

Original

Factores asociados a la consulta odontológica en niños/as y jóvenes de Talca (Chile) e inmigrantes chilenos de Montreal (Canadá)

Loreto Núñez^{a,*}, Gloria Icaza^a, Violeta Contreras^a, Gloria Correa^b, Tatiana Canales^c, Gloria Mejía^d, Jacqueline Oxman-Martínez^e y Jacques Moreau^e

^a Departamento de Salud Pública, Universidad de Talca, Talca, Chile

^b Instituto de Matemáticas y Física, Universidad de Talca, Talca, Chile

^c Facultad de Psicología, Universidad de Talca, Talca, Chile

^d Australian Research Center for Population Oral health, University of Adelaide, Adelaide, Australia

^e Université de Montreal, Montreal, Canadá

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de octubre de 2012

Aceptado el 12 de febrero de 2013

On-line el 8 de abril de 2013

Palabras clave:

Servicios de salud dental

Accesibilidad a los servicios de salud

Salud bucal

R E S U M E N

Objetivo: Determinar los factores que influyen en la consulta al odontólogo de los/las niños/as de 4 a 7 años y los/las jóvenes de 10-13 años de edad residentes de la ciudad de Talca (Chile) y los/las niños/as y los/las jóvenes inmigrantes chilenos residentes en la ciudad de Montreal (Canadá).

Métodos: Estudio transversal no probabilístico, con 147 niños/as en Talca y 94 en Montreal. Entre 2009 y 2011 se midieron variables sociodemográficas, nivel de estudios, percepción de la salud de los/las hijos/as, sexo y edad de los/las niños/as, composición familiar y cercanía al centro de salud. Se hizo análisis exploratorio bivariado con test exacto de Fisher. Para buscar las variables asociadas a la consulta odontológica se utilizó la regresión de Cox robusta con tiempo constante con nivel de significación de 0,05.

Resultados: En Talca las variables asociadas a la consulta odontológica de dos o más veces al año fueron el nivel de estudios del/de la tutor/a y su percepción sobre la salud del/de la hijo/a, teniendo los/las niños/as con tutores/as con estudios universitarios 2,20 (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,30-3,73) veces más posibilidades de consultar al dentista y los/las tutores/as con percepción positiva consultan 53% menos al dentista (*odds ratio*: 0,47; IC95%: 0,28-0,77). En Montreal, los/las niños/as con tutores/as con estudios universitarios tenían 2,10 veces más posibilidades (IC95%: 1,17-3,76) de consultar al dentista y 2,11 veces más posibilidades de consultar si tenían entre 10 y 13 años de edad (IC95%: 1,15-3,88).

Conclusiones: El nivel de estudios del/de la tutor/a se asoció con las visitas al dentista en ambas muestras, siendo los/las niños/as con tutores/as de mayor nivel de estudios quienes más consultan.

© 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Factors associated with dental consultation in children in Talca (Chile) and in Chilean immigrants in Montreal (Canada)

A B S T R A C T

Objective: To identify the factors that influence the use of dental services in 4-7-year-olds and in 10-13-year-olds resident in the cities of Talca (Chile) and Montreal (Canada).

Methods: A nonprobabilistic cross-sectional study was carried out in 147 boys and girls in Talca and in 94 boys and girls in Montreal between 2009 and 2011. Sociodemographic variables were recorded in parents and children, including age and sex. Data were also gathered on parental education, family composition, and proximity to health centers within neighborhoods. The data were analyzed with Fisher's exact test and the robust Cox regression model (with constant time) with a significance level of 0,05.

Results: In Talca, parental education was significantly associated with dental care visits at least twice a year. The children of parents with university education were 2.20 times more likely to consult a dentist (95% CI: 1.30-3.73). Children whose parents perceived their children's health positively were 53% (OR = 0,47; 95% CI: 0,28-0,77) less likely to consult a dentist. In Montreal, the children of parents with university education were 2.10 times more likely to consult a dentist (95%CI: 1.17-3.76), while older children (10-13 years) were 2.11 (95% CI: 1.15-3.88) times more likely to consult a dentist.

Conclusions: In both cities, parental education level was associated with the use of dental services.

