

**LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD ORAL  
CENTRADA EN PERSONAS MAYORES A PARTIR DE LOS  
ATRIBUTOS DE CALIDAD**

**Diana Carolina González Casallas**

**División de Posgrados y Formación Avanzada  
Posgrado de Gerencia de la Calidad en Salud  
Universidad del Bosque**

**Bogotá D.C, Junio 2020**

## Hoja de identificación

<b>Universidad</b>	El Bosque
<b>División – postgrado</b>	Posgrados – Posgrado Gerencia de la Calidad en Salud
<b>Título de la investigación</b>	Lineamientos para la atención en salud oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de calidad
<b>Línea de investigación</b>	Calidad de la atención en servicios de salud
<b>Instituciones participantes</b>	Universidad El Bosque
<b>Tipo de investigación</b>	Posgrado
<b>Investigadores</b>	Diana Carolina González Casallas
<b>Asesor Metodológico</b>	Doctora Anny Bonilla
<b>Asesor Temático Persona Mayor</b>	Luz Stella Duque Betanconurt
<b>Asesor variables de estudio</b>	Doctora Lilian Nuñez
<b>Asesor para enfoque integrador</b>	Doctor Alvaro Amaya

## **Página de aprobación**

## **Nota de salvedad de responsabilidad institucional**

*“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.*

## **Agradecimientos**

En primera instancia quiero agradecer a la Universidad El Bosque por haberme aceptado en su Institución, a mis formadores que son personas de gran sabiduría la cual se esforzaron por transmitir sus conocimientos para llegar al punto en el cual me encuentro en estos momentos. Quiero agradecer a mi tutora la Doctora Anny Bonilla por su paciencia y dedicación en la orientación de mi trabajo de grado. Por ultimo agradezco a todos aquellos amigos, compañeros de clases y seres queridos que en su determinado momento me brindaron su ayuda cuando lo necesite, muchas gracias por su apoyo, por su tiempo y su paciencia.

## **Dedicatoria**

En la vida uno no se percata de lo que realmente tiene y lo afortunado que es al tenerlo, es por ello que esta tesis va dedicada a mis padres y a mi hermano, que por circunstancia de la vida o mejor dicho por la situación de un País hoy nos encontramos separados pero no es un impedimento para siempre contar con el apoyo incondicional de ellos, gracias por siempre ser ese soporte en la toma de decisiones en cada uno de mis proyectos, no pierdo la fe de que volvamos a estar juntos nuevamente en un mismo País compartiendo como viejas épocas y ojala ese País sea Venezuela.

## Guía de Contenido

	Página
1. Introducción	1
2. Marco referencia	3
<i>2.1 Marco conceptual</i>	3
<i>2.2 Marco normativo</i>	23
<i>2.3 Marco antecedentes</i>	26
3. Planteamiento del problema	28
4. Justificación	30
5. Objetivos	31
<i>5.1 Objetivo general</i>	31
<i>5.2 Objetivos específicos</i>	31
6. Propósitos	32
7. Aspectos metodológicos	33
<i>7.1 Tipo de estudio</i>	33
<i>7.2 Población de referencia y muestra</i>	33
<i>7.3 Matriz de Variables</i>	34
<i>7.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información</i>	35
8. Materiales y métodos	36
9. Plan de análisis	37
10. Consideraciones y aspectos éticos	38
11. Estructura organizacional del proyecto	39
12. Cronograma	40
13. Presupuesto	41

14. Resultados	42
15. Discusión	54
16. Conclusiones y recomendaciones	58
17. Bibliografía	75
Anexos	83
<b>Anexo 1.</b> <i>Matriz de recolección de información del objetivo 1.</i>	83
<b>Anexo 2.</b> <i>Matriz de recolección de información del objetivo 3.</i>	83
<b>Anexo 3.</b> <i>Artículo referente a los Lineamientos para la atención en Salud Oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de Calidad</i>	84



## Índice de siglas

**CDA:** *Canadian Dental Association/ California Dental Association*

**CELADE:** *Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía*

**CEPAL:** *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*

**DANE:** *Departamento Administrativo Nacional de Estadística*

**ENSAB:** *Estudio Nacional de Salud Bucal*

**EPS:** *Entidad Promotora de Salud*

**GPC:** *Guías de Práctica Clínica*

**HC:** *Historia Clínica*

**IPS:** *Institución Prestadora de Salud*

**OMS:** *Organización Mundial de la Salud*

**OPS:** *Organización Panamericana de la Salud*

**RIAS:** *Rutas de Atención Integral en Salud*

**SABE:** *Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento*

**SGSSS:** *Sistema General de Seguridad Social en Salud*

**SOGCS:** *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud*

## **Glosario**

**Atributos de Calidad:** *son aquellas características que debe tener cualquier entidad prestadora de servicio de atención en salud, para generar resultados óptimos en el usuario, logrando objetivos y metas propuestas, con el fin de cumplir los requisitos necesarios para el usuario.*

**Lineamientos:** *son una herramienta para la difusión y consulta de los acuerdos, normas, reglamentos y demás disposiciones de aplicación general que deben respetarse dentro de una organización. A partir del análisis de los principales problemas de salud y del sector, el Ministerio de Salud y los Entes Departamentales proponen lineamientos generales que orienten las políticas de salud.*

**Persona mayor:** *son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente una persona mayor se considera a partir de los 60 años o más.*

**Salud Oral:** *se refiere a la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros. Este concepto se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial.*

## Índice de tablas gráficas y figuras

	Página
<b>Tabla 1.</b> <i>Normatividad vigente para la atención en adultos mayores</i>	23
<b>Tabla 2.</b> <i>Matriz de variables</i>	34
<b>Tabla 3.</b> <i>Cronograma de actividades</i>	40
<b>Tabla 4.</b> <i>Presupuesto del trabajo de grado</i>	41
<b>Tabla 5.</b> <i>Resultado de artículos que cumplieron o no criterio de inclusión y totalidad de artículos encontrados de acuerdo a los países.</i>	43
<b>Tabla 6.</b> <i>Resultado de número de veces encontrados, los atributos de calidad en los artículos internacionales usados.</i>	44
<b>Tabla 7.</b> <i>Resultado de número de veces encontrados, los atributos de calidad en los artículos nacionales usados.</i>	46
<b>Figura 1.</b> <i>Diagrama RIAS, Promoción y mantenimiento de la salud vejez en Colombia</i>	50
<b>Figura 2.</b> <i>Diagrama de Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de salud bucal</i>	51
<b>Gráfica 1.</b> <i>Estructura Organizacional del proyecto</i>	39
<b>Gráfica 2.</b> <i>Resultado del ENSAB IV según la necesidad de la persona mayor</i>	52
<b>Gráfica 3.</b> <i>Resultado del ENSAB IV según tipo de tratamiento</i>	53

## **Resumen**

Se estima que para el año 2050, el porcentaje de la población mundial correspondiente a personas mayores (más de 60 años de edad en países desarrollados y más de 65 años de edad en países poco desarrollados) se duplicará respecto al porcentaje actual. En el año 2015 se reportaba un 12% de población perteneciente a este rango de edad y se espera alcanzar para el año 2050 el 22% (Organización Mundial de la Salud, OMS 2018), además de esto, según resultados obtenidos en el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV, 2014), se evidenció que existe un incremento de la pérdida dental parcial y total, asociada por caries y enfermedades periodontales en los pacientes estudiados en este rango de edad. Considerando que existe una relación entre las patologías orales y las enfermedades crónicas (Hipertensión, diabetes, entre otras), que padece el paciente, así como la afectación a su calidad de vida. La falta de lineamientos no permite encarar la demanda creciente prevista, garantizándoles la atención y respondiendo a las necesidades reales de esta población, afectando los atributos de calidad como la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia, eficacia, seguridad y satisfacción al servicio de salud oral. El objetivo y alcance de este estudio es proponer unos lineamientos para la atención en Salud Oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de calidad y formular recomendaciones para su implementación. El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo, estableciendo una revisión de literatura nacional e internacional de los últimos 10 años, referente a la atención en Salud Oral en personas mayores. El método para la investigación es de análisis cualitativo, se recolectaron un conjunto de datos correspondientes a las variables de estudio de diversos artículos en una matriz; se caracterizó la ruta de Atención

en Salud Oral en Bogotá y la Ruta Integral de Atención en Salud en el marco de Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), para esta población con el fin de compararlas, además de considerar los datos obtenidos de parte del Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV, 2014) y la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2015). Al analizar las rutas trazadas que existen en Bogotá para este tipo de población, se evidenció que no existen lineamientos centrados en Salud Oral para las personas mayores que se basen en los atributos de calidad, para poder generar respuestas a las necesidades reales de estos pacientes. Por ello, se proponen unos lineamientos y recomendaciones centrados en la persona mayor, su familia, o cuidador, para la atención integral en Salud Oral, basados en los atributos de calidad.

*Palabras Clave: Persona mayor, Salud Oral, Lineamientos, Atributos de Calidad*

## **Abstract**

It is estimated that by the year 2050, the global population percentage will consist of people who fall in the age bracket of 60 or older, double the current percentage. In 2015, it was reported that 12% of the population pertained to this age bracket and it is estimated that by the year 2050 it will rise to 22%. (OMS, 2018). Furthermore, results obtained by ENSAB IV, 2014 indicate an increase in the partial and total dental loss caused by cavities and periodontal diseases in this age bracket. Considering the correlation between oral pathologies and chronic illness (e.g., hypertension and diabetes) that a patient may suffer from, their quality of life may also be affected. The lack of guidelines does not allow confrontation of the anticipated growing demand, guaranteeing them the care, and responding to the population's real needs, which affects the quality of attributes such as the opportunity, accessibility, continuity, pertinence, efficacy, safety, and satisfaction of oral health services. The objective and scope of this study is to propose Oral Health guidelines for older individuals based on the quality attributes and formulated recommendations for implementation. The type of study that was applied was observational, descriptive, establishing a national and international literature review from the past 10 years, with a focus on Oral Health in older individuals. The research method utilized was qualitative analysis, in which data sets were collected corresponding to the study variables of diverse articles in a matrix, the Oral Health care route in Bogota was categorized, and the Comprehensive Health Care Route for this population in order to compare them, in addition to considering the data obtained from ENSAB IV, 2014 and SABE, 2015. Upon analyzing the routes that exist in Bogota for this type of population, it was shown that no current

guidelines exist that are focused on Oral Health for older individuals that are based on quality attributes, in order to create responses for the immediate needs of these patients. Thus, certain guidelines and recommendations are proposed with a focus on the elderly, their family, or caregiver, for comprehensive Oral Health care, based on quality attributes.

*Key Words: Older person, Oral Health, Guidelines, Quality Attributes.*





## 1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) *“Entre 2015 y 2050, el porcentaje de la población del mundo mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. Para el 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años”*. *“Se reportó un índice de envejecimiento entre la edad de 60 años y más, del 58.6%, y entre la edad de 65 años y más, del 40.4%”* Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2019).

La encuesta *“Evaluación Clínica a adultos de 20 y 79 años”*, tomada del Instrumento del ENSAB IV, anexo 4. Según los resultados obtenidos se evidencia que existe un índice de caries del 96.26%, un índice periodontal de 79% y el 98.90% de la población, presenta pérdida dentaria parcial, en las personas mayores. Existe una asociación entre la enfermedad periodontal y enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, entre otras. Frente a la problemática de atención para las personas mayores, no se ha encontrado un lineamiento nacional que garantice el acceso para esta población.

Sin embargo el Plan de Beneficios de Salud incluye prótesis mucosoportadas totales, a personas del Régimen Contributivo, deben tener un ingreso base de cotización igual o inferior a 2 salarios mínimos legales vigentes y para el Régimen Subsidiado incluye todos los afiliados, sin embargo sigue habiendo prevalencia de edentulismo en personas mayores.

Actualmente uno de los mayores problemas sobre esta población, es la falta de un lineamiento, de un paso a paso, para garantizar la atención en salud oral, basándonos en las necesidades de las personas mayores en este sector.

