 años y más. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**



- Cuadro 44. Extensión y severidad de la pérdida de inserción periodontal, según edad, sexo y zona. Colombia, 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 45. Extensión y severidad de la pérdida de inserción periodontal. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 46. Índice específico de extensión y severidad de la pérdida de inserción periodontal. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 47. Índice específico de extensión y severidad, según diferentes variables. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 48. Prevalencia de marcadores periodontales, según diferentes variables. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 49. Promedio de sextantes con marcadores periodontales, según edad. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 50. Necesidad de tratamiento periodontal, según edad. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 51. Necesidad de tratamiento periodontal, según diversas variables. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 52. Prevalencia de fluorosis en niños y adolescentes en dentición permanente. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 53. Prevalencia de flúor en niños y adolescentes según región. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 54. Prevalencia de fluorosis según tipo de diente. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 55. Índice anamnésico de Helkimo, según diversas variables. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 56. Prevalencia de disfunción temporomandibular, según diversas variables. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 57. Prevalencia de patologías de tejidos blandos según diversas variables. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 58. Presencia de apiñamiento según maxilar y edad. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 59. Presencia de espacios según maxilar y edad. Colombia, 1998.....**¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 60 Prevalencia de anomalías de la oclusión. Colombia, 1998; **Error! Marcador no definido.**

Cuadro 61 Presencia y necesidad de prótesis, según maxilar y edad. Colombia, 1998.  
..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 62 Tipo de prótesis presente, según maxilar, edad y tipo de afiliación. Colombia, 1998  
..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 63 Estado de la prótesis según maxilar, edad y tipo de afiliación. Colombia, 1998  
..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 64 Necesidad de elaboración de prótesis, según maxilar, edad y tipo de afiliación. Colombia, 1998  
..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 65 Calibración interexaminador en adultos. Colombia, 1998; **Error! Marcador no definido.**

Cuadro 66 Calibración intraexaminador en adultos. Colombia, 1998; **Error! Marcador no definido.**

Cuadro 67 Calibración interexaminador en niños. Colombia, 1998; **Error! Marcador no definido.**

Cuadro 68 Calibración intraexaminador en niños. Colombia, 1998; **Error! Marcador no definido.**

Cuadro 69 Índice de Placa Blanda y proporción de personas con placa. Colombia, 1998  
..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 70 Estado de la dentición primaria, ceo y sus componentes según edad. Datos comparativos Colombia 1977-80 / 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 71 Historia de caries en dentición permanente, según edad. Datos comparativos. Colombia, 1977-80 / 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 72 Índice CPO-D y sus componentes según edad. Datos comparativos. Colombia, 1977-80 / 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 73 Índice CPO-D y sus componentes según regiones. Datos comparativos. Colombia, 1977 - 80 / 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 74 Necesidad de tratamiento en la dentición primaria según edad. Colombia, 1998  
..... **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 75 Necesidad de tratamiento en dentición primaria según diversas variables. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

- Cuadro 76 CPO-D y sus componentes en personas de 15 a 19 años, según diversas variables. Colombia, 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 77 CPO-D y sus componentes en personas de 20 a 34 años, según diversas variables. Colombia, 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 78 CPO-D y sus componentes en personas de 35 a 44 años, según diversas variables. Colombia, 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 79 CPO-D y sus componentes en personas de 55 años y más según diversas variables. Colombia, 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 80 Necesidad de tratamiento en dentición permanente según edad. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 81 Necesidad de tratamiento en dentición permanentes según diversas variables. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 82 Fluorosis en dientes 11 y 21 según edad y región. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 83 Fluorosis en dientes 12 y 22 según edad y región. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 84 Fluorosis en dientes 13 y 23 según edad y región. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 85 Fluorosis en dientes 15 y 25 según edad y región. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**
- Cuadro 87 Errores de muestreo y efectos del diseño. Colombia. 1998;**¡Error! Marcador no definido.**

## LISTA DE GRAFICOS

- Gráfico 1. Clasificación del nivel clínico de remoción de placa según resultado del Índice de Placa Blanda. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 2. Historia y prevalencia de caries en dentición primaria, según edad. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 3. Historia y prevalencia de caries en dentición primaria en niños de 5 años según subregiones. Colombia, 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 4. Historia y prevalencia de caries en dentición primaria en niños de 5 años según regiones. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 5. Proporción de dientes primarios sanos, cariados, obturados y con extracción indicada, en niños de 5 años. Colombia, 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 6. Necesidades de tratamiento en dentición primaria. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 7. Necesidad de tratamiento en dentición primaria según tipo de afiliación. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 8. Historia y prevalencia de caries en la dentición permanente, según subregiones. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 9. Historia y prevalencia de caries en la dentición permanente, por regiones. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 10. Distribución porcentual de los dientes según historia de caries en personas de 15 a 19 años. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 11. Distribución porcentual de los dientes según historia de caries en personas de 20 a 34 años. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 12. Distribución porcentual de los dientes según historia de caries en personas de 35 a 44 años. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 13. Distribución porcentual de los dientes según historia de caries en personas de 55 años y más. Colombia, 1998..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 14. Necesidad de tratamiento en la dentición permanente, según edad. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
- Gráfico 15. Necesidad de tratamiento en la dentición permanente, según tipo de afiliación. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 16. Extensión de la pérdida de inserción periodontal, según tipo de afiliación. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfica 17. Severidad de la pérdida de inserción periodontal, según tipo de afiliación. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 18. Prevalencia de marcadores periodontales, según edad. Colombia, 1998 -**¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 19. Necesidad de tratamiento periodontal, según tipo de afiliación. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 20. Prevalencia de fluorosis en niños y adolescentes en dentición permanente. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 21. Fluorosis en dientes permanentes en niños de 6, 7 y 12 años por tipo de diente. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 22. Fluorosis en dientes permanentes en adolescentes por tipo de diente. Colombia, 1998 ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 23. Prevalencia de patologías en tejidos blandos. Colombia, 1998.....**¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 24. Presencia de anomalías de la Oclusión según edad. Colombia, 1998 .....**¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 25 Distribución porcentual de los dientes según historia de caries en niños de 12 años. Datos comparativos. Colombia 1977-80 / 1998... **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 26 Distribución porcentual de los dientes según historia de caries en personas de 15 a 19 años. Datos comparativos. Colombia, 1977-80 / 1998;**¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 27 Distribución porcentual de los dientes según la historia de caries en personas de 20 a 34 años. Datos comparativos. Colombia, 1977-80 / 1998;**¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 28 Distribución proporcional de los dientes según la historia de caries en personas de 35 a 44 años. Datos comparativos. Colombia, 1977-80 / 1998;**¡Error! Marcador no definido.**



## INTRODUCCIÓN

Entre las enfermedades más difundidas en el mundo se encuentran la caries dental y las periodontopatías, las cuales afectan a la población en forma diferente de acuerdo con las condiciones socioeconómicas y varían de un país a otro en prevalencia o gravedad (i). Sin embargo, se reconoce que la falta de salud bucodental incluye no solo problemas infecciosos, como caries dental y gingivitis, sino enfermedades como el cáncer de la cavidad bucal, que puede causar la muerte (ii), aunque se presentan con menor frecuencia.

En Colombia, el primer estudio sobre la prevalencia de la morbilidad oral fue la Investigación Nacional de Morbilidad Oral (iii), realizada entre 1965 y 1966 por el Ministerio de Salud y ASCOFAME. En esta investigación se evaluó la frecuencia, severidad, causas y consecuencias de los problemas de salud oral, los factores de índole social y económica asociados a esta problemática, la disponibilidad de los servicios de atención con el fin de contribuir a una mejor planificación de las acciones de salud oral, adelantar futuras investigaciones y posibilitar el ajuste de programas asistenciales y de formación de recurso humano. Para ello se tomó una muestra representativa de la población colombiana no institucionalizada de cinco años de edad y más, con excepción de los entonces llamados Territorios Nacionales de baja densidad poblacional.

Este estudio mostró que los niños de 5 a 14 años presentaban en promedio 5 dientes con historia de caries y que en general, la población adulta colombiana de mediados de los sesenta, no tenía acceso a la asistencia odontológica, encontrándose que en promedio del total de dientes con historia de caries sólo el 6.7% había sido tratado.

Entre 1977 y 1980 se adelantó el Estudio Nacional de Salud que incluyó el II Estudio de Morbilidad Oral, que describió el comportamiento de las patologías orales en la población colombiana, comparó los resultados con los obtenidos en la Investigación Nacional de Morbilidad Oral 1965 - 66 y abordó temáticamente las transformaciones sufridas en la estructura de morbilidad oral, en los 15 años transcurridos entre los dos estudios.

En una muestra similar al primer estudio, se evaluaron en los mayores de cinco años, además de la caries y la enfermedad periodontal, otras patologías como anomalías dentofaciales, lesiones de tejidos blandos, opacidades e hipoplasias, con el fin de obtener un perfil de morbilidad oral más completo de la población. En este estudio se encontró que el 96.7% de la población presentó historia de caries con un promedio de dientes afectados de 12.7, en comparación al hallazgo del anterior estudio que fue de 15.4; el 94.7% de la población presentó enfermedad periodontal en cualquiera de sus fases contra un 88.7% del anterior estudio y las demás condiciones se presentaron en proporciones bajas. En general, se observó una mejoría en la severidad de la enfermedad aunque una mayor proporción de personas afectadas.

Al establecer una relación entre los dientes obturados y el CPO-D (cariados/perdidos/obturados) se observa que en 1977-80 el 11% de los dientes es reportado como atendido en comparación con el 6.7% del 1965-66.

Para la época ya se sabía que era posible la prevención de la caries y de otras patologías con medidas de protección específicas tales como sellantes, aplicación de flúor y

adecuados hábitos de higiene oral. Ello condujo al desarrollo de diversos programas de prevención en el país con el fin de modificar el perfil de morbilidad oral, tales como, el programa de acción preventiva odontológica, la fluoruración del agua y posteriormente de la sal, impulsadas por el Estado y a nivel privado la aplicación de flúor y sellantes. Posterior a la Asamblea Mundial de la Salud realizada en 1979, donde se aprobaron las metas de salud para todos en el año 2000, el servicio de Salud Bucodental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Dental Internacional (FDI) recomendaron las metas concretas en salud bucodental, entre las cuales está alcanzar un índice CPO-D (dientes permanentes promedio de cariados, perdidos y obturados) de 3.0 en los niños de 12 años, considerando que este es el primer indicador mundial del estado de salud bucodental. Preocupó entonces, el hecho que los niños de doce años hubiesen presentado un índice CPO-D de 4.8 en el Estudio de 1977-80, el cual permitió clasificar a Colombia entre los países con índice alto, es decir con una magnitud del problema de caries dental de importancia en salud pública.

La OMS recomienda hacer evaluaciones quinquenales de la situación de salud bucodental, en una muestra aleatoria, en personas de 12 años, 35 a 44 años y mayores de 65 años, por la importancia que tiene esta población en las enfermedades bucodentales. Esta evaluación debe hacerse mediante la realización de un examen clínico odontológico que permita calcular el estado de salud y el tratamiento necesario, así como de un cuestionario sobre actitudes, conductas, grado de satisfacción y otros factores relacionados con la demanda y el consumo de servicios asistenciales. (iv)

En 1995 se realizó el “Estudio de Tendencias Epidemiológicas de Caries Dental y Periodontopatías en las grandes ciudades colombianas”(v), de carácter descriptivo y corte transversal, con un universo poblacional de 2.000 niños de ambos sexos, entre los 5 y los 14 años de edad, matriculados en 10 colegios de clases alta, media y baja, en las ciudades de Bogotá, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga. A pesar de que la muestra no se seleccionó de tal manera que permitiera la inferencia a la población general, sus resultados pusieron de manifiesto que para ese año, ya se observaba un impacto positivo de las acciones preventivas en el país.

Estos antecedentes llevaron al Ministerio de Salud en 1997 a iniciar el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III), buscando con ello establecer de manera certera las condiciones de la población en este aspecto y los avances alcanzados en materia de prevención y educación. Dicho estudio permite también en el marco del recién implementado Sistema General de Seguridad Social en Salud, identificar las necesidades de atención odontológica y por ende orientar la prestación de los servicios asistenciales. De igual manera le brinda al país información necesaria para la formación de recurso humano que responda a las nuevas necesidades e identifica el nivel de representaciones, conocimientos y prácticas de la población respecto a la salud bucal y sus determinantes, con el fin de orientar las acciones de promoción y prevención.

El presente documento contiene la descripción de los aspectos metodológicos del Estudio como son la muestra maestra, los componentes de la encuesta de representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal y del examen clínico, los resultados de la calibración de los examinadores y la descripción de la operativa de campo, procesamiento de la información e interventoría, los cuales pueden ser consultados más ampliamente en documentos como el Manual de Encuesta, el Manual del Odontólogo Examinador y el Informe Sobre Premisas y Elementos de la Muestra.



Posteriormente, se presentan los resultados de la encuesta sobre las representaciones y los conocimientos de la población acerca de las causas y consecuencias de los principales problemas bucales; las prácticas de autocuidado y cuidado bucal de los niños y los rasgos generales que caracterizan las prácticas de demanda y utilización de servicios de salud bucal. En relación con las patologías incluidas en la evaluación clínica, se describe la prevalencia de las principales eventos observados, las necesidades de tratamiento de la población y se comparan los resultados de este Estudio con los dos estudios anteriores. Finalmente se ponen a disposición del lector algunos documentos anexos que complementan la información sobre las técnicas y procedimientos utilizados para la realización del Estudio.



## LA MUESTRA DE POBLACIÓN

### 1. 1. ASPECTOS GENERALES DEL DISEÑO

El Estudio Nacional de Salud Bucal se llevó a cabo en una muestra probabilística de la población investigada. El universo de estudio, en el caso del examen clínico, corresponde a la población civil de 5, 6, 7, 12, 15 a 44 y 55 a 74 años<sup>1</sup>, residente en todos los departamentos del país, con excepción de los que conforman la Orinoquía y la Amazonía en donde no se incluyeron las zonas rurales y las localidades no documentadas cartográficamente. Para el caso de la encuesta de conocimientos y prácticas se incluyeron personas con edades comprendidas entre los 12 y 69 años.

El Estudio restituye una población aproximada de 40 millones existente en el país en el periodo julio - diciembre de 1998, época de referencia de la información.

La muestra total diseñada estuvo constituida por 4.400 niños y 8.448 adultos para el examen clínico bucal y por 6.336 adultos para la encuesta de representaciones, conocimientos y prácticas.

La estrategia muestral planteó la ubicación de los niños escolarizados, que son la mayoría, a través de una muestra de 489 de los establecimientos preescolares y escolares existentes en el país; entre los primeros, están incluidos los hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Para la captación de los niños no escolarizados y de los adultos se diseñó una muestra de 5.841 hogares. Tanto la muestra de establecimientos como la de hogares se concentraron en un total de 67 unidades primarias de muestreo (UPM), equivalentes básicamente a municipios y en 531 segmentos, de 11 hogares en promedio, distribuidos proporcionalmente en las zonas urbana y rural.

Las muestras descritas de hogares y establecimientos escolares son submuestras aleatorias de la Muestra Maestra de Población para Investigación de Salud, disponible en el Ministerio de Salud desde 1998.

Las muestras diseñadas garantizan la estimación válida y confiable de todo tipo de indicadores estadísticos, tasas, razones, proporciones, promedios, medidas de variabilidad, medidas de relación y totales absolutos para el universo de estudio. Los indicadores guía para el diseño fueron las relaciones por cociente (proporciones, tasas y razones), pues en esta forma se presentan la mayor parte de los resultados. Para los demás indicadores se esperan, en general, menores errores de muestreo (mayor precisión).

El tamaño de la muestra se calculó en función del estudio de diferencias entre mediciones distintas del mismo fenómeno, especialmente para comparación con estudios anteriores, o con próximas investigaciones, de tal manera que fuera factible evaluar, con significación estadística y con niveles de confianza del 90–95%, cambios en los indicadores investigados: cambios relativos grandes mayores del 50% en fenómenos de muy baja frecuencia o prevalencia (< 10%) y cambios relativos pequeños menores del 20% en fenómenos de alta frecuencia (>50%), en subgrupos de la población estudiada (ej., por edad y sexo). Para estimaciones puntuales, los resultados son aún más precisos.