© 2012 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Dental health services

Health services accessibility

Oral health

Introducción

La salud es un estado anhelado, ya que posibilita el funcionamiento óptimo de las personas. Es decir, es considerada un recurso

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lnunezf@utalca.cl (L. Núñez).

fundamental para llevar a cabo las actividades diarias¹. Por ello, cualquier política pública a implementar debería orientarse a mantener o recuperar la salud, y a la vez ha de garantizar que todos los miembros de la sociedad se vean integrados y resguardados en sus derechos de acceso a la atención en salud².

En respuesta a la situación anterior, se han suscitado reformas en el sector salud, según necesidades y condiciones locales, con un eje común en la equidad, ya sea mediante un enfoque igualitarista (todos los individuos deben tener el mismo acceso) o de niveles mínimos (atención limitada a algunos servicios básicos de carácter gratuito, para población económicamente desfavorecida)^{3,4}. Si bien rara vez es posible lograr situaciones equitativas en salud, riqueza o poder, se apela a que quienes formulan políticas públicas consideren las dimensiones sociales de éstas, ya que es injusto el gradiente social en salud en cuanto a la exclusión de grupos vulnerables y sus diferencias para conseguir una cobertura sanitaria integral⁵.

La atención a la salud incluida en los sistemas de salud es uno de los determinantes de la salud de la población, y junto con los estilos de vida, el medio ambiente, la biología humana y la genética⁶, se ven afectados por los determinantes sociales de la salud⁷. El acceso a los servicios básicos de salud, que es un determinante social, constituye un factor influyente cuyos problemas en el suministro y financiamiento surgen de los intentos por satisfacer necesidades en conflicto⁶.

La utilización de los servicios de salud, desde una perspectiva amplia, implica la necesidad de atención, que se ve influenciada por las experiencias personales, familiares y comunitarias⁸.

En Chile, el sistema de salud es mixto, con un componente público y privado, en el cual los trabajadores cotizan un 7% de sus ingresos. El sistema público, administrado por el Fondo Nacional de Salud, contempla beneficios para quienes no trabajan, sin exigencia de copago. Los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas se consideran dentro del sistema público⁹. En el sistema privado, las Instituciones de Salud Previsional y los prestadores privados atienden a sus asegurados. Los prestadores privados, además, pueden atender a cotizantes del sistema público que estén dispuestos a pagar⁹.

A través de la reforma de salud vigente desde el año 2005 se han establecido 69 patologías, cuya resolución está garantizada por ley, para todas las personas, con independencia del tipo de sistema. En cuanto a las prestaciones odontológicas, se contempla la atención para niños/as de 6 años, adultos de 60 años, gestantes y urgencias odontológicas ambulatorias^{9,10}. No obstante, el plan estratégico de salud 2011–2020 prioriza la atención dental en los grupos específicos de 2, 4, 6 y 12 años de edad y en las embarazadas¹⁰.

En Canadá el modelo es universalista y el estado garantiza el acceso a los servicios de salud, mediante un seguro social para las prestaciones básicas, independiente de la capacidad de pago¹¹. Los gobiernos provinciales y el gobierno federal son los encargados de la administración, en un sistema descentralizado^{12,13}. Para las especialidades no cubiertas por el seguro, el sistema de salud contempla el pago directo a través de seguro privado¹¹. No obstante, en el área odontológica el seguro cubre sólo a los/las menores de 10 años en Quebec y no contempla la ortodoncia¹⁴.

En ambos países, los usuarios seleccionan y priorizan las intervenciones realizadas según su capacidad de pago. Así, estudios previos concluyen que los/las niños/as de familias de bajos ingresos son más propensos/as a tener enfermedad dental sin tratamiento y menor utilización que sus homólogos más ricos^{10–15}.

A raíz de los hallazgos del estudio *New Canadian Children and Youth Study*¹⁶ (NCCYS), que consideró una encuesta nacional y longitudinal de la salud y el bienestar en 4146 niños/as inmigrantes y refugiados/as de 16 comunidades etnoculturales, que vivían en seis ciudades canadienses, se diseñó un estudio para hacer una comparación internacional del bienestar y la salud de una población etnocultural migratoria, de niños/as inmigrantes y sus familias. El

presente estudio busca determinar los factores que influyen en la consulta al odontólogo de los/las niños/as de 4 a 7 años y los/las jóvenes de 10 a 13 años de edad residentes en Talca (Chile), y de niños/as inmigrantes chilenos/as residentes en Montreal (Canadá).

