

Motivos por los cuales el paciente con problema ortodóntico no ha acudido para su atención.

Basto-Ojeda Carmen Andrea,*Colomé-Ruiz Gabriel Eduardo,** González-Solano Patricia,**
Pinzón-Te Alicia Leonor,** Pérez-Traconis Laura Beatriz.**

Resumen

Objetivo: Determinar los motivos de la falta de atención de acuerdo a los problemas ortodónticos de los pacientes, que acuden a la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología – UADY. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. La muestra fue integrada por 365 pacientes que solicitaron atención en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología - UADY en el período enero - marzo 2017, entre edades de 18 a 40 años que no recibieron atención o se encontraron bajo tratamiento ortodóntico. A cada paciente se le realizó exploración clínica y una entrevista estructurada, para conocer el problema ortodóntico que presentaba y el motivo por el cual no había recibido atención sobre éste. Los datos recolectados fueron procesados y analizados en Microsoft Office Excel mediante tablas para análisis descriptivo y se realizó el análisis estadístico de Método Exacto de Fisher en el programa R V. 3.3.2 con un nivel de significancia de 0.05. **Resultados:** Según los motivos de falta de atención, el 42.19% afirmó que desconocían presentar un problema, mientras que el 57.81% indicó diversos motivos a su falta atención siendo los de mayor frecuencia: economía con 42.18% seguido de la falta de tiempo con 31.28%.

Palabras claves: Motivos, Tratamiento, Ortodoncia.

Abstract

Objective: To determine the reasons for the lack of attention according to the orthodontic problems of the patients, who go to the Admission Clinic of the Faculty of Dentistry - UADY. **Materials and methods:** Observational, descriptive, prospective and transversal study. The sample was integrated by 365 patients who requested attention at the Admission Clinic of the Faculty of Dentistry - UADY in the period January - March 2017, between ages 18 to 40 years that did not receive attention or were under orthodontic treatment. Each patient underwent a clinical examination and a structured interview to find out about the orthodontic problem that he presented and the reason why he had not received attention about it. The data collected were processed and analyzed in Microsoft Office Excel using tables for descriptive analysis and the statistical analysis of Fisher's Exact Method was performed in the program R V. 3.3.2 with a level of significance of 0.05. **Results:** According to the reasons for lack of attention, 42.19% said that they were not aware of presenting a problem, while 57.81% indicated various reasons for their lack of attention being the most frequent: economy with 42.18% followed by lack of time with 31.28%.

Keywords: Motives, Treatment, Orthodontics.

* Licenciatura en Cirujano Dentista de la Universidad Autónoma de Yucatán

**Docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Correspondencia: Carmen Andrea Basto Ojeda e-mail: c29_andrea@hotmail.com

Recibido: Marzo 2018 Aceptado: Septiembre 2018

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones dentales ocupan el tercer lugar en prevalencias dentro de las patologías bucales después de la caries dental y la enfermedad periodontal. Debido a esto, es de suma importancia por parte del odontólogo diagnosticar e intervenir de manera oportuna, previniendo así el establecimiento de alteraciones más complejas en el sistema estomatognático.^{1,2}

Los diferentes problemas orales que se pueden presentar generalmente influyen en la masticación, en el habla, en la calidad de vida y en el desarrollo de las relaciones sociales, estos problemas se asocian a diferentes situaciones de carácter social, ambiental y económica.³

El tratamiento temprano de los problemas ortodónticos, radica en atender las disgnacias presentes antes que éstas se compliquen, condenando al

paciente a tratamientos más complejos y largos, con altos índices de recidivas; en este sentido no solo se involucra la acción del odontólogo, si no de igual modo se debe brindar orientación a los padres de familia principalmente en edades tempranas.²

El acceso a los servicios de salud bucal, se encuentra basado en por lo menos dos factores de suma importancia como son: la disponibilidad del paciente para acudir a consultorio ya sea privado o algún centro de atención pública, y el medio para pagar los diversos tratamientos que requiere, siendo estos dos factores, las principales barreras para recibir atención dental, particularmente para la población de bajos ingresos.⁴