---

<sup>1</sup> Se tomaron en cuenta estas edades por ser consideradas las más representativas de las variaciones en la frecuencia y severidad de los problemas bucales, así como de las necesidades de tratamiento, ante la necesidad de disminuir los costos y reducir el tiempo de realización del Estudio.

Los resultados del Estudio pueden desagregarse para múltiples subgrupos de la población, para efecto de análisis y presentación, dependiendo de la magnitud y variabilidad de los indicadores: amplia desagregación para fenómenos de alta frecuencia o prevalencia, y poca desagregación para fenómenos de baja prevalencia:

- Los fenómenos de alta prevalencia mayores de 40%, pueden en general, ser analizados con precisión aceptable (error relativo <10%), en 3 o 4 subclasificaciones de la población, simultáneamente: por región, subregión, zona, edad, sexo, nivel de escolaridad, etc.
- Los fenómenos de mediana prevalencia (15–40%), pueden analizarse simultáneamente en 2 o 3 subclasificaciones
- Los fenómenos de baja prevalencia (<15%), sólo se pueden analizar por 1 o 2 subclasificaciones.

## **2. 2. Tipo de Muestra**

Las muestras maestras de hogares y establecimientos, y las submuestras tomadas, son probabilísticas, de conglomerados y estratificadas.

Probabilísticas, porque cada hogar y establecimiento y los miembros de hogar y los alumnos a ellos vinculados que forman parte del universo de estudio, tienen una probabilidad de selección conocida y superior a cero.

De conglomerados, pues es la naturaleza de los municipios, manzanas, áreas rurales, hogares y establecimientos de los universos estudiados, los cuales agrupan o conglomeran las unidades finales de observación, o sea las personas, por razones de residencia o Estudio.

Estratificada, clasificando previamente a la selección, las unidades de muestreo, en función de variables (independientes) altamente correlacionadas con los indicadores a ser estimados, para optimizar el diseño muestral, reduciendo a un mínimo los errores de muestreo. Las unidades primarias (municipios) fueron estratificadas por subregión, nivel de urbanización y necesidades básicas insatisfechas; las unidades secundarias urbanas (manzanas) de las ciudades grandes e intermedias, por estrato socioeconómico y localización geográfica; y las de las zonas urbanas menores, por ubicación geográfica. Las personas, o unidades de observación, fueron rigurosamente estratificadas por edad, para efectos del submuestreo final.

## **3. 3. Procedimientos de Estimación**

La generación de estimaciones insesgadas es un objetivo central de una buena investigación. Son generadores de sesgo las diferentes probabilidades de selección de las unidades últimas de muestreo, la cobertura incompleta de la muestra, los diferenciales de dicha cobertura en los diferentes subgrupos de la población y los errores de medición y de procesamiento de los datos. En esta investigación se siguieron las siguientes estrategias para garantizar estimaciones insesgadas:

- Capacitación integral del personal de recolección y procesamiento en conceptos, definiciones y procedimientos, y rigurosos controles de calidad de todas las actividades de estas dos fases del trabajo.
- Aplicación de un factor básico de expansión de los valores muestrales, equivalente al recíproco de la probabilidad final de selección de cada persona, hogar y establecimiento seleccionado, el cual evita el sesgo que pueden causar las diferentes probabilidades y

restituye, de paso, aproximadamente, las cifras absolutas de las variables estudiadas para el universo de investigación.

- Recuperación de las unidades de observación seleccionadas y no cubiertas en el proceso de recolección, mediante un factor de ajuste del factor básico de expansión, calculado a nivel de segmento y establecimiento, resultante del cociente entre las unidades seleccionadas y las efectivamente encuestadas. La validez de este factor de ajuste radica en la suposición de que, en términos generales, en cada conglomerado último, las unidades no encuestadas tienen, en promedio, las características de las encuestadas.
- Aplicación de un factor de ajuste de estructura, calculado con base en variables exógenas de reconocida validez y confiabilidad, para mejorar la composición de la población expandida al universo de estudio según edad, sexo, zona y subregión. La variable exógena es la proyección a la fecha del censo de población de 1993, por edad, sexo, zona y subregión, con la suposición de que esta proyección es más exacta que la población expandida a partir de la muestra.

#### 4. 4. Muestra Diseñada y Muestra Encuestada

El Cuadro 1 presenta la síntesis por subregión de la muestra diseñada y la muestra encuestada. Fueron encuestados finalmente el 81.7% de los niños (5, 6, 7 y 12 años) y el 72.8% de los adultos (15-44 y 55-74 años) previstos para la evaluación clínica bucal; y el 76.1% de los adolescentes y adultos propuestos para la encuesta de representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal (12-69 años).

Los citados indicadores de cobertura señalan un aceptable nivel de eficiencia del proceso de recolección, teniendo en cuenta la situación conflictiva que vive el país.

Las tasas de no respuesta, mayores a las previstas en el diseño (10%), aunque no afectan la validez de los resultados, producen un ligero incremento en los errores de muestreo frente a lo previsto, que es necesario tener en cuenta en su análisis e interpretación.

**Cuadro 1. Muestra diseñada - muestra encuestada. Colombia, 1998**

Región	Sub Región	No. de UPM Encuestadas	Salud Bucal (Evaluación Clínica)						Encuesta de conocimientos y prácticas		
			Niños (5-7, 12)			Adultos (15-44, 55-74)			Adultos (12-69)		
			Diseñada	Encuestada	%	Diseñada	Encuestada	%	Diseñada	Encuestada	%
Central	Medellín	1	276	198	71.7	528	310	58.7	390	260	66.6
	Resto	16	548	584	108.4	1,056	915	86.6	786	726	92.4
	Sub Total	17	824	782	94.9	1,584	1,225	77.3	1,176	986	83.8
Atlántica	B/quilla	1	276	198	71.7	528	383	72.5	390	323	82.8
	S.Andr. y Prov.	1	276	174	63.0	528	455	86.2	390	357	91.5
	Resto	13	548	449	81.9	1,056	895	84.8	792	684	86.4
	Sub Total	15	1,100	821	74.6	2,112	1,733	82.1	1,572	1,364	86.8
Oriental	Amaz. Orinoq	6	276	213	77.2	528	353	66.9	390	296	75.9
	Resto	13	548	528	96.4	1,056	828	81.3	786	606	77.1

	Sub total	19	824	741	89.9	1,584	1,181	74.6	1,176	902	76.7
Occidental	Cali	1	276	187	67.8	528	316	59.8	390	242	62.1
	Andén Pacífico	6	276	256	92.8	528	363	68.8	390	263	67.4
	Resto	8	548	417	76.1	1,056	731	69.2	850	598	70.4
	Sub Total	15	1,100	860	78.2	2,112	1,410	66.8	1,630	1,103	67.7
Bogotá	Sub Total	1	552	390	70.7	1,056	604	57.2	780	467	59.9
Total		67	4,400	3,594	81.7	8,448	6,153	72.8	6,334	4,822	76.1

### 5. 5. Variables independientes de clasificación rutinaria

Además de la indispensable desagregación de los resultados por edad y sexo, se han considerado de especial prioridad dos tipos de desagregación geográfica: regiones y subregiones.

Las primeras se refieren a las tradicionales cinco grandes **regiones** en las que se han presentado los resultados de los estudios nacionales de salud hechos hasta ahora y que son: Atlántica (departamentos de Atlántico, Magdalena, Cesar, Guajira, Bolívar, Córdoba, Sucre y San Andrés y Providencia); Central (Antioquia, Tolima, Caldas, Risaralda, Huila y Quindío); Oriental (Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Caquetá, Meta, Casanare, Arauca, Putumayo, Vichada, Guainía, Guaviare, Vaupés y Amazonas); Occidental (Valle, Nariño, Cauca y Chocó) y Santa Fe de Bogotá.

Como **subregiones** se consideraron, Barranquilla, San Andrés y Providencia, Medellín, Cali, Andén Pacífico (costa pacífica marginal) y Orinoquía - Amazonía, las cuales a su vez forman parte de las grandes regiones mencionadas anteriormente.

Otras desagregaciones de interés son la **categoría del municipio** que corresponde a la clasificación que el Departamento Nacional de Planeación (DNP) asigna a las entidades territoriales de acuerdo a la combinación de dos factores, el tamaño de la población y los recursos fiscales del municipio o distrito, así: Especial, Primera, Segunda, Tercera, Cuarta, Quinta y Sexta (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Clasificación de las unidades primarias de muestreo según DNP.**

	Especial	1	2	3	4	5	6
Municipio	Medellín Cali Bucaramanga Santafe de Bogotá	Bello Rionegro Manizales Pereira  Ibagué  Palmira Barranquilla Cartagena Cúcuta  Floridablanca	Neiva Popayán Pasto Quibdó  Tumaco  Buenaventura Valledupar Montería Riohacha  Santa Marta Sogamoso Soacha Florencia Villavicencio	La Ceja Candelaria Malambo El Carmen de Bolívar Ciénaga de Oro Sahagún	Quimbaya Ansermanuevo Tadó Chiquinquirá  Acacías	Cáceres Yolombó Chinchiná Tello  Apía  Puracé Barbacoas Versalles San José del Guaviare Villanueva Gamarra Sucre Providencia Puerto Salgar Puerto López	Cisneros Sto Domingo La Celia Acandí  Tubará  Somondoco Togui La Vega Capitanejo  Guapotá Oiba Araucita Orocúe

Fuente: Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Territorial, versión 1998. Basado en categorías oficiales expedidas por acuerdos de consejos municipales y complementados con ejercicios de categorización sin efectos jurídicos.

También se tuvieron en cuenta los siguientes factores:

La **zona de procedencia**: urbana (cabeceras municipales) y rural (centros poblados y zona rural dispersa).

El **nivel educativo** definido como: menor que primaria completa, primaria completa o secundaria incompleta, mayor o igual a secundaria completa.

La **afiliación a la seguridad social**, según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así: Contributivo/Medicina prepagada<sup>2</sup>, Subsidiado, Especial (Fuerzas Armadas, magisterio, Ecopetrol, etc.) y No Afiliados (vinculados).

El **estrato socioeconómico, entendido** como la clasificación por estrato que las empresas de servicios públicos han asignado a la vivienda de las personas estudiadas.

## 6. 6. Errores de Muestreo de los Resultados

Los resultados de la investigación, por haber sido estimados a partir de una pequeña muestra de personas, seleccionada probabilísticamente del universo poblacional del país, si bien son estimaciones válidas de dicho universo, tienen un determinado grado de aproximación o “error de muestreo”, intrínseco al método aplicado, el cual refleja el nivel de precisión de tales estimaciones. El indicador de precisión es el “Error Estandar”, denominado ES en el Cuadro de Errores de Muestreo. Dicho Cuadro también incluyen el denominado Error Estandar Relativo (ES rel), el cual expresa el Error Estandar (absoluto) como proporción del valor del indicador estimado; para darlo en porcentaje, la proporción simplemente se multiplica por 100 (Cuadro 87).

El Intervalo de Confianza, en el cual se espera que esté ubicado el verdadero valor de un indicador del universo estudiado, con un determinado nivel (%) de seguridad, se establece con base en el Error Estandar (absoluto) de la estimación muestral. Para un nivel de seguridad o de confianza del 95%, se suman y restan 2 errores estándar al valor de la estimación muestral, para obtener el intervalo de confianza.

Ejemplo. Según los cuadros de errores de muestreo, la proporción nacional de la población de 12 y más años que fuma es  $p = 0.18903$  (18.9%), y el error estándar (ES) de dicha proporción nacional es 0.00832. El intervalo de confianza de la verdadera proporción en el universo (P), con un 95% de seguridad, se expresa entonces:

$$\begin{aligned} p - 2 \text{ ES} &\leq P \leq p + 2 \text{ ES} \\ 0.189 - 2 (0.0083) &\leq P \leq 0.189 + 2 (0.0083) \\ 0.1724 &\leq P \leq 0.2056 \\ 17.2\% &\leq P \leq 20.6\% \end{aligned}$$

Para la interpretación de los Errores Estandar Relativos (ES rel), es importante señalar que en el protocolo básico de la investigación y en el diseño de la muestra, se establecieron como satisfactorios,  $\text{ES rel} \leq 10\%$ .

Con base en los errores estándar calculados es factible hacer pruebas de significancia estadística de diferencias entre indicadores estimados en muestras independientes. Tal es el caso de comparaciones urbano - rural, entre regiones, entre estratos DNP o con

<sup>2</sup>Incluye los afiliados a medicina prepagada debido al requisito de estar afiliado al régimen contributivo.

relación a resultados de estudios nacionales hechos muchos años atrás. El raciocinio es el siguiente:

Si la diferencia entre dos proporciones, o entre dos promedios, es mayor que dos veces el error estándar de la diferencia, tal diferencia es estadísticamente significativa, con un 95% de seguridad. Si la diferencia es menor o igual que el error estándar duplicado, la diferencia se debe al azar, con 95% de seguridad.

En otras palabras, con un 95% de seguridad:

Si  $|r_1 - r_2| > 2$  ES  $r_1 - r_2$ , la diferencia es significativa  
Si  $|r_1 - r_2| \leq 2$  ES  $r_1 - r_2$ , la diferencia se debe al azar

Ahora:

$$es_{r_1-r_2} = \sqrt{(es_{r_1})^2 + (es_{r_2})^2}$$

Es decir, la raíz cuadrada de la suma de los errores estándar al cuadrado.

El deff, efecto de los conglomerados en el diseño, es la consecuencia en términos de error de muestreo, de la concentración de la muestra en unos cuantos municipios, sectores censales, establecimientos y hogares familiares. Un  $deff = 1.5$ , indica que la estimación generada por la investigación tiene un error estándar una y media veces más alto que el que hubiera generado una muestra totalmente al azar de personas, sin ninguna instancia intermedia de conglomeración. Este tipo de muestra (sin conglomeración), para un estudio nacional, no es posible.





# PARTE I

## REPRESENTACIONES, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS EN SALUD BUCAL

### I. ANTECEDENTES

Históricamente, la situación de salud oral se ha cuantificado con base en indicadores de morbilidad que describen la frecuencia de las patologías en algunos casos y/o la severidad en otros. Estos indicadores construidos desde la mirada científica, si bien se han interpretado en relación con variables como la edad, la raza, el sexo y la condición socioeconómica entre otras, son limitados para estudiar las particularidades o características propias de los diversos grupos culturales y sociales.

Los aspectos relacionados con las representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal han sido poco analizados en el país. En la encuesta de Demanda de Servicios Odontológicos de 1977 – 80 del Estudio Nacional de Salud una de las realizadas a nivel nacional, se indagó por la percepción que tienen las personas en relación con la enfermedad bucal y la necesidad de atención odontológica que requieren; se concluyó que la gran mayoría de personas perciben que necesitan en primer lugar de exodoncias y obturaciones, seguidas de prótesis y en una proporción menor de tratamientos periodontales para recuperar la salud bucal, en especial en las personas de menores ingresos y menor educación, lo cual se corrobora con las estadísticas reportadas por las instituciones asistenciales de la red pública.

También se observó que el 22.3% de las personas con problemas dentales fueron incapacitadas. De estos, la gran mayoría son hombres, población dispersa, de municipios con baja densidad poblacional y no afiliados a la seguridad social.

La pluriculturalidad del país lleva a que los pobladores respondan de diversas maneras a su cotidianidad: religión, arte, salud, enfermedad, entre otras, rompiendo con las formas institucionales homogenizantes preestablecidas. Por tanto, abordar el problema de la salud bucal exige la posibilidad de encontrar desde los sujetos una explicación a los diferentes aspectos que interactúan en el proceso salud-enfermedad bucal, esto es, cómo explican su causalidad, la prevención y el tratamiento de los diferentes eventos ocurridos en la boca.

La encuesta sobre representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal se realizó con el objetivo de identificar los significados y conocimientos formales e informales que la población de 12 a 69 años tiene sobre la boca, la salud y la enfermedad bucal, sus causas y consecuencias, así como las prácticas terapéuticas y de autocuidado más frecuentes, entendidas éstas como determinantes culturales y sociales de la situación clínica encontrada. Se incluyó también un capítulo dedicado a identificar algunas características de la demanda y utilización que hace la población de los servicios de salud bucal.

Los resultados de la encuesta de representaciones, conocimientos y prácticas sirven de marco de interpretación a los hallazgos sobre la morbilidad y como referente del

comportamiento de la demanda y utilización de servicios de salud oral por parte de la población.

