

---

# CONDICIONES DE SALUD BUCAL DE LOS RECUPERADORES INFORMALES DEL SECTOR DE GUAYAQUIL Y DE SUS FAMILIAS. MEDELLÍN, COLOMBIA, 2003\*

ANDRÉS ALONSO AGUDELO S.\*\* JAIME ARTURO GÓMEZ C.\*\*\*

**RESUMEN.** Se realizó una investigación que caracteriza las condiciones socioeconómicas y de salud de los recuperadores informales del sector de Guayaquil, Medellín, Colombia, la cual muestra cómo las condiciones de vida definen en gran medida su situación de salud. Allí, en una población de 68 recuperadores y familiares se elaboró un estudio de carácter descriptivo, transversal, para conocer sus condiciones de salud bucal. Por medio de la anamnesis y de un examen odontológico completo, siguiendo los lineamientos del III Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998, se reconocieron algunos aspectos relacionados con sus representaciones y prácticas en salud, hábitos, y la situación de salud bucal de cada individuo. Los hallazgos nos indican cómo este grupo está en condiciones desfavorables con respecto a la población general y nos da pautas para establecer estrategias de intervención claras que permitan mejorar sus condiciones de salud tan precarias ofreciendo bienestar.

**Palabras clave:** recuperadores, salud bucal, higiene bucal, caries, índice COP, enfermedad periodontal, Medellín.

**ABSTRACT.** A study was undertaken to characterize the socioeconomic and health conditions of the informal recyclers of the sector of Guayaquil, Medellín - Colombia, that shows how the life conditions define to a large extent their health situation. There, in a population of 68 recyclers and relatives, a transversal descriptive study was carried out in order to find out about their oral health conditions. By means of an oral clinic history some aspects related to their representations and practices in health habits were recognized, also a complete examination, following the design of the III National Study of Oral Health on 1998, was done. The findings indicate to us how this group is in unfavorable conditions with respect to the general population and gives us standards to establish clear intervention strategies that permit to improve their precarious health conditions by offering welfare.

**Key words:** recyclers, oral health, oral hygiene, caries, COP index, periodontal disease, Medellín.

## INTRODUCCIÓN

La producción de elementos indispensables para la reproducción social y económica de la población, conlleva la generación de desechos que al acumularse excesivamente, conducen a la contaminación de nuestro entorno. Dada la gravedad y complejidad del tema, se han creado organizaciones cuyos objetivos van encaminados a disminuir el problema de contaminación a través de planes de acción como el reciclaje; éste se define como: “El conjunto de

*técnicas que tienen por objeto recuperar residuos e introducirlos en el ciclo de producción del que proviene. Para el caso de las basuras, existen elementos que se pueden convertir en materia prima para satisfacer las necesidades del consumidor”*.<sup>1,2</sup>

En el área metropolitana del Valle de Aburrá, existen más de 3.000 recicladores informales que recuperan o reciclan del 10 al 12% de las 1.546 toneladas/día de residuos sólidos producidos. Una de las fases del reciclaje la constituye el reciclaje de recuperación. Esta

---

\* El presente estudio es un componente de la investigación “Condiciones Socioeconómicas y de Salud de los Recuperadores Informales del Sector de Guayaquil y de sus Familias, Medellín, 2003”, realizada por los investigadores Jaime Arturo Gómez C., Juan Ignacio Sarmiento G. y Andrés Alonso Agudelo S., mediante convenio entre la Asociación de Ingenieros Sanitarios de Antioquia —AINSA— y la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

\*\* Odontólogo. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Profesor Aspirante, Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: agudeloandres@chami.udea.edu.co

\*\*\* Médico. Especialista en Epidemiología y Especialista en Teorías de Investigación Social. Profesor Asociado Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: jagomez@catios.udea.edu.co

---

AGUDELO S. ANDRÉS ALONSO, JAIME ARTURO GÓMEZ C. Condiciones de Salud Bucal de los recuperadores informales del sector de Guayaquil y de sus familias. Medellín, Colombia, 2003. Rev Fac Odont Univ Ant, 2004; 15(2):12-20.

RECIBIDO: AGOSTO 17/2004 - ACEPTADO: SEPTIEMBRE 28/2004

---

actividad se basa esencialmente en la labor realizada por nuestros pueblos por miles de hombres, mujeres y niños, las formas de recuperación han traído consigo una clasificación en el gremio de recicladores o recuperadores, es así como existen los cartoneros, los botelleros, los costaleros, los basuriegos y los chechereros o quincalleros, entre otros.<sup>3</sup>

Las precarias e ineficientes condiciones de trabajo de este grupo poblacional explican el que la mayoría de estas personas presenten numerosas deficiencias en sus condiciones socioeconómicas y de vida en general. Se plantea la posibilidad de crear organizaciones como la del sector de Guayaquil, con el fin de ofrecer condiciones de empleo y seguridad óptimas para el mejoramiento de sus condiciones de vida y bienestar. En compañía de la Asociación de Ingenieros Sanitarios de Antioquia y el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, se realizó un estudio para describir las principales características en esta población.