En este sentido, algunos estudios también han encontrado que existen diversas razones por las cuales los adultos no visitan al odontólogo para

recibir tratamientos, por ejemplo un estudio realizado por Yarbrough *et al.*, (2014), en el cual se pretendía dar a conocer los diferentes motivos por cuales los pacientes de edad adulta no acuden a recibir atención dental se obtuvo como resultado que las principales razones fueron: el costo, que consideran que tienen una dentadura sana y por también por falta de tiempo.⁵ Otro estudio realizado por Belaúnde *et al.*, en el año 2012 en pacientes adultos con edentulismo parcial o total, se encontró que principalmente no acudían al odontólogo debido la falta de tiempo, seguido por los costos, coincidiendo con el estudio anterior.⁴

Otra investigación realizado por Campos en el 2012, en una población escolar, los resultados fueron: que los escolares no se habían atendido por motivos económicos el 41.7%, seguido de un 16.5% debido el temor para acudir al odontólogo y un 13.6% en el que los padres consideraron que no era necesario acudir con el odontólogo.⁶

Con respecto a la atención directa de las problemas ortodónticos, otro estudio realizado por Nelly *et al.*, (1999), cuyo objetivo era conocer los motivos por los cuales los adolescentes acudieron para atención ortodóntica, se encontró que, el 56% era por razones estéticas, 21% por estética y función, y solo un 7% por razones funcionales.⁷

Maloclusión

Se define como maloclusión, a las alteraciones en las posiciones dentarias y/o en el desarrollo óseo de los maxilares, lo cual no permite una adecuada función del aparato masticatorio, lo cual generalmente ocasiona diversas consecuencias y alteraciones en: encías, dientes, huesos, articulación temporomandibular, fonación, deglución, masticación así como en la estética facial.^{8,9}

Según Jiménez *et al.*, (2008), la OMS informó que las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucodental, luego de la caries dental y la enfermedad periodontal. Latinoamérica no es la excepción, porque también tiene una situación preocupante, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que llega a superar el 85% de la población.¹

Materiales y Métodos

Estudio observacional, descriptivo,prospectivo y transversal. La muestra se encuentra conformada por un total de 365 pacientes que acudieron a solicitar atención en la Clínica de Admisión de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán en el período enero - marzo 2017, entre las edades de 18 a 40 años que no hubieran recibido o se encontraran bajo tratamiento ortodóntico.

En primera instancia, durante la revisión intraoral realizada a los pacientes que acudieron por primera vez a solicitar atención a la Clínica de Admisión, el investigador mediante la técnica de observación, identificaba si el paciente presentaba algún problema de tipo ortodóntico y en caso de ser así, se le entregaba una carta de consentimiento informado, la cual explicaba el objetivo de la investigación, misma que al ser firmada por éste, significaba que aceptaba participar en el estudio.

Mediante la técnica de observación, se marcó con una X el o los problemas ortodónticos que poseía el paciente, posteriormente se procedió a realizar una entrevista a través de un cuestionario estructurado a fin de conocer: datos generales, grado de escolaridad, el motivo de consulta, si había visitado con anterioridad a un odontólogo, registrando la información en el instrumento así como si había o no sido informado por parte de un odontólogo sobre su problema ortodóntico marcando una X en la columna correspondiente, en caso de no haber recibido información se le interrogaba para saber si éste sabía por si mismo que poseía un problema ortodóntico, del mismo modo se marcó con una X en la columna correspondiente. En el caso de que el paciente hubiera sido informado sobre su problema o éste lo supiera por sí mismo, se le interrogaba para conocer el tipo de información que poseía, anotándolo en el instrumento, así como cual fue o fueron los motivos por los cuales no había recibido atención; utilizando para ello una escala tipo Likert a varias preguntas, se marcó una X en la columna correspondiente del instrumento acorde a la opción que elegía el paciente pudiendo ser: muy importante, importante o nada importante y se

realizó anotaciones específicas que el paciente refería durante la entrevista en relación a cada uno de los motivos. Por último, cuando el paciente hubiese indicado más de un motivo, se le preguntaba el orden de importancia de éstos, anotándolo en el instrumento con números arábigos, siendo el número 1 el de mayor importancia.

En caso de que el paciente desconociera la presencia de su problema se le proporcionaba información de manera sencilla y clara, respondiendo a las dudas que pudiese tener el paciente.