## II. MATERIALES Y MÉTODOS

### 7. 2.1. COMPONENTES DE LA ENCUESTA

El cuestionario de la encuesta (anexo 1), consta de 40 preguntas distribuidas en cuatro secciones, construidas mediante un procedimiento multietápico que consistió en:

- . Construcción de una propuesta inicial con base en preguntas abiertas.
- . Consulta y discusión con expertos.
- . Prueba del cuestionario con personas de diferentes edades, sexo, nivel socioeconómico y educativo.
- . Elaboración de cuestionario de preguntas cerradas con base en las respuestas más frecuentes.
- . Revisión con expertos.
- . Prueba piloto.

La encuesta aplicada a las personas entre 12 y 69 años de edad, incluye preguntas relacionadas con las concepciones que tienen sobre:

- . La boca, las enfermedades bucales y sus posibles causas.
- . Las prácticas sociales de prevención y curación de las enfermedades orales más frecuentes.
- . El cuidado bucal de los niños se indagó solamente en mujeres entre 18 y 69 años de edad, asumiendo que son ellas principalmente quienes se ocupan del cuidado de los niños.
- . En la parte final de la encuesta se indagó sobre las prácticas relacionadas con la demanda y la utilización que hace la población de los servicios de salud bucal.

En general se podrían definir los referentes teóricos de la siguiente manera:

#### 2.1.1. Representaciones Sociales

Estudios realizados en relación con las concepciones culturales sobre la salud y enfermedad, han mostrado rupturas entre las concepciones que manejan los

pobladores y las que manejan las instituciones o sus representantes (médicos, odontólogos, enfermeras, entre otros), razón por la cual en este Estudio Nacional de Salud Bucal se pretende un acercamiento a las representaciones en salud oral que tiene la población colombiana.

Las representaciones sociales se entienden como la construcción social de la realidad. Esto es, cómo los sujetos sociales interpretan o conciben el mundo, lo cual necesariamente está atravesado por los mitos y creencias políticas, religiosas, culturales, estéticas, éticas, donde lo económico y lo social determinan en un momento dado su situación.

"Ellas se reflejan en la forma como los pobladores explican y afrontan el proceso salud - enfermedad oral, de tal manera que lo que abordan las instituciones y específicamente los profesionales de la salud en la interacción con el paciente, está relacionado directamente con sus representaciones e igualmente con las prácticas que unos y otros realizan".(vi)

#### 2.1.2. Demanda de Servicios

Se define la demanda de servicios de salud oral como "la solicitud de atención odontológica a instituciones o personas que la ofrezcan. Esta demanda efectiva, o real, es condicionada por factores de necesidad, de predisposición y de capacidad"(vii).

La demanda real o efectiva de servicios de salud oral constituye la expresión concreta de lo que podría llamarse "necesidad social", ya que ésta también en su volumen y composición es un efecto de las variables que condicionan a aquella(viii).

La necesidad social que se observa en una comunidad, en un momento dado, no corresponde ni en tamaño ni en calidad a aquella que se calcula con base técnica y profesional; en este último caso se habla de necesidad biológica y su confrontación con la primera permite enfoques éticos y humanos más apropiados para analizar la demanda.

### 8. 2.2. Prueba Piloto

Previo al trabajo de campo se realizó la prueba piloto de la encuesta en el área rural y urbana de los municipios de Fusagasugá y Guasca y en algunos segmentos urbanos de Santafé de Bogotá, con el fin de establecer los procedimientos de campo más adecuados, probar los instrumentos de recolección (formularios), verificar la utilidad de los manuales de encuesta como elementos de consulta, así como estimar tiempos y rendimientos para los principales procedimientos de campo.

### 9. 2.3. CAPACITACIÓN DE ENCUESTADORES

Para asegurar la interpretación, entendimiento y aplicación de criterios uniformes para el registro de las respuestas, el manejo del operativo de campo, crítica y envío de los formularios diligenciados, se realizaron durante una semana jornadas de entrenamiento. Adicionalmente, se realizó un simulacro en campo con el fin de evaluar el manejo de la muestra, instrumentos y técnica de encuesta para finalmente corregir los inconvenientes detectados.

### 10. 2.4. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se recolectó a través de entrevista directa a personas mayores de 12 años, seleccionadas aleatoriamente con base en la muestra maestra.

Antes de iniciar la actividad de campo se promocionó el estudio, mediante contacto telefónico con las autoridades locales de salud y educación, algunos medios de comunicación (emisoras) y con el envío por correo de cartas a las mencionadas autoridades. Una vez en campo fueron contactadas personalmente con el propósito de lograr un mayor apoyo para el desarrollo del estudio.

Con el fin de recorrer la muestra en su totalidad, se establecieron rutas de desplazamiento a los 67 municipios seleccionados en las zonas urbanas y rurales, recorridas por 18 grupos de trabajo integrados por dos a cuatro encuestadores, un coordinador supervisor, un odontólogo examinador y un anotador, con una coordinación nacional de campo y el apoyo de cinco coordinadores regionales.

En el operativo de campo se recorrieron las manzanas señaladas previamente en la cartografía como un macrosegmento, se realizó el recuento de las viviendas del mismo y se seleccionó aleatoriamente el segmento a trabajar. Posteriormente se inició la recolección de la información de cada uno de los hogares que lo constituía.

En el formulario de hogar se listaron todas las personas que lo conformaban, luego se trasladó esta información a los formatos de selección individual por rangos de edad a fin de relacionar las personas elegidas en forma aleatoria siguiendo las instrucciones previstas en el Manual de Encuesta. Una vez elegidas las personas se realizó la entrevista de acuerdo a los parámetros establecidos.

La calidad de la información recolectada se verificó en campo mediante re-entrevistas, crítica manual, supervisión y control de cobertura.

## **11. 2.5. Crítica y procesamiento de la información**

Esta fase incluyó el desarrollo de varias etapas a nivel central con el fin de controlar la calidad de la información así:

### **2.5.1. Crítica manual**

Las encuestas fueron revisadas manualmente por el personal de supervisión y crítica con el fin de detectar inconsistencias en la información, códigos no aplicables y codificar las respuestas de tipo abierto.

### **2.5.2. Grabación**

La grabación de los datos se llevó a cabo en el programa de captura diseñado para tal fin en DELPHI verificándose la correcta grabación mediante una doble digitación.

### **2.5.3. Depuración de la Información**

Una vez grabada la información se procedió a hacer la depuración por computadora que consistió en la revisión de la estructura de los registros, detección de inconsistencias, valores fuera de rango y códigos no válidos de la base de datos.

### **2.5.4. Análisis de la información**

El análisis descriptivo propuesto como primera fase de presentación de los resultados de esta encuesta, se realizó mediante distribución de frecuencia de las preguntas incluidas en el formulario de acuerdo a las variables denominadas independientes.

Las variables independientes se reagruparon en los casos de fenómenos de baja frecuencia (edad, categoría del municipio) para darle mayor cualificación a los resultados y evitar errores de muestreo altos.

Los resultados de la encuesta se sometieron a análisis descriptivo, buscando una aproximación a la relación de los conocimientos y las representaciones con las prácticas.

### **12. 2.6. Interventoría**

El Estudio contó con una interventoría externa que garantizó la calidad y eficiencia de los procesos. Para ello se adelantaron tareas como: verificación de los procedimientos para la selección aleatoria de las unidades de muestreo, verificación del cumplimiento de cobertura, realización de reentrevistas, grabación simultánea de datos y verificación de la consistencia de la información en la base de datos final.

La interventoría capacitó personal en todos los procesos del trabajo de campo y aplicó instrumentos de evaluación que permitieron hacer seguimiento del operativo a fin de garantizar el cumplimiento de todas las etapas.

### III. RESULTADOS

#### 13. 3.1. REPRESENTACIONES SOCIALES EN SALUD BUCAL

Al indagar en la población entre 12 y 69 años por lo que considera “una boca sana”, más de la mitad de las personas (64.9%), expresaron que “*es aquella que no tiene caries*”. Otras respuestas frecuentes fueron: “tener los dientes blancos y/o parejos” (41.6%), “tener los dientes completos” (26.8%), “no tener mal aliento” (24.5%), “no tener placa bacteriana o cálculos” (11.1%), “no sentir dolor” (10.9%) y sólo el 3.4% de la población considera que “no tener sangrado de la encía” es signo de una boca sana. (Cuadro 3).

La tendencia a una representación estética de la boca sana en términos de una dentadura blanca y/o pareja es mayor en mujeres que en hombres y en los jóvenes entre 12 y 24 años, e igualmente en la población de la zona urbana y en aquellas personas con mayor nivel educativo.

La representación de salud en términos de estética se confirma también cuando el 38% de la población está de acuerdo con la afirmación “*cuando los dientes están amarillos, están dañados*”, afirmación compartida por más de la mitad de la población rural (56.3%) y de los mayores de 54 años. Igualmente, esta idea es más frecuentemente sostenida por la población sin ningún nivel de escolaridad (60.7%) y va perdiendo fuerza a medida que este nivel aumenta.

El hecho de que sólo un mínimo porcentaje de la población (3.4%), considere que no tener sangrado de la encía es signo de una boca sana, es explicable ya que gran parte de la población no sabe porqué se produce el sangrado (25.4%) o lo atribuye al hábito de cepillarse fuerte. Esto posiblemente explica el hecho de que cerca del 71.2% de las personas que manifiestan que tuvieron sangrado de la encía en el último mes, no consultaron y acudieron a enjuagues con agua, a un cepillado más suave, a medicamentos para resolver el problema o simplemente no hicieron nada.

Respecto a la **duración de los dientes naturales en boca**, el 77% de las personas entre 12 y 69 años considera que estos deben durar toda la vida, siendo más frecuente esta convicción en las mujeres que en los hombres; el 14% de las personas refiere un límite de años para la duración de los dientes en boca y el 9% de la población manifiesta que no sabe hasta qué edad le deben durar los dientes, siendo este desconocimiento considerablemente mayor en la zona rural y en las personas mayores de 55 años.



**Cuadro 3. Representaciones sociales respecto a “ que es tener una boca sana”. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998.<sup>3</sup>**

CATEGORIA		No tener caries (picas)	Tener los dientes blancos y/o parejos	Tener los dientes completos	No tener mal aliento	No tener placa bacteriana o cálculos	No tener dolor	No tener sangrado de encía.	Otros
VARIABLE									
<b>TOTAL</b>		<b>64,9</b>	<b>41,6</b>	<b>26,8</b>	<b>24,5</b>	<b>11,1</b>	<b>10,9</b>	<b>3,4</b>	<b>8,1</b>
EDAD	12-17	66,9	47,1	15,0	27,6	12,1	11,0	3,6	8,7
	18-24	66,5	44,5	27,0	26,0	15,0	10,4	3,0	6,4
	25-34	69,9	39,4	32,2	23,0	8,7	8,6	3,0	7,7
	35-44	62,5	39,2	28,3	25,8	13,3	12,2	4,3	8,1
	45-54	61,4	41,7	31,5	21,3	7,9	12,9	4,5	8,7
	55-69	53,4	35,1	28,5	20,1	7,4	13,0	2,1	10,5
SEXO	Masculino	64,0	39,8	26,0	25,1	10,9	11,0	3,6	8,2
	Femenino	65,8	43,4	27,6	23,9	11,4	10,7	3,3	8,0
ESCOLARIDAD	Menor que primaria completa	61,0	37,3	24,7	20,3	4,9	12,1	1,8	9,2
	Primaria comp. / Secundaria inc.	65,6	43,6	26,4	25,0	11,6	10,6	2,7	7,5
	Mayor o igual a Secundaria completa	68,3	42,8	30,4	28,3	17,9	9,9	6,8	8,0
ZONA	Urbana	65,4	43,0	27,2	26,0	13,2	10,2	3,7	7,6
	Rural	63,6	37,9	25,9	20,2	5,5	12,9	2,8	9,4
REGION	Central	70,0	43,9	29,3	28,9	12,1	12,2	4,0	7,0
	Occidental	70,4	37,0	23,0	25,8	11,8	11,5	2,2	4,5
	Bogotá	59,3	46,4	25,4	26,9	17,8	9,7	3,9	6,4
	Atlántica	65,3	38,8	28,2	20,3	8,3	12,8	3,5	7,1
	Oriental	57,7	42,2	26,8	20,4	7,5	7,5	3,4	14,9
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	63,7	45,0	25,9	24,5	6,4	8,1	2,5	9,4
	Régimen Contributivo	64,7	42,3	29,6	26,6	15,3	11,4	4,0	8,1
	Regimenes especiales	65,0	36,0	29,9	28,4	17,8	8,4	2,9	16,8
	No Afiliados	65,9	38,9	24,7	22,0	9,4	12,1	3,4	6,6
	Sin información	62,2	57,1	19,6	25,4	4,5	9,4	5,7	12,0
CATEGORIA DE MUNICIPIO	1 - Especial	64,8	43,6	27,5	26,3	15,2	9,8	3,2	8,9
	2 - 3 - 4	68,4	40,3	23,5	23,4	10,4	9,0	4,1	5,9
	5 - 6	61,2	38,2	27,9	21,5	5,3	14,1	2,5	10,7

Entre las **causas que atribuye la población a la aparición de la caries**, el 88% opina que los dientes “se pican” o tienen caries *por no cepillarse o efectuar un mal cepillado*, opinión que es más frecuente entre las personas con un nivel educativo superior. Otras causas expresadas son: *el consumo de dulces (21.7%)*, *la descalcificación o falta de calcio (14.2%)* y *la mala alimentación (desnutrición o malnutrición)* (Cuadro 4). Vale la pena destacar también que la población reconoce como causa del daño de los dientes el consumo de “*alimentos pegajosos*”.

<sup>3</sup> En este y otros cuadros el entrevistado podía expresar más de una respuesta. Esto implica que la suma de los porcentajes no siempre sea igual a 100.

**Cuadro 4. Representaciones sociales respecto a la causa de la caries dental. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998.**

Respecto al **sangrado de la encía**, el 35.5% de la población lo atribuye en primera instancia a *“un mal cepillado o a la falta de cepillado”*, otras causas citadas son: *“un cepillado fuerte”*, *“infección o debilidad en la encía”* (Cuadro 5).