Métodos

Diseño y fuente de los datos

Estudio transversal no probabilístico, utilizando los cuestionarios de la investigación canadiense NCCYS¹⁶, que recogen información sobre las características demográficas de la familia y aspectos de la salud de los/las niños/as y jóvenes. Esta información fue recabada de la persona que más sabe sobre el/la niño/a. Los cuestionarios en español fueron culturalmente adaptados para la población chilena.

La elección de los/las niños/as y jóvenes llegados/as de Chile a Montreal y sus compañeros no migrantes en Talca se determinó por algunas similitudes: el acceso a los servicios de salud^{9,10} y que los dos países son miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos¹⁷.

Muestra de estudio y reclutamiento de los participantes

Los participantes se reclutaron entre 2009 y 2010 en Montreal, y entre 2009 y 2011 en Talca. Los/las niños/as se dividieron en dos cohortes de edad: de 4 a 7 años y de 10 a 13 años. El cálculo del tamaño muestral se realizó considerando que 90 niños/as por grupo de edad cumplen con los requisitos de un poder estadístico de 0,80 para hacer comparaciones entre grupos con un nivel de significación alfa de 0,05.

El estudio empleó un diseño pareado, considerando homologar proporcionalmente las muestras de Montreal y Talca por los siguientes criterios: grupo de edad y sexo de los/las niños/as y jóvenes, ingresos familiares y nivel de estudios de la madre. El procedimiento de comparabilidad de las muestras se evaluó para cada porción de 60 sujetos reclutados, en primer lugar en Montreal y luego en Talca.

Las familias inmigrantes en Montreal se reclutaron mediante reuniones con la comunidad chilena para presentar el proyecto. Se utilizó la técnica de bola de nieve, a fin de detectar posibles participantes. La migración de chilenos a Canadá ha sido por motivos políticos y económicos, por lo cual presentan diversidad socioeconómica¹⁸.

La muestra de Talca se reclutó en dos etapas. Primero, a través de la Dirección Comunal de Educación de Talca, invitando a participar en el estudio a establecimientos particulares subvencionados o municipales pertenecientes a la ciudad, con un Índice de Vulnerabilidad Escolar inferior a 70. Este índice va de 0 a 100, siendo 100 el de mayor vulnerabilidad, y se mide por el nivel de estudios de la madre y jefe de hogar, ocupación del jefe de hogar, niños/as con subsidio familiar, tipo de eliminación de excretas y previsión de salud indigente, entre otros. En la segunda etapa se realizó un muestreo intencionado según los criterios de emparejamiento, en el cual se privilegió el pareo del ingreso familiar. El reclutamiento de los participantes continuó hasta lograr la cuota de niños/as en cada una de las ciudades de estudio.

Variables

- 1) Variable respuesta: consulta a servicios odontológicos, que se refiere a la posibilidad de recibir o no asistencia odontológica, ya sea presencial o por vía telefónica, en los últimos 12 meses. Se evaluó con la pregunta «El año pasado, ¿cuántas veces ud. ha visto o ha hablado por teléfono (al dentista u ortodoncista) acerca de la salud de su hijo?». Se responde completando el

número de veces. La variable se dicotomizó en «consulta dos o más veces al año»¹⁹ y «consulta menos de dos veces».

2) Variables explicatorias:

- Percepción de salud: apreciación del estado de salud general del/de la niño/a, determinado por el/la tutor/a mediante la pregunta «En general, ¿podría decir que la salud del... (niño/a indicado/a) es...?». Las respuestas posibles fueron excelente, muy buena, buena, regular y mala. La variable se recodificó en «percepción negativa» (regular o mala) y «percepción positiva» (excelente, muy buena o buena).
- Composición familiar: número de personas que habitan el hogar.
- Cercanía al centro de salud: opinión del encuestado sobre si hay centros de salud cerca de su residencia. Se utilizó la pregunta «¿Existen instituciones o centros de salud en el barrio?». La variable se dicotomizó en «centros de salud lejos» para quienes respondieron firmemente en desacuerdo, en desacuerdo e inseguro, y «centros de salud cerca» para quienes respondían de acuerdo y firmemente de acuerdo.