Los problemas ortodónticos fueron identificados mediante la observación de las características clínicas presentes y a mediciones realizadas con una regla milimétrica. Se tomó en cuenta la presencia o no del problema ortodóntico, de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Mordida cruzada anterior: Oclusión donde los incisivos superiores se sitúan por lingual de los inferiores.¹⁰
- b) Sobremordida horizontal aumentada: Oclusión en la cual los incisivos superiores están más avanzados que los inferiores, el overjet se encuentra aumentando siendo la norma clínica 2.5 mm.¹¹
- c) Mordida abierta: Maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan el plano oclusal y no establecen contacto directo con sus antagonistas.¹²
- d) Mordida profunda: Cuando la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. Existe una sobremordida vertical normal, cuando el overbite es mayor a 2 mm o cuando más del 20% de la superficie labial de los incisivos inferiores está cubierta por los superiores.¹³
- e) Mordida borde a borde: Cuando el overjet es igual 0mm, de manera que los incisivos chocan entre sí.¹⁴
- f) Mordida cruzada posterior: Presenta las cúspides vestibulares de los molares y premo-lares superiores ocluyendo sobre las fosas de los molares y premolares

inferiores desbordan lateralmente a los superiores al ocluir.¹²

- g) Mordida telescópica: Se presenta cuando las cúspides palatinas de los órganos dentarios superiores ocluyen por fuera de las cúspides vestibulares de los inferiores.¹⁵
- h) Apiñamiento dental: Solapamiento mesiodistal de los dientes vecinos dentro una misma arcada.¹⁶
- i) Diastema: Espacio libre entre dos dientes vecinos (no por pérdida dentaria).¹⁶

Los datos recolectados fueron procesados y analizados en Microsoft Office Excel mediante tablas para análisis descriptivo y los resultados fueron presentados en gráficas y tablas. Se realizó un análisis estadístico de Método Exacto de Fisher en el programa R V. 3.3.2el cual fue presentado en una tabla.

Resultados

La muestra integrada por 365 pacientes presentó las siguientes características: 135 (36.99%) pertenecen al sexo masculino y 230 (63.01%) al femenino, en cuanto la atención odontológica general previa, 340 (93.15%) ya habían acudido con anterioridad, y 25 (6.85%) acudían por primera vez. Con respecto al grado de escolaridad, se obtuvieron los siguientes datos: 3 pacientes (0.82%) sin escolaridad, 149 (40.82%) con escolaridad básica, 146 (40%) con media superior y 67 (18.36%) con superior.

Para la presentación y comprensión de las tablas y gráficas, se utilizó la siguiente nomenclatura:

- a. Mordida cruzada anterior: P-1CA
- b. Sobremordida horizontal aumentada: P-2 HA
- c. Mordida abierta: P-3 MA
- d. Mordida profunda: P-4 MP
- e. Mordida borde a borde: P-5 BB
- f. Mordida cruzada posterior: P-6 CP
- g. Mordida telescópica: P-7 MT
- h. Apiñamiento dental: P-8 AD
- i. Diastema: P-9 Dia

Empleando el Método Exacto de Fisher para determinar la relación entre las variables, motivo

de consulta y problema ortodóntico detectado, y utilizando un nivel de confiabilidad del 95%, se encontró que, de 9 problemas ortodónticos en 8 casos no existe relación; únicamente en el caso del apiñamiento dental, existe una relación significativa dado que el resultado es de 0.01995, siendo éste menor que el nivel de significancia de 0.05 (Tabla 1).

De acuerdo a la presencia o ausencia de información que poseen los pacientes acerca de sus problemas ortodónticos, los problemas con mayor porcentaje de presencia de información son la mordida cruzada anterior con 16 pacientes (66.67%) seguido de apiñamiento dental con 168 (64.37%) y la mordida abierta con 34 (58.62%); los problemas que los pacientes desconocen que presentaron mayor porcentaje son: la mordida cruzada posterior con 61 pacientes (88.41%) seguida de la mordida telescópica con 15 (83.33%) (Tabla 2 y 3).

De los 365 pacientes, 154 (42.19%) afirmaron que desconocían que padecen un problema ortodóntico, mientras que 211 (57.81%) indicaron diferentes motivos principales a su falta de atención entre los que se encuentran: falta de interés, de tiempo, economía, dificultad de acceso a los servicios y miedo y/o ansiedad (Gráfica 1).