La salud es un derecho básico y la salud bucal constituye un componente importante de la salud general. Aun cuando este tipo de enfermedades normalmente no ponen en peligro la vida del individuo, constituyen un problema importante para la salud pública. Las razones de ello residen en su alta prevalencia, en la demanda pública y en su impacto sobre el individuo y la sociedad en términos de dolor, molestias, limitaciones, desventajas sociales y funcionales y repercusiones negativas sobre la calidad de vida. Además, suponen un gasto muy elevado para el individuo y la comunidad.<sup>4</sup>

La situación de salud es expresión de las condiciones de vida, y éstas a su vez, son reproducidas socialmente en el proceso de reproducción general de la sociedad, expresando la forma específica de articulación de cada sector social en el conjunto de dicha sociedad, los fenómenos de salud/enfermedad no se distribuyen al azar ni de manera homogénea entre los diferentes sectores de la población.<sup>5</sup>

El presente estudio se realiza teniendo en cuenta la amplia distribución de enfermedades bucales en Colombia (y en Medellín), y ante la ausencia de

estudios epidemiológicos en poblaciones específicas como la de los recuperadores, se decidió incluir este componente en la presente investigación, cuyo propósito es aportar conocimiento para la comprensión de la situación de salud de la población de recuperadores informales en la ciudad de Medellín; con el fin de orientar acciones tendientes a mejorar dicha situación en este grupo de población, para el caso, específicamente en lo que tiene que ver con su salud bucal.<sup>6</sup> La práctica odontológica no debe orientarse únicamente al tratamiento clínico de la enfermedad, es necesario considerar su papel en la transformación de la realidad, pero ésta debe ser primero identificada.<sup>7</sup>

El objetivo de la investigación realizada con los recuperadores fue el de analizar la situación de salud de la población de recuperadores en Medellín, mediante la caracterización de la situación laboral, social y económica, las condiciones de saneamiento básico de su vivienda, el perfil de morbilidad y las condiciones de acceso a los servicios de salud.<sup>6</sup>

Así mismo, el componente de salud bucal esbozó los siguientes objetivos:

- Describir las condiciones de salud bucal en los recuperadores y sus familias.
- Determinar las necesidades de tratamiento en este grupo de población.
- Comprender la relación existente entre las condiciones de vida y sus problemas de salud bucal.
- Proponer alternativas para el mejoramiento de las condiciones de salud bucal, canalizándolas a través del proyecto piloto para la conformación de una organización de recuperadores informales del sector de Guayaquil.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio cuantitativo de carácter descriptivo y transversal, en una población de 68 personas entre recuperadores y familiares, que asistieron voluntariamente a la valoración odontológica programada en el marco de la investigación general.

El examen fue programado en las instalaciones de la IPS Universitaria Universidad de Antioquia, en uno de los consultorios dotados con todos los implementos necesarios. La selección de la muestra se realizó de forma no probabilística por conveniencia entre los 174 que participaron en la valoración médica general. Para la escogencia de las personas para valoración bucal se tuvo en cuenta la participación de una de cada tres personas que asistieran a consulta médica previa organización con los médicos; por medio de una guía numérica que indicaba cuál de los pacientes asistiría a consulta odontológica; evitando al máximo que en la selección de las personas estuviera involucrado el estado de salud general o bucal (evitando sesgos en la captación de la muestra). Esto se realizó previa recomendación del estadístico. Su inferencia tiene representatividad para la población de recuperadores y familiares.

Los datos obtenidos fueron diligenciados en dos formatos previamente diseñados y adaptados del Estudio Nacional de Salud Bucal realizado en 1998.<sup>8</sup> En el primer formato se consignó la información para el grupo de niños entre cinco a catorce años y en el segundo formato la información correspondiente a los mayores de catorce años; ambos formatos contienen información relacionada con la identificación, representación y prácticas sociales en salud bucal, percepción sobre su dentadura, hábitos higiénicos y una evaluación clínica: estado de la mucosa, estado periodontal, estado dental, estado protésico, anomalías dentomaxilofaciales, diagnóstico y plan de tratamiento. La realización del examen estuvo a cargo de uno de los coinvestigadores quien es odontólogo y los formatos fueron analizados, calibrados y corregidos previamente. Para el diligenciamiento de los mismos se contó con la participación de una de las auxiliares de consultorio de la IPS, quien fue capacitada para la obtención de formatos de calidad. El procesamiento de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 10.0 para Windows y el programa Excel, haciéndose un análisis descriptivo para cada una de las variables utilizadas.