Lineamientos para la atención en salud oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de calidad

González D.

El objetivo y alcance de este estudio es proponer rutas y lineamientos a partir de los atributos de calidad y se formularan recomendaciones para su implementación.

## **2. Marco de referencia**

### *2.1 Marco conceptual*

#### *2.1.1 Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015 – 2024:*

La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más. Con énfasis en aquellas en condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género, teniendo presente la referencia permanente al curso de vida. Es una Política Pública, concertada, con el propósito de visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos, durante el periodo 2015-2024. (Ministerio de Salud. 2019)

#### *2.1.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud*

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los colombianos, de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 y las normas que la reglamentan y desarrollan. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2019).

Existen tres tipos de participantes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- *Los afiliados al régimen contributivo.*

Deben estar afiliados al régimen contributivo, todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales, iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente) y los pensionados.

– *Los afiliados al régimen subsidiado.*

La población que no tiene recursos económicos y no puede aportar al sistema, es decir, aquellos que no tienen dinero suficiente para afiliarse al régimen contributivo o a un régimen excepcional.

### *2.1.3 Salud oral*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud bucodental, *“es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”*.

Según el Ministerio de Salud en Chile, indica que la salud bucal *“es reconocida como una de las prioridades de salud del país, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida”*. La visión de ellos es que la población goce y valore una salud bucal que le permita mejorar su calidad de vida, con la participación activa de toda la sociedad. Su misión es integrar la salud bucal con eficacia,

equidad y solidaridad a las políticas y estrategias de salud del país, con énfasis en la promoción y en la prevención.

Según la FDI World Dental Federation, define la salud oral *“como multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad y enfermedad del complejo craneofacial”*.

El CDA Canadian Dental Association define la salud bucal *“como un estado de los tejidos y estructuras orales relacionadas, que contribuye positivamente al bienestar físico, mental y social y al disfrute de las posibilidades de la vida, al permitir que el individuo hable, coma y socialice sin problemas, incomodidad o vergüenza”*.

A su vez la ex secretaria de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, indicó que los términos tanto salud bucal como salud general no deben de ser interpretados como entidades separadas.

Según CDA California Dental Association, la salud bucal es integral a la salud general y es esencial a la salud total y al bienestar de todos los individuos. La identificación temprana de los padecimientos bucales puede contribuir al pronto diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades sistémicas. Salud bucal significa más que dientes saludables. La palabra “bucal” se refiere a la boca, que incluye no sólo los dientes, las encías y el tejido de apoyo, sino también el paladar duro y el suave, el recubrimiento mucoso de la boca y de la garganta, la lengua, los labios, las glándulas salivales, los músculos para masticar y la mandíbula. Las glándulas salivales son un modelo de otras glándulas exocrinas y un

análisis de la saliva puede dar pistas sobre la salud o sobre una enfermedad. Un detallado examen bucal puede detectar señales de deficiencias nutricionales así como varias enfermedades sistémicas, incluyendo infecciones, desordenes del sistema inmunológico, lesiones y algunos tipos de cáncer.

Según los estudios que se han realizados por el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV), a través del tiempo, han buscado en su respectivo momento contar con representatividad de la población y por tiempo han incluido personas a los largo de curso de vida de los diversos Departamentos y Municipios, para analizar enfermedades que en su momento eran relevantes por su impacto en la salud de la población colombiana, buscando contar con información de utilidad para la toma de decisiones de salud pública y para la organización de los servicios de salud.

La pérdida de dientes en personas adultas a lo largo de su vida es de 70.4%, la perdida mayor es en mujeres con 73%, los hombres 67.6%, y el 52% de la población son edéntulos totales, se evidencia una mayor frecuencia en población comprendida entre 65 y 79 años.

Cambio de pH, estilos de vida de la persona, el abandono de la persona adulta y su incapacidad de poder realizar el mismo su higiene oral, hace que en este tipo de población haya una mayor prevalencia.

El 14.56% de las personas entre 20 y 79 años presentan estomatitis subprotésica, pero entre quienes tienen prótesis y por tanto mayor riesgo la presencia de la estomatitis se incrementa cerca del 60% de las personas.

El 0.65% de las personas entre 65 y 79 años presenta leucoplasia, el 0.12% queilitis actínica, el 0.21% lesiones en paladar por fumar al revés (con la cara del cigarro hacia dentro de la boca), y el 0.17% presenta eritoplasia.

– *¿Cuál es la prevalencia por edades de la salud bucal en Colombia?*

Edad entre 65 y 79 años:

- Prevalencia de caries 43.47%
- Prevalencia de edentulismo parcial (al menos un diente perdido) 98.9%
- Prevalencia de edentulismo total 32.87%
- Presencia de algún tipo de prótesis (en personas edéntulas) 77.43%

Se han identificado varias razones que conllevan a esta situación y es que hay más campañas de salud oral dirigida a población infantil y escolar que en las personas jóvenes y adultas, tampoco se cuentan con los recursos sociales y económicos necesarios para sus cuidados.

Persisten barreras de acceso en especial en zonas rurales para obtener estos servicios de salud que hace limitar los procesos para realizar un tratamiento y hace que conlleven a pérdidas progresivas de tejido dental hasta pérdida dental

#### *2.1.4 Calidad de atención en salud*

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) define: *"la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el*

*mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".*

Indica que los requisitos para lograr alcanzar una buena calidad en salud los siguientes factores: un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la salud.

La calidad de atención en salud está vinculada a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones.

Debe englobar tres dimensiones:

- Humana.
- Científico-técnica.
- Económico-financiera.

Para garantizar una buena calidad de atención, los miembros del equipo de salud deben comprometerse en la gestión de calidad, desarrollada con base al principio enunciado por la Organización Mundial de la Salud sobre el derecho de cada ser humano para lograr *“el más alto nivel de salud que sea posible alcanzar”*, este principio debe incluirse en las leyes de cada país como responsabilidad legal.



Los prestadores, deben poseer los mayores atributos de responsabilidad y conducta ética, en el sentido de la búsqueda constante de equidad, efectividad, eficiencia y adecuación en la aplicación de conocimientos actualizados con la tecnología apropiada.

La calidad de la atención en Colombia, según el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud(SGSSS) y la normativa vigente, *“se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios, involucrando aspectos como la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana”*.

Según el Ministerio de Salud de Colombia *“el observatorio de calidad de atención en salud, es una instancia a cargo de la oficina de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social que dispone y divulga información sobre la calidad de la atención en salud que reciben los colombianos.”*. Este observatorio tiene unos objetivos que son:

- Gestionar la información disponible en conocimiento e indicadores que permitan comprender las condiciones de calidad en la atención en salud y su contexto.
- Realizar el monitoreo permanente de los cambios en las condiciones de calidad en la atención en salud y sus tendencias.
- Desarrollar e implementar modelos predictivos y de alertas tempranas sobre el comportamiento y evolución de las condiciones de calidad en la atención en salud.

- Promover la producción de conocimiento sobre la calidad en la atención en salud a partir de la conformación de redes de expertos soportadas en las tecnologías de la comunicación y la información.
- Poner a disposición de los usuarios, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la información y el conocimiento disponible sobre la calidad en la atención en salud en condiciones de igualdad y transparencia.

Según el Dr. Avedis Donabedian *“La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios”*

Según Donabedian, en el campo de la atención a la salud, el desarrollo de un producto está completamente sometido a la evaluación tecnológica; y nosotros somos incapaces de corregir un servicio una vez que se ha prestado. Por otra parte, Si podemos evitar que se brinde un mal servicio si tenemos información al respecto.

En el modelo de atención a la salud, es una obligación reconocer cuando el paciente está satisfecho con la prestación de servicios, que haya sido conveniente, aceptable y agradable, se debe tener en cuenta las preferencias del paciente, esto constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud. Sin embargo, el modelo de atención a la salud difiere en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición

de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad.  
(Avedis Donabedian 1993)

En la definición de calidad en salud no existe un concepto universal ya que esto no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos dependiendo de cada punto de vista y son valorados de manera diferente según el rol que cumplen en el proceso.

#### *2.1.5 Atributos de calidad*

Según el Decreto número 1011 de 2006 en el Artículo 3o.-“*CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados*”. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- *Accesibilidad.*

Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- *Oportunidad.*

Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

– *Seguridad.*

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

– *Pertinencia*

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

– *Continuidad*

Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

– *Eficacia*

Es el grado en el cual se alcanzan los resultados esperados, es el logro de los objetivos.

Según el Ministerio de Salud existe una sexta característica que es:

– *Satisfacción del Usuario.*

Es el nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

### *2.1.6 Persona mayor y sus características*

La población de personas adultas mayores en Colombia es considerada como tal a partir de los 60 años o más tanto para hombres como mujeres.

El límite de edad de los 60 años es reconocido y usado por las Naciones Unidas para referirse a edades avanzadas (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Se unifica el criterio para referirse a la población mayor, toda vez que no se hace alusión a tercera edad, de acuerdo con los momentos del curso de vida, la vejez es considerada el cuarto momento o la última etapa de la vida; tampoco se refiere a ellas y ellos como adulto mayor puesto que es excluyente respecto a la perspectiva del enfoque de mujer y género. Ahora bien, resulta más respetuoso y coherente con las políticas internacionales de envejecimiento y vejez y de derechos humanos dirigirse a este grupo de población como “*Persona Mayor*”, no obstante, en algunos contextos se utilizan los términos de acuerdo con las costumbres y cultura, teniendo especial cuidado con términos que pueden resultar discriminatorios.

Según la Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024, “*las personas adultas mayores, desde un punto de vista social, son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. En Colombia, las personas adultas mayores constituyen sujetos de especial protección constitucional tal como lo ha precisado la Corte Constitucional*”.

Según la Política de Envejecimiento, en Colombia, las principales desigualdades sociales en la vejez se manifiestan en términos de ingresos económicos, seguridad social en pensiones, educación y género.

*“En América Latina, Colombia tiene el más alto porcentaje de personas mayores de 60 años que carecen de ingresos: 42 % de las mujeres y un poco más del 25 % de los hombres”* (CEPAL, 2012). Simultáneamente, es uno de los países en los que hay menor cubrimiento de la seguridad social en pensiones: menos del 40 % de quienes trabajan están cotizando a la seguridad social en pensiones; y, solo cerca del 25 % de las personas adultas mayores recibe algún tipo de pensión, resaltando que más del 70 % de las personas pensionadas reciben una pensión que no supera los dos salarios mínimos mensuales. Al año 2010, el 27% de los hombres y el 19% de las mujeres, mayores de 59 años, tienen como principal fuente de ingreso a las pensiones (Dulcey, 2013).

*Según datos y cifras publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS):*

- Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.
- Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.
- En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.
- La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.
- Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico.

- Se vive más tiempo en todo el mundo. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015.
- También aumenta rápidamente la pauta de envejecimiento de la población en todo el mundo. Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de población mayor de 60 años. Sin embargo, países como el Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años.

Entre tanto, la Organización Mundial de la Salud (2018), indica ciertas características sobre la persona mayor que son comunes, pero no necesariamente ocurren en todos los casos.

– *Comprender el envejecimiento*

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años de vida adicionales se pueden emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones. Además, las personas mayores

contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud.

– *Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento*

Entre las afecciones comunes de la vejez cabe citar la disminución de audición, presencia de cataratas no en todos los casos, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia, pérdida de piezas dentales, entre otras afecciones relacionadas.

– *Factores que influyen en el envejecimiento saludable*

Algunos aspectos en la salud de las personas mayores son genéticos-intrínsecos, los extrínsecos como entornos físicos y sociales son de gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana. Los entornos en los que se vive durante la niñez o incluso en la fase embrionaria junto con las características personales, tienen efectos en la forma de envejecer.

En la vejez mantener esos hábitos es también importante. El mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad.