3) Covariables:

- Características sociodemográficas del/de la niño/a y del/de la tutor/a: en los/las niños/as se consideró el sexo y el grupo de edad (4-7 y 10-13 años), y en los/las tutores/as se utilizaron el sexo y la edad (<40 años y ≥40 años).
- Nivel de estudios del/de la tutor/a: nivel de instrucción según los grados alcanzados en el sistema educacional, categorizado en «enseñanza universitaria» (grado universitario de pregrado, grado en medicina, odontología, ingeniería, medicina, veterinaria u otra, maestría o doctorado) y «enseñanza técnica profesional o menor» (enseñanza secundaria o menos, y enseñanza técnica de nivel medio o superior).

Procesamiento y análisis de los datos

Los cuestionarios fueron digitalizados y al hacer la entrevista quedaron en una base de datos. Previamente al análisis se realizó su validación. En una primera instancia se realizó un análisis descriptivo de cada muestra. Para evaluar la asociación entre dos variables cualitativas se usó la prueba exacta de Fisher; para la variable cuantitativa, se obtuvieron sus medidas de resumen. Con el fin de identificar las variables que se asocian a la variable respuesta (consulta al odontólogo u ortodoncista) se usó un análisis de regresión de Cox robusto²⁰ (con método Efron), que se recomienda para variables respuestas dicotómicas de alta prevalencia. Los análisis se realizaron en R versión 2.8.0 (The R Foundation for Statistical Computing) con un nivel de significación de 0,05.

En las familias en que participó más de un/a niño/a se consideró la descripción del/de la tutor/a una sola vez. En Talca, 27 familias aportaron dos niños/as. En Montreal, 21 familias aportaron dos niños/as, cuatro aportaron tres niños/as y dos familias aportaron cuatro niños/as.

Se eliminaron del estudio cuatro niños/as (tres de Talca y uno de Montreal) por presentar información incompleta.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Montreal y del Servicio de Salud del Maule. Los/las padres/madres debieron firmar un consentimiento informado y los/las adolescentes un asentimiento.

Resultados

En Montreal, el tamaño de la muestra se redujo debido a la imposibilidad de encontrar el número de niños/as esperado, por lo cual se disminuyó también el número de participantes en Talca. Finalmente la muestra estuvo formada por 241 niños/as y jóvenes, 94 en

Tabla 1
Descripción de la población de Talca y Montreal

| Variables | Talca n = 147 n (%) | Montreal n = 94 n (%) |
|--|---------------------------|-----------------------------|
| Covariables | | |
| <i>Sexo tutor</i> | | |
| Mujer | 106 (88,3) | 55 (93,2) |
| Hombre | 14 (11,7) | 4 (6,8) |
| <i>Edad tutor</i> | | |
| ≥40 años | 57 (47,5) | 23 (39,0) |
| <40 años | 63 (52,5) | 36 (61,0) |
| <i>Nivel de estudios del tutor^a</i> | | |
| Enseñanza universitaria | | |
| Pregrado | 51 (42,5) | 14 (23,7) |
| Maestría | 16 (13,3) | 3 (5,1) |
| Doctorado | 3 (2,5) | 1 (1,7) |
| Medicina, odontología, ingeniería, veterinaria u otra | 2 (1,7) | 1 (1,7) |
| Enseñanza técnica profesional o menos | | |
| Enseñanza técnica nivel medio o superior | 48 (40,0) | 40 (67,8) |
| Enseñanza secundaria o menos | 31 (25,8) | 29 (49,2) |
| <i>Sexo niños</i> | | |
| Niña | 17 (14,2) | 11 (18,6) |
| Niño | 78 (53,1) | 54 (57,4) |
| <i>Edad (años)</i> | | |
| 4 - 7 | 69 (46,9) | 40 (42,6) |
| 10-13 | 72 (49,0) | 46 (48,9) |
| 75 (51,0) | 48 (51,1) | |
| Explicativas | | |
| <i>Percepción del/de la tutor/a sobre la salud de su niño/a</i> | | |
| Positiva (excelente, muy buena, buena) | 137 (93,2) | 92 (97,9) |
| Negativa (regular, mala) | 10 (6,8) | 2 (2,1) |
| <i>Cercanía a centros de salud</i> | | |
| Cerca del barrio (firmemente de acuerdo, de acuerdo) | 77 (52,4) | 80 (85,1) |
| Lejos del barrio (firmemente en desacuerdo, en desacuerdo, inseguro) | 70 (47,6) | 14 (14,9) |
| Respuesta | | |
| <i>Utilización de los servicios de salud (en el último año)</i> | | |
| Sí | 67 (45,6) | 42 (44,8) |
| No | 80 (54,4) | 52 (55,3) |

^a Se aporta el desglose de cada categoría de nivel de educación del/de la tutor/a.