Se considera que la realización del presente estudio, no conllevó daños en la integridad física, mental

o moral de las personas. Sus objetivos proponen contar con elementos clave que permitan la ejecución de nuevos proyectos de intervención para los mismos. A la población se le explicó la importancia del estudio y a aquellas personas cuyo diagnóstico odontológico ameritaba atención para resolver su problema de salud se les ofreció asesoría en el sistema general de seguridad social, con el objeto de que fueran solucionados sus problemas mediante el uso de su derecho a la salud en el marco de la legislación vigente.

## RESULTADOS

De acuerdo con las características de la población examinada los resultados se presentan con las siguientes categorías, teniendo en cuenta que solo en algunas se realizó análisis por grupos de edad, dependiendo de la importancia en ambos estudios, el general y el particular, y los alcances en el proyecto piloto.

### 1. Representación y prácticas sociales en salud bucal

#### Percepción sobre su dentadura

El 53% de las personas evaluadas están satisfechas con la apariencia de sus dientes; solo el 22% se encuentran insatisfechas con su dentadura. Este alto nivel de satisfacción con su dentadura no se corresponde con la evaluación clínica realizada por el odontólogo, lo cual puede estar reflejando la alta autoestima respecto a ella, o por otro lado la poca importancia que tiene para ellos la dentadura, de manera que cualquier estado de esta es satisfactorio.

#### Hábitos higiénicos

Un alto porcentaje de la población estudiada utiliza el cepillo para el cuidado de sus dientes (97,5%) y se acompaña con el uso de la crema dental (92,6%). El uso de la seda dental, lo realiza solo el 25% de la población, lo cual es bajo con respecto a los otros elementos, y la mayoría de los que la usan solo lo hacen una vez al día. Esto puede ser explicado, en parte, a que el estudio incluyó población edentada,

cuya utilización es improcedente y posiblemente a que las condiciones económicas y el bajo acceso a servicios de información y educación en salud bucal limita la mayor utilización de este elemento.

Se observa una frecuencia de cepillado de dos y tres veces en el día, lo que coincide con lo que se dice en la literatura al respecto en promoción y prevención en salud bucal, aunque se deja en claro en la misma que la frecuencia no es tan importante como la calidad.<sup>9, 10, 11</sup>

## 2. Índice de placa blanda

Las tablas 1 y 2 indican el nivel de placa dental presente para esta población. En la primera de ellas, se observan índices muy altos en todos los grupos etáreos, aunque los mayores valores se presentan en los rangos de edad 5 a 9 años, 25 a 29 años y 50 a 54 años; esto puede ser explicado en parte por la poca destreza en las técnicas de cepillado en las poblaciones de estas edades.

**Tabla 1**  
*Índice de higiene bucal por rango de edad*

| RANGO DE EDAD   | IHOS*<br>PROMEDIO |
|-----------------|-------------------|
| 5-9             | 1,5               |
| 10-14           | 1,3               |
| 15-19           | 1,3               |
| 20-24           | 0,9               |
| 25-29           | 1,5               |
| 30-34           | 1,0               |
| 35-39           | 1,1               |
| 40-44           | 1,1               |
| 45-49           | 1,3               |
| 50-54           | 2,3               |
| > 55            | 1,2**             |
| <b>PROMEDIO</b> | <b>1,2**</b>      |

\* IHOS Índice de higiene oral (superficie)

\*\* Este índice se tomó en personas dentadas

Para el segundo caso (tabla 2) los niveles clínicos de remoción de placa se asocian a los valores del índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillon<sup>12</sup> (adaptado a dentición temporal) en la siguiente forma: Bueno: Entre 0,0 y 0,6; Regular: Entre 0,7 y 1,8; Malo: Entre 1,9 y 3,0. Se puede observar que la mayoría de las personas no tienen un nivel de remoción de placa adecuado, y estos niveles

prevalecen más en las personas de sexo masculino, lo que nos indica que esta población tiene menor destreza o le prestan menor cuidado en las técnicas de cepillado, con la consecuente mayor presencia de placa dental. Esto constituye un factor de riesgo relevante para caries dental.

**Tabla 2**  
*Niveles clínicos de remoción de placa dental*

| NIVEL DE REMOCIÓN DE PLACA | SEXO      |            |           |            | TOTAL     |            |
|----------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|                            | HOMBRE    |            | MUJER     |            |           |            |
|                            | N.º       | %          | N.º       | %          | N.º       | %          |
| Bueno                      | 4         | 13,3       | 8         | 26,7       | 12        | 20         |
| Regular                    | 21        | 70         | 19        | 63,3       | 40        | 66,7       |
| Malo                       | 5         | 16,7       | 3         | 10         | 8         | 13,3       |
| <b>Total</b>               | <b>30</b> | <b>100</b> | <b>30</b> | <b>100</b> | <b>60</b> | <b>100</b> |

## 3. Evaluación clínica de la mucosa

Las lesiones más comunes fueron las úlceras traumáticas (16,2%), y la estomatitis asociada al uso de prótesis (8,8%), ambas con causa conocida; la primera de ellas se asocia a eventos como el trauma por el cepillado, por morderse los carrillos o por una prótesis mal adaptada; la segunda está presente en personas edentadas y es prevenible con métodos adecuados de higiene bucal para este tipo de población.