En una reciente decisión de la Asamblea Mundial de la Salud, la OMS está en proceso de elaborar una “*Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*”, en consulta con los Estados Miembros y otros asociados. La Estrategia y plan de acción se



fundamentan en los datos científicos del “*Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*”, se basan en las actividades ya iniciadas para abordar cinco ámbitos de actuación prioritarios.

- *Compromiso con un envejecimiento saludable:* debe haber una sensibilización con respecto al envejecimiento saludable y medidas sostenibles para formular políticas de base científica que refuercen las capacidades de las personas mayores.
- *Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores:* los sistemas de salud deben organizarse mejor de acuerdo a las necesidades que requieren las personas mayores, estar aptos para reforzar la capacidad intrínseca de las personas mayores e integrarse en diferentes entornos y en el personal de atención. Las actuaciones en ese ámbito están estrechamente relacionadas con el trabajo que se lleva a cabo en toda la Organización para fortalecer la atención sanitaria universal y los servicios de salud integrados, centrados en las personas.
- *Establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica:* para atender las necesidades de las personas mayores se necesitan sistemas de atención crónica en todos los países, para eso es mejor partir de cero con respecto a los sistemas de gobernanza, las infraestructuras y la capacidad del personal. La labor de la OMS en atención crónica (incluidos los cuidados paliativos) se corresponde estrechamente con las iniciativas para reforzar la cobertura sanitaria universal, afrontar las enfermedades no transmisibles y establecer servicios integrados y centrados en las personas.

- *Creación de entornos adaptados a las personas mayores:* se exigirá adoptar medidas para combatir la discriminación por razones de edad, permitir la autonomía y apoyar el envejecimiento saludable en todas las políticas y en todos los ámbitos de gobierno. Estas actividades aprovechan y complementan la labor que la OMS ha llevado a cabo en la última década para impulsar la adaptación a las personas mayores en ciudades y comunidades.
- *Mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión:* se necesitan investigaciones más centradas, nuevos mecanismos de medición y métodos analíticos para una amplia selección de cuestiones relacionadas con el envejecimiento. Esas iniciativas se apoyan en la amplia labor que ha llevado a cabo la OMS en la mejora de la información y estadísticas sanitarias.

Según Cathalifaud y col. (2011), *“la vejez difícilmente podría ser considerada una etapa significativa para la obtención de logros y gratificaciones”*. Estudios internacionales demuestran que la tendencia de envejecer, es suponer *“tras las fases de crecimiento, de madurez y de apogeo, viene la decadencia...”* (Puijalon y Trincaz, 1999).

Chile, presenta 16.3 millones de habitantes, en el cual se encuentra un importante proceso de cambio demográfico, el país envejece aceleradamente. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas, la esperanza de vida en este país alcanza alrededor de los 78 años, lo que representa un incremento de más de 20 años en los últimos 50 años.

En un estudio realizado, la cual la población a quien se le realizo dichas encuestas fueron jóvenes, las personas mayores las consideraron como personas dependientes, enfermizas,

frágiles, conservadoras y sexualmente no activas. No se evidencio alguna respuesta con una visión positiva sobre el envejecimiento.

*“Los promedios de edad estimados para anciana y anciano fueron los 70 años, mientras que para adulto mayor el promedio fue de 61 años, edad en que muchas personas aún no jubilan y se encuentran en plena etapa productiva”*

Según la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2010-2025, hace mención sobre el envejecimiento, refiere que este debe ser un privilegio, un derecho humano de cualquier individuo que nazca en cada país. Se debe abordar el envejecimiento con propuestas participativas y concretas, que permita en las políticas públicas dar respuesta a esta realidad.

En cada etapa de la vida existen factores protectores que contribuyen al buen envejecer, estos son la salud, la alimentación saludable, la educación, entornos amigables, oportunidades en el campo laboral, el uso del tiempo libre y actividades físicas, entre otros.

*“Los mayores en todas las políticas”* la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2010-2025, hace alusión a esta frase la cual incita a realizar un trabajo por el envejecimiento positivo, y así eliminar la imagen negativa acerca de la vejez, con el fin de educar a las nuevas generaciones para programar sus vidas.

El envejecimiento positivo de los mayores, se refiere a un enfoque de derechos, como personas claves en la sociedad, y el envejecimiento, como una construcción de las sociedades respecto a las maneras de envejecer.

El Segundo Foro internacional sobre los derechos humanos de las personas mayores, organizado por el Gobierno de la Ciudad de México en el año 2014, a través de la Secretaría de Desarrollo Social, y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Es necesario atender la desigualdad, la pobreza y la discriminación hacia las personas mayores, generar marcos legales y mecanismos para promover, proteger y garantizar los derechos humanos de esta población, con la finalidad de propiciar y alcanzar la igualdad, pues como afirma la Secretaria Ejecutiva de la CEPAL, la Sra. Alicia Bárcena, *“la ausencia de igualdad conspira contra los mejores anhelos de la sociedad”*.

Esta población enfrenta múltiples problemas relacionados con sus derechos humanos en los ámbitos de seguridad social, salud, educación, acceso a la justicia, vivienda, empleo, entre otros.

La dignidad es un valor básico de los derechos humanos. Todas las personas tienen un valor inestimable, nadie es insignificante, deben ser valoradas con independencia de su capacidad económica, su condición de salud o situación de dependencia. El Estado tiene una responsabilidad con respecto a la protección de la dignidad de las personas mayores.

Las personas mayores continúan con limitaciones al ejercicio de su autonomía y capacidad de toma de decisiones. Según diversas experiencias a nivel internacional permiten observar que es posible generar condiciones para revertir esta situación.

Uno de los principales aportes de este Foro es su contribución para visibilizar la necesidad de proteger, promover y garantizar los derechos universales de esta población, así como avanzar en la construcción del cuidado que debe ser incorporado en los sistemas de protección social, a través de una amplia variedad de servicios, beneficios y prestaciones que cumplan con la satisfacción de las necesidades tanto médicas como no médicas de las personas mayores que no puedan cuidar de sí mismas.

Las políticas que impulsen los países de la región y el mundo deben brindar bienestar y calidad de vida a su población. Las estrategias y acciones que se propongan deben considerar la situación presupuestaria de cada país y destinar los recursos a las políticas sociales que garanticen el respeto a los derechos humanos de las personas mayores.

En México según la Comisión Nacional de los Derechos Humanos para personas mayores (2012), reconoce que la persona mayor, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente, con salud, seguridad, integración y participación activa en los ámbitos político, económico, social y cultural; de ahí proviene la necesidad de abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde un punto de vista que abarca los derechos humanos, en la que se reconozca las valiosas contribuciones actuales, al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico.

Los Estados firmantes deben incorporar y dar prioridad al tema del envejecimiento en las políticas públicas y programas gubernamentales; en favor de las personas mayores, a través

de la inclusión de la perspectiva de género, y de la prevención del abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra la persona mayor.

Para efectuar los derechos de las personas mayores se requiere realizar acciones conjuntas de los sectores público, social y privado, a efecto de evitar el olvido en que viven algunas personas al llegar a esa etapa de vida. Es esencial trabajar en eso para mejorar su calidad de vida, instaurar accesos a los servicios médicos, proporcionar orientación respecto a su salud, nutrición, higiene, y en todos aquellos aspectos que favorezcan su cuidado personal.

Para ello resulta importante que los adultos mayores conozcan sus derechos y tengan la posibilidad de envejecer con dignidad.

## 2.2 Marco normativo

**Tabla 1.** Normatividad vigente para la atención en personas mayores

<b>Norma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción</b>
<b>Constitución Política de Colombia</b>	1991	<i>Capítulo II. De los derechos sociales, económicos y culturales Artículo 46. “el estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria”.</i>
<b>Ley 1850 República de Colombia</b>	17 de julio 2017	<i>“Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia”.</i>
<b>Ley Estatutaria en Salud República de Colombia</b>	16 de febrero 2015	<i>“Consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección”.</i>
<b>Ley 1438 República de Colombia</b>	19 de enero 2011	<i>“Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”.</i>
<b>Ley 1276 República de Colombia</b>	5 de enero 2009	<i>“Se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida”.</i>
<b>Ley 1251 República de Colombia</b>	27 de noviembre 2008	<i>“Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”.</i>
<b>Ley 1171 República de Colombia</b>	7 de diciembre 2007	<i>“Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores”.</i>
<b>Ley 1091 República de Colombia</b>	8 de septiembre 2006	<i>“Por la cual se establece el día nacional de las personas de la tercera edad y del pensionado”.</i>
<b>Ley 100 de República de Colombia</b>	23 de diciembre 1993	<i>“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.</i>
<b>Decreto 743 del</b>	30 de abril 2018	<i>“Por el cual se adiciona el artículo</i>

<b>Ministerio de Salud y Protección Social</b>		<i>2.2.14.1.44. Al decreto 1833 de 2016, a efectos de establecer una priorización en el programa Colombia mayor”. Artículo 2.2.14.1.44. “priorización de municipios programa Colombia mayor. Priorizar los 53 municipios relacionados en la comunicación de fecha 26 de abril de 2018 de la alta consejería para el postconflicto, para la ampliación de cobertura del programa de protección social al adulto mayor, hoy Colombia mayor”.</i>
<b>Resolución 2626 del Ministerio de Salud y Protección Social</b>	27 de septiembre del 2019	<i>“Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE”.</i>
<b>Resolución 3280 del Ministerio de Salud y Protección Social</b>	2 de agosto 2018	<i>“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación”.</i>
<b>Resolución 5857 del Ministerio de Salud y Protección Social</b>	26 de diciembre 2018	<i>“Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”</i>
<b>Resolución 1378 del Ministerio de Salud y Protección Social</b>	28 de abril 2015	<i>“Por la cual se establecen disposiciones para la atención en salud y protección social del adulto mayor y para la conmemoración del “día del colombiano de oro”.</i>
<b>Decreto 780 Ministerio de Salud y Protección Social</b>	6 de mayo 2016	<i>“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”</i>
<b>Política de envejecimiento y vejez 2015-2024</b>	Agosto del 2015	<i>“El presente documento actualiza la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, Política formulada a finales del año 2007 en cumplimiento de lo ordenado por la Ley 1151 de 2007. Los argumentos que sustentan el ejercicio de actualización de la</i>



		<p><i>Política se pueden sintetizar en lo siguiente: Las rápidas transformaciones de los colectivos humanos, los cambios del contexto político y administrativo, avances en el estado del conocimiento, clarificación de relaciones formulación-implementación, optimización de alcances temporales de metas de la Política”.</i></p>
<b>Plan decenal de Salud Pública 2012-2021</b>	15 Marzo del 2013	<p><i>“Tiene como objetivo principal el abordaje de los procesos de salud y enfermedad, de manera efectiva y positiva, mediante la intervención de los determinantes sociales, recogiendo los aciertos y limitantes existentes y haciendo un análisis crítico de la situación actual del panorama de la salud, para finalmente garantizar el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia”</i></p>

**Fuente:** Tomado por la norma, año 2020

### 2.3 Marco de antecedentes

Sandra Huenchuan (2009) señala, *“el envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe presenta dos características que preocupan: un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados y un contexto caracterizado por una persistente desigualdad, un débil desarrollo institucional, sistemas de protección social de baja cobertura y calidad, y una institución familiar muy exigida en materia de seguridad y protección, se evidencia un escaso desarrollo institucional, una baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social, y una sobrecargada institución familiar que, junto con hacerse cargo de atender las necesidades de las personas de edad avanzada. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) ha dado especial importancia a este tema y ha insistido en la ampliación de la cobertura y el perfeccionamiento de la calidad de los sistemas de protección social para defender a las personas frente a los riesgos derivados de la enfermedad, la vejez, la discapacidad y la muerte, entre otras situaciones de vulnerabilidad”*

CEPAL 2009, según un estudio realizado en países del cono sur sobre la cobertura de salud de las personas mayores se evidencio que la edad no siempre es un factor de exclusión, sino más bien el nivel de ingresos, aunque esto depende también del tipo de sistema de salud que existe en los países. En Argentina, el 76,5% de las personas mayores está cubierto por una obra social o un plan de salud privado o mutual. Las tasas de cobertura aumentan con la edad y ascienden a un 88,1% en los mayores de 80 años y a un 63,1% en los que tienen entre 60 y 64 años. En Brasil, el 70% de las personas mayores está

cubierto por el sistema público. En Paraguay, se calcula que más del 83% de las personas mayores no tiene ningún tipo de seguro médico y, en caso de enfermar deben asumir ellos el costo de la atención. (OISS, 2007). Según las últimas encuestas de hogares disponibles en Bolivia, Chile y El Salvador, 7 de cada 100 personas mayores con problemas de salud no han acudido a un servicio de salud por dificultad de acceso.