En cuanto a los otros motivos mencionados por los pacientes respecto a la falta de atención, se indicaron los siguientes: 89 por economía, 66 por falta de tiempo, 36 por falta de interés, 17 por miedo y/o ansiedad y 3 por dificultad de acceso. Los motivos principales con mayor porcentaje fueron economía con 42.18%, seguido de falta de tiempo con el 31.28%; mientras que de menor porcentaje es dificultad de acceso con 1.42% (Gráfica 2).

Con respecto a cada uno de los problemas ortodónticos detectados en pacientes con información acerca de éstos, se indicaron diferentes motivos principales a su falta de atención, distribuidos de la siguiente manera: en el caso de mordida cruzada anterior, mordida profunda, mordida cruzada posterior, apiñamiento dental y diátesis, el motivo principal con mayor porcentaje fue la economía, mientras que en el caso de la sobremordida horizontal aumentada, mordida abierta y mordida borde a borde fue la falta de tiempo. Con respecto a la mordida telescópica, la falta de tiempo,

Tabla no. 1 Relación entre motivo de consulta y problema de ortodóntico detectado.

Problema ortodóntico	Si motivo de consulta ortodóntico	No motivo de consulta ortodóntico	Resultado Método Exacto de Fisher
P-1 CA			
Presencia	3	21	0.2026
Ausencia	21	320	
P-2 HA			
Presencia	3	23	0.2388
Ausencia	21	318	
P-3 MA			
Presencia	1	57	0.1507
Ausencia	24	283	
P-4 MP			
Presencia	0	9	No se puede establecer relación
Ausencia	25	331	
P-5 BB			
Presencia	3	95	0.1488
Ausencia	20	247	
P-6 CP			
Presencia	1	68	0.1456
Ausencia	20	276	
P-7 MT			
Presencia	0	18	No se puede establecer relación
Ausencia	24	323	
P-8 AD			
Presencia	23	238	0.01995
Ausencia	2	102	
P-9 Dia			
Presencia	3	109	0.0637
Ausencia	20	233	

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de problemas ortodónticos según presencia o ausencia de información.

	P-1CA		P-2HA		P-3MA		P-4MP		P-5BB	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Presencia información	16	66.6	15	57.6	34	58.6	2	22.2	19	19.3
Ausencia información	8	33.3	11	42.3	24	41.3	7	77.7	79	80.6
Total	24	100	26	100	58	100	9	100	98	100

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de problemas ortodónticos según presencia o ausencia de información.

	P-6CP		P-7MT		P-8AD		P-9Dia	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Presencia información	8	11.59	3	16.67	168	64.37	38	33.93
Ausencia información	61	88.41	15	83.33	93	35.63	74	66.07
Total	69	100	18	100	261	100	112	100

Gráfica 1. Distribución de porcentajes de acuerdo a los motivos de falta de atención de problemas ortodónticos.

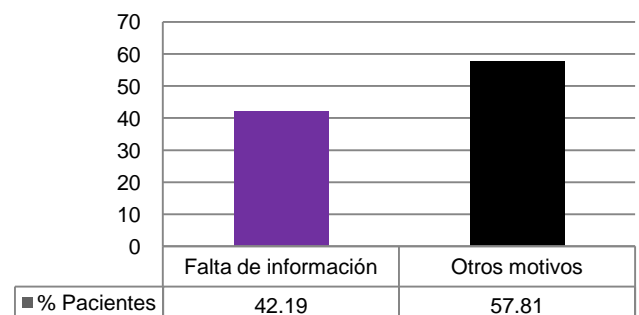


Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de motivos principales de falta de atención por problema ortodóntico de los pacientes que poseen información.

	P-1 CA		P-2 HA		P-3 MA		P-4 MP		P-5 BB	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Falta de interés	1	6.25	3	20.00	7	20.59	0	0	5	26.32
Falta de tiempo	2	12.50	5	33.33	14	41.18	0	0	8	42.11
Economía	11	68.75	3	20.00	9	26.47	2	100	6	31.58
Dificultad de acceso	0	0	0	0	1	2.94	0	0	0	0
Miedo y/o ansiedad	2	12.50	4	26.67	3	8.82	0	0	0	0
Total	16	100	15	100	34	100	2	100	19	100

economía y dificultad de acceso a los servicios de salud se obtuvo la misma cantidad de porcentaje en cada uno con un 33.33%.