Montreal y 147 en Talca. Las características de los/las participantes y sus tutores/as se muestran en la **tabla 1**.

El 44,8% de los/las niños/as y jóvenes de Montreal y el 45,6% de los/las de Talca habían consultado dos o más veces al odontólogo en el último año.

En el análisis bivariado entre las covariables y las variables explicatorias con la variable respuesta, en Montreal ($p = 0,033$) y Talca ($p = 0,004$) se observó una asociación significativa con el nivel de estudios del/de la tutor/a: los/las niños/as y jóvenes cuyos/as tutores/as tienen estudios universitarios consultan más. En Montreal, además, se observó una asociación con la edad de los/las niños/as ($p = 0,024$) y con la edad ($p = 0,029$) y el nivel de estudios ($p = 0,033$) del/de la tutor/a. En Montreal, los/las jóvenes de 10 a 13 años de edad a cargo de tutores/as ≥40 años consultan más al odontólogo.

Para determinar las variables que se asocian a la consulta odontológica en Talca, el nivel de estudios del/de la tutor/a se asoció con la consulta, los/las niños/as y jóvenes cuyos tutores/as tenían estudios universitarios presentaron 2,20 veces más posibilidades de consultar al dentista que los/las niños/as cuyos/as tutores/as tenían estudios técnicos profesionales o menos (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,30-3,73). La percepción del/de la tutor/a respecto de la salud del/de la niño/a también resultó significativa: los/las tutores/as con percepción positiva consultan un 53% menos al dentista (*odds ratio* [OR] = 0,47; IC95%: 0,28-0,77) (**tabla 2**).

Tabla 2
Modelo de regresión de Cox robusto para la variable «Consulta dos o más veces al año», en Talca

| Variable | Sig | Exp(β) | IC95% para Exp(β) | |
|--|-------|----------------|---------------------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Sexo tutores, mujer/hombre | 0,200 | 1,66 | 0,76 | 3,61 |
| Edad tutores, ≥ 40 / <40 años | 0,886 | 1,04 | 0,62 | 1,72 |
| Nivel de estudios del/de la tutor/a, enseñanza universitaria/técnica profesional o menos | 0,003 | 2,20 | 1,30 | 3,73 |
| Sexo niños, niña/niño | 0,376 | 1,24 | 0,77 | 2,01 |
| Grupo de edad niños/as, 10-13/4-7 años | 0,435 | 1,23 | 0,73 | 2,07 |
| Nº integrantes de la familia | 0,670 | 1,04 | 0,86 | 1,27 |
| Percepción sobre salud de los/las niños/as y jóvenes, positiva/negativa | 0,003 | 0,47 | 0,28 | 0,77 |
| Cercanía a centros de salud, cerca/lejos del barrio | 0,641 | 1,12 | 0,70 | 1,80 |

Exp(β): exponencial beta; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

En Montreal se observa una asociación entre el grupo de edad del/de la tutor/a y el grupo de edad de los/las niños/as y jóvenes, por lo cual no pueden coexistir en el modelo final. Las variables asociadas a la consulta al odontólogo fueron el nivel de estudios del/de la tutor/a y el grupo de edad. Los/las niños/as y jóvenes cuyos/as tutores/as tenían estudios universitarios presentaron 2,10 veces más posibilidades de consultar al dentista (IC95%: 1,17-3,76) que aquellos/as con tutor/a con estudios técnicos profesionales o menos. Además, los/las jóvenes de 10-13 años de edad tuvieron 2,11 veces más posibilidades de asistir al dentista que los/las niños/as de 4-7 años (IC95%: 1,15-3,88) (tabla 3).

Discusión

La finalidad de este estudio fue determinar los factores asociados a la consulta al odontólogo u ortodoncista. En ambos países, la odontología involucra prestaciones garantizadas a través de políticas públicas que privilegian algunas edades¹⁰⁻²¹.

Algunos estudios han reportado como influyentes en la consulta a los servicios de salud las características sociodemográficas de los/las niños/as y sus progenitores (sexo²², edad²², nivel de ingresos²³), la percepción de la madre sobre la salud de sus hijos²², la cercanía a los centros de salud²⁴ y el número de integrantes de la familia²⁵. Sin embargo, tras analizar la consulta al odontólogo u ortodoncista y sus posibles variables explicatorias, se determinó que el nivel de estudios del/de la tutor/a y la percepción de salud del/de la tutor/a respecto de la salud del/de la niño/a o joven son significativos en la muestra de Talca, y la edad de los/las niños/as y el nivel de estudios de los/las tutores/as lo son en la muestra de Montreal.