### **3. Planteamiento del problema**

Actualmente la atención para las personas mayores en el área de salud oral enfrenta una demanda de cuidado concentrada principalmente en la niñez, sin embargo en el futuro cercano serán las personas mayores y las personas con dependencia funcional las que constituirán la carga de asistencia mayoritaria. (Política Nacional de Envejecimiento 2015-2024, pág. 20)

Según el ENSAB IV la población de 65 a 79 años, tiene una experiencia de caries del 96.26%. Periodontalmente el índice de extensión y severidad para la población evaluada en este grupo de edad es de 79%. Y de acuerdo al estudio el 98.90% de la población, presenta pérdida dentaria parcial.

Los resultados reflejados en la Encuesta SABE Colombia (2015), se encontró que alrededor de dos terceras partes de las personas mayores, requieren prótesis total, se evidencia mayor necesidad en los estratos socioeconómicos bajos en comparación con los estratos altos, y mayormente en el área rural. De igual manera refleja que muchos son edentulos desde temprana edad.

Teniendo en cuenta que prácticamente la totalidad de la población de personas mayores, requiere atención dado los altos índices de caries, enfermedad, periodontal y edentulismo, los servicios de Salud Oral están enfrentando una mayor demanda en el servicio, lo que está afectando los atributos de la calidad en la atención de personas mayores.

Aunque la necesidad de atención es elevada según el ENSAB IV y los resultados arrojado por la Encuesta SABE, se presentan limitaciones en el acceso y se evidencia que hay un gran desconocimiento de cómo acceder oportunamente a los servicios de salud.

El Gobierno Colombiano ha planteado una Política de Envejecimiento 2015-2024 y el Plan Decenal Salud Pública 2012-2021 que buscan visibilizar la problemática en salud en personas mayores y proponer metas a mediano plazo, para desarrollar protocolos de atención y políticas de calidad y humanización con resultados favorables reconocidos por los usuarios.

Se observa un consenso entre el Plan decenal, la Política de envejecimiento y la Ruta Integral de Atención en Salud, al reconocer la necesidad de plantear una respuesta para la creciente demanda de atención en salud del grupo poblacional de personas mayores, garantizándoles oportunidad de citas, continuidad y efectividad del tratamiento, accesibilidad, prestándole un servicio pertinente de acuerdo a sus necesidades.

*¿Cuál es la alternativa que garantice la atención en Salud Oral a la persona mayor orientado a la resolución de sus necesidades reales centrado en los atributos de calidad?*

#### **4. Justificación**

En la revisión de fuentes se observa que en la mayoría de estudios realizados sobre la atención de las personas mayores, se centran en las patologías clínicas y en el estudio de prevalencias de las respectivas, no se encuentran estudios que evalúen la calidad de los servicios en salud oral desde los atributos de calidad y no existe una alternativa o lineamiento claro que establezca protocolos o guías para mejorar los atributos de la atención en salud oral de las personas mayores.

En los estudios revisados en Colombia, se observa el progresivo aumento del envejecimiento y como las condiciones de las patologías aumentan respectivamente, constituyéndose en una problemática para el acceso de los servicios de salud garantizando los atributos de calidad.

Es necesario formular unos lineamientos de atención en salud oral que privilegiando los atributos de calidad, permita que las Entidades Prestadoras de Servicios en Salud , sigan las recomendaciones sugeridas en los lineamientos para mejorar la respuesta a las necesidades de esta población.

## 5. Objetivos

### 5.1 *Objetivo General*

Proponer unos lineamientos para la atención en Salud Oral centrada en personas mayores orientado a la resolución de sus necesidades reales en términos de los atributos de calidad

### 5.2 *Objetivos específicos*

- Identificar a partir de experiencias internacionales y nacionales de atención integral las recomendaciones para personas mayores en Salud Oral basados en los atributos de calidad.
- Caracterizar la ruta de atención en salud oral de personas mayores en la ciudad de Bogotá.
- Identificar necesidades de atención, tratamientos y la relación que existe con las enfermedades sistémicas y los trastornos biopsicosociales en salud oral de la persona mayor en Bogotá.
- Formular recomendaciones para implementar los lineamientos.

## **6. Propósito**

El propósito de este estudio es realizar una investigación basada en revisión de literatura para proponer unos lineamientos enfocados en la atención de Salud Oral para personas mayores, basándose en los atributos de calidad.

Estos lineamientos deben asegurar la atención a esta población, garantizando un acceso oportuno e integral. La utilización de los recursos adecuados para realizar un tratamiento pertinente y eficaz de acuerdo a la necesidad. Realizar un seguimiento para evaluar su evolución que le genere resultados satisfactorios, sin dejar a un lado la atención basada en la Seguridad del Paciente.



## 7. Aspectos metodológicos

### 7.1 Tipo de estudio

Descriptivo, estableciendo una revisión de literatura de los últimos 10 años.

#### a. Población de referencia y muestra

Se realiza revisión de literatura referente a la atención en Salud Oral en una población de personas mayores.

#### **Criterios de inclusión:**

- Artículos consultados referentes a la atención en Salud Oral en personas mayores centrada en los atributos de calidad en los últimos 10 años a nivel nacional e internacional.
- Artículos consultados referentes a lineamientos que se implementen a nivel internacional basado en la atención en Salud Oral en personas mayores centrada en atributos de calidad.
- Artículos relacionados con experiencias exitosas de modelos y rutas de atención internacionales y nacionales referentes a la Salud Oral en personas mayores.

#### **Criterios de exclusión:**

- Artículos referentes a Salud Oral en una población de 1 día de nacido hasta los 59 años.

*b. Matriz de variables*

Se presenta a continuación la matriz de variable en la cual la autora de esta investigación realizó el análisis de los resultados obtenidos.

**Tabla 2. Matriz de variables**

Objetivos Específicos	Nombre Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	
<b>OBJETIVO 1</b>	1	Oportunidad	Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.	Referencia citadas por el autor, en torno a la oportunidad de asignación de citas médicas para la población persona mayor y lo que se hace para garantizar la oportunidad.	Cualitativa - nominal
	2	Seguridad	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus	Referencia citadas por el autor, en torno a los eventos adversos que se evidencian en personas mayores y lo que se hace para prevenirlos.	Cualitativa - nominal
	3	Eficacia	Se refiere a qué tan bien funcionan los servicios y cómo afectan la salud	Referencia citadas por el autor, como el servicio prestado va a tener buenos resultados en la salud del paciente.	Cualitativa - nominal
	4	Pertinencia	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.	Referencia citadas por el autor, en torno al tratamiento que se le ofrece según su requerimiento.	Cualitativa - nominal
	5	Continuidad	Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.	Referencia citadas por el autor, en torno al seguimiento que se le realice al paciente según su requerimiento.	Cualitativa - nominal
	6	Accesibilidad	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Referencia citadas por el autor, en torno al ingreso del servicio de salud para ser atendido.	Cualitativa - nominal
	7	Satisfacción	La medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.	Referencia citadas por el autor en torno al grado de satisfacción del paciente por la atención del servicio y tratamiento.	Cualitativa - nominal

OBJETIVO 2	7	Necesidad del tratamiento	Es de vital importancia la decisión y voluntad de cada persona de participar de manera activa en el tratamiento de su enfermedad, para favorecer su recuperación, mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones que puedan ser dañinas e irreversibles para la salud	Referencia citadas por el autor. Basado en la patología que presente el paciente generara una necesidad de atención y de tratamiento.	Cualitativa - nominal
	8	Tipo de tratamiento	Los tratamientos dentales son técnicas dentales para corregir diversas patologías dentarias. Para cada problema dental existe un tratamiento adecuado, desde los más simples como los selladores a los más complejos como los implantes dentales, todos los tratamientos dentales ofrecen resultados óptimos para nuestra salud dental.	Referencia citadas por el autor, según el tipo de patología que presente se le realizara el tratamiento pertinente.	Cualitativa - nominal
	9	Afiliación	Se busca proteger la salud de los colombianos garantizando la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, preservando la sostenibilidad financiera del sistema, siendo el bienestar del usuario, el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud.	Referencia citadas por el autor, que hablen acerca de los beneficios para los tratamientos de las patologías orales en la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado.	Cualitativa - binominal
	10	Relación de las patologías orales y trastornos biopsicosociales	Como afecta las patologías orales y los trastornos mentales en la calidad de vida de la persona mayor.	Referencia citadas por el autor, que hablen como afecta la salud oral del paciente en el aspecto biopsicosocial, como es el autoestima, sonreír, entre otros.	Cualitativa - nominal
	11	Relación de las patologías orales y enfermedades crónicas	Como afecta las patologías orales según el tipo de enfermedad crónica que presenta la persona mayor.	Referencia citadas por el autor, basados en como afecta la salud oral en enfermedades crónicas y la importancia de tener una adecuada salud bucal.	Cualitativa - nominal

**Fuente:** La autora, a partir de la revisión documental sobre el tema 2019.

### c. Técnicas e Instrumentos de recolección de la información

La técnica de recolección de información se hará mediante análisis documental de lineamientos y guías el cual se recolectaran datos relacionados con las variables del primer y tercer objetivo específico, que provengan de diferentes fuentes.

Los datos recolectados se plasmaran en una tabla, elaborada por la autora. (Anexo 1), los cuales serán analizados posteriormente.

## **8. Materiales y Métodos**

Se va a realizar una revisión de literatura nacional e internacional con la cual se plantea formular unas recomendaciones para implementar unos lineamientos para la atención en Salud Oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de calidad con la colaboración de nuestra matriz de variables.

El tipo de método para este estudio es el método de análisis cualitativo, se recolectaran diversos tipos de datos relacionado con las variables de los artículos que tengan coherencia con el tema, para luego posterior a esto proceder a realizar un análisis y comparación entre ellos.

Para la búsqueda de artículos relacionados con los objetivos específicos del estudio, se tomaron en cuenta que cumpliera cada uno con los criterios de inclusión que se describieron anteriormente, posterior a esto se seleccionaron los que tuvieron información exacta de acuerdo a nuestros objetivos.

Para nuestro siguiente objetivo se realizaron comparaciones entre la ruta de atención en Salud Oral en Bogotá y la Ruta Integral de Atención en Salud para personas mayores, para así relacionarlos y crear un diagrama de flujo para facilitar la información.

Para la búsqueda de información del tercer objetivo se usara el ENSAB IV y la Encuesta SABE 2015, para identificar las necesidades de la persona mayor en Bogotá, este estudio son los más recientes publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

## **9. Plan de análisis**

Los artículos serán analizados de acuerdo a cada una de las variables, de cada documento relacionado con el tema se sustraerá la información relevante y necesaria que tenga datos importantes. Posterior a la información recolectada deberán plasmarse en una matriz, el cual se analizara para poder ir elaborando una propuesta para implementar los lineamientos que se desean realizar.