VARIABLE	CATEGORIA	Mal cepillado o no cepillado	Consumo de dulces	Descalcificación	Mala alimentación		Otras		No sabe			
		Mal cepillado o no cepillarse	Cepillado fuerte	Infección	Debilidad de las encías	Mala alimentación	Problemas en el organismo	Otras	No Sabe			
<b>TOTAL</b>		<b>88,0</b>	<b>21,7</b>	<b>14,2</b>	<b>12,3</b>	<b>12,4</b>	<b>4,0</b>	<b>3,0</b>				
<b>EDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>35,5</b>	<b>22,9</b>	<b>16,3</b>	<b>5,7</b>	<b>12,5</b>	<b>5,5</b>	<b>4,1</b>	<b>9,7</b>	<b>4,0</b>	<b>3,0</b>	<b>25,4</b>
	12-17	39,5	26,6	16,3	5,7	12,5	5,5	4,1	9,7	4,0	3,0	25,4
	18-24	39,2	24,5	11,8	12,3	9,7	10,9	3,4	11,9	1,5	1,9	25,5
	25-34	39,9	23,2	14,9	13,4	14,4	14,2	2,9	14,2	2,2	2,8	24,1
	35-44	38,3	22,9	16,3	19,3	12,9	13,4	4,2	14,7	3,5	1,8	23,2
	45-54	38,1	18,0	18,4	20,2	12,6	19,1	4,2	12,2	5,9	4,1	23,3
	55-69	38,0	15,7	20,0	21,2	15,8	14,0	4,7	10,3	6,6	7,0	27,0
<b>SEXO</b>	55-69	25,6	15,0	20,1	12,2	9,1	6,2	7,2	6,6	6,6	6,6	35,3
	Masculino	37,2	21,0	14,9	12,2	11,1	4,1	13,1	2,9	2,9	2,9	23,7
	Femenino	34,0	20,5	17,6	12,5	13,4	3,9	11,8	3,1	3,1	3,1	27,1
<b>ESCOLARIDAD</b>	Primaria completa	28,0	17,7	15,2	14,8	10,2	9,0	2,4	10,5	3,8	5,8	36,6
	Primaria comp. / Secundaria inc.	38,0	24,8	15,5	13,2	12,3	11,1	3,8	11,9	3,7	2,6	24,9
	Mayor o igual a Secundaria completa	92,2	23,3	19,2	15,6	15,7	18,8	6,7	16,0	4,7	0,3	12,7
<b>ZONA</b>	Urbana	38,7	23,3	16,9	14,7	12,9	13,2	4,5	12,4	4,3	2,0	22,3
	Rural	26,2	19,1	14,6	13,0	11,4	9,8	2,8	12,6	3,0	5,8	34,1
<b>REGION</b>	Central	49,1	24,7	15,9	15,3	9,5	11,8	3,8	13,1	5,3	2,0	25,9
	Ocidental	28,5	22,2	13,7	11,6	12,6	13,1	3,6	13,3	2,7	3,6	31,4
	Bogotá	45,3	23,2	14,5	12,5	16,2	16,1	8,0	14,1	3,2	0,8	14,9
	Atlántica	29,2	19,9	19,8	18,8	16,5	11,3	2,9	9,8	6,1	5,3	28,6
	Oriental	34,8	20,2	16,6	11,7	9,1	10,2	3,0	12,4	1,8	2,1	24,0
<b>AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Regimen Subsidiado	28,0	21,7	16,4	15,2	11,3	11,0	2,6	10,6	3,5	5,0	29,8
	Regimen Contributivo	41,5	24,5	16,8	15,9	11,8	14,3	5,5	13,4	4,5	1,3	20,0
	Regimenes especiales	51,5	30,8	17,3	11,4	14,1	23,3	4,8	12,3	11,1	2,3	17,6
	No Afiliados	32,6	19,8	15,6	12,6	14,0	10,1	3,5	12,4	3,3	3,4	28,6
	Sin información	36,9	11,5	16,1	7,4	7,4	0,0	0,0	0,9	12,1	12,1	33,1
<b>CATEGORIA DE MINISTRO</b>	1 - Especial	41,7	23,5	16,6	14,9	13,6	13,2	5,1	15,1	4,0	0,9	19,6
	2 - 3 - 4	33,2	19,2	13,3	14,4	11,9	12,5	3,6	10,2	2,8	4,8	29,7
	5 - 6	27,5	21,8	17,2	12,5	11,0	10,0	2,4	10,0	4,8	4,3	31,1

Se destaca, como se mencionó antes, que un 25.4% de la población refiere *“no saber por qué se produce el sangrado”*, siendo mayor este desconocimiento en la zona rural frente a la urbana y en la población de baja o ninguna escolaridad. Un porcentaje menor (4.0%), considera que *“los problemas en el organismo o la mala alimentación”* son también causa de este sangrado.

**Cuadro 5. Representaciones sociales respecto a las causas del sangrado o inflamación de la encía. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

Al indagar respecto a **algunas creencias o conocimientos** frente a temas de la boca se encontró que el 65.6% de la población está en desacuerdo con la afirmación “*en cada embarazo se pierde un diente*” y el 75.3% con la que dice “*si los padres tienen mala dentadura, la de los hijos también será mala*”. Esto pone en evidencia que para la mayoría de la población han perdido fuerza las explicaciones biológicas o hereditarias sobre los problemas de salud bucal. Sin embargo, cabe resaltar que todavía una parte importante de

CATEGORIA VARIABLE		EN CADA EMBARAZO SE PIERDE UN DIENTE			SI LOS PADRES TIENEN MALA DENTADURA, LA DE LOS HIJOS TAMBIEN SERA MALA			LOS ALIMENTOS MUY PEGAJOSOS, DAÑAN LOS DIENTES		
		Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde
<b>TOTAL</b>		<b>16,8</b>	<b>65,6</b>	<b>17,6</b>	<b>21,9</b>	<b>75,3</b>	<b>2,8</b>	<b>83,5</b>	<b>12,4</b>	<b>4,1</b>
<b>EDAD</b>	12-17	9,3	70,2	20,5	12,2	86,3	1,5	85,2	12,8	2,0
	18-24	11,7	70,0	18,3	18,0	79,8	2,2	82,6	13,7	3,7
	25-34	18,2	70,1	11,7	19,1	78,2	2,7	81,3	13,8	4,9
	35-44	19,3	63,6	17,1	24,3	72,7	3,0	83,6	12,4	4,0
	45-54	24,3	55,6	20,1	32,2	63,9	3,9	82,6	10,3	7,1
55-69	25,0	51,0	24,0	41,0	53,7	5,3	88,3	8,1	3,6	
<b>SEXO</b>	Masculino	12,3	62,9	24,8	23,3	73,9	2,7	83,7	12,0	4,3
	Femenino	21,1	68,3	10,6	20,6	76,5	2,9	83,3	12,9	3,8
<b>ESCOLARIDAD</b>	Menor que primaria completa primaria comp. / Secundaria inc.	22,8	51,1	26,1	36,9	57,4	5,7	90,4	5,7	3,9
	Mayor o igual a Secundaria completa	16,7	67,0	16,3	17,9	80,1	2,0	85,3	10,9	3,8
		9,5	80,6	9,9	12,0	87,1	0,9	71,2	24,0	4,8
<b>ZONA</b>	Urbana	16,1	69,5	14,4	18,1	79,7	2,2	81,3	14,9	3,8
	Rural	18,6	54,9	26,5	32,5	62,9	4,6	89,4	5,7	4,9
<b>REGION</b>	Central	15,3	61,1	23,6	16,8	80,5	2,7	82,6	12,7	4,7
	Occidental	18,2	62,0	19,8	23,3	73,9	2,8	86,4	9,8	3,8
	Bogotá	16,3	74,2	9,5	16,4	82,7	0,9	77,0	20,1	2,9
	Atlántica	15,1	68,5	16,4	24,2	72,3	3,5	82,8	11,9	5,3
	Oriental	19,3	64,9	15,8	28,8	67,7	3,5	87,6	9,3	3,1
<b>AFLIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Régimen Subsidiado	21,0	59,1	19,9	28,5	67,0	4,5	89,9	6,8	3,3
	Regimen Contributivo	13,6	72,6	13,8	16,2	82,7	1,1	77,9	18,0	4,3
	Regímenes especiales	10,6	79,7	9,7	12,2	87,0	0,8	76,9	13,6	5,1
	No Afiliados	18,2	61,3	20,5	24,8	71,6	3,6	86,4	17,2	5,9
	Sin información	10,6	65,6	23,8	19,3	75,7	5,0	72,5	10,0	4,2
<b>CATEGORIA DE MUNICIPIO</b>	1 - Especial	17,7	70,0	12,3	17,2	81,2	1,6	78,7	17,9	3,4
	2 - 3 - 4	15,0	65,8	19,2	25,1	72,1	2,8	86,0	9,4	4,6
	5 - 6	17,6	59,9	22,5	26,6	68,5	4,9	87,4	7,8	4,8

la población sigue de acuerdo con estas afirmaciones, principalmente las personas de más bajo nivel de escolaridad (Cuadro 6).

**Cuadro 6. Creencias y prácticas en salud bucal. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

En cuanto a las **prácticas de higiene oral**, se destaca el hecho de que un alto porcentaje de la población (94.4%) considera que **“la crema dental es necesaria en la limpieza de la boca”** y el 51.2% piensa que **“cuanto más crema se use, más limpios quedan los dientes”**. Estas representaciones coinciden con el hecho de que el 98.2% de la población afirma que utiliza crema dental para limpiar sus dientes (Cuadro 7).

CATEGORIA VARIABLE		EL USO DE SEDA DENTAL EVITA EL SANGRADO DE LA ENCIA			LA CREMA DENTAL ES NECESARIA EN LA LIMPIEZA DE LA BOCA			CUANDO MAS CREMA DENTAL SE USA MAS LIMPIOS QUEDAN LOS DIENTES		
		Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde
<b>TOTAL</b>		<b>55,7</b>	<b>28,3</b>	<b>16,0</b>	<b>94,4</b>	<b>5,3</b>	<b>0,2</b>	<b>51,2</b>	<b>47,7</b>	<b>1,1</b>
EDAD	12-17	56,2	30,9	12,9	95,2	4,7	0,1	59,1	40,4	0,5
	18-24	56,8	30,7	12,5	93,8	5,8	0,4	43,0	55,1	1,9
	25-34	57,1	28,0	14,9	93,9	5,7	0,4	43,8	54,6	1,6
	35-44	55,1	28,7	16,2	94,1	5,9	0,0	49,3	50,1	0,6
	45-54	51,8	26,4	21,8	94,1	5,7	0,2	55,5	43,8	0,5
55-69	54,0	20,7	25,3	96,1	3,4	0,5	69,5	29,2	1,3	
SEXO	Masculino	56,2	28,2	15,6	93,3	3,5	0,2	50,6	48,1	1,3
	Femenino	55,2	28,4	16,4	92,6	7,1	0,3	51,8	47,2	1,0
ESCOLARIDAD	Menor que primaria completa	52,0	17,9	30,1	97,6	1,9	0,5	80,4	18,1	1,5
	Primaria comp. / Secundaria inc.	57,5	29,7	12,8	94,8	5,1	0,1	50,7	48,3	1,0
	Mayor o igual a Secundaria completa	56,4	38,3	5,3	89,6	10,2	0,2	16,4	82,6	1,0
ZONA	Urbana	57,1	31,5	11,4	93,3	6,4	0,3	42,6	56,2	1,2
	Rural	51,9	19,3	28,8	97,4	2,5	0,1	75,0	23,9	1,1
REGION	Central	62,8	23,8	13,4	87,3	12,4	0,3	45,4	52,6	2,0
	Occidental	48,4	28,9	22,7	96,6	3,0	0,4	52,3	46,9	0,8
	Bogotá	57,2	35,2	7,6	95,8	4,0	0,2	31,6	68,1	0,2
	Atlántica	49,3	30,0	20,7	96,7	2,9	0,4	64,8	34,4	0,8
Oriental	59,0	26,4	14,6	97,5	2,4	0,1	57,4	41,2	1,4	
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	56,7	21,8	21,5	97,0	2,9	0,1	68,4	31,0	0,5
	Régimen Contributivo	57,7	32,9	9,4	91,3	8,5	0,2	35,5	63,6	0,9
	Regímenes especiales	51,4	39,0	9,6	98,3	1,7	0,0	28,5	71,4	0,1
	No afiliados	53,5	26,5	20,0	95,9	3,7	0,4	59,5	38,7	1,8
	Sin información	50,4	30,6	19,0	88,3	7,5	4,2	36,3	63,7	0,0
CATEGORIA DE MUNICIPIO	1 - Especial	56,6	33,7	9,7	92,1	7,8	0,1	35,8	63,4	0,8
	2 - 3 - 4	55,5	27,6	16,9	96,1	3,6	0,3	55,4	43,4	1,2
	5 - 6	53,5	21,1	25,4	96,5	3,0	0,5	71,2	27,5	1,3

boca” y el 51.2% piensa que **“cuanto más crema se use, más limpios quedan los dientes”**. Estas representaciones coinciden con el hecho de que el 98.2% de la población afirma que utiliza crema dental para limpiar sus dientes (Cuadro 7).

**Cuadro 7. Creencias y prácticas en salud bucal. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

Con relación al uso de la seda dental se pudo establecer que el 55.7% de la población considera que es uno de los factores que previene el sangrado de la encía. Sin embargo, sólo un 37.4% acepta que la usa ocasionalmente o para limpiar sus dientes.

El 71.4% de la población de 12 a 69 años está en desacuerdo con la afirmación “*solo cuando hay dolor en los dientes es necesario visitar al odontólogo*”. Sin embargo, dentro de la población de la zona rural este desacuerdo es menos frecuente (Cuadro 8).

CATEGORIA VARIABLE		LOS DIENTES AMARILLOS ESTAN DAÑADOS			ES MEJOR TENER CAJA DE DIENTES O PROTESIS EN LUGAR DE DIENTES NATURALES			SOLO CUANDO HAY DOLOR EN LOS DIENTES ES NECESARIO VISITAR AL DENTISTA		
		Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde
<b>TOTAL</b>		<b>38,8</b>	<b>59,4</b>	<b>2,6</b>	<b>4,3</b>	<b>95,3</b>	<b>0,4</b>	<b>28,3</b>	<b>71,4</b>	<b>0,3</b>
<b>EDAD</b>	12-17	44,7	52,7	2,6	5,7	94,0	0,3	33,6	66,1	0,3
	18-24	31,4	65,2	3,4	3,8	95,8	0,4	20,5	79,2	0,3
	25-34	34,5	63,2	2,3	3,5	96,3	0,2	21,6	78,2	0,2
	35-44	35,4	61,8	2,8	2,4	97,2	0,4	27,4	72,1	0,5
	45-54	39,1	58,3	2,6	4,3	94,5	0,8	34,0	65,6	0,2
	55-69	50,5	47,7	1,8	8,0	91,6	0,4	46,3	53,3	0,4
<b>SEXO</b>	Masculino	40,1	57,7	2,2	4,8	94,9	0,3	31,3	68,4	0,3
	Femenino	36,0	61,0	3,0	3,8	95,7	0,4	25,5	74,2	0,3
<b>ESCOLARIDAD</b>	primaria completa	60,7	36,1	3,2	8,6	90,7	0,6	55,7	43,6	0,7
	Primaria comp. / Secundaria inc.	35,8	61,1	3,1	3,1	96,6	0,3	22,8	77,0	0,1
	Mayor o igual a Secundaria completa	14,7	84,2	1,1	1,7	98,2	0,1	6,3	93,6	0,1
<b>ZONA</b>	Urbana	31,4	66,3	2,3	3,4	96,2	0,3	22,0	70,8	0,2
	Rural	56,3	4,0	3,7	7,0	92,6	0,4	46,0	53,5	0,5
<b>REGION</b>	Central	37,5	59,5	3,0	3,7	95,9	0,4	25,7	73,9	0,4
	Occidental	42,3	55,8	1,9	4,2	95,7	0,1	29,1	70,3	0,6
	Bogotá	29,8	68,3	1,9	3,5	95,8	0,5	16,6	83,2	0,1
	Atlántica	38,4	58,2	3,4	5,6	94,3	0,1	38,2	61,5	0,3
	Oriental	40,6	57,0	2,4	4,5	94,8	0,7	29,1	70,9	0,0
<b>AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Régimen Subsidiado	49,1	47,8	3,1	4,4	94,7	0,8	36,3	63,4	0,2
	Régimen Contributivo	26,8	71,0	2,2	3,5	96,2	0,3	17,8	82,0	0,2
	Regímenes especiales	24,8	74,3	0,9	1,5	98,5	0,0	10,5	89,5	0,0
	No afiliados	43,9	53,2	2,9	5,4	94,4	0,2	35,9	63,7	0,4
	Sin información	39,4	57,8	2,8	2,4	96,7	0,9	23,6	76,4	0,0
<b>CATEGORIA DE MUNICIPIO</b>	1 - Especial	28,2	69,8	2,0	2,9	96,7	0,3	18,3	81,5	0,1
	2 - 3 - 4	40,7	57,3	2,0	4,5	95,2	0,3	30,6	69,2	0,2
	5 - 6	50,9	45,3	3,8	6,1	93,4	0,5	44,0	55,5	0,5

**Cuadro 8. Creencias y prácticas en salud bucal. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998.**

### 14. 3.2. Prácticas en salud bucal

A la pregunta de **quién les enseñó a cuidarse la boca**, el 71.5% de las personas expresaron que los padres. Otras respuestas fueron los maestros y/o el odontólogo, otras personas manifiestan que aprendieron solas y otras lo hicieron a través de la radio y la televisión (Cuadro 9).