La dificultad de acceso a los servicios de salud, es el principal motivo con menor porcentaje en 5 de los 9 problemas observados, a saber en el caso de: mordida cruzada anterior, sobremordida horizontal aumentada, mordida abierta, apiñamiento dental y diastema. En la mordida profunda, se observa que todos los motivos presentan 0% excepto la economía, la cual representa el 100% (Tabla 4 y 5).

Discusión

En cuanto a la relación entre motivo de consulta y problema ortodóntico no se encontraron estudios al respecto, sin embargo, debido a los resultados obtenidos en el presente trabajo, los resultados muestran que únicamente el apiñamiento dental obtuvo un relación significativa y en el caso del diastema una relación marginal, se podría deducir que los pacientes que acuden a atención bucal de tipo ortodóntico por motivos estéticos, más que funcionales. En un estudio realizado por Nelly *et al.*, (2000) en el cual el objetivo era determinar el motivo de consulta de pacientes que acudían a atención de tipo ortodóntico, se encontró que el 56% era por razones estéticas, 21% por estética y función, y un 7% por razones funcionales, similar a lo encontrado en la presente investigación.⁷

Existen estudios que hacen referencia a los motivos de la falta de atención a la salud bucal de manera general, sin embargo no se hallaron los que pudieran estar directamente relacionados a los problemas ortodónticos. En un estudio realizado por Yarbrough *et al.*, (2014), en pacientes mayores de 18 años, indicaron que las principales razones

Gráfica 2. Distribución de porcentajes de acuerdo a los motivos principales de falta de atención de problemas ortodónticos en pacientes que poseen información.

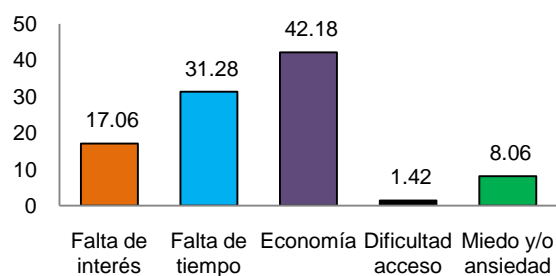


Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de motivos principales de falta de atención por problema ortodóntico de los pacientes que poseen información.

	P-6 CP		P-7 MT		P-8 AP		P-9 Dia	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Falta de interés	2	25.00	0	0	26	15.48	8	21.05
Falta de tiempo	0	0	1	33.33	52	30.95	10	26.32
Economía	4	50.00	1	33.33	73	43.45	14	36.84
Dificultad de acceso	0	0	1	33.33	3	1.79	1	2.63
Miedo y/o ansiedad	2	25.00	0	0	14	8.33	5	13.16
Total	8	100	3	100	168	100	38	100

para no acudir a recibir atención bucal general son las siguientes: el costo, el considerar que tienen una dentadura sana y la falta de tiempo. Belaúnde *et al.*, (2012), realizaron un estudio similar, con una población adulta de 18 a 65 años en la cual se incluía pacientes edéntulos ya sea de manera parcial o total, se encontró que el 45,24% de dentados completos no acudieron por economía. Ambos estudios con resultados similares al del presente en el cual la economía y el tiempo, son los motivos con mayor frecuencia.^{4,5}

En el año 2014 Corchuelo *et al.*, realizaron un estudio en mujeres embarazadas, obteniendo como resultado que en relación al tipo de ingresos económicos, las dos terceras partes que no acudió a revisión dental correspondía a las consideradas con ingresos bajos; y entre las razones dadas por el total de población que no acudió al odontólogo se encuentran: el 17.2% por falta de tiempo y el 12% por miedo. Camposen el 2012, obtuvo resultados similares a los de Corchuelo *et al.*, el cual se basó en realizar entrevistas a los padres de familia de una población infantil, obteniendo que los motivos de falta de atención los siguientes: 41.7% por economía, 16.5% por miedo, 9.7% debido a la lejanía. Ambos estudios presentaron

resultados fueron diferentes con los del presente trabajo, en el cual la falta de tiempo obtuvo un 31.28%, el miedo 8.06% y lejanía 1.42%.^{6,17}

En la presente investigación sobre los motivos por los cuales un paciente con problemas ortodóntico no ha acudido a recibir atención, en una muestra conformada por 365 pacientes observados y entrevistados se obtuvieron los siguientes resultados: cerca de la mitad de la población (42.19%) afirmó que desconocía presentar un problema, y más de la mitad (57.81%) indicó diversos motivos a su falta de atención, siendo el principal el económico con un 42.18%, y el segundo término la falta de tiempo con un 31.28%.