## **10. Consideraciones y aspectos éticos.**

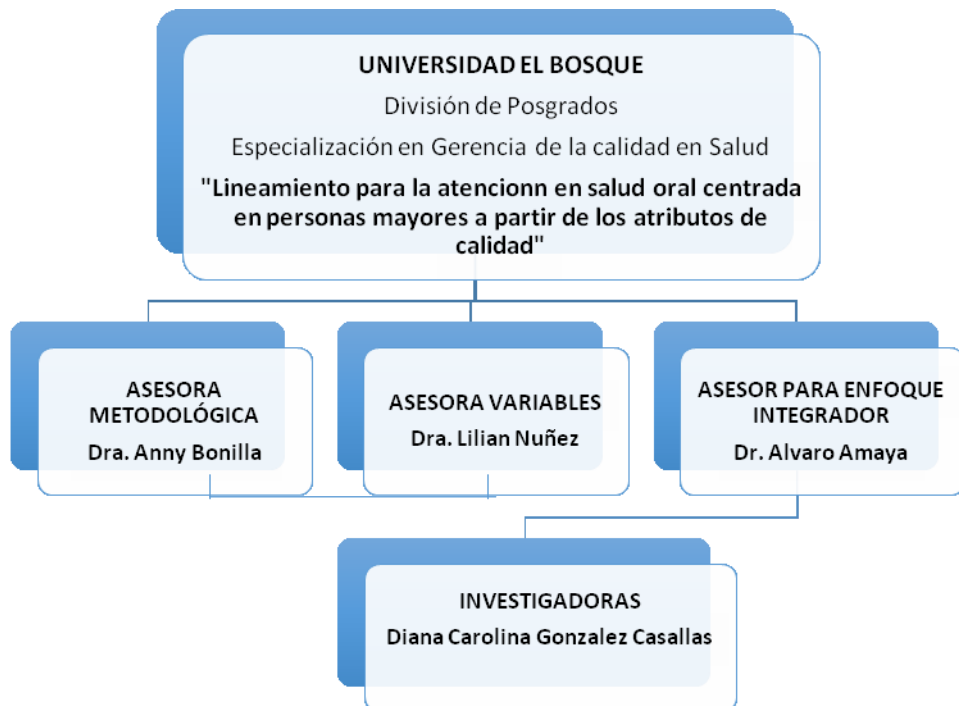
Este estudio llevado a cabo por profesionales de la salud capacitados, se desarrolló como una investigación sin riesgo, tal como lo indica la Resolución 8430 del 1993 del Ministerio de Salud de la Republica de Colombia, *“Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”*. Según el *“Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”*, bajo los derechos que se exponen en el artículo 69 de la Constitución Política de Colombia.

Para la revisión de literatura en la que se basa mi fuente de información, se tuvo en cuenta la normatividad sobre los derechos del autor y propiedad intelectual en Colombia, según el Artículo 61 Constitución Política de Colombia. *“El Estado protegerá la propiedad intelectual por el tiempo y mediante las formalidades que establezca la ley”*, Ley 23 de 1982 Sobre los Derechos de Autor, Ley 44 de 1993, Ley 599 de 2000, Convención Universal sobre los derechos de autor.

## 11. Estructura organizacional del proyecto

Se presenta esquema de estructura organizacional de los actores que formaron parte de este proyecto, la cual fueron una parte fundamental como base para el desarrollo y resultados obtenidos del presente.

**Gráfica 1.** Estructura Organizacional del proyecto



**Fuente:** Elaborado por la autora. Febrero 2020

## 12. Cronograma

Las actividades del presente estudio fueron realizadas durante el año 2019-2020, de acuerdo a lo indicado en el siguiente cronograma:

**Tabla 3. Cronograma de actividades**

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	Mes año 2019						Mes año 2020					
			7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
1	Propuesta de investigación	Diana Gonzalez												
2	Asesoría enfoque integrador	Dr Alvaro Amaya												
3	Entrega de título preliminar	Diana Gonzalez												
4	Busqueda bibliografía	Diana Gonzalez												
5	Asesoría metodológica	Dra Anny Bonilla												
6	Elaboración de introducción y marco de referencia	Diana Gonzalez												
7	Asesoría metodológica	Dra Anny Bonilla												
8	Asesoría enfoque integrador	Dr Alvaro Amaya												
9	Planteamiento del problema, justificación, objetivos y propósitos	Diana Gonzalez												
10	Asesoría metodológica	Dra Anny Bonilla												
11	Diseño metodológico, elaboración de matriz	Diana Gonzalez												
12	Asesoría metodológica	Dra Anny Bonilla												
13	Asesoría estadística	Dra Lilian Nuñez												
14	Descripción materiales y métodos, plan de análisis	Diana Gonzalez												
15	Asesoría metodológica	Dra Anny Bonilla												
16	Primera entrega	Diana Gonzalez												
17	Consideraciones aspectos éticos, estructuras organizacionales del proyecto, cronograma y presupuesto	Diana Gonzalez												
18	Asesoría metodológica	Dra Anny Bonilla												
19	Asesoría metodológica	Dra Anny Bonilla												
20	Asesoría enfoque integrador	Dr Alvaro Amaya												
21	Resultados, discusión, conclusiones,	Diana Gonzalez												
22	Asesoría metodológica	Dra Anny Bonilla												
23	Asesoría enfoque integrador	Dr Alvaro Amaya												
24	Socialización de trabajo de grado	Diana Gonzalez												

**Fuente:** Elaborado por la autora, durante el presente estudio



### 13. Presupuesto

En la realización del presente estudio se destinaron recursos económicos asumidos por la investigadora que se encuentran reflejados en la siguiente tabla:

**Tabla 4. Presupuesto del trabajo de grado**

Rubros y fuentes	Cantidad	Descripcion	Valor unitario	Valor total
<b>Recursos Humanos</b>				
Investigadora	1	Encargada de realiza el diseño y desarrollo del trabajo de investigacion	\$ 0	\$ 0
Asesoría Enfoque integrador	1	Profesional orientador para integracion de conceptos generales de investigacion	\$ 0	\$ 0
Asesoría Metodologica	1	Profesional orientador de aspectos metodologicos del trabajo de investigacion	\$ 0	\$ 0
Asesoría Estadística	1	Profesional orientador de aspectos estadísticos del trabajo de investigacion	\$ 0	\$ 0
<b>Materiales</b>				
Impresión	1	Impresión de la primera entrega de trabajo de grado	\$ 17.000	\$ 17.000
CD	3	Soporte de almacenamiento de datos		
Anillado de trabajo de grado para primera entrega	1	Anillado de la primera entrega del trabajo de grado	\$ 5.000	\$ 5.000
<b>Equipos</b>				
Computador portatil	1	Equipos portatiles requeridos para documentacion de trabajo de grado	\$ 350.000	\$ 1.500.000
<b>Transporte</b>				
Gasto de transporte	18	Desplazamiento para asesorias en general	\$ 15.000	\$ 270.000
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 387.000</b>	<b>\$ 1.792.000</b>

**Fuente:** *Elaborado por la autora, Junio de 2020*

## 14. Resultados

A continuación, se expondrán los resultados correspondientes al objetivo número 1. Identificar a partir de experiencias internacionales y nacionales de atención integral las recomendaciones para personas mayores en Salud Oral basados en los atributos de calidad.

La búsqueda fue realizada en distintas revistas científicas, la mayoría de información de los artículos se obtuvieron de Scientific Electronic Library Online, la búsqueda se realizó en un periodo de tiempo de publicación no mayor a 10 años, como resultado total de la revisión, se encontraron 50 artículos, de los cuales 16 no cumplieron con los criterios de inclusión y 34 restantes cumplieron con dichos criterios.

La cantidad de artículos recolectados que cumplieron con los criterios de inclusión según los países y ciudades fueron los siguientes: 11 correspondientes a Colombia, 8 a Cuba, 6 a Chile, 3 a México, 1 a España, 1 a Perú, 1 a Paraguay, 1 a Brasil, 1 a Costa Rica y otro con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Tabla 5).

**Tabla 5.** Resultado de artículos que cumplieron o no con los criterios de inclusión y totalidad de artículos encontrados de acuerdo a los países de origen.

PAISES	CUMPLEN CRITERIOS	NO CUMPLEN CRITERIOS	TOTAL ARTICULOS
Colombia	11	-	-
Cuba	8	5	-
Chile	6	4	-
México	3	-	-
España	1	2	-
Perú	1	-	-
Paraguay	1	-	-
Brasil	1	-	-
Costa Rica	1	-	-
Nicaragua	-	2	-
Argentina	-	2	-
Canadá	-	1	-
OPS	1	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>16</b>	<b>50</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora, a partir de la revisión de literatura. Mayo 2020.

A nivel internacional se encontraron 24 artículos, de los cuales la mayoría pertenece a Cuba. Las veces que fueron mencionados estos atributos en los artículos correspondientes, son los siguientes: 15 respectivos al atributo de accesibilidad, 13 a la oportunidad, 9 a la pertinencia, 7 a la eficacia, 3 a la continuidad, 2 de satisfacción, y 2 de seguridad. (Tabla 6).

**Tabla 6.** *Resultado de número de veces encontrados, los atributos de calidad en los artículos internacionales usados.*

<b>ATRIBUTOS DE CALIDAD</b>	<b># DE VECES MENCIONADOS</b>
<b>Accesibilidad</b>	15
<b>Oportunidad</b>	13
<b>Pertinencia</b>	9
<b>Eficacia</b>	7
<b>Continuidad</b>	3
<b>Seguridad</b>	2
<b>Satisfacción</b>	2

**Fuente:** *Elaborado por la autora, a partir de la revisión de literatura. Mayo 2020.*

El atributo de accesibilidad en la mayoría de los países coincide con la inequidad de atención para las personas mayores y las barreras de acceso que existen. Piña y col (2019), señalan la dificultad que tienen para trasladarse a estos centros cuando la persona mayor vive sola y no cuenta con ninguna ayuda, presenta problemas de movilidad o bien sea que viven en una zona retirada donde no existe transporte público, o simplemente no tienen conocimiento del proceso para acceder a estos servicios. A pesar de estas barreras, Madero y col (2017) afirman que Chile creó unas estrategias utilizadas hasta ahora para aumentar la cobertura y el acceso a la atención en Salud Oral en esta población. También plantean la posibilidad de ampliar la cobertura por parte del sistema de salud y de apoyar a este tipo de población en su Salud Oral. (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2011).

El atributo de oportunidad, Chávez y col, (2014), hace referencia a programas para las personas mayores, donde incluye la promoción y prevención para la Salud Oral. Por otro

lado Valenzuela y col, (2015), indica que el inicio del tratamiento no debería ser mayor a 90 días, desde el momento de solicitar la cita.

Para el atributo de pertinencia, indican lo importante que es realizarles a los pacientes el tratamiento que requiera según su necesidad, ya que esto ayuda a disminuir patologías si son tratadas a tiempo. Bastidas y col (2014), señalan que existe cierta preocupación de algunas entidades que realizan diagnósticos en Salud Oral para brindar tratamientos pertinentes que mejoren las condiciones de esta población y aun así siguen existiendo múltiples falencias a nivel mundial en cuanto a la prestación de servicios de salud.

Con respecto a la eficacia no se han obtenido resultados positivos, Pérez y col (2015), indica que a pesar de que el gobierno cubano ha realizado grandes esfuerzos por la Salud Oral para garantizar la atención de este grupo poblacional, han comprobado que la demanda de necesidad sentida hacia los problemas periodontales ha decaído y ha incidido de forma negativa en la morbilidad de esta patología. Esto demuestra que no existe o es muy escasa la atención odontológica preventiva con respecto al incremento de las patologías. (OPS, 2011).

Para el atributo de satisfacción, refleja la literatura que no se han obtenido los resultados esperados para este servicio.

En Chile, el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030, propone mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción de las personas mayores realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente.

La información considerada para la evaluación el atributo de seguridad fue desestimada, debido a que cada Institución debe tener su Política de Seguridad del Paciente y reportar Eventos Adversos.

A nivel nacional se encontraron 11 artículos, de los cuales la mayoría pertenecía a la ciudad de Medellín. Las veces que fueron mencionados estos atributos en estos artículos, son los siguientes: 6 corresponden al atributo de accesibilidad, 5 pertenecen al atributo de pertinencia al igual que el atributo de oportunidad, 1 es referente al atributo de satisfacción, 1 al atributo de continuidad, y 2 al atributo de eficacia. (Tabla 7).