**Cuadro 9. Personas o medios de quienes se recibe enseñanza sobre el cuidado de la boca. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

CATEGORIA		Padres	Maestros	Nadie, aprendió solo	Odontólogo	Radio/ Televisión	Otros
VARIABLE							
<b>TOTAL</b>		<b>71,5</b>	<b>23,1</b>	<b>19,2</b>	<b>16,8</b>	<b>2,3</b>	<b>4,7</b>
<b>EDAD</b>	12-17	87,6	21,8	5,2	18,6	1,6	7,1
	18-24	80,3	23,9	12,8	19,3	2,6	4,8
	25-34	69,9	27,8	20,5	18,0	2,2	3,6
	35-44	61,2	22,8	27,1	16,7	2,8	4,2
	45-54	60,9	17,8	28,2	14,1	2,1	4,2
	55-69	56,7	17,9	32,2	8,3	2,2	3,6
<b>SEXO</b>	Masculino	71,0	22,5	19,9	15,1	2,1	4,2
	Femenino	72,1	23,6	18,5	18,4	2,4	5,1
<b>ESCOLARIDAD</b>	menor que primaria completa	59,7	16,2	31,0	9,2	1,5	4,1
	Primaria comp. / Secundaria inc.	74,0	24,2	15,7	16,5	2,2	5,4
	Mayor o igual a Secundaria completa	80,9	29,1	12,1	26,8	3,3	3,9
<b>ZONA</b>	Urbana	71,8	22,4	19,2	18,6	2,2	4,9
	Rural	70,7	24,9	19,2	11,8	2,3	4,1
<b>REGION</b>	Central	72,5	31,9	18,7	20,0	3,4	7,1
	Occidental	71,0	25,4	18,9	15,7	1,7	4,3
	Bogotá	77,4	18,4	14,8	21,4	2,8	5,5
	Atlántica	68,6	17,6	24,5	12,5	2,4	3,1
	Oriental	69,5	19,6	17,7	15,1	0,8	3,0
<b>AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Régimen Subsidiado	70,4	25,6	21,0	14,0	1,0	3,7
	Régimen Contributivo	73,4	23,8	16,9	22,1	2,4	4,6
	Regímenes especiales	77,9	21,6	14,7	23,6	2,2	6,8
	No afiliados	69,7	20,7	20,8	12,5	2,8	5,0
	Sin información	74,7	30,0	17,9	18,4	2,5	6,7
<b>CATEGORIA DE MUNICIPIO</b>	1 - Especial	72,6	21,6	18,5	18,6	2,2	5,3
	2 - 3 - 4	69,9	20,0	21,0	15,4	1,6	4,4
	5 - 6	71,2	27,7	19,6	13,7	2,1	3,6

Se destaca el hecho de que aproximadamente una tercera parte de la población sin ningún nivel de escolaridad (31%) tiene la percepción de que nunca nadie le enseñó a cuidarse la boca y que para la mayoría de las personas jóvenes (12 a 24 años), los padres, los maestros y el odontólogo han tenido una participación mayor en esta enseñanza.

En cuanto a las **prácticas de higiene bucal**, el 98.4% de la población manifiesta que utiliza cepillo y crema dental para limpiar sus dientes; en menor porcentaje utilizan seda dental (37.4%) y enjuague bucal (16.5%). Otros implementos referidos en menor proporción son bicarbonato, palillos, carbón, ceniza, sal, hierbas y otros utilizados en mayor medida por la población de menor nivel de escolaridad (Cuadro 10).

**Cuadro 10. Elementos utilizados para la limpieza de los dientes. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

CATEGORIA		Cepillo	Crema Dental	Seda Dental	Enjuague Bucal	Palillos	Bicarbonato	Otros*
VARIABLE								
<b>TOTAL</b>		<b>98,4</b>	<b>98,2</b>	<b>37,4</b>	<b>16,5</b>	<b>3,1</b>	<b>3,7</b>	<b>6,3</b>
<b>EDAD</b>	12-17	99,0	99,2	35,3	19,9	1,1	3,1	3,0
	18-24	99,5	99,1	45,4	23,2	1,9	2,4	2,8
	25-34	98,6	98,7	42,6	15,9	3,6	2,4	4,9
	35-44	98,0	97,8	40,5	14,4	5,4	5,9	10,8
	45-54	98,0	97,3	27,9	9,7	4,7	5,4	9,5
	55-69	95,7	94,5	17,3	8,6	1,8	4,8	11,8
<b>SEXO</b>	Masculino	98,0	97,8	31,5	14,9	4,2	2,1	6,5
	Femenino	98,8	98,5	43,2	18,0	1,9	5,2	6,3
<b>ESCOLARIDAD</b>	Menor que primaria completa	97,0	96,4	14,4	6,6	2,6	4,2	8,7
	Primaria comp. / Secundaria inc.	98,8	98,7	38,0	16,3	3,2	3,8	4,3
	Mayor o igual a Secundaria completa	99,4	99,2	64,4	28,9	3,2	2,8	2,1
<b>ZONA</b>	Urbana	98,8	98,4	43,4	20,1	3,5	3,9	5,5
	Rural	97,3	97,4	20,8	6,4	1,8	3,2	8,2
<b>REGION</b>	Central	99,4	97,2	53,9	12,0	3,2	3,2	5,5
	Occidental	99,5	98,8	36,3	18,0	2,8	4,4	5,9
	Bogotá	99,7	98,4	43,4	23,8	1,3	2,3	2,3
	Atlántica	98,5	98,9	23,0	15,3	3,5	5,4	3,7
	Oriental	95,2	97,7	29,2	16,2	3,9	2,8	8,1
<b>AFLIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Régimen Subsidiado	97,7	98,6	22,3	10,0	2,8	3,6	5,7
	Régimen Contributivo	99,2	98,5	53,5	21,0	3,0	2,9	3,8
	Regímenes especiales	99,3	100,0	60,4	44,2	4,0	4,3	3,2
	Ninguno de los anteriores	97,9	97,4	28,8	13,5	3,3	4,6	5,9
	Sin información	98,7	98,7	19,9	19,8	-	1,7	5,5
<b>CATEGORIA DE MUNICIPIO</b>	1 - Especial	98,4	98,2	46,3	20,9	2,8	3,3	3,3
	2 - 3 - 4	99,5	99,1	31,4	17,6	4,7	4,7	5,4
	5 - 6	97,0	96,6	26,7	8,5	1,9	3,3	7,4

(-) Frecuencia cero (\*) Frecuencia no significativa

Otros\* : Carbón/Ceniza, Sal, Hierbas.

Entre la población que usa cepillo para limpiar sus dientes, el 60% afirma que acostumbra cambiarlo periódicamente, cada tres meses en promedio, y un porcentaje menor lo cambia cuando las cerdas han perdido su forma (37.2%).

Del 37.4% de las personas que usan la seda dental el 45.1% afirman que la utilizan sólo ocasionalmente para remover restos de comida entre los dientes y un 39% manifiesta que la utiliza habitualmente después del cepillado para completar su higiene oral.

**Cuadro 11. Razones por las cuales no se usa la seda dental. Población de 12 a 69 años que no usa la seda. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

Las razones que argumenta el 62.6% de la población para **no usar la seda dental**, son en

CATEGORIA VARIABLE		Por falta de costumbre	No la conoce	No es necesaria	Es muy cara	Le sangra o le duele la encía	No se acuerda de usarla	No sabe como usarla	Otros
		<b>44,0</b>	<b>18,0</b>	<b>18,0</b>	<b>9,0</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	<b>4,0</b>	<b>2,0</b>
EDAD	12-17	39,0	18,0	15,0	12,0	5,0	4,0	6,0	5,0
	18-24	49,0	14,0	17,0	7,0	8,0	5,0	4,0	1,0
	25-34	51,0	11,0	15,0	10,0	4,0	9,0	6,0	1,0
	35-44	45,0	21,0	17,0	10,0	4,0	3,0	4,0	1,0
	45-54	39,0	24,0	21,0	9,0	4,0	3,0	4,0	1,0
	55-69	33,0	28,0	27,0	5,0	2,0	2,0	2,0	3,0
SEXO	Masculino	44,0	19,0	17,0	7,0	5,0	5,0	5,0	2,0
	Femenino	43,0	17,0	18,0	12,0	5,0	4,0	4,0	2,0
ESCOLARIDAD	Menor que primaria completa	35,4	33,1	13,6	8,6	2,5	5,1	4,7	1,1
	Primaria comp. / Secundaria inc.	47,0	10,5	19,8	10,3	5,8	3,8	5,0	2,6
	Mayor o igual a Secundaria completa	56,5	2,2	23,0	6,6	7,8	6,1	2,0	3,0
ZONA	Urbana	47,0	10,0	22,0	10,0	6,0	5,0	4,0	2,0
	Rural	38,0	35,0	10,0	8,0	2,0	4,0	6,0	2,0
REGION	Central	45,0	9,0	22,0	14,0	5,0	7,0	5,0	3,0
	Occidental	44,0	24,0	15,0	9,0	4,0	3,0	3,0	2,0
	Bogotá	42,0	5,0	33,0	9,0	7,0	4,0	5,0	3,0
	Atlántica	47,0	25,0	12,0	7,0	4,0	2,0	3,0	1,0
	Oriental	40,0	22,0	14,0	9,0	5,0	8,0	6,0	2,0
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	38,2	27,3	16,1	9,9	4,4	4,1	3,4	2,9
	Régimen Contributivo	50,2	5,8	23,1	7,5	5,6	5,4	4,5	2,7
	Regímenes especiales	59,4	3,9	21,7	1,1	10,3	3,2	-	5,7
	No afiliados	42,2	21,5	15,7	9,6	4,2	4,2	5,3	1,1
	Sin información	43,7	12,3	7,7	22,5	5,5	8,9	3,7	-
CATEGORIA DE MUNICIPIO	1 - Especial	44,1	7,7	26,2	10,7	5,9	4,9	3,6	2,8
	2 - 3 - 4	46,9	20,8	13,5	8,6	5,2	3,4	2,9	1,2
	5 - 6	37,9	28,0	13,3	9,0	2,8	5,8	6,5	2,1

(-) Frecuencia cero

su orden: la falta de costumbre (44%), no la conocen (18%), no la consideran necesaria (18%) y algunos la consideran muy costosa (9%). Un bajo porcentaje de personas (4%) manifiesta que no la usa por que no saben como hacerlo o por que les sangra o les duele la encía mientras la usan (5%) (Cuadro 11).

Llama la atención que cerca de una tercera parte de la población sin ningún nivel de escolaridad (33.1%), **no conoce la seda dental** y que este desconocimiento es mayor, si se compara entre regiones, en la Atlántica, Oriental y Occidental, respecto a las otras regiones del país.



**Cuadro 12. Prácticas realizadas ante el dolor de muela o diente. Población de 12 a 69 años que alguna vez ha sentido dolor de muela. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

El 82.9% de la población encuestada refiere haber sentido alguna vez dolor en una muela o diente. Las **prácticas más frecuentes ante este dolor** son: la consulta al odontólogo (66%), principalmente entre la población con nivel educativo superior; el consumo de

CATEGORIA		Consulta con el dentista u odontólogo	Toma analgésicos	Usa remedios caseros	Toma antibióticos
VARIABLE					
<b>TOTAL</b>		<b>66.0</b>	<b>32.0</b>	<b>16.0</b>	<b>7.0</b>
EDAD	12-17	57,0	33,0	25,0	6,0
	18-24	63,0	35,0	18,0	8,0
	25-34	67,0	35,0	11,0	8,0
	35-44	70,0	31,0	12,0	5,0
	45-54	72,0	31,0	15,0	7,0
	55-69	70,0	27,0	15,0	4,0
SEXO	Masculino	67,0	31,0	15,0	6,0
	Femenino	65,0	34,0	16,0	7,0
ESCOLARIDAD	Menor que primaria completa	57,7	35,6	20,4	5,6
	Primaria comp. / Secundaria inc.	65,2	33,4	15,8	8,2
	Mayor o igual a Secundaria completa	79,4	26,3	7,7	4,7
ZONA	Urbana	68,0	32,0	13,0	7,0
	Rural	61,0	34,0	22,0	5,0
REGION	Central	69,0	35,0	15,0	9,0
	Occidental	69,0	29,0	15,0	5,0
	Bogotá	67,0	33,0	14,0	6,0
	Atlántica	64,0	31,0	11,0	6,0
	Oriental	63,0	32,0	22,0	6,0
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	58,5	37,0	22,9	7,3
	Régimen Contributivo	74,3	27,8	10,0	5,9
	Regímenes especiales	79,2	28,9	10,9	0,5
	No afiliados	61,7	35,0	16,3	7,2
	Sin información	62,5	22,7	22,0	12,1
	CATEGORIA DE MUNICIPIO	1 - Especial	67,9	30,7	13,7
	2 - 3 - 4	65,8	33,5	14,3	6,6
	5 - 6	63,3	33,7	17,6	4,5

analgésicos (32%); los remedios caseros (16%), y en una menor proporción el uso de antibióticos (7%) (Cuadro 12).

Algunos de los remedios caseros mencionados son: los enjuagues de agua con sal, los enjuagues con hierbas, la calza eléctrica, gotas de alcohol, el esmalte o pastillas analgésicas aplicados directamente, los buchets de aguardiente, etc. Estas prácticas se citan en todas las regiones del país, pero principalmente en la región Oriental y más en la zona rural que en la urbana.

### 15. 3.3. Cuidado bucal de los niños

**Cuadro 13. Conocimientos y creencias respecto al cuidado bucal de los niños. Mujeres entre 18 y 69 años que tiene niños a su cuidado. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

CATEGORIA VARIABLE		LOS DIENTES DE LECHE SON POCO IMPORTANTES PORQUE SE VAN A CAER			LA PRIMERA MUELA PARA TODA LA VIDA SALE ANTES DE LOS 8 AÑOS			LOS NIÑOS SON MAS PROPENSOS A LA CARIES DENTAL QUE LOS ADULTOS		
		Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde
<b>TOTAL</b>		<b>29,3</b>	<b>69,4</b>	<b>1,3</b>	<b>43,8</b>	<b>28,3</b>	<b>27,9</b>	<b>88,5</b>	<b>9,3</b>	<b>2,2</b>
EDAD	18-24	29,8	68,3	1,9	35,6	26,7	37,7	88,4	9,6	2,0
	25-34	26,5	72,9	0,6	45,8	27,1	27,1	89,5	8,9	1,6
	35-44	26,7	71,9	1,4	42,3	32,2	25,5	85,8	11,7	2,5
	45-54	35,5	63,2	1,3	52,6	27,7	19,7	89,3	8,1	2,6
	55-69	47,9	49,6	2,5	51,2	26,2	22,6	92,1	3,5	4,4
ESCOLARIDAD	primaria completa	47,8	49,0	3,2	5,2	22,7	25,0	91,5	6,2	2,3
	Primaria comp. / Secundaria inc.	26,4	73,0	0,5	39,0	31,6	29,4	89,8	8,2	2,0
	Mayor o igual a Secundaria completa	11,5	88,2	0,3	42,9	28,8	28,3	81,9	15,9	2,2
ZONA	Urbana	24,9	74,1	1,0	42,7	29,0	28,3	87,8	10,1	2,1
	Rural	41,2	56,7	2,1	46,6	26,5	26,9	90,5	7,2	2,3
REGION	Central	24,1	74,6	1,3	40,4	21,8	37,8	85,0	8,7	6,3
	Occidental	31,4	66,9	1,7	47,3	27,2	25,5	86,8	13,1	0,1
	Bogotá	19,0	79,6	1,4	39,9	33,5	26,6	90,2	7,0	2,8
	Atlántica	33,1	65,1	1,8	52,2	29,1	18,7	90,3	8,5	1,2
	Oriental	35,8	63,9	0,3	39,0	32,0	29,0	90,6	9,3	0,1
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	38,7	60,2	1,1	44,4	24,7	30,9	93,1	5,5	1,4
	Régimen Contributivo	19,6	80,0	0,4	41,4	32,3	26,3	86,6	11,3	2,1
	Regímenes especiales	15,5	84,5	-	29,0	36,9	34,1	85,1	9,2	5,7
	No afiliados	33,3	64,3	2,4	46,8	27,1	26,1	87,6	9,9	2,5
	Sin información	34,0	66,0	-	44,4	5,3	50,3	84,7	15,3	-
CATEGORIA DE MUNICIPIO	1 - Especial	21,5	77,7	0,8	40,1	30,8	29,1	87,5	10,3	2,2
	2 - 3 - 4	33,9	64,4	1,7	49,6	28,0	22,4	89,1	9,9	1,0
	5 - 6	35,5	62,3	2,2	42,9	25,5	31,6	90,1	7,2	2,7

(-) Frecuencia cero

Al indagar sobre algunas **creencias, conocimientos y prácticas** de las madres respecto a la salud bucal de los niños se determinó que el 69.4% está en desacuerdo con la afirmación “*los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer*”. Entre el 29.3% de las mujeres que están de acuerdo, se destacan las de la zona rural y las de más bajo nivel de escolaridad (Cuadro 13).