La literatura que aborda el uso de los servicios de salud alude principalmente a la demanda de servicios médicos, y se centra en población mayor de 15 años^{8,26,27}. La Encuesta Nacional de Salud de Chile de 2009-2010²⁸, realizada en mayores de 15 años, estimó que la población con un nivel educativo alto que nunca visitó al dentista en los últimos 5 años fue del 15,1%, porcentaje que aumenta a medida que disminuye el nivel de instrucción. Por otra parte, un estudio que revisó los factores relacionados con la atención de salud

general indicó una relación positiva entre los años de estudio y la utilización de servicios²². En Brasil se vio que los/las hijos/as de madres con mayor nivel de estudios consultan más al médico²⁹. En México, el nivel de estudios de la madre se asoció significativamente a la utilización de los servicios dentales, pues por cada año de escolaridad la posibilidad de asistir al dentista aumenta un 3%³⁰.

Un estudio realizado en Estados Unidos halló que la percepción de los progenitores sobre la salud de sus hijos determinaba la utilización de los servicios de salud³¹. También se ha indicado que la búsqueda de atención en salud se relaciona con una percepción negativa de ésta³², lo cual implica que, en relación a la percepción de la salud y las características sociodemográficas (como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico y el nivel de estudios), será la percepción de la salud del/de la tutor/a sobre el/la niño/a lo que determina si se considera necesario solicitar atención médica³¹. No obstante, esta asociación no se estudió en nuestro estudio, ya que se midieron la percepción de salud general y la consulta odontológica, que se asociaron sólo en la muestra de Talca.

En la literatura científica se encuentra que el número de hijos/as se relaciona con las consultas médicas-odontológicas²². Esta relación ha mostrado efectos contradictorios: por una parte, en Estados Unidos, el mayor número de consultas se asoció a las familias más numerosas³³ y, en cambio, al ajustar por otras variables (como necesidad en salud) se estimó que una familia grande registraría una menor utilización de servicios³⁴. Por otro lado, se estima que las madres con menos hijos/as generalmente tienen un nivel educativo más alto.

En relación a las consultas odontológicas, se ha señalado que los/las niños/as de menor edad tienen menos probabilidades de ser usuarios regulares de la atención dental, en comparación con los/las de mayor edad³⁵, lo cual se ratificó en la muestra de Montreal. Este hallazgo puede deberse a que los/las adolescentes solicitan atención por motivos estéticos. La menor consulta en los/las niños/as menores puede deberse a la condición temporal de su dentición, o a la disponibilidad de especialistas odontopediatras.

Considerando la distancia al centro de salud, los/las tutores/as que perciben que están lejos del centro de salud podrían tener

Tabla 3
Modelo de regresión de Cox robusto para la variable «Consulta dos o más veces al año», en Montreal

| Variable | Sig | Exp(β) | IC95% para Exp(β) | |
|--|-------|----------------|---------------------------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Sexo tutores, mujer/hombre | 0,924 | 1,06 | 0,31 | 3,65 |
| Edad tutores, ≥ 40 / <40 años | 0,230 | 1,51 | 0,77 | 2,97 |
| Nivel de estudios del/de la tutor/a, enseñanza universitaria/técnica profesional o menos | 0,013 | 2,10 | 1,17 | 3,76 |
| Sexo niños, niña/niño | 0,999 | 1,00 | 0,56 | 1,79 |
| Grupo de edad niños/as, 10-13/4-7 años | 0,016 | 2,11 | 1,15 | 3,88 |
| Nº integrantes de la familia | 0,888 | 0,98 | 0,75 | 1,29 |
| Percepción sobre salud de los/las niños/as y jóvenes, positiva/negativa | 0,671 | 0,64 | 0,09 | 4,88 |
| Cercanía a centros de salud, cerca/lejos del barrio | 0,093 | 0,56 | 0,28 | 1,10 |

Exp(β): exponencial beta; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

un número menor de consultas debido a las dificultades para llegar hasta el centro. Sin embargo, este hallazgo no se ratificó en el presente estudio.