**Tabla 7.** Resultado de número de veces encontrados, los atributos de calidad en los artículos nacionales usados.

ATRIBUTOS DE CALIDAD	# DE VECES MENCIONADOS
Accesibilidad	6
Oportunidad	5
Pertinencia	5
Eficacia	2
Continuidad	1
Seguridad	0
Satisfacción	1

**Fuente:** Elaborado por la autora, a partir de la revisión de literatura. Mayo 2020.

Estos resultados evidenciaron un mayor enfoque en la accesibilidad, oportunidad y pertinencia para la atención de las personas mayores en Salud Oral y como esto afecta su calidad de vida.

Según Cárdenas y col (2012), indica la influencia de la salud bucal en la calidad de vida de las personas mayores, “las dimensiones registradas con mayor impacto son malestar

*psicológico, dolor físico y limitación funcional, lo cual indica implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas” las personas con estas características se dirigen a solicitar el servicio odontológico, por presentar problemas en su capacidad fisiológica oral, que además les impide mantener una comunicación adecuada, lo ideal es que estas necesidades sean evaluadas antes de que afecten su calidad de vida, “sin embargo, debido a la creciente demanda de atención de este grupo poblacional en nuestro país, se genera un importante problema de salud pública que debe ser abordado.”*

En Medellín un estudio realizado por Duque- Duque y col (2013), se refirió a las barreras de accesibilidad que existen en el servicio *“Se sabe que la necesidad de tratamiento odontológico en las personas mayores es alta y a pesar de esto, la oferta de servicios sigue siendo menor o el costo para buscar la atención que se necesita dificulta el acceso a la misma”*.

Suarez y col (2014), se refieren acerca del atributo de oportunidad para esta población indicando que dan prioridad a la población gestante y escolar, atendiendo a las personas mayores según una programación preestablecida *“Esto ocasiona problemas de acceso a los tratamientos curativos para esta población, por cuanto se retrasa la asignación de citas, lo cual afecta la oportunidad en el servicio”*. Según Agudelo y col (2014), indican que otra barrera en el atributo de oportunidad ocurre cuando se requiere algún tratamiento de alta complejidad sumándole la demora de la atención cuando ya ha sido generada la cita odontológica.

Este retraso genera brechas en la continuidad, lo cual Moreno y col (2012), evidencian en su artículo e indican que la falta de citas de mantenimiento afecta al refuerzo educativo y a la valoración constante de los cambios que podrían generarse en los tejidos y los aparatos protésicos.

Con respecto al atributo de pertinencia, a pesar de que se realizan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se evidencian pérdidas dentales y falta de rehabilitación pertinente, lo cual contribuye al deterioro de la salud bucal (Agudelo y col, 2014). López y col (2014), indican que las personas mayores se dirigen a otros centros de servicios *“para resolver la situación de salud bucal que el Sistema de Salud no soluciona con eficacia y pertinencia.”* De esta misma manera, Duque y col (2013), señalan lo importante de la formulación de Políticas Públicas dirigidas a atender las necesidades de esta población y a ofrecer una atención pertinente, con calidad *“y que dé respuesta a las necesidades reales para mejorar las condiciones de salud bucal.”* Esto afecta el atributo de eficacia y Suarez y col (2014) plantea como las poblaciones de mayor vulnerabilidad social y con mayores necesidades en salud son aquellas que han recibido menor atención.

La falta de una ruta específica para las personas mayores genera inconsistencias de cómo debe ser la atención en Salud Oral para esta población generando repuestas a las reales necesidades y ofreciendo una atención con calidad óptima. Existen dos rutas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la primera se trata sobre la Atención Integral en salud específicamente para la persona mayor y la otra referente a la Atención Integral en Salud Oral para todo tipo de población.



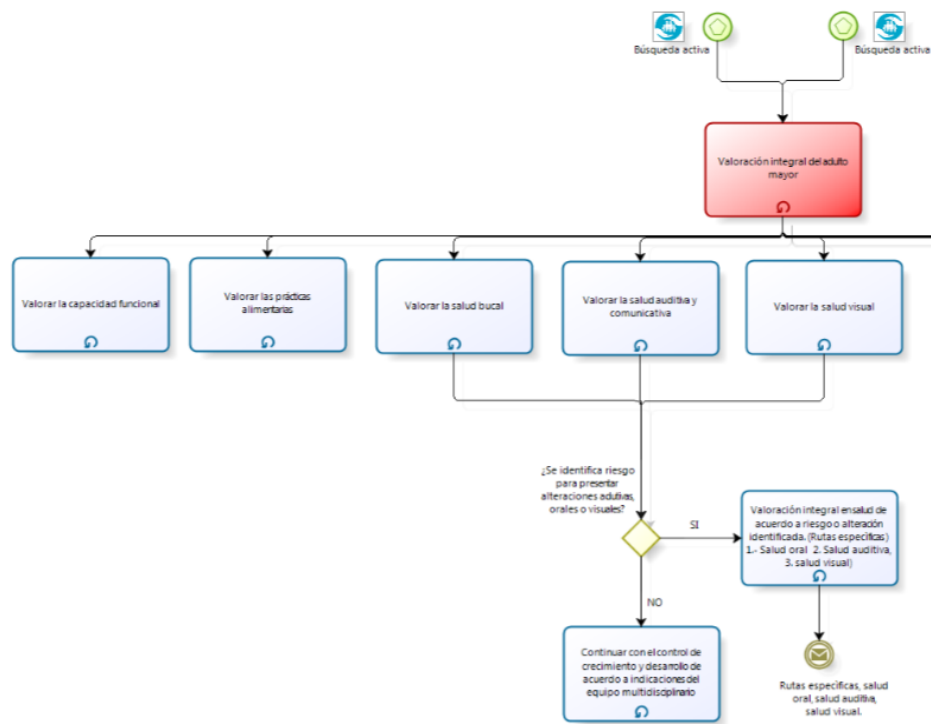
La primera ruta es referente a la Atención Integral en salud para la persona mayor, está dada por una puerta de entrada para realizar una valoración en la cual se examine la capacidad funcional y las prácticas alimentarias que tiene el paciente. En ella, se valora la salud bucal, la salud auditiva, comunicativa y visual, se deben identificar si existen o no riesgos que puedan presentar alteraciones en ellas, si la respuesta es afirmativa se debe seguir una ruta específica correspondiente al área, si por el contrario es negativo se debe continuar con el control de acuerdo a las indicaciones del equipo multidisciplinario. Para la salud sexual y reproductiva, si existe alteración de la función sexual o se evidencian riesgos para las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se debe aplicar la atención de acuerdo a las Guías Prácticas Clínicas (GPC) y a la ruta correspondiente, de ser negativa se debe continuar con la valoración integral de la salud para el bienestar. La valoración de la salud mental, primero se debe identificar si existen o no factores de riesgos para trastornos del comportamiento, mentales y violencia, si la respuesta es positiva, se debe realizar la atención de acuerdo a la GPC, siguiendo la ruta específica, de ser negativa se continúa de igual manera la valoración y educación para la salud.

Si en la valoración integral se detectan tempranas alteraciones en la salud de la persona mayor se debe establecer un diagnóstico y brindar la atención necesaria, siguiendo las rutas específicas y las GPC. Si la persona es laboralmente activa, se realiza la valoración de salud del trabajador, con el fin de identificar si existen riesgos en salud y seguridad en el trabajo, de existir estos riesgos debe realizarse una remisión y manejo de acuerdo a las Guías de

Atención en Seguridad y Salud en el trabajo, seguido de las rutas de riesgos laborales (Ministerio de Salud, 2016).

A continuación, se describe la ruta integral específica para las personas mayores en Colombia. (Figura 1)

**Figura 1.** Diagrama RIAS, Promoción y Mantenimiento de la Salud vejez en Colombia.

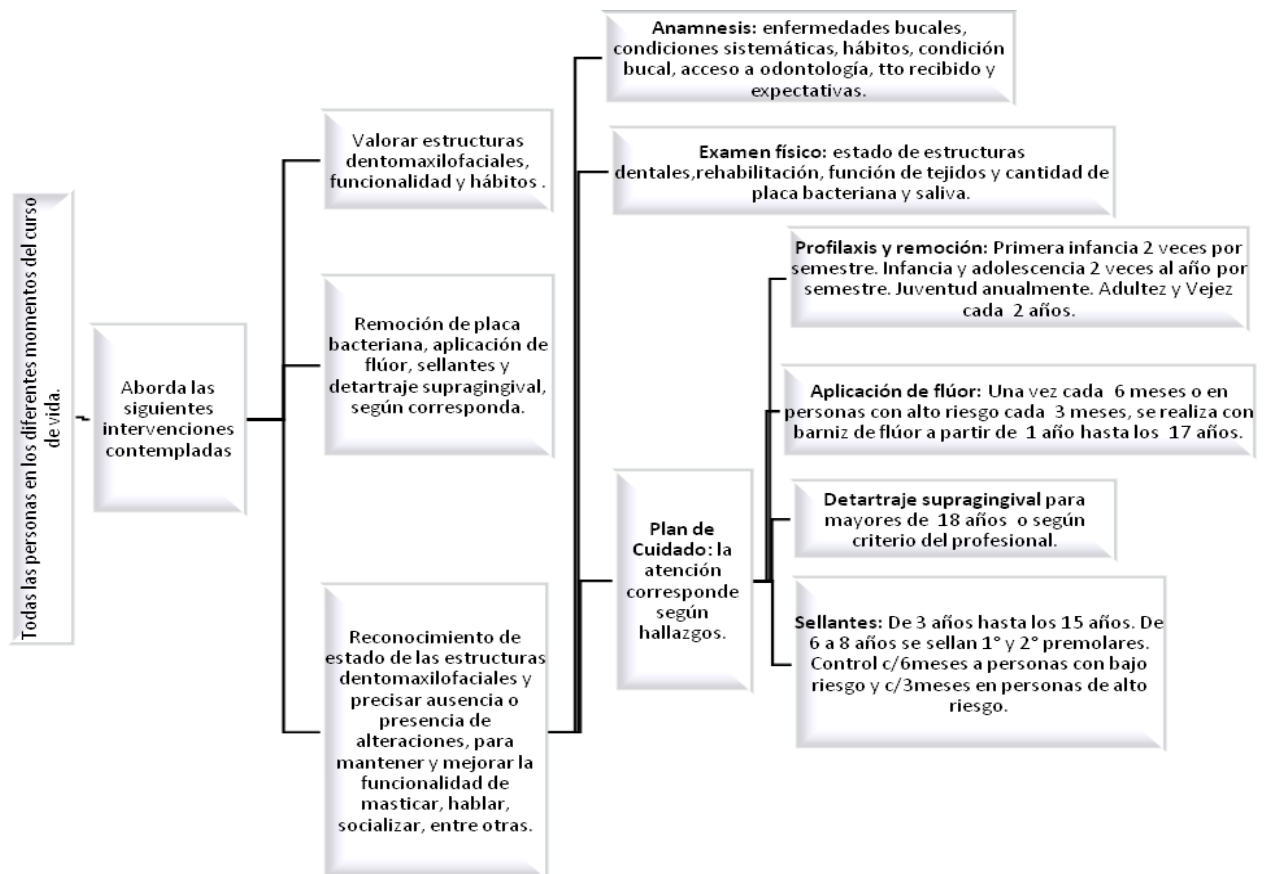


**NOTA:** para acceder a la ruta integral de salud para personas mayores completa, debe ingresar al siguiente link <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social. Diagrama RIAS Promoción y Mantenimiento de la salud vejez. 2016.