## 4. Estado periodontal

Marcadores de patologías gingival y periodontal

Se presenta alta prevalencia de signos y síntomas de patologías gingival y periodontal (sangrado, cálculos, y bolsas periodontales pandas y profundas) en las personas dentadas que fueron examinadas; sin embargo se aclara que las dos últimas (bolsas pandas y profundas), se evaluaron en mayores de catorce años. El sangrado y los cálculos presentes en el 33 y en 57% respectivamente, indican formas de gingivitis y periodontitis; el hallazgo de bolsas periodontales pandas en el 22% y de las profundas en el 15% de los casos, se relacionan con patologías periodontales mucho más agresivas.

Índice de extensión y severidad (niveles clínicos de inserción periodontal)<sup>13, 14</sup>

Por grupos etáreos, las formas de enfermedad periodontal más generalizadas se presentan en los grupos mayores de cuarenta años, lo que nos indica que las formas de periodontitis crónicas son de mayor prevalencia en grupos de edad más avanzados. En cuanto a la pérdida de inserción periodontal, son formas menos destructivas en el tejido, por lo que no alcanzan los dos milímetros. Estas formas menos destructivas son más fáciles de tratar y de obtener una respuesta favorable. Para el caso de la edad comprendida entre 55 y más años es de esperarse que los índices sean menores puesto que existe mayor población edentada (tabla 3).

**Tabla 3**  
*Índice de extensión y severidad de la enfermedad periodontal, según edad*

| RANGO DE EDAD   | ESI-E*       | ESI-S**    |
|-----------------|--------------|------------|
| 5-9             | NA           | NA         |
| 10-14           | 8,4%         | 0,25***    |
| 15-19           | 2,8%         | 0,0        |
| 20-24           | 8,9%         | 0,5        |
| 25-29           | 4,6%         | 1,5        |
| 30-34           | 7,1%         | 0,7        |
| 35-39           | 17,1%        | 0,8        |
| 40-44           | 22,5%        | 0,6        |
| 45-49           | 24%          | 1,4        |
| 50-54           | 25,6%        | 0,5        |
| > 55            | 14,7%        | 0,8        |
| <b>PROMEDIO</b> | <b>14,7%</b> | <b>0,7</b> |

NA No aplicable.

\* ESI-E Índice de extensión y severidad-extensión.

\*\* ESI-S Índice de extensión y severidad-extensión.

\*\*\* Para el caso de 10-14 años sólo se evaluaron 2 personas.

## 5. Estado de la dentición

### Morbilidad dentaria

En promedio la población estudiada tiene 3 dientes cariados, 1 1/2 obturados y 6 1/2 perdidos, con un índice COP general de 11 lo que indica que las condiciones de salud bucal no son las mejores en esta población, dado que para Colombia se encontró un índice de 10. Con respecto a la edad, es mayor el número de dientes cariados en las edades compren-

didadas entre los cuarenta y cuarenta y nueve años. En relación con relación a las obturaciones dentarias, éstas son mayores en los grupos de edad de veinte a veintinueve años y cincuenta a cincuenta y cuatro años (tabla 4)

**Tabla 4**  
*Promedio de índice COP y ceo según edad*

| RANGO DE EDAD | PROMEDIO   |            |            | PRO-MEDIO COP-d | PRO-MEDIO ceo-d |
|---------------|------------|------------|------------|-----------------|-----------------|
|               | CARIA-DOS  | OBTURA-DOS | PERDIDOS   |                 |                 |
| 5-9           | 2,5        | 0,0        | 0,2        | 0,0             | 2,7             |
| 10-14         | 2,6        | 0,5        | 0,0        | 1,7             | 1,0             |
| 15-19         | 0,3        | 1,3        | 0,0        | 1,7             | N,A             |
| 20-24         | 2,3        | 3,5        | 0,5        | 6,3             | N,A             |
| 25-29         | 3,5        | 4,5        | 0,5        | 8,5             | N,A             |
| 30-34         | 4,0        | 2,3        | 2,6        | 8,9             | N,A             |
| 35-39         | 0,3        | 2,7        | 6,7        | 12,0            | N,A             |
| 40-44         | 7,2        | 2,0        | 6,5        | 15,7            | N,A             |
| 45-49         | 5,6        | 1,1        | 10,9       | 10,0            | N,A             |
| 50-54         | 7,5        | 6,0        | 10,5       | 24,0            | N,A             |
| > 55          | 1,2        | 0,9        | 23         | 25,1            | N,A             |
| <b>TOTAL</b>  | <b>3,1</b> | <b>1,6</b> | <b>6,4</b> | <b>11,2</b>     | <b>2,0</b>      |

NA: No aplicable.