Obsérvese que el 56.2% de las madres desconoce o no tiene un conocimiento claro respecto a la *época de erupción del primer molar permanente*, pero a su vez el 88.5% está de acuerdo en que “*los niños son más propensos (que los adultos) a la caries dental*”.

**Cuadro 14. Conocimientos y creencias respecto al cuidado bucal de los niños. Mujeres entre 18 y 69 años que tiene niños a su cuidado. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

De otro lado el 83.9% de las mujeres considera que “*el cuidado de la boca del bebé comienza con la salida del primer diente*”. El 94.5% es consciente que “*es perjudicial o dañino para el niño dormir con el tetero en la boca*” y que “*la alimentación es un factor importante que influye en la formación de los dientes*” (Cuadro 14).

En cuanto a la responsabilidad del cuidado de la boca de los niños, casi la totalidad de las madres (99.4%), opina que “*los padres son los responsables de enseñarle al niño a cuidar*

CATEGORIA VARIABLE		LOS PADRES SON LOS RESPONSABLES DE ENSEÑARLE AL NIÑO A CUIDAR SU BOCA			LOS PADRES DEBEN SUPERVISAR EL CEPILLADO DE LOS DIENTES DE LOS(AS) HIJOS(AS) PEQUEÑOS(AS)			LA SALIDA DE LOS DIENTES ENFERMA A LOS NIÑOS(AS)		
		Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no
<b>TOTAL</b>		<b>99.4</b>	<b>0.5</b>	<b>0.1</b>	<b>99.7</b>	<b>0.1</b>	<b>0.2</b>	<b>77.3</b>	<b>20.6</b>	<b>2.1</b>
EDAD	18-24	99.2	0.6	0.2	99.8	-	0.2	74.3	22.5	3.2
	25-34	99.6	0.4	-	100.0	-	0.0	79.4	18.3	2.3
	35-44	99.6	0.4	-	99.4	0.2	0.4	72.8	25.6	1.6
	45-54	99.7	0.3	-	99.7	0.3	0.0	79.8	19.4	0.8
	55-69	98.6	0.5	0.9	99.8	0.5	1.1	90.2	9.2	0.6
ESCOLARIDAD	Menor que primaria completa	99.8	0.2	-	99.4	0.1	0.5	88.9	9.2	1.9
	Primaria comp. / Secundaria inc.	99.6	0.2	0.2	99.9	-	0.1	79.3	19.3	1.4
	Mayor o igual a Secundaria completa	98.8	1.2	-	99.7	0.3	-	57.9	38.3	3.8
ZONA	Urbana	99.5	0.4	0.1	99.8	0.1	0.1	75.0	23.1	1.9
	Rural	99.4	0.6	-	99.3	0.3	0.4	83.5	13.8	2.7
REGION	Central	99.0	1.0	-	99.9	0.1	0.0	72.1	25.9	2.0
	Occidental	99.9	0.1	-	99.4	0.1	0.5	79.2	17.9	2.9
	Bogotá	98.7	0.9	0.4	100.0	0.0	0.0	78.4	21.6	0.0
	Atlántica	99.6	0.3	0.1	99.2	0.3	0.5	82.4	17.1	0.5
	Oriental	100.0	-	-	100.0	0.0	0.0	75.9	19.8	4.3
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	100.0	-	-	100.0	-	-	84.8	13.6	1.6
	Régimen Contributivo	99.2	0.7	0.1	99.7	0.1	0.2	68.5	30.0	1.5
	Otros regímenes	97.9	2.1	-	97.9	2.1	-	56.2	43.8	-
	No afiliados	99.5	0.4	0.1	99.6	0.1	0.3	83.8	13.4	2.8
	Sin información	100.0	-	-	100.0	-	-	42.4	47.8	9.8
CATEGORIA DE MUNICIPIO	1 - Especial	99.0	0.8	0.2	99.8	0.1	0.1	74.6	23.4	2.0
	2 - 3 - 4	99.7	0.3	-	99.6	0.3	0.1	79.0	19.4	1.6
	5 - 6	99.5	0.5	-	99.5	-	0.5	80.6	15.7	3.7

(-) Frecuencia cero

su boca y que son ellos quienes deben *supervisar el cepillado de los dientes en los niños pequeños*” (Cuadro 15).

**Cuadro 15. Conocimientos y creencias respecto al cuidado bucal de los niños. Mujeres entre 18 y 69 años que tiene niños a su cuidado. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

CATEGORIA VARIABLE		LOS PADRES SON LOS RESPONSABLES DE ENSEÑARLE AL NIÑO A CUIDAR SU BOCA			LOS PADRES DEBEN SUPERVISAR EL CEPILLADO DE LOS DIENTES DE LOS(AS) HIJOS(AS) PEQUEÑOS(AS)			LA SALIDA DE LOS DIENTES ENFERMA A LOS NIÑOS(AS)		
		Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no responde	Acuerdo	Desacuerdo	No sabe / no
TOTAL		99,4	0,5	0,1	99,7	0,1	0,2	77,3	20,6	2,1
EDAD	18-24	99,2	0,6	0,2	99,8	-	0,2	74,3	22,5	3,2
	25-34	99,6	0,4	-	100,0	-	0,0	79,4	18,3	2,3
	35-44	99,6	0,4	-	99,4	0,2	0,4	72,8	25,6	1,6
	45-54	99,7	0,3	-	99,7	0,3	0,0	79,8	19,4	0,8
	55-69	98,6	0,5	0,9	99,8	0,5	1,1	90,2	9,2	0,6
ESCOLARIDAD	Menor que primaria completa	99,8	0,2	-	99,4	0,1	0,5	88,9	9,2	1,9
	Primaria comp. / Secundaria inc.	99,6	0,2	0,2	99,9	-	0,1	79,3	19,3	1,4
	Mayor o igual a Secundaria completa	98,8	1,2	-	99,7	0,3	-	57,9	38,3	3,8
ZONA	Urbana	99,5	0,4	0,1	99,8	0,1	0,1	75,0	23,1	1,9
	Rural	99,4	0,6	-	99,3	0,3	0,4	83,5	13,8	2,7
REGION	Central	99,0	1,0	-	99,9	0,1	0,0	72,1	25,9	2,0
	Occidental	99,9	0,1	-	99,4	0,1	0,5	79,2	17,9	2,9
	Bogotá	98,7	0,9	0,4	100,0	0,0	0,0	78,4	21,6	0,0
	Atlántica	99,6	0,3	0,1	99,2	0,3	0,5	82,4	17,1	0,5
	Oriental	100,0	-	-	100,0	0,0	0,0	75,9	19,8	4,3
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	100,0	-	-	100,0	-	-	84,8	13,6	1,6
	Régimen Contributivo	99,2	0,7	0,1	99,7	0,1	0,2	68,5	30,0	1,5
	Regímenes especiales	97,9	2,1	-	97,9	2,1	-	56,2	43,8	-
	No afiliados	99,5	0,4	0,1	99,6	0,1	0,3	83,8	13,4	2,8
	Sin información	100,0	-	-	100,0	-	-	42,4	47,8	9,8
CATEGORIA DE MUNICIPIO	1 - Especial	99,0	0,8	0,2	99,8	0,1	0,1	74,6	23,4	2,0
	2 - 3 - 4	99,7	0,3	-	99,6	0,3	0,1	79,0	19,4	1,6
	5 - 6	99,5	0,5	-	99,5	-	0,5	80,6	15,7	3,7

(-) Frecuencia cero

Entre **las prácticas** que citan las madres para garantizar el cuidado de la boca de los niños, la más frecuente es *cepillarles los dientes con crema dental* (87%) en segundo lugar *llevarlos al odontólogo periódicamente* (16.3%), respuestas que son más frecuentes entre las personas con mayor nivel educativo (Cuadro 16).

Otras prácticas relatadas son: *alimentarlos con frutas y verduras, darles leche, controlarles el consumo de dulces, pasarles la seda dental, algunas prácticas caseras como enjuagues bucales, limpiar con gasa y algodón, limpiar con bicarbonato, ceniza o desmanchadores dentales*. Respecto a estas prácticas vale la pena analizar las diferencias en las respuestas entre las mujeres del área urbana y rural y entre las diferentes regiones.

**Cuadro 16. Prácticas para el cuidado de la boca y dientes de los niños. Mujeres entre 18 y 69 años que tiene niños a su cuidado. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

CATEGORIA		Cepillarles los dientes con crema dental	Cepillarles los dientes sin crema dental	Llevarlos al Odontólogo	Alimentarlos con frutas y verduras	Darles leche	Controlar consumo de dulces	Pasarles la seda dental	Otro
VARIABLE									
TOTAL		87,0	7,5	16,3	15,1	15,0	14,2	6,8	11,9
EDAD	18-24	80,9	8,1	9,8	15,3	13,9	9,6	4,7	12,7
	25-34	89,2	7,5	16,7	13,2	15,1	15,1	8,1	10,7
	35-44	87,0	6,6	21,9	16,1	13,6	16,5	8,0	13,6
	45-54	89,8	12,9	13,8	23,2	24,2	15,4	3,8	10,8
	55-69	88,8	1,2	14,9	11,4	11,9	11,5	3,9	10,8
ESCOLARIDAD	Menor que primaria completa	86,8	7,3	7,4	9,6	12,9	11,0	3,3	11,4
	Primaria comp. / Secundaria inc.	89,9	7,0	16,5	16,8	16,5	13,2	5,9	10,0
	Mayor o igual a Secundaria completa	80,8	8,9	27,3	18,8	14,7	20,4	13,0	16,6
ZONA	Urbana	86,9	7,8	18,8	15,9	15,8	15,5	8,1	11,9
	Rural	87,3	6,5	9,6	12,9	13,1	10,4	3,3	11,9
REGION	Central	88,6	8,2	15,3	18,1	13,0	16,5	10,6	14,8
	Occidental	87,5	3,9	14,5	9,8	15,7	11,6	4,8	11,5
	Bogotá	83,5	8,2	20,6	18,7	17,2	15,6	7,3	11,5
	Atlántica	85,6	12,4	18,0	8,4	14,1	17,3	4,1	10,3
	Oriental	88,4	4,6	14,3	20,2	16,1	10,0	6,5	10,9
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	87,0	7,7	13,7	14,1	11,2	13,6	6,1	11,0
	Régimen Contributivo	87,9	6,9	23,2	19,4	17,1	16,4	9,8	12,2
	Regímenes especiales	77,1	18,3	21,3	24,6	21,9	13,3	10,6	31,3
	No afiliados	87,2	6,6	11,4	11,3	15,6	12,8	4,1	10,9
	Sin información	77,2	22,8	-	-	-	-	-	1,9
CATEGORÍA DE MUNICIPIO	1 - Especial	88,6	6,4	20,3	17,3	16,8	14,6	8,3	11,8
	2 - 3 - 4	87,4	7,6	13,3	13,5	13,4	14,4	4,5	11,0
	5 - 6	82,8	8,2	11,2	16,5	15,1	11,0	4,7	14,5

(-) Frecuencia cero

El 92.7% de las mujeres considera que *se debe controlar la cantidad de crema dental en los niños*. Las razones que argumentan son: “por que la desperdician” y “por que les hace daño”. Sólo un 7.5% considera suficiente el cepillado de los dientes sin crema dental. Respecto a la **aplicación de flúor**, el 36.8% de las mujeres refiere que los niños *han recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año*. El sitio en el que con mayor frecuencia recibieron el flúor es *la escuela o colegio* (68%) y en segundo lugar en el *puesto o centro de salud* (13%) (Cuadro 17).

**Cuadro 17. Lugar donde el(la) niño(a), recibió flúor la última vez. Mujeres entre 18 y 69 años que tiene niños a su cuidado. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

CATEGORIA VARIABLE		CATEGORIA						
		En la escuela o colegio	En el puesto o centro de salud	En consultorio privado	En el hogar	En el seguro social	En consultorio que remitió EPS	Otro
<b>TOTAL</b>		<b>68,0</b>	<b>13,0</b>	<b>8,0</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>	<b>1,0</b>
EDAD	18-24	51,0	39,0	-	13,0	2,0	2,0	1,0
	25-34	70,0	9,0	8,0	2,0	7,0	6,0	1,0
	35-44	68,0	12,0	8,0	8,0	3,0	4,0	2,0
	45-54	70,0	18,0	10,0	-	-	7,0	3,0
	55-69	79,0	4,0	6,0	1,0	7,0	6,0	-
ESCOLARIDAD	Menor que primaria completa	74,3	16,9	2,8	6,2	0,5	2,8	0,8
	Primaria comp. / Secundaria inc.	73,9	11,1	6,2	3,3	4,5	3,9	0,9
	Mayor o igual a Secundaria completa	51,2	12,4	15,4	5,4	9,3	10,8	1,5
ZONA	Urbana	67,0	11,0	10,0	4,0	6,0	7,0	1,0
	Rural	73,0	19,0	-	7,0	-	1,0	3,0
REGION	Central	83,0	6,0	4,0	6,0	2,0	3,0	1,0
	Occidental	60,0	18,0	13,0	1,0	4,0	4,0	2,0
	Bogotá	41,0	12,0	20,0	9,0	3,0	20,0	3,0
	Atlántica	68,0	17,0	2,0	5,0	5,0	8,0	-
	Oriental	68,0	17,0	6,0	3,0	11,0	1,0	1,0
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	74,1	23,7	1,3	4,8	1,0	2,4	1,3
	Régimen Contributivo	61,6	8,1	9,9	4,9	10,1	10,0	0,7
	Régímenes especiales	53,3	10,0	24,4	-	-	*	12,2
	No afiliados	76,0	8,1	8,8	4,4	0,7	1,8	-
	Sin información	37,9	58,6	-	-	-	-	-
CATEGORIA DE MUNICIPIO	1 - Especial	62,8	5,1	15,2	5,0	5,1	10,9	1,0
	2 - 3 - 4	63,9	17,3	6,4	4,6	7,7	1,3	1,1
	5 - 6	77,8	17,6	1,2	5,0	0,4	1,7	1,1

(-) Frecuencia cero (\*) Frecuencia no significativa

El 72.1% de las mujeres considera que *es necesario el uso de flúor para los niños*. Esta opinión es más frecuente en las mujeres de mayor nivel educativo y en la región Central. Según las entrevistadas las razones que explican la necesidad del flúor son *“que evita la caries”* y *“por que endurece los dientes”*.

Las mujeres que no lo consideran necesario (10%), argumentan que *“es suficiente con el cepillado”*, otras opinan que *“el flúor es dañino por que mancha los dientes o les quita su brillo”*. El 18.0% manifiesta que no sabe si el flúor es necesario para los niños.

### 16. 3.4. Demanda y utilización de servicios de salud bucal

Solo el 22.2% de la población entre 12 y 69 años refiere haber tenido algún problema dental o en la boca en el último mes (Cuadro 18).

**Cuadro 18. Población de 12 a 69 años que tuvo problemas bucales en el último mes. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

La morbilidad sentida es más frecuente en mujeres que en hombres, en el grupo de 18 a 44 años de edad, en la población de la zona urbana y en las personas de mayor nivel educativo.