La segunda ruta, referente a la Atención Integral en Salud Oral la cual está dirigida a todo tipo de población, se encuentra en la Resolución 3280 del 2018, se resume a continuación en el siguiente diagrama (Figura 2):

**Figura 2.** Diagrama de Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de salud bucal.

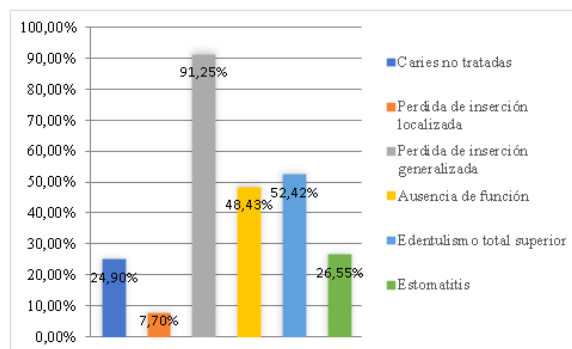


**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280-2018.

Las necesidades reales de Salud Oral de las personas mayores, según el ENSAB IV, fueron las siguientes: pacientes con caries no tratadas con un 24.9%, con pérdida de

inserción localizada con un 7.70% y el 91.25%, presenta pérdida de inserción generalizada. La mayor ausencia total de función la presenta Bogotá con 48.43%. Presenta edentulismo total superior con un 51.42% y estomatitis con un 26.55%. (Gráfica 2)

**Gráfica 2.** Resultados del ENSAB IV, según la necesidad del persona mayor

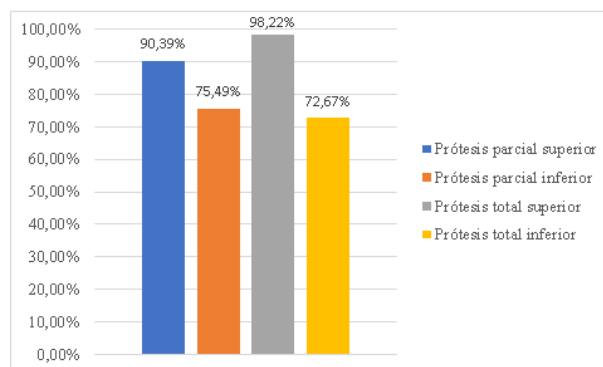


**Fuente:** Elaborado por la autora a partir de la revisión de la literatura Mayo 2020.

Como se puede observar en esta gráfica el mayor porcentaje pertenece a la pérdida de inserción generalizada, seguida de caries edentulismo total superior, ausencia de la función masticatoria, estomatitis, caries dental no tratada y pérdida de inserción localizada. Según estos resultados arrojados por el ENSAB IV, se puede observar la prevalencia de estas patologías, la falta de tratamiento y atención en salud oral para esta población ofreciéndoles una solución y educación pertinente a sus necesidades.

A continuación se muestran los tipos de tratamientos que mayormente requiere esta población según el ENSAB IV en Bogotá: la presencia de prótesis parcial en maxilar superior con un 90.39%, y de prótesis parcial en maxilar inferior, de un 75.49%. Presencia de prótesis total superior, es del 98.22%, y de prótesis total inferior, es de 72.67%, para este grupo de edad.(Gráfica 3).

**Gráfica 3.** Resultado según el ENSAB IV según el tipo de tratamiento.



**Fuente:** Elaborado por la autora a partir de la revisión de la literatura Mayo 2020.

Lo anterior permite observar un alto porcentaje de la población que requiere este tipo de tratamiento, empezando por la prótesis total superior, seguido de prótesis parcial superior, prótesis parcial inferior, y prótesis total inferior. Al no generar respuesta a estas necesidades evidenciamos la afectación en su calidad de vida y cómo estos problemas de salud oral van a ir afectando sus enfermedades crónicas como lo es el caso de la Diabetes y la Hipertensión con relación a su nutrición, entre otras.

## 15. Discusión

Según la información recopilada en la revisión de literatura internacional y nacional, la Ruta Integral de Atención en Personas Mayores y la Ruta de Atención en Salud Oral plasmada en la resolución 3280 del 2018, es evidente que no cuentan con aspectos que están basados en los atributos de calidad, lo que ofrece una atención de calidad deficiente y sin respuesta a las necesidades de los pacientes.

Para el atributo de oportunidad, existen brechas para la atención, debido a la falta de asignación de citas, esto implica que el hecho de no existir una ruta trazada para Salud Oral específicamente en esta población, afecta la calidad de vida de las personas mayores y el envejecimiento activo, satisfactorio y saludable. La literatura indica *“La garantía de oportunidad está basada en que el inicio del tratamiento debe ser dentro de 90 días desde la solicitud de atención”*. (Valenzuela M, 2015).

El gobierno de Chile en el año 2006, implemento en programa *“Salud Oral Integral para el Adulto de 60 años”*, cuyo objetivo es que esta población, obtenga una salud que lo acompañe durante su nueva etapa de vida, que incluye terapias periodontales. Mientras que, en Bogotá, se han abordado diversos programas como Colombia Mayor, Programa recreación para personas mayores, entre otros, estos no están enfocados ni otorgan prioridad al tema de Salud Oral. En la Resolución 1552-2013, en el Artículo 1, Parágrafo 3, indica que la asignación de citas para odontología general, no podrán exceder los 3 días hábiles contados desde el momento de su solicitud, Agudelo y col (2014), señalan que para

esta población se retrasan la asignación de citas más de lo previsto lo cual afecta la oportunidad en el servicio.

La accesibilidad, según la literatura internacional y nacional, coinciden ya que este atributo se ve afectado principalmente por la disponibilidad del servicio, existen vías deficientes, pacientes que no cuentan con posibilidad de traslado ya sea por falta de recursos económicos, problemas de movilidad física, o bien sea que viven solos y no conviven con un cuidador o un familiar que los acompañe a consulta, también puede haber desinformación de la vía de acceso para la solicitud de una cita. A nivel internacional se están creando nuevos programas para esta población, ya que existe una inequidad en los servicios de Salud Oral, lo que provoca que aumenten las cargas de enfermedades bucales, afectando su calidad de vida óptima. En Chile, además de crear el programa ya antes mencionado, también creó el programa Odontológico Integral, que está compuesto por unas estrategias que beneficiaran a este grupo de personas (Valenzuela, 2015).

En España, se garantiza de forma gratuita el servicio de salud oral, a todos los residentes de Navarra, que oscilen entre 65 a 74 años de edad. (Plan Asistencial Dental Gerontológica, 2014). En el caso de Colombia, en Bogotá, y el resto de ciudades no se encontró información sobre programas que existan para esta población, sin embargo, en la ciudad de Medellín, prestan servicios dentro de una IPS Universitaria, por medio de un Programa de Salud de la Universidad de Antioquia, en la cual muchas personas mayores consultan, ya que no son tan evidentes las barreras de acceso al servicio de salud.

La continuidad del tratamiento, es una medida muy efectiva para llevar una monitorización epidemiológica eficiente de la salud bucal en esta población (Islas Carillos y col, 2015). Valenzuela, 2015, indica que la continuidad debe darse, siguiendo todos los procedimientos que el paciente requiera para finalmente darlo de alta. Según indica el ENSAB IV, 2014, en nuestro país existe una falta de seguimiento en los tratamientos que se le prestan a las personas mayores, provocando una ruptura entre la atención por odontología general y las especialidades con las cuales se remite el paciente para tratar sus patologías bucales más complejas. En el Plan de Beneficios de Salud (PBS) existe una inequidad de atención para esta población cuando se trata de prótesis mucosoportadas totales ya que este beneficio solo incluye a personas afiliadas al Régimen Contributivo que tengan un ingreso de base de cotización igual o inferior a 2 SMLV, mientras que para el Régimen Subsidiado incluye todos los afiliados, lo que genera discontinuidad en el tratamiento del paciente si no cumple con esta condición y requiere de este. También se ven afectados los que se realizan este tratamiento ya que la falta de citas de controles para los aparatos protésicos puede generar patologías como estomatitis subprotésicas, entre otras.

La eficacia, se evidencia en resultados positivos obtenidos. Según Adalberto y col. (2014), señalan la importancia de implementar programas preventivos eficaces que se dirijan especialmente a este tipo de población, para prevenir daños en la cavidad oral desde temprana edad. Según un estudio realizado en la Universidad de Antioquia, el Sistema de Salud no soluciona con eficacia la situación de salud bucal para esta población (López y col., 2014).



La satisfacción, según Pérez y col. (2010), señala que mediante instrumentos se puede medir el grado de satisfacción de la persona mayor con los servicios prestados para la Salud Oral. Con el fin de generar resultados positivos en los pacientes.

Con respecto a la Seguridad del Paciente no se encontró información relevante para este estudio, ya que cada Institución debe contar con su propia Política de Seguridad del Paciente.

## **16. Conclusiones y recomendaciones**

En línea general, se observó que no hay suficiente información con respecto a la atención en Salud Oral para personas mayores en Colombia, la información que más se encontró fue en la ciudad de Medellín donde han realizado diversos estudios.

Con respecto a cada uno de los atributos, para promover mayor accesibilidad en los servicios de Salud Oral, en otros países están organizando e implementando programas de atención especial para este tipo de población y garantizarles una calidad de vida optima en los últimos años de vida. En Bogotá no se evidencia esta red de apoyo lo que se ve afectado en la asignación y cumplimiento de citas para las personas mayores.

Para la oportunidad, la literatura indica tener este tipo de problemas de igual manera para esta población, sin embargo hacen énfasis en la prioridad de citas que se le debe garantizar a las personas mayores para la atención en el servicio de salud oral. En Bogotá no existe esta prioridad para prestarles una atención oportuna, según la literatura nacional las personas mayores han tenido que asistir a programas universitarios para poder ser atendidos, ya que las citas se las asignan en un tiempo prolongado en su EPS.

La pertinencia y oportunidad van de la mano, si la oportunidad es deficiente la pertinencia del tratamiento también lo es, es por ello que tanto la literatura internacional y nacional hacen énfasis en la oportunidad y la accesibilidad para poder ofrecer tratamientos pertinentes según la necesidad real del paciente.

Según la continuidad, la literatura indica la importancia de realizarles un tratamiento y su evolución para garantizarles una secuencia en el tratamiento, aunque en oportunidades es complicado debido a la alta demanda de atención en personas mayores y pocos profesionales, en otros países dan relevancia a este atributo, en Bogotá no existe lineamiento para la continuidad del tratamiento, ni se indica la importancia de realizarles un seguimiento en la atención.

Por el contrario la eficacia y satisfacción del paciente según la literatura internacional, se evidencio en los programas de atención alternos que creo el sistema de salud para poder garantizarles la atención a las personas mayores. En el sistema de salud colombiano, la saturación de citas y dificultad de acceso al sistema hace que no genere buenos resultados en ambos atributos.

En otros países hacen planes de mejoras para el servicio de odontología centrado en la atención de la persona mayor, basados en los atributos, sin embargo no es suficiente y no se están logrando los resultados esperados con respecto al avance en los atributos mencionados.

Con respecto al atributo de seguridad no hacen énfasis en la literatura, ni en la ruta, ya que cada institución es responsable de tener su Política de seguridad del paciente, sin embargo es importante recalcar el cuidado que debe tenerse con las personas mayores que están comprometidas sistémicamente y su manejo en consulta, al igual que al momento de suministrarle algún tipo de medicamento y tratamiento.

Las rutas establecidas por el Ministerio de Salud en Bogotá y Colombia, no han tenido en cuenta los atributos mencionados anteriormente, por lo tanto no se ven resultados, ni progresos para la atención de esta población.

No consideran que muchos de estas personas viven solas, lo que hace que en repetidas ocasiones sea imposible trasladarse hacia el lugar de la consulta o simplemente el paciente no tiene conocimiento de cómo solicitar su cita odontológica, ni mucho menos a donde dirigirse para solicitarla. En demasiadas familias y pacientes existe un gran desconocimiento sobre la importancia y el cuidado de la Salud Oral y los beneficios que conlleva asistir a consultas periódicas para prevenir la aparición de patologías y molestias que se puedan relacionar también con las enfermedades sistémicas, es por ellos que deben estar al tanto todos del tratamiento que se le va a efectuar al paciente, alternativas, razón por la cual se va a efectuar y riesgos que este puede generar. Es importante sensibilizar y educar al paciente y su familia en las consultas.