En general podemos decir que la prevalencia de estas patologías bucales es alta; la caries dental y la enfermedad periodontal continúan siendo las enfermedades con mayor reporte de casos en concordancia con los estudios de salud bucal que se han realizado al respecto.<sup>8, 15</sup> La caries dental se reporta en el 72% de la población estudiada, mientras que la gingivitis y la periodontitis están presentes en el 51,5%, o sea en la mitad de los recuperadores y sus familias. La proporción de personas sanas es muy baja teniendo en cuenta que existen otras patologías bucales que están presentes en la población evaluada en menor grado.

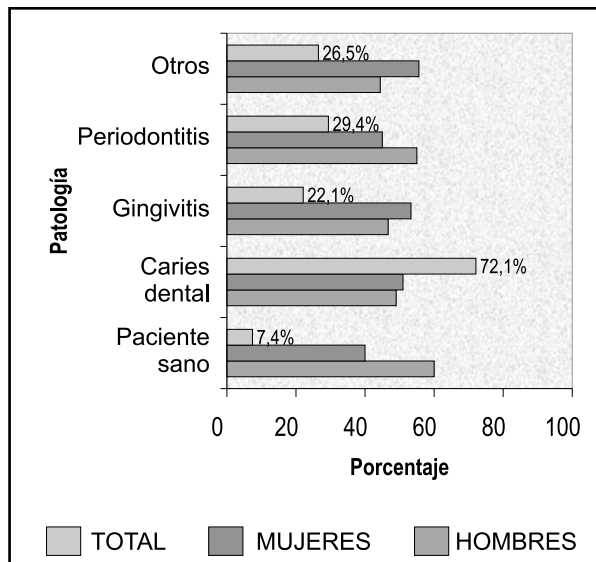
El análisis por sexo, no evidencia diferencias importantes en las prevalencias para la caries dental ya que es más o menos una relación 1:1; para el caso de la gingivitis la proporción es mayor en mujeres y para las formas más destructivas de enfermedad periodontal como la periodontitis, dicha proporción es mayor en los hombres (figura 1).

### Estado protésico

De la población de recuperadores, 31 personas tenían características para evaluar el estado protésico dada la presencia de espacios edéntulos, aptos para

la realización de prótesis, cualquiera sea su naturaleza; de éstos casi la mitad no tiene ningún tipo de prótesis, por lo que estaría indicado el tratamiento prostodóncico.

**Figura 1**  
*Prevalencia de enfermedades bucales según sexo*



Anomalías dentomaxilofaciales en niños de cinco a catorce años

Se examinaron diecinueve niños con edades comprendidas entre los cinco y catorce años y se encontró que casi 2/3 partes de los niños evaluados presentan al menos un signo dentomaxilofacial (tabla 5).

**Tabla 5**  
*Anomalías dentomaxilofaciales en niños*

| ANOMALÍA                                | N.º       | PORCENTAJE  |
|---|-----------|-------------|
| Sobreposición maxilar                   | 11        | 57,9        |
| Sobreposición mandibular                | 7         | 38,8        |
| Mordida cruzada anterior                | 6         | 31,6        |
| Mordida cruzada posterior               | 2         | 10,5        |
| Mordida abierta                         | 6         | 31,6        |
| Mordida profunda                        | 4         | 21,1        |
| Apiñamiento                             | 5         | 26,3        |
| Diastemas                               | 5         | 26,3        |
| Succión digital                         | 3         | 15,8        |
| Deglución atípica                       | 4         | 21,1        |
| Respiración oral                        | 4         | 21,1        |
| <b>Personas con al menos 1 anomalía</b> | <b>14</b> | <b>73,7</b> |

## 6. Niveles y necesidades de tratamiento para los recuperadores y sus familias

Es de importancia anotar que en la determinación de las necesidades de tratamiento, se tuvo en cuenta más el juicio clínico del examinador que la situación económica del paciente, ya que el primero busca objetividad en el estudio. La determinación de los niveles y necesidades de tratamiento son de gran importancia en los ámbitos local y nacional porque proveen la base para estimar los recursos necesarios y el costo potencial de un programa de salud bucal bajo las condiciones actuales o aquellas previstas para el futuro.<sup>8</sup>

Con respecto a los niveles de tratamiento, se puede observar que casi el 62% de las personas necesitan tratamiento de carácter mediato, es decir es un tratamiento que puede ser programado. Una quinta parte de la población requiere tratamiento urgente por la presencia de dolor o infección de origen dental o periodontal y el 16% requiere medidas de promoción y prevención de su salud bucal únicamente.