Aunque en este estudio fue mayor el porcentaje de los pacientes que poseen información, se considera pertinente el empleo de estrategias preventivas de acuerdo a sus condiciones de salud, como la orientación e información a la población, sobre todo a los padres de familia para que éstos atiendan de manera oportuna las posibles maloclusiones que pudiesen presentar sus hijos, debido a que en edades tempranas (desarrollo y crecimiento) un tratamiento resulta menos invasivo y de menor costo, evitando complicaciones que pudiesen presentarse, por ello es necesario brindar información completa a los pacientes que acudan a revisión bucal sobre su condición y lo más importante referir los oportunamente y con las debidas explicaciones e indicaciones al especialista para su atención.

Se considera de gran utilidad el poder profundizar esta problemática con nuevos estudios, a fin de identificar las características y necesidades reales que posee la población, para brindar una atención oportuna y eficaz.

Referencias

1. Cambor A, Congorno V, Gutiérrez H, Veitia J, Jiménez C. Estudio retrospectivo de maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el centro odontopediátrico de Carapa ubicado en la parroquia Antimano - Caracas en el período 2000 - 2007. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatria*. 2008;1-12.
2. Carbone L. Tratamiento temprano de las maloclusiones sin aparatología funcional: Presentación de dos casos clínicos. *Int J Odontostomat*. 2014;8(2):253-60.
3. Montenegro G, Sarralde A, Lamby C. La educación como determinante de la salud oral. *Univ Odontológica*. 2013;32(69):115-21.
4. Belaúnde M, Salazar F, Castillo D, Manrique J, Orejuela F, Zavaleta C, et al. Asociación del acceso a la atención dental y el edentulismo. *Rev Estomatol Hered*. 2012;22(2):77-81.
5. Yarbrough C, Nasseh K, Vujicic M. Why adults forgo dental care: Evidence from a New National Survey. *ADA*. 2014;1-10.
6. Campos F. Estado de salud bucodental y sus determinantes en la población escolar de dos distritos de Poás, 2010. *Publicación Científica Fac Odontol UCR*. 2012;(14):19-26.
7. Nelly R, Galarraga R. Motivo de consulta en el paciente ortodóntico adolescentes. *Acta Odontológica Venezolana*. 1999.
8. Sada M, Girón J. Maloclusiones en la dentición temporal o mixta. *An Pediatr Contin*. 2006;4(1):66-70.
9. Aliaga A, Mattos M, Aliaga R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la amazonia de Ucayali, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2011; 28(1):87-91.
10. Fuente J, Sifuentes M, Nieto M. Promoción y educación para la salud en odontología. 1st ed. México: Manual Moderno; 2014.
11. Salguero A. Comparación de sobremordida horizontal en niños de 9 años que presentan hábito de succión digital con los que no presentan en la unidad educativa "Darío Guevara." Universidad de las Américas; 2014.
12. Rodríguez E, Casasa R, Natera A. 1.001 tips en ortodoncia y sus secretos. 1st ed. Venezuela: AMOLCA; 2007.
13. Natera A, Gasca V, Rodríguez E, Casasa R. El tratamiento de la mordida profunda - (Caso clínico). *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatria*. 2005;1-10.
14. Borrás S, Rosell V. Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. 1st ed. España: Nau Libers; 2011.
15. Coello S. Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años de la parroquia San Sebastián de la ciudad de Cuenca 2016. Universidad Católica de Cuenca Unidad Académica de Salud y Bienestar; 2016.
16. Ustrell J. Manual de ortodoncia. 1st ed. Barcelona, España: Edicions Universitat Barcelona; 2011.
17. Corchuelo J, González G. Determinantes socioeconómicos de la atención odontológica durante la gestación en Cali, Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(10):2209-18.