Dentro de las limitaciones de este estudio debe considerarse que sólo fue posible determinar si se consulta o no, sin precisar el tipo de consulta (telefónica o presencial) ni la prestación solicitada, lo cual limita la interpretación de los resultados. Por lo tanto, sería necesario indagar en el tipo y el motivo de consulta, y en las razones de quienes no consultaron, así como también sobre el sistema de salud utilizado (público o privado) y el tipo de seguro de salud. Otra limitación surge de la variable «Cercanía al centro de salud», que no precisa si es un centro de salud odontológico ni si es público o privado. Además, los resultados pueden deberse a razones muestrales, ya que hay familias que aportan dos o más hijos/as.

Dentro de las variables estudiadas que se asocian a las consultas odontológicas en los/las niños/as y jóvenes, el nivel de estudios del/de la tutor/a se asoció con la consulta al dentista dos o más veces al año en ambas muestras. Este hallazgo hace evidentes las inequidades en el acceso a la salud producto del nivel de estudios de los/las tutores/as. Adicionalmente se observaron diferencias en la consulta al odontólogo según los grupos de edad de los/las niños/as y jóvenes para la muestra de Montreal, y según la percepción de salud del/de la tutor/a respecto a la salud general de los/las niños/as y jóvenes para la muestra de Talca.

¿Qué se sabe acerca del tema?

El uso de servicios de salud es un factor influyente en la salud de los individuos y de las poblaciones, por lo que la existencia de problemas en el suministro y la financiación afectará directamente a la salud de las personas. Por otra parte, hay otras variables, familiares y personales, que influirán en la búsqueda de servicios de salud, entre ellas el nivel de estudios de la madre, los ingresos económicos, el tipo de seguro de salud y la percepción de la salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La percepción de los/las tutores/as respecto a la salud general de los/las niños/as y jóvenes puede influir en la consulta al odontólogo, y la edad de los/las niños/as no siempre determina la consulta al odontólogo. Para la muestra de Talca, el nivel educativo del/de la tutor/a (no necesariamente la madre) y la percepción del/de la tutor/a respecto a la salud general de los/las niños/as y jóvenes influye en la consulta al odontólogo dos o más veces al año. En cambio, en Montreal, el nivel de estudios del/de la tutor/a y el grupo de edad de los/las niños/as y jóvenes influye en la consulta al odontólogo dos o más veces al año.

Declaraciones de autoría

L. Núñez concibió el artículo y participó en el diseño del estudio de la muestra de Talca, realizó la adaptación de los instrumentos de recolección de información, análisis de datos y escribió borradores del texto. G. Icaza participó en el diseño del estudio de la muestra de Talca, realizó la adaptación de los instrumentos de recolección de información, supervisó el análisis estadístico y revisó el documento final. V. Contreras participó en la concepción y el diseño del trabajo, preparó la base de datos, realizó parte del análisis y de la interpretación de los datos, y participó en la búsqueda bibliográfica y en la escritura del manuscrito. G. Correa preparó la base de datos y participó en el análisis de los datos y en la redacción

de los resultados. T. Canales participó en el diseño del estudio de la muestra de Talca y realizó la adaptación de los instrumentos de recolección de la información. G. Mejía supervisó el análisis estadístico y revisó el documento final. J. Oxman-Martínez, investigadora principal, supervisó el trabajo de campo en Montreal y Talca. J. Moreau, coinvestigador de Montreal, participó en el diseño de la investigación y en la recolección de información en Montreal. Este trabajo incluye a más de seis autores/as porque en la realización de esta investigación participó un equipo en Montreal y otro en Talca, y este último ha incluido en la investigación a una alumna de tesis de la carrera de odontología con el propósito de formación de capital humano.

Financiación

Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC) 410-2009-1590.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A la Dirección Comunal de Educación de Talca (Chile) por facilitar el desarrollo de esta investigación.