Según el tipo de tratamiento, la mayoría de los evaluados requiere operatoria con resina de fotocurado y amalgama (más del 70%), el 20% requiere tratamiento de endodoncia, ya sea con operatoria o con prótesis fija (porcelana). Más de la cuarta parte requiere prótesis parcial superior o inferior, según el caso y un 20% requiere prótesis total, ya sea por cambio de la prótesis actual o por que son personas edentadas totales. La cuarta parte de los mismos requiere extracción y su posterior reemplazo por prótesis parcial removible o fija con pilares adyacentes (tabla 6).

**Tabla 6**  
*Necesidades de tratamiento*

| TIPO DE TRATAMIENTO                       | FRECUENCIA |             |
|---|------------|-------------|
|   | N.º        | PORCENTAJE  |
| Operatoria                                | 48         | 70,6        |
| Endodoncia/operatoria                     | 8          | 11,8        |
| Endodoncia/prótesis                       | 5          | 7,4         |
| Extracción                                | 17         | 25          |
| Prótesis parcial superior                 | 19         | 27,9        |
| Prótesis parcial inferior                 | 25         | 36,8        |
| Prótesis total superior                   | 8          | 11,8        |
| Prótesis total inferior                   | 5          | 7,4         |
| <b>Total sin necesidad de tratamiento</b> | <b>11</b>  | <b>16,2</b> |
| <b>Total necesitan tratamiento</b>        | <b>57</b>  | <b>83,8</b> |

---

## DISCUSIÓN

Si se analiza la evolución de los tres estudios nacionales de salud bucal realizados en los años 1965-1966, 1977-1980 y 1998, se puede inferir que ha habido un cambio en las condiciones generales de salud bucal en la población colombiana. Sin embargo se hace necesario comparar los datos de estos estudios con grupos poblacionales específicos con el fin de identificar las diferencias en las condiciones de salud bucal según determinantes sociales de estos grupos poblacionales.<sup>8,15,16</sup> Esto se hace muy difícil puesto que uno de los pocos referentes que se tiene es el estudio de recicladores realizado en Bogotá,<sup>2</sup> el cual no incluyó elementos como la valoración médica ni odontológica.

Con relación a los conocimientos, actitudes y prácticas en la población de recuperadores y familiares el 92,5% utiliza el cepillo dental acompañado de la crema dental frente al 98,4% referido en el último estudio nacional. No obstante lo anterior, los recuperadores y familiares dicen estar satisfechos con su dentadura, lo cual más bien puede ser un sentimiento de resignación. La utilización baja de la seda dental sugiere que se hace necesario incorporar este elemento a los hábitos de higiene bucal, ya sea a través de campañas de educación o por medio de programas de masificación de implementos para la higiene bucal. La utilización de otros elementos tales como los enjuagues bucales comerciales y el flúor es muy baja; esto puede tener que ver con sus altos costos y el desconocimiento de la existencia de los mismos.

Para este tipo de población, dadas sus características particulares, como son las jornadas y los ritmos de trabajo, las condiciones y los hábitos de alimentación y de higiene, se espera una frecuencia baja en el cepillado. En general puede decirse que las personas se cepillan con más frecuencia, al levantarse, después del almuerzo y antes de acostarse. Para el caso de los recuperadores, estos momentos coinciden con el comienzo y la finalización de su jornada laboral. A manera de ejemplo, dado que su jornada laboral comienza alrededor de las 4 de la mañana es de esperarse que se cepillen al levantarse y no después del desayuno; en muchas ocasiones el

número de comidas diarias es más bajo que en otras poblaciones<sup>6</sup> por lo que la frecuencia de cepillado y el momento para ello varían ostensiblemente.

Al comparar los hallazgos del presente estudio con los reportados en el III Estudio Nacional de Salud Bucal, se aprecia que la prevalencia de caries en este grupo poblacional es mayor (72,1%) que la reportada para la población general (65,3%); igual sucede con el índice COP, el cual fue de 11,2 frente al 10 reportado por el estudio nacional.<sup>8,15</sup> En ambos estudios la proporción entre hombres y mujeres es muy similar. En cuanto al estado periodontal se encuentra alta prevalencia de enfermedad periodontal, lo cual se acrecienta con el paso de la edad, esto pone en evidencia las dificultades en el acceso a los servicios de salud y otras más relacionadas con sus condiciones de vida que no proporcionan un ambiente favorable para la salud bucal.