CATEGORIA		Ha tenido problemas bucales en el último mes	CUALES PROBLEMAS?									
			Dolor de muelas o dientes	Caries dental	Sangrado de encías	Pérdida de Obturaciones	Fractura dental	Inflamación de la cara	Pérdida de diente(s)	Dificultad para abrir la boca	Fractura de prótesis	Otro
VARIABLE												
<b>TOTAL</b>		<b>22,2</b>	<b>60,5</b>	<b>45,5</b>	<b>30,7</b>	<b>30,5</b>	<b>17,1</b>	<b>14,5</b>	<b>13,0</b>	<b>9,2</b>	<b>3,7</b>	<b>7,5</b>
<b>EDAD</b>	12-17	16,7	69,9	47,0	37,4	25,8	20,1	17,2	8,5	11,8	-	7,2
	18-24	25,7	59,7	46,3	27,5	26,9	17,1	8,7	4,8	8,3	2,3	4,1
	25-34	24,7	60,6	49,9	36,9	35,5	15,1	14,4	17,7	9,3	0,9	4,4
	35-44	28,7	60,3	43,6	24,4	31,9	19,1	17,2	18,3	9,8	7,6	8,8
	45-54	19,2	51,2	40,8	31,0	30,7	13,2	16,9	12,2	6,4	6,8	14,5
	55-69	11,1	55,1	31,1	19,6	26,4	16,6	16,2	15,2	6,8	11,8	22,6
<b>SEXO</b>	Masculino	16,8	58,6	47,2	33,1	26,5	19,6	13,1	10,9	8,1	4,4	7,2
	Femenino	27,4	61,8	44,6	29,3	3,0	15,6	15,3	14,3	9,8	3,2	7,7
<b>ESCOLARIDAD</b>	Menor que primaria completa	18,9	65,0	42,3	38,9	17,4	16,1	23,6	14,8	14,6	4,7	7,5
	Primaria comp. / Secundaria inc.	22,3	61,7	48,6	33,3	31,6	16,7	12,4	13,5	7,8	2,7	5,8
	Mayor o igual a Secundaria completa	26,2	50,2	39,3	17,7	37,3	16,7	8,7	8,3	5,0	3,5	10,8
<b>ZONA</b>	Urbana	23,7	59,1	46,4	29,9	33,7	18,3	13,6	13,9	7,6	4,3	8,3
	Rural	18,3	65,6	42,5	33,7	19,3	12,8	17,6	9,7	14,6	1,3	4,8
<b>REGION</b>	Central	21,4	58,6	54,4	35,2	30,6	14,9	14,4	16,5	7,7	5,3	10,6
	Occidental	16,9	54,4	36,0	32,7	22,9	14,5	17,7	10,1	8,9	2,5	7,0
	Bogotá	27,5	61,6	51,3	36,3	38,5	15,7	10,9	10,1	10,4	7,5	6,0
	Atlántica	21,8	63,8	49,2	23,4	36,1	19,9	17,1	21,3	7,4	1,2	4,2
	Oriental	24,2	62,6	33,4	27,0	23,2	19,4	13,2	5,5	11,5	1,8	8,8
<b>AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Régimen Subsidiado	21,9	66,8	45,7	28,7	24,5	16,9	16,3	9,9	12,3	4,5	3,5
	Régimen Contributivo	22,3	52,2	46,6	28,4	33,3	14,5	8,1	12,0	6,7	4,7	12,2
	Regímenes especiales	17,9	59,1	20,5	5,5	21,3	7,9	19,7	8,7	4,7	-	19,7
	No afiliados	22,7	62,8	43,4	34,8	29,3	19,2	18,1	14,5	8,8	1,8	4,5
	Sin información	22,2	82,2	38,9	24,4	34,4	7,8	23,3	5,6	10,0	-	8,9
<b>CATEGORIA DE MUNICIPIO</b>	1 - Especial	24,3	55,4	49,2	30,4	35,4	16,9	10,0	10,3	6,8	4,5	8,2
	2 - 3 - 4	21,8	61,8	40,1	28,0	24,9	18,3	17,4	14,2	9,5	2,6	7,9
	5 - 6	19,5	68,4	45,0	34,1	27,9	16,1	19,2	16,5	12,9	3,3	5,9

(-) Frecuencia cero

De los problemas que presentó el 22.2% de la población en el último mes, el más frecuente fue el *dolor de muelas o dientes* (60.5%); le siguen en su orden *caries dental*, *sangrado de la encía*, *pérdida de obturaciones*, *fractura de dientes*, *inflamación de la cara*, *pérdida de dientes*, *dificultad para abrir la boca*, *fractura de prótesis* y *otros* (Cuadro 19).

**Cuadro 19. Demanda de servicios de salud bucal. Población de 12 a 69 años que presentó problemas bucales en el mes anterior a la encuesta. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

Del total de las personas que tuvieron problemas bucales en el último mes, sólo **consultaron** el 45%, siendo más frecuente la consulta entre los que refirieron pérdida de dientes y fractura de prótesis. Sin embargo, nótese que entre los problemas más

CATEGORIA VARIABLE		DOLOR DE MUELAS O DIENTES	SI HA TENIDO CARIES DENTAL	SI HA TENIDO SANGRADO DE ENCÍAS	SI HA TENIDO PERDIDA DE OBTURACIONES	SI HA TENIDO FRACTURA DENTAL
		60,5	45,5	30,7	30,5	17,1
		Si consultó	Si consultó	Si consultó	Si consultó	Si consultó
<b>TOTAL</b>		<b>41,2</b>	<b>38,6</b>	<b>28,8</b>	<b>48,2</b>	<b>35,2</b>
<b>EDAD</b>	12-17	42,9	47,6	30,4	46,9	35,0
	18-24	32,7	33,1	26,2	49,2	34,5
	25-34	46,9	39,5	25,3	45,9	32,3
	35-44	44,3	40,6	39,4	49,2	40,9
	45-54	34,0	27,4	25,3	50,6	43,4
	55-69	38,7	42,4	25,9	51,9	10,2
<b>SEXO</b>	Masculino	37,8	39,8	26,1	52,8	25,2
	Femenino	43,2	37,8	30,6	45,9	44,6
<b>ESCOLARIDAD</b>	Menor que primaria completa	32,9	24,5	14,9	47,7	25,2
	Primaria comp. / Secundaria inc.	38,2	39,5	29,4	45,2	32,3
	Mayor o igual a Secundaria completa	53,5	50,4	52,5	53,7	52,1
<b>ZONA</b>	Urbana	45,2	41,6	32,2	50,4	39,0
	Rural	28,5	26,7	18,2	34,1	15,6
<b>REGION</b>	Central	43,6	33,0	24,7	49,5	31,2
	Occidental	37,4	39,7	30,8	42,1	32,0
	Bogotá	27,2	34,5	35,1	44,0	38,6
	Atlántica	52,0	48,5	22,3	60,2	41,4
	Oriental	42,1	38,9	31,4	37,9	31,6
<b>AFLIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Régimen Subsidiado	27,9	39,7	18,7	39,5	17,3
	Régimen Contributivo	51,6	47,6	46,0	60,0	58,4
	Régimenes especiales	49,3	73,1	*	-	-
	No afiliados	37,2	28,3	18,9	40,8	29,6
	Sin información	48,6	25,7	40,9	64,5	-
<b>CATEGORIA DE MUNICIPIO</b>	1 - Especial	37,1	37,2	34,6	46,5	39,1
	2 - 3 - 4	45,8	46,4	30,1	50,8	31,3
	5 - 6	42,7	33,7	18,5	49,4	32,6

(-) Frecuencia cero (\*) Frecuencia no significativa

frecuentes la consulta fue mayor para los que presentaron pérdida de obturaciones y dolor dental (Cuadros 19 y 20).



**Cuadro 20. Demanda de servicios en salud bucal. Población de 12 a 69 años que presentó problemas bucales en le mes anterior a la encuesta. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

En general las personas que más consultan son los afiliados al régimen contributivo y al régimen especial y los que menos consultan están afiliados al régimen subsidiado o no tienen ningún tipo de afiliación. La consulta es más frecuente entre las personas de la zona urbana, entre las mujeres y entre las personas de más escolaridad. El 95% de las personas consulta al odontólogo y el 5% restante al médico, la farmacia o a otras personas.

A pesar de existir una necesidad sentida, se destaca el hecho de que más de la mitad de

CATEGORIA		SI HA TENIDO INFLAMACION DE CARA	SI HA TENIDO PERDIDA DE DIENTES	SI HA TENIDO DIFICULTAD PARA ABRIR LA BOCA	SI HA TENIDO FRACTURA DE PROTESIS	SI HA TENIDO OTRO
		14,5	13	9,2	3,7	7,5
VARIABLE		Si consulto	Si consulto	Si consulto	Si consulto	Si consulto
<b>TOTAL</b>		<b>39,6</b>	<b>67,6</b>	<b>42,8</b>	<b>50,3</b>	<b>45,4</b>
<b>EDAD</b>	12-17	41,3	69,3	27,2	-	73,0
	18-24	30,0	71,6	31,6	51,5	15,5
	25-34	45,1	73,2	63,9	46,7	41,9
	35-44	44,7	64,0	47,4	65,4	47,1
	45-54	36,1	55,7	29,7	2,6	49,4
	55-69	12,5	59,1	15,0	55,6	42,4
<b>SEXO</b>	Masculino	21,5	63,7	51,6	41,2	50,3
	Femenino	48,8	69,4	38,4	57,3	42,7
<b>ESCOLARIDAD</b>	Menor que primaria completa	22,3	48,6	28,2	45,7	33,9
	Primaria comp. / Secundaria inc.	39,7	70,8	46,0	48,1	60,3
	Mayor o igual a Secundaria completa	54,7	74,3	74,1	66,1	44,6
<b>ZONA</b>	Urbana	46,0	71,5	48,2	53,8	49,0
	Rural	21,8	48,1	32,8	5,6	23,1
<b>REGION</b>	Central	30,0	73,6	57,4	43,6	29,1
	Occidental	41,7	57,0	55,8	38,1	34,4
	Bogotá	40,2	81,5	28,1	60,9	62,0
	Atlántica	45,1	57,9	45,9	75,0	75,0
	Oriental	41,8	75,0	35,7	28,0	49,2
<b>AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Régimen Subsidiado	19,8	65,9	51,3	24,6	6,8
	Régimen Contributivo	52,9	79,0	44,6	63,6	57,0
	Regímenes especiales	100,0	54,5	100,0	-	40,0
	No afiliados	30,8	55,2	37,0	60,5	38,3
	Sin información	42,9	-	*	-	100,0
<b>CATEGORIA DE MUNICIPIO</b>	1 - Especial	35,4	73,5	37,9	67,2	58,8
	2 - 3 - 4	44,1	55,1	32,7	41,3	31,9
	5 - 6	39,0	73,1	55,1	15,1	31,9

(-) Frecuencia cero (\*) Frecuencia no significativa

la población que presentó algún problema (55%), **no consultó**, principalmente ante el sangrado de la encía o las fracturas dentales.

Entre las razones que argumentaron las personas para **no consultar al odontólogo**, se citaron: *la falta de dinero (38.3%), la falta de tiempo (28.0%), no consideraron necesario consultar (10.6%), el problema se resolvió solo (5.6%) o no tenían donde acudir (3.4%)*.

Respecto a la **incapacidad que producen los problemas bucales**, se encontró que el 12.3% de las personas que presentaron problemas dentales o en la boca el último mes, dejaron de asistir a su trabajo o al estudio, o no pudieron realizar sus actividades ordinarias durante un tiempo promedio de **3 días**.

En general, el 39% de la población estudiada realizó **la última consulta al odontólogo** hace más de un año, el 55.2% la hizo en el último año y el 6.2% nunca ha consultado.

Cerca de la mitad de población rural y de la población mayor de 45 años tuvo la **última consulta hace más de un año**, lo mismo que las personas afiliadas al régimen subsidiado (42.7%) o que no tienen ningún tipo de afiliación (45.5%) y aquellas con menor nivel educativo.

Entre los que tuvieron su **última consulta hace menos de un año** se encuentra un mayor número de personas pertenecientes a la zona urbana frente a la rural, y comparativamente entre las regiones hay un predominio de la población de Bogotá. Teniendo en cuenta el tipo de afiliación, quienes más consultaron en el último año son los afiliados al régimen contributivo.

**La población que nunca ha consultado**, se compone principalmente de personas jóvenes de 12 a 17 años y los afiliados al régimen subsidiado o sin afiliación.

Los **motivos** más frecuentes **de la última consulta al odontólogo** son: las urgencias (39%); la revisión o examen (29%); las obturaciones (15%) y la limpieza (9%) (Cuadro 21).

El mayor porcentaje de las personas que consultaron por **urgencia** pertenecen a la población rural, según la región corresponden a la Atlántica y según tipo de afiliación pertenecen al régimen subsidiado y a los no afiliados. De igual manera predomina este motivo de consulta en la población con menor nivel de escolaridad y en el grupo de 35 años en adelante.

**Cuadro 21. Motivo por el cual consultó al odontólogo por última vez. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

CATEGORIA		Urgencia	Revisión o examen	Obturaciones	Limpieza	Tratamiento de conductos	Otros
VARIABLE							
<b>TOTAL</b>		<b>39,0</b>	<b>29,0</b>	<b>15,0</b>	<b>9,0</b>	<b>2,0</b>	<b>6,0</b>
<b>EDAD</b>	12-17	36,0	35,0	12,0	10,0	2,0	4,0
	18-24	31,0	35,0	18,0	9,0	3,0	4,0
	25-34	38,0	27,0	17,0	10,0	2,0	5,0
	35-44	43,0	25,0	16,0	8,0	3,0	5,0
	45-54	45,0	23,0	13,0	7,0	2,0	9,0
	55-69	44,0	29,0	8,0	5,0	3,0	11,0
<b>SEXO</b>	Masculino	39,0	30,0	14,0	8,0	2,0	5,0
	Femenino	38,0	28,0	16,0	9,0	2,0	6,0
<b>ESCOLARIDAD</b>	Menor que primaria completa	51,2	23,9	10,2	6,6	1,6	6,4
	Primaria comp. / Secundaria inc.	37,4	28,5	17,0	8,5	2,5	5,9
	Mayor o igual a Secundaria completa	26,3	38,2	15,8	11,3	3,0	5,3
<b>ZONA</b>	Urbana	36,0	30,0	16,0	9,0	3,0	6,0
	Rural	47,0	28,0	11,0	7,0	1,0	5,0
<b>REGION</b>	Central	39,0	32,0	14,0	7,0	2,0	4,0
	Occidental	37,0	29,0	12,0	11,0	2,0	9,0
	Bogotá	30,0	26,0	22,0	10,0	6,0	6,0
	Atlántica	44,0	35,0	8,0	7,0	1,0	5,0
	Oriental	41,0	23,0	20,0	8,0	2,0	6,0
<b>AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Régimen Subsidiado	43,7	26,0	15,4	7,3	1,3	6,3
	Régimen Contributivo	31,6	30,7	15,4	11,6	3,9	6,6
	Regímenes especiales	24,7	37,9	17,5	10,8	0,6	8,5
	No afiliados	43,5	30,2	13,8	6,1	1,6	4,8
	Sin información	42,3	26,3	17,0	8,6	-	4,3
<b>CATEGORIA DE MUNICIPIO</b>	1 - Especial	32,2	30,2	17,8	9,4	3,3	6,9
	2 - 3 - 4	42,1	28,8	13,0	9,1	1,5	5,3
	5 - 6	44,6	28,9	12,9	6,9	2,1	4,6

(-) Frecuencia cero

**La revisión o examen** fue más solicitada por los jóvenes entre 12 y 24 años e igualmente por las personas que tienen mayor nivel de escolaridad.

**La limpieza** fue motivo de consulta para un mayor porcentaje de las personas entre 25 y 34 años, para las afiliadas al régimen contributivo y es mayor a medida que aumenta el nivel de escolaridad.

Respecto al **sitio de la última consulta**, ésta fue más frecuente en el consultorio privado (47%), en segunda instancia en el puesto o centro de salud (26%), seguido del Seguro Social (11%) (Cuadro 22).