Bibliografía

1. Last JM. Public health and human ecology. 2nd ed Stamford: Appleton & Lang; 1997.
2. Armand S, Peter F. Equal opportunity. En: Cohen J, Rogers J, editores. Is inequality bad for our health? Boston: Bacon Press; 2000. p. 48-52.
3. Gattini C, Álvarez J. Salud en Chile 2010: panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Santiago: Organización Panamericana de la Salud; 2011. Serie técnica de análisis de situación-PWR CHI/11/HA/01. Disponible en: <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>
4. Vargas I, Vázquez ML, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cad Saude Pública. 2002;18:927-37.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008, 125 p.
6. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services; 1981.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe final de la comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009.
8. Ruiz-Rodríguez M, Valdez-Santiago R. A review of health-service use 1996-2006. Rev Salud Pública. 2008;10:332-42.
9. Becerril-Montekio V, Reyes J, de D, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Pública de Mex. 2011;53 (Supl):132-42.
10. Monsalves MJ. La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual. Rev Chil Salud Pública. 2012;16:241-6.
11. Health Canada. Reports & Publications Canada's health care system. 2011. (Actualizado el 9/10/2012; consultado el 5/12/2011.) Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>
12. De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan MdeJ. Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. Rev Biomed. 2004;15:81-91.
13. Solórzano FX. El sistema de salud del Canadá y su financiamiento. Rev Panam Salud Pública. 1997;1:180-5.
14. Gouvernement du Québec. Services Québec-Citoyens. Services dentaires couverts pour les enfants de moins de 10 ans. (Actualizado el 6/8/2012; consultado el 5/12/2012.) Disponible en: <http://www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqtype=sujet&sqcid=2141>
15. Crall J. Access to oral health care: professional and societal considerations. J Dental Educ. 2006;70:1133-8.
16. Beiser M, Armstrong R, Ogilvie L, et al. The New Canadian Children and Youth Study: research to fill a gap in Canada's children's agenda. Canadian Issues/Thèmes Canadiens. Special issue on Immigration and Intersections of Diversity. 2005:21-4.
17. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (Consultado el 15/12/2012.) Disponible en: <http://www.oecd.org/general/listfoecdmembercountries-ratificationoftheconventionontheoecd.htm>
18. Van Kessel G. Global migration and asylum. Forced Migration Review. 2001;10:10-3.

19. Beirne P, Clarkson JE, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 (Consultado el 11/11/2012.) Disponible en: <http://www.update-software.com>
20. Coutinho LM, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica.* 2008;42:992–8.
21. Alter DA, Stukel T, Chong A, et al. Lesson from Canada's universal care: socially disadvantaged patients use more health services, still have poorer health. *Health Aff.* 2011;30:274–83.
22. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica.* 2001;17:819–32.
23. Flores G, Bauchner H, Feinstein AR, et al. The impact of ethnicity, family income, and parental education on children's health and use of health services. *Am J Public Health.* 1999;89:1066–71.
24. Acuña MC, editor. Exclusión, protección social y el derecho a la salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 2005. [Consultado 4 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf>
25. Palacios BJ, Sánchez-Pérez H, Nieves-Escudero A, et al. Uso de servicios de salud ante morbilidad percibida en niños/as menores de cinco años en la región fronteriza de Chiapas, México. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2002;59:6–20.
26. Baert K, De Norre B. Perception of health and access to health care in the EU-25 in 2007. *Statistics in Focus eurostat.* 2009;24:1–11.
27. Morera Salas M, Aparicio Llanos A. Determinantes de la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Gac Sanit.* 2010;24:410–5.
28. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Tomo V. 2011. (Consultado el 24/11/2012.) Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-salud/resultados-ens/>
29. Suárez-Bustamante M, Galvão C. Modelo para medir el acceso equitativo a la atención primaria: estudio de caso de São Paulo, Brasil. *MPA e-Journal de MF & AP.* 2008. (Consultado el 17/12/2012.) Disponible en: <http://www.idefiperu.org/MPANRO2/MPA%20Nro2-2008-Abr09v2.pdf>
30. Medina-Solís CE, Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, et al. Factores socioeconómicos y dentales asociados a la utilización de servicios dentales en escolares de Campeche, México. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2004;61:324–33.
31. Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, et al. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc.* 2005;136:364–72.
32. Gil-Lacruz M, Gil-Lacruz AI. Percepción de la salud según sexo y edad. *Rev Ciencias Sociales.* 2007;117–118:183–95.
33. Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient satisfaction and the use of health services. *Explorations in causality. Med Care.* 1989;27:705–23.
34. Andersen AS, Laake PA. Causal model for physician utilization: analysis of Norwegian data. *Med Care.* 1983;21:266–78.
35. Vargas CM, Ronzio CR. Relationship between children's dental needs and dental care utilization: United States, 1988-1994. *Am J Public Health.* 2002;92:1816–21.