Analizando las condiciones de salud por grupos de edad, la población de cinco a catorce años presenta alto número de dientes cariados con relación a los dientes obturados lo cual indica la baja cobertura que han tenido los programas de salud bucal para esta población, la baja accesibilidad a los mismos y el bajo aseguramiento a los mismos, esto nos reitera que esta enfermedad como tal continúa siendo un problema de salud pública, a la cual es necesario poner cuidado. Para el caso de los mayores de quince años se evidencia el aumento en los dientes cariados, bajo número de obturaciones dentarias y aumento de los dientes perdidos; que se hace mayor después de los 50 años, explicado por el deterioro progresivo de la dentadura, sin intervención odontológica durante su vida lo cual lleva a la pérdida de los dientes y también por la práctica de años atrás de la extracción indiscriminada de dientes.

La baja accesibilidad a los servicios es evidente. De la investigación general se permite identificar que solo el 59% del total de este grupo poblacional se encuentra en el régimen subsidiado y el 37% son vinculados. Lo más grave es que la situación ha de ser peor a lo expresado por las cifras, dado que se tiene conocimiento de que el poseer carné de régimen subsidiado no garantiza el acceso a los servicios de salud, ya que se interponen barreras

---

sociales, geográficas, económicas, entre otras, que en la práctica impiden la solución a los problemas de salud de la población más vulnerable.<sup>6</sup>

En esta población no es característica la presencia de prótesis fija, esto puede ser explicado principalmente por inaccesibilidad a los servicios de salud bucal más especializados y por razones económicas; ya que estos servicios no hacen parte de los planes de beneficio para la población con subsidio en salud. Para el caso de la población de cinco a catorce años con anomalías dentomaxilofaciales y según sus características socioeconómicas, se presume la dificultad de que sean tratadas por personal especialista, pues en general son muy pocos los que accederían a consulta por ortopedia maxilar y ortodoncia, debido a los costos elevados de estos tipos de tratamiento, y porque los intereses de este tipo de población están mayormente enfocados a satisfacer sus necesidades básicas más inmediatas.

En cuanto a las necesidades de tratamiento para esta población, es importante analizar dos paralelos; por un lado están las que en algún momento podrían ser incluidas en los planes de beneficio en la legislación vigente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: relacionados con operatoria, endodoncia, cirugía oral y periodoncia; pero, por otro lado no se pueden descuidar otras necesidades en materia de prostodoncia que al ser resueltas, mejorarían en parte la calidad de las personas, al ofrecer mayor bienestar, autoestima y funcionalidad.

Las anteriores condiciones de salud bucal de la población de recicladores, deficitarias con respecto a la población general, son producto de las deterioradas condiciones de vida a las que se encuentran expuestos; en el estudio general se encontró que según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) el 28% de las familias se encuentran en pobreza (una necesidad básica insatisfecha) y el 28% en miseria (dos o más necesidades básicas insatisfechas) y según el indicador línea de Pobreza el 42% se encuentra en pobreza (ingreso per cápita entre 1 y 2 dólares diarios) y el 35% en indigencia (ingreso per cápita igual o inferior a un dólar diario). Esto nos indica que la mayoría de las familias no cuentan con recursos suficientes para cubrir las

necesidades mínimas de alimentación, vestido, estudio y vivienda, ni mucho menos la salud y la odontología. Es por ello que se explica el bajo nivel de intervención en esta población, además de las dificultades de acceso a los servicios odontológicos, pues la mayoría se encuentran por fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud.<sup>17, 18</sup>

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Aunque los tipos de enfermedades de la boca no se diferencian clínicamente de otros grupos poblacionales, su prevalencia sí es mayor que en la población general y por supuesto que la de otros grupos poblacionales con mejores condiciones de vida. La investigación odontológica desde una perspectiva social en grupos como el estudiado, permitirá la planificación de programas específicos que tengan real incidencia en las comunidades objeto. En este caso la evaluación de las condiciones de salud en recuperadores informales y sus familias del sector de Guayaquil de la ciudad de Medellín, permitió un acercamiento a las comunidades, a su vez que facilitó correlacionar las condiciones socioeconómicas de dicho grupo social con las manifestaciones de patologías bucales de mayor relevancia para esta población.

Además de las estrategias de intervención para tratar la enfermedad, se exige también la planeación y consolidación de programas que tengan como hilo conductor la promoción de la salud, teniendo en cuenta las condiciones de vida de los grupos sociales, sus características individuales, sus conocimientos, actitudes, conductas y prácticas, como también de sus expectativas y ritmos de trabajo. Solo cuando los programas son enfocados en las comunidades, tendrán mejores oportunidades de éxito.

El fomento de la salud bucal en todas las esferas de la vida cotidiana no solo depende del paciente como tal, sino del esfuerzo mancomunado de diferentes instituciones puestas al servicio de intereses colectivos, las posibilidades de acceso a los servicios de salud, las campañas que contribuyen al fortalecimiento de la capacidad del individuo y su desarrollo en diferentes aspectos, y las políticas estatales entre otros.