**Cuadro 22. Sitio donde tuvo lugar la última consulta al odontólogo. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

CATEGORIA VARIABLE		CATEGORIA				
		Consultorio privado	Puesto o Centro de Salud	Instituto del Seguro Social	Consultorio donde lo remitió la EPS	Otro
<b>TOTAL</b>		<b>47,0</b>	<b>26,0</b>	<b>11,0</b>	<b>8,0</b>	<b>7,0</b>
EDAD	12-17	30,0	40,0	9,0	9,0	12,0
	18-24	43,0	32,0	8,0	8,0	8,0
	25-34	48,0	25,0	12,0	10,0	5,0
	35-44	52,0	19,0	13,0	9,0	5,0
	45-54	57,0	18,0	12,0	6,0	6,0
	55-69	63,0	16,0	8,0	5,0	5,0
SEXO	Masculino	50,0	24,0	12,0	7,0	7,0
	Femenino	45,0	29,0	10,0	10,0	7,0
ESCOLARIDAD	Menor que primaria completa	47,1	35,2	5,9	3,1	8,1
	Primaria comp. / Secundaria inc.	45,9	29,4	12,0	8,3	6,8
	Mayor o igual a Secundaria completa	51,8	13,5	14,3	14,7	5,5
ZONA	Urbana	50,0	21,0	13,0	10,0	6,0
	Rural	41,0	42,0	6,0	2,0	9,4
REGION	Central	48,0	27,0	10,0	9,0	6,5
	Occidental	38,0	28,0	13,0	12,0	8,1
	Bogotá	56,0	12,0	13,0	12,0	6,4
	Atlántica	48,0	32,0	11,0	4,0	5,2
	Oriental	47,0	29,0	8,0	7,0	9,1
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	37,4	44,6	3,8	2,7	11,2
	Régimen Contributivo	46,9	13,3	19,2	17,3	2,9
	Régímenes especiales	42,2	9,8	1,1	13,4	33,6
	No afiliados	52,8	32,4	6,1	1,7	6,5
	Sin información	50,1	25,1	15,9	4,3	2,8
CATEGORIA DE MUNICIPIO	1 - Especial	51,3	16,7	13,5	12,1	5,8
	2 - 3 - 4	48,0	25,3	11,0	8,9	6,5
	5 - 6	40,9	41,6	6,8	2,4	7,9

(-) Frecuencia cero

Entre los que asisten al **consultorio privado** hay un predominio de la población urbana, de los habitantes de Santafé de Bogotá y de la población que no tiene ningún tipo de afiliación. En el **puesto o centro de salud** la población que principalmente consulta es la

de la zona rural, la de la región Atlántica y los afiliados al régimen subsidiado (44.6%) o que no tienen ninguna vinculación (32.4%) y que por obvias razones son también los de más bajo nivel educativo. La población que consultó al **Seguro Social** (11%) es principalmente la de 25 a 54 años y la de la zona urbana.

**Las atenciones recibidas en la última consulta** son en su orden: las obturaciones (36%); la limpieza o profilaxis (31%); extracciones (29%); prótesis dental (8%), tratamiento de conductos (5%) y otros (13%) (Cuadro 23).

**Cuadro 23. Actividades realizadas en la última consulta al odontólogo. Población de 12 a 69 años. Distribución porcentual según diversas variables. Colombia, 1998**

CATEGORIA		Obturaciones	Limpieza	Extracción dental	Prótesis dental	Tratamiento de conductos	Otros
VARIABLE							
<b>TOTAL</b>		<b>36,0</b>	<b>31,0</b>	<b>29,0</b>	<b>8,0</b>	<b>5,0</b>	<b>13,0</b>
<b>EDAD</b>	12-17	32,0	40,0	24,0	0,0	5,0	19,0
	18-24	45,0	40,0	18,0	3,0	5,0	16,0
	25-34	43,0	33,0	28,0	3,0	6,0	12,0
	35-44	36,0	25,0	24,0	11,0	6,0	7,0
	45-54	27,0	21,0	42,0	18,0	5,0	8,0
<b>SEXO</b>	Masculino	35,0	32,0	32,0	7,0	4,0	4,0
	Femenino	37,0	31,0	27,0	9,0	6,0	13,0
<b>ESCOLARIDAD</b>	Menor que primaria completa	25,4	20,2	48,4	12,5	2,7	6,8
	Primaria comp. / Secundaria inc.	39,1	32,1	26,8	7,2	5,3	12,7
	Mayor o igual a Secundaria completa	41,9	42,9	11,4	4,3	8,9	18,5
<b>ZONA</b>	Urbana	37,0	33,0	25,0	8,0	6,0	14,0
	Rural	31,1	26,0	43,0	9,0	2,0	9,0
<b>REGION</b>	Central	38,0	34,0	30,0	8,0	4,0	15,0
	Occidental	31,0	35,0	32,0	7,0	5,0	13,0
	Bogotá	39,0	33,0	19,0	8,0	10,0	15,0
	Atlántica	30,0	27,0	34,0	6,0	3,0	11,0
	Oriental	41,0	28,0	29,0	10,0	6,0	0,9
<b>AFLIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL</b>	Régimen Subsidiado	36,2	30,9	35,9	8,7	2,7	10,1
	Régimen Contributivo	37,9	37,0	19,7	7,7	7,7	15,1
	Regímenes especiales	39,8	31,3	19,0	7,9	9,8	16,8
	Ninguno de los anteriores	33,9	26,2	35,6	7,5	4,4	10,6
	Sin información	37,2	32,4	21,0	12,2	1,8	17,5
<b>CATEGORIA DE MUNICIPIO</b>	1 - Especial	37,7	33,9	22,1	8,0	6,7	15,4
	2 - 3 - 4	33,4	31,2	31,6	6,0	5,3	11,1
	5 - 6	35,7	27,6	37,5	9,6	3,1	9,3

(-) Frecuencia cero (\*) Frecuencia no significativa

Las obturaciones y profilaxis fueron el tratamiento más frecuente para los adultos jóvenes (18 a 34), en la zona urbana y para las personas del régimen contributivo y especial.

**Cuadro 24. Población a la cual se le dejó de suministrar los servicios de atención odontológica durante el año anterior al estudio, cuando lo solicitó. Población de 12 a 69 años que solicitó servicios en el último año. Colombia, 1998**

CATEGORIA VARIABLE		CATEGORIA				
		Puesto o Centro de Salud	Consultorio Privado	Instituto del Seguro Social	Consultorio dónde lo remitió la EPS	Otro
<b>TOTAL</b>		<b>33,9</b>	<b>13,8</b>	<b>32,1</b>	<b>10,5</b>	<b>9,9</b>
EDAD	12-17	32,8	5,6	38,3	7,2	16,1
	18-24	34,6	11,3	32,1	13,2	8,8
	25-34	39,7	9,8	30,6	10,8	9,1
	35-44	27,9	28,7	21,7	14,0	8,5
	45-54	22,2	19,4	42,6	6,5	8,3
	55-69	17,1	43,9	29,3	7,3	4,9
SEXO	Masculino	25,3	13,6	39,3	9,3	12,6
	Femenino	41,4	14,0	25,5	11,5	7,5
ESCOLARIDAD	Menor que primaria completa	59,9	9,6	8,5	1,1	21,5
	Primaria completa / Secundaria inc.	33,4	16,0	34,5	8,8	7,4
	Mayor o igual a Secundaria completa	18,7	11,7	41,3	20,1	8,1
ZONA	Urbana	24,5	14,6	38,9	13,2	8,7
	Rural	70,1	10,3	5,4	-	14,3
REGION	Central	37,9	8,2	41,8	12,1	-
	Occidental	39,4	14,7	21,2	10,6	14,1
	Bogotá	11,4	20,5	45,3	16,9	5,5
	Atlántica	45,8	16,9	27,1	*	10,2
	Oriental	47,8	8,9	15,0	5,7	22,7
AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL	Régimen Subsidiado	64,8	16,0	-	2,7	16,4
	Régimen Contributivo	10,5	10,3	55,5	19,6	4,1
	Regímenes especiales	-	18,8	-	-	81,3
	Ninguno de los anteriores	54,3	19,0	14,7	-	12,0
	Sin información	100,0	-	-	-	-
CATEGORIA DE MUNICIPIO	1 - Especial	20,6	11,9	45,3	15,6	6,5
	2 - 3 - 4	26,7	24,6	33,8	4,1	11,3
	5 - 6	67,3	12,7	3,3	2,0	15,0

(-) Frecuencia cero (\*) Frecuencia no significativa

Las extracciones se realizaron más a las personas adultas, a los hombres, a los habitantes de la zona rural y a los afiliados al régimen subsidiado o sin ninguna vinculación.

El 90.8% de los encuestados afirma que se sintió satisfecho por **la atención recibida en la última consulta**. La satisfacción aumenta en relación directa con la edad y el nivel

educativo y fue expresada por un mayor número de personas del régimen contributivo y por los que no tienen ningún tipo de afiliación.

El 4.2% de la población refiere que en el último año algunas instituciones o personas dejaron de suministrarle servicios de atención odontológica cuando lo solicitó, situación que se presentó en un promedio de 3 veces. Este hecho se observó con mayor frecuencia en el área urbana, en Bogotá y en personas afiliadas al régimen contributivo. Los sitios donde con mayor frecuencia se dejaron de suministrar estos servicios fueron: el puesto o centro de salud y el Seguros Sociales (Cuadro 24)

## IV. DISCUSIÓN

### 17. 4.1. Representaciones sociales y prácticas en salud bucal

La representación de salud bucal predominante se da en términos de ausencia de caries y de dientes blancos y/o parejos. Estas aseveraciones pueden ser el resultado muy posiblemente de los mensajes repetitivos difundidos por los diferentes medios de comunicación, a través de la publicidad de empresas comerciales, las cuales muestran modelos que generan influencia en los patrones de belleza y estética de la población modificando en muchos casos los patrones tradicionales.

Estos patrones hacen que la conservación de los dientes sea hoy un aspecto de gran importancia para la población. Sin embargo, no todas las personas consideran que la duración de los dientes naturales en boca sea para toda la vida, aspecto que muy posiblemente contribuye a que sus actitudes y prácticas frente a la salud bucal o la prevención no sean las más apropiadas.

Las representaciones sociales pueden ser afectadas a través del tiempo por diversos factores, pero existe un porcentaje importante de la población con convicciones y creencias fuertemente arraigadas como por ejemplo el que “en cada embarazo se pierde un diente”, o que “si los padres tienen mala dentadura, las de los hijos también será mala”. Estas pueden explicar en parte el hecho de que algunas mujeres embarazadas no consideren efectivo consultar al odontólogo durante su embarazo o igualmente el que las personas con deficiente salud bucal no estén convencidas de que con las prácticas preventivas pueden evitar en sus hijos problemas semejantes a los que ellos sufrieron. Frente a esta problemática se hace necesario explorar metodologías comunicativas que tengan en cuenta las particularidades de las comunidades y grupos de edad que apunten directamente a replantear actitudes, creencias y prácticas frente al cuidado de la boca. En cuanto a las prácticas de salud bucal, la gran mayoría de la población ha interiorizado el papel del cepillado en la prevención de las enfermedades como la caries y la gingivitis, lo que sin duda se puede atribuir al incremento de mensajes y campañas educativas y publicitarias de los últimos años, donde los factores causales y la forma de combatirlos son frecuentemente mencionados, permitiendo que se mejore el conocimiento frente a esto. Sin embargo, este conocimiento todavía no alcanza a afectar de manera suficiente los hábitos y menos aún la destreza de las personas.

Resulta válido afirmar que al igual que con el cepillado, la utilización de la crema dental se ha popularizado, principalmente porque en los mensajes educativos y publicitarios, por obvias razones, siempre van juntos. En aquellos sectores de la población donde su utilización es baja, la explicación generalmente se asocia con la accesibilidad económica.

Ahora bien, valdría la pena preguntarse si simultáneamente con la promoción al uso masivo de la crema dental, se han impartido las instrucciones sobre la forma correcta de usarla y las restricciones del consumo en el caso de los niños.

Es altamente positivo el que una gran proporción de personas comparta la idea de que debe visitarse al odontólogo no sólo para actividades curativas sino también con fines de



revisión y control (actitud preventiva). Sin embargo, factores de accesibilidad económica y funcional se interponen a esta actitud saludable, como lo respaldan cifras citadas en el punto de demanda y utilización de servicios, las cuales indican que sólo la mitad de las personas que tienen necesidad sentida de atención acceden a la consulta.

Las prácticas mencionadas por la población para enfrentar las patologías bucales, coinciden con las encontradas en otros estudios, en los que se concluye que “en general, las prácticas sociales tanto preventivas como curativas referidas por los pobladores tienen su origen en la tradición familiar, a través de las madres, abuelas, personas mayores, vecinos, entre otros. De otro lado, el hecho de que las patologías orales, salvo en contadas ocasiones, no se relacionan con muerte, puede ayudar a explicar el hecho de que muchas personas se automediquen y sólo consulten al odontólogo cuando la enfermedad se torna incapacitante”.

## **18. 4.2. CUIDADO BUCAL DE LOS NIÑOS**

Los resultados obtenidos al indagar sobre algunas creencias, conocimientos y prácticas de las madres respecto a la salud bucal de los niños, ponen en evidencia que si bien ha avanzado el conocimiento de las madres respecto a los riesgos para la salud bucal de sus hijos, se requiere de más educación sobre aspectos fisiológicos normales que ellas pueden monitorear.

Esta situación se refleja, a manera de ejemplo, en el hecho de que el 56.2% de las madres desconoce o no tiene un conocimiento claro respecto a la época de erupción del primer molar permanente y en que el 29.3% considera que los dientes de leche son poco importantes porque se van a caer. Estos aspectos cobran gran importancia si se tiene en cuenta que la época de erupción del primer molar permanente es de alto riesgo biológico para la aparición de la caries, por lo que muy posiblemente cuando se haga conciencia de la presencia de dentición permanente en boca, ya se ha dado lugar a factores de riesgo que de manera irreversible producen enfermedad.

Esta información básica puede ser brindada por odontólogos y pediatras durante los controles prenatales y los de crecimiento y desarrollo, y reforzada a través de medios masivos de comunicación, motivando a las madres a darle mucha importancia al cuidado de la boca desde edades tempranas como una forma de asegurar el bienestar del niño desde sus primeros años y de prevenir complicaciones futuras.

De otro lado, el conocer que existe una convicción por parte de las madres frente a la responsabilidad que tienen en el cuidado de la boca de los niños, es de gran importancia para ser tenido en cuenta por las empresas administradoras de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud, las formadoras de recurso humano en salud y los odontólogos en general. De esta manera se busca su mayor participación en los programas y proyectos de educación en salud oral, con el propósito de convocar a la familia como núcleo básico de cambio no sólo frente a los conocimientos en aspectos preventivos sino en la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables.

## **19. 4.3 Demanda y utilización de servicios de salud bucal**

En relación con el comportamiento de la demanda en la población se podría afirmar que a mayor nivel de escolaridad, nivel socioeconómico y ubicación de residencia en la zona urbana, las personas presentan un mayor interés por mantener conductas preventivas frente a su salud bucal, específicamente en la solicitud de revisión o examen y/o profilaxis,

debido posiblemente a diversos condicionamientos sociales de estética, a la mayor accesibilidad y a la influencia de los medios de comunicación

Contrario a esto, se observa que la población con menor nivel de escolaridad y menor nivel socioeconómico, demanda una mayor consulta por urgencia, hecho que se puede atribuir a diversos aspectos entre los cuales se destacan: la dificultad en el acceso a los servicios, la oportunidad y la organización de los mismos para responder a las diferentes percepciones y representaciones tanto de la boca como de la enfermedad bucal que podrían tener las personas con estas características, y la credibilidad de la población frente a la profesión odontológica.

Debe tenerse en cuenta el porcentaje de personas que reportaron un promedio de tres días de incapacidad (12.3%), por problemas de origen bucal durante el último mes, ya que esto impacta en la productividad del individuo y aumenta el ausentismo escolar.

En términos generales se confirma que la demanda de servicios de salud bucal está determinada principalmente por aspectos socioeconómicos, ya que en la zona rural la prestación se da en mayor medida por parte de los puestos y centros de salud y en la urbana por parte de los consultorios privados o las entidades de medicina prepagada.

- 
- i El Desafío Permanente de un Sistema de Atención Bucodental Adaptado a las Necesidades. En: Boca Sana Vida Sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994 (OMS, Documento DMS 94.4)
- ii La Salud Bucodental y la Salud General. En: Boca Sana Vida Sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994 (OMS, Folleto Informativo)
- iii Mejía, R. et. al. Morbilidad Oral. Investigación Nacional de Morbilidad. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia. Minsalud, ASCOFAME. Bogotá, 1971.
- iv El Desafío Permanente de un Sistema de Atención Bucodental Adaptado a las Necesidades. En: Boca Sana Vida Sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994 (OMS, Documento DMS 94.4)
- v Herazo, A. et. al. Estudio de Tendencias Epidemiológicas de Caries Dental y Periodonpatías en las Grandes Ciudades Colombianas. Ministerio de Salud. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Odontología. Santafé de Bogotá, 1995.
- vi Nieva, B.C. y Jacome, S. Representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano marginales. Universidad Pedagógica Nacional, Santafé de Bogotá, D.C. Febrero de 1997.
- vii Galán Morera R, Luecke D, Myers N. Minsalud, Bogotá, 1977. En Estudio Nacional de Salud Demanda de Servicios Odontológicos. Estudio Nacional de Salud. Colombia 1977-1980.
- viii Moncada O, Cortés C. -Demanda de Servicios Odontológicos. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Salud. Colombia 1977-1980