Esta investigación se constituye como un punto de partida para continuar conociendo el comportamiento de la morbilidad bucal, el impacto de los planes de beneficio y en la orientación de los servicios de salud tanto en la parte asistencial, como en los programas educativos, de promoción y prevención; en parte para que los planes de beneficio del actual sistema generen impacto en la salud bucal para este tipo de población, lo cual es difícil pero no imposible. Empero, es necesario que se propongan alternativas más inmediatas, una de ellas es la conformación de una organización de recuperadores informales, de la cual el presente estudio es un punto de partida; ya se están realizando esfuerzos a través de organizaciones como la Asociación de Ingenieros Sanitarios de Antioquia, con la cual se espera que su proyecto piloto<sup>3</sup> pueda contar con elementos esenciales, que se traduzcan en más y mejores oportunidades para este grupo poblacional y sus familias.

## CORRESPONDENCIA

Andrés Alonso Agudelo Suárez  
Facultad de Odontología  
Departamento de Estudios Básicos Integrados  
Universidad de Antioquia  
Calle 64 N.º 52-59  
Medellín, Colombia  
Correo electrónico: agudeloandres@chami.udea.edu.co

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez C, Lavallo MV y Zapata MG. Factores de Riesgo Ocupacionales y condiciones de salud de los recicladores del basurero de loma grande. [Trabajo de grado- Especialista en Salud Ocupacional] Montería: Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia-Universidad de Córdoba; 1999.
2. González Posso C, Ochoa D, Duarte MB, Zárate MA, Alcaraz FG y Castro AL. Los Recicladores en Santafé de Bogotá. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo; 1996.
3. Asociación de Ingenieros Sanitarios de Antioquia. Ficha técnica Proyecto Piloto para la Conformación y Puesta en Marcha de una Organización de Recicladores Informales del Sector de Guayaquil de Medellín. Medellín: S. N.; 2003.

4. Alianza para la Salud Oral. Declaración de Berlín sobre la Salud Oral y los Servicios de Salud en Comunidades Desfavorecidas. En: Promoting Oral Health in Deprived Communities, Berlín: German Foundation for International Development; 1995 pp. 85-107.
5. Castellanos, PL. Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población. En: II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, Venezuela: Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 1991, pp. 57-72.
6. Gómez J, Agudelo A y Sarmiento JI. Condiciones Socioeconómicas y de Salud de los Recuperadores Informales y de sus Familias, del Sector de Guayaquil, Medellín, 2003. Medellín: Universidad de Antioquia-Asociación de Ingenieros Sanitarios de Antioquia; 2003.
7. Ramírez BS, Beltrán M, Gutiérrez DM, Jácome LA, Urrego JS, Areiza NA, et al. Salud Bucal de las Escolares de la Institución Santa María Goretti. Municipio de Caldas (Antioquia), 1999. Rev Fac Odont Univ Ant. 2001; 12 (2): 38-43.
8. Colombia. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal, 1998. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
9. Gutiérrez Peñaranda, AJ. Manual AHO para la Prevención Oral. Medellín: Litoservicios; 1999.
10. Herazo Acuña, B. Higiene Bucodental y Cepillos Dentales., Bogotá: Ecoe; 1990.
11. Yankell, SL y Saxer, U. Cepillos Dentales y Métodos de Cepillado. En: Odontología Preventiva y Primaria. México: Moderno; 2001; pp. 61-81.
12. Green J, y Vermillon J. The simplified Oral Index. J Am Dent Assoc. 1964; 68: 7-13.
13. Papapanau, P.N, Wenstrum J.L, Johnsson T. Extent and Severity of Periodontal Destruction based on partial clinical assessments. Comm Dent and Oral Epidemiol. 1993; 21: 181-184.
14. Carlos JP, Wolfe MD y Kiggman, A. The extent and Severity Index. A simple method for use in epidemiologic studies of periodontal diseases. J Clin Periodontol. 1986; 13: 500-505.
15. Malambo RN. Comportamiento de la Salud Oral en Colombia y Bogotá. En: Boletín Epidemiológico Distrital. Bogotá: 2001; 6 (6).
16. Colombia. Ministerio de Salud. Instituto de Salud. Morbilidad Oral. Estudio Nacional de Salud, 1977-1980. Bogotá: Ministerio de Salud; 1984.
17. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2003. Desarrollo sostenible en un mundo dinámico. Banco Mundial; Bogotá: Multiprensa Libros y Alfa Omega; 2003.
18. Muñoz M. Los indicadores de pobreza utilizados en Colombia: Una crítica. CINEP. Inserción precaria, desigualdad y elección social. Bogotá: Antrophos; 2000.