Se deben crear herramientas alternativas que se deben tener en cuenta para no descuidar a esta población vulnerable, que eventualmente son los que necesitan mayor atención y así poder proporcionarles una calidad de vida óptima. Estas herramientas deben beneficiar al usuario y a la familia para poder tener un servicio con calidad, donde ambos sientan una satisfacción en la consulta y tratamientos generados.

La población de personas mayores no es prioritaria para el sistema de salud, especialmente cuando de atención odontológica se trata, sabiendo que la necesidad es alta,

y el servicio no es suficiente para atender las necesidades reales de esta población, y para mejorar las condiciones de salud bucal.

Realizar este tipo de investigación demuestra la necesidad de ofrecer al usuario y familia mayores alternativas y medios que les permita afrontar el proceso de envejecimiento por medio de una atención oportuna, segura y pertinente para garantizar el incremento del nivel de bienestar y calidad de vida en ellos, creando estrategias para la promoción, autoevaluación y cuidado de su salud.

De acuerdo a lo concluido anteriormente, se recomienda la implementación de los lineamientos de la *“Atención integral en Salud Oral para personas mayores en Bogotá”*.

Estos buscan la atención integral de las personas mayores, la cual está centrada en la atención en salud oral, basada en los atributos de calidad. Según la Política Colombiana de envejecimiento 2015-2024, se debe garantizar la restitución de los derechos humanos, la protección social integral, mejorar la calidad de vida, la equidad en la atención en salud así como una atención primaria altamente eficiente y eficaz para garantizar condiciones de disponibilidad, acceso, oportunidad, calidad y continuidad en los servicio. Con el fin de promover un envejecimiento activo, satisfactorio y saludable como derecho de todas y todos los Colombianos.

Estos lineamientos van dirigidos a todos los profesionales del área de la salud oral, y profesionales que estén relacionados con la atención integral de las personas mayores.

A continuación se presentan los lineamientos:

- **Eje 1:** Atención uno a uno.

- **Eje 2:** Acceso efectivo.
- **Eje 3:** Siguiendo los pasos de la atención de la persona mayor.
- **Eje 4:** Pro- calidad de vida y bienestar.
- **Eje 5:** Más salud, menos riesgo.
- **Eje 6:** Impacto en la calidad de vida de la persona.
- **Eje 7:** Envejecimiento activo saludable.

Como objetivos específicos de estos lineamientos, además de garantizarle una calidad de vida óptima a la persona mayor y restituirle sus derechos como se indicó anteriormente, también se trata de:

- Mejorar el acceso a los servicios de atención en salud oral, desarrollando una estrategia para abordar las necesidades reales, así como concientizar a los médicos tratantes de realizar la remisión a valoración con el odontólogo periódicamente.
- Garantizar la oportunidad de citas para la atención en salud oral, por medios alternativos que tendrá el paciente para su agendamiento y recordatorios, esto generara continuidad en la atención y seguimientos de los tratamientos desde el inicio hasta el final.
- Dar respuesta a las necesidades reales de la personas mayor, con un tratamiento pertinente que resuelva su problema, evaluar la viabilidad de garantizar que los tratamientos de prótesis mucosoportadas sean cubiertos de manera equitativa.

Lineamientos para la atención en salud oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de calidad

González D.

– Generar satisfacción en la atención prestada y tratamientos eficaces que cumplan con sus expectativas, generando citas en tiempos cortos, mayor grado de accesibilidad y continuidad de los tratamientos, brindándole seguridad y confianza en la consulta.

– Asegurarle a la persona mayor una calidad de vida optima, donde no afecte su salud.

A continuación se desarrollan cada uno de los lineamientos para su implementación:

### Eje 1: Atención uno a uno.

QUÉ (V)	CÓMO (H)	POR QUÉ (V)	DÓNDE (V)	QUIÉN (V)	CUÁNDO (V)	INDICADOR
Capacitación del Talento Humano	Sensibilizar y capacitar al Talento Humano asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas sobre la remisión hacia el área de la Salud Oral y viceversa. Se debe orientar al paciente de que genere la cita correspondiente a su necesidad.	La salud general y la oral tienen una correlación que comparten riesgos comunes, pueden ser prevenibles y van relacionados con el estilo de vida y calidad, existe evidencia que en muchas patologías generales se presentan manifestaciones en boca lo que aumenta el riesgo de morbilidad bucal y puede ser causante de un agravamiento de la salud general.	IPS	1. Gerente. 2. Equipo directivo. 3. Equipo administrativo. 4. Talento Humano asistencial.	20 de Enero del 2021.	Número de personal asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas que estén capacitados sobre las remisiones / Total de personal asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas de la institución
Garantizar la oportunidad de asignación citas para esta población	-La cita sera agendada alrededor de 5 días como máximo, lo ideal es solicitarla de manera presencial antes de que se retire de consulta, o bien sea por medio de la auxiliar que solicite la cita correspondiente o un acompañante que acuda con él. -Caso contrario lo ideal es establecer herramientas y educar al paciente sobre los medios alternos para solicitar la cita correspondiente, como vía telefónica (de preferencia un call center especializado para este tipo de población), mediante una página web (si el paciente es capaz de implementar esta alternativa), mediante una aplicación móvil (que además genere recordatorios continuos) o a través de un carnet institucional como recordatorio. -De igual manera el área administrativa se comunicara con el paciente cuando observe en el sistema que no se la ha generado una cita, ya sea por medio telefónico, mediante algún número propio u opcional que haya indicado para que se comuniquen, o por medio correo electrónico. De esta manera, días previos a la consulta será informado sobre su asistencia.	Generar citas en tiempos cortos y facilitar los medios para solicitarla, garantiza que se atienda en tiempo real la necesidad del paciente evitando así poner en riesgo su salud.	IPS	1. Gerente. 2. Equipo directivo. 3. Equipo administrativo.	20 de Enero del 2021.	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la que el paciente solicita su cita para ser atendido y la fecha en la que le asignan la cita / Número total de citas asignadas
Correcto diligenciamiento de H.C	Sensibilizar y capacitar al Talento Humano asistencial sobre el diligenciamiento correcto de H.C.	La Historia Clínica es un documento legal el cual debe estar diligenciado correctamente con el fin de atender al paciente garantizándole un tratamiento oportuno.	IPS	1. Gerente. 2. Talento Humano asistencial. 3. Equipo administrativo.	20 de Enero del 2021.	Número de H.C diligenciadas correctamente al mes / Número de H.C realizadas en el mes

Lineamientos para la atención en salud oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de calidad

González D.

FECHA DE EMISIÓN	27 de Marzo del 2020.	CÓDIGO DEL INDICADOR
NOMBRE DEL INDICADOR	Medición de conocimiento sobre la remisión en pacientes crónicos.	E:01
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Oportunidad	
NUMERADOR	Número de personal asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas que estén capacitados sobre las remisiones	
DENOMINADOR	Total de personal asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas de la institución	
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje	
FACTOR	100	
META	100%	
FÓRMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el multiplica por 100.	
FUENTE DE LOS DATOS	<b>NUMERADOR:</b> Registro de personal capacitado (actas de reunión, listados de asistencia) <b>DENOMINADOR:</b> Registro total de personal asistencial	
RESPONSABLES	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Funcionarios asistenciales que vayan a ser capacitados y evaluados <b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Gestión del Conocimiento <b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Proceso de Gestión del Conocimiento-Proceso de Gestión Asistencial	
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Bimensual	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Proceso de Gestión de Asistencial.	

FECHA DE EMISIÓN	27 de Marzo del 2020.	CÓDIGO DEL INDICADOR
NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad de la asignación de citas en Salud Oral	E:02
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Oportunidad	
NUMERADOR	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la que el paciente solicita su cita para ser atendido y la fecha en la que le asignan la cita	
DENOMINADOR	Número total de citas asignadas	
UNIDAD DE MEDIDA	Días	
FACTOR	1	
META	100%	
FÓRMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
FUENTE DE LOS DATOS	<b>NUMERADOR:</b> Registro de asignación de citas. <b>DENOMINADOR:</b> Registro de asignación de citas	
RESPONSABLES	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Área Administrativa. <b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Gestión de Calidad <b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Jefe de calidad.	
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Proceso de Gestión de Calidad.	



FECHA DE EMISIÓN	27 de Marzo del 2020.	CÓDIGO DEL INDICADOR
NOMBRE DEL INDICADOR	Diligenciamiento correcto de H.C	E:03
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Oportunidad	
NUMERADOR	Número de H.C diligenciadas correctamente al mes	
DENOMINADOR	Número de H.C realizadas en el mes	
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje	
FACTOR	100	
META	100%	
FÓRMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el multiplica por 100.	
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Historia Clínicas realizadas en el mes DENOMINADOR: Historia Clínicas realizadas en el mes	
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Área Administrativa DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Área de Gestión de Calidad DE LA TOMA DE DECISIONES: Gerente	
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Proceso de Gestión de Calidad	

## Eje 2: Acceso efectivo.

QUÉ (W)	CÓMO (H)	POR QUÉ (W)	DÓNDE (W)	QUIÉN (W)	CUÁNDO (W)	INDICADOR
Resolver los problemas de acceso para ingresar al servicio, el cumplimiento de citas y la inequidad que existen en los tratamientos.	El generar citas en la consulta también va de la mano con la accesibilidad, ya que si el paciente no pudo solicitar su cita presencialmente, se debe generar un monitoreo mediante llamadas para indicarle al paciente cuando desea agendar su cita o para recordarle cuando tiene su cita programada.	Que se genere un monitoreo en el paciente es importante para garantizar el acceso a los servicios según su necesidad, evitando la desorientación del paciente para su atención.	IPS	1.Equipo administrativo 2.Jefe de calidad. 3.Gerente.	20 de Enero del 2021.	Número de pacientes con cita que fueron atendidos en un periodo/ Número total de pacientes citados en un periodo x 100
	Generar citas en zonas cercanas a la residencia del paciente.	Este tipo de población en su mayoría viven solos o tienen un cuidador a cargo, algunos presentan discapacidad, el desplazamiento de largas distancias para acudir a las citas programadas genera llegadas tardes a consulta o inasistencia. Es ideal ofrecerles un acceso mas cercano y viable para garantizarles su servicio.	1. EPS para generarles información sobre la ruta para acceder a citas. 2. Instituciones Prestadoras de Servicios- IPS	1.Equipo administrativo 2.Jefe de calidad. 3.Gerente.	20 de Enero del 2021.	
	Revisar la asignación del presupuesto atendiendo a lo señalado en la Resolución 5857-2018 en el Art. 35, buscando alternativas que generen equidad en la financiación con recursos de la UPC de las prótesis totales para el Régimen Contributivo y el Subsidiado.	Las personas mayores son pacientes donde predomina la patología del edentulismo por ende a muchas personas de esta población se le dificulta tener una calidad de vida óptima ya que en muchas ocasiones no pueden tener una dieta balanceada por la ausencia de las piezas dentales lo que repercute en su salud general y agrava enfermedades crónicas, además de verse afectados en su aspecto biopsicosocial como el autoestima, la alimentación y la comunicación. Por esto es importante garantizarle a todo este tipo de población dicho tratamiento de prótesis totales.	IPS	Ministerio de Salud y Protección Social	20 de Enero del 2021.	Número de pacientes edéntulos que asistan a consulta del Régimen Contributivo y Subsidiado/ Número total de pacientes que se realizan prótesis total x 100

Lineamientos para la atención en salud oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de calidad

González D.

<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	27 de Marzo del 2020.	<b>CÓDIGO DEL INDICADOR</b>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Tasa de acceso al servicio de atención en Salud Oral	E:04
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Accesibilidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número de pacientes con cita que fueron atendidos en un periodo	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de pacientes citados en un periodo	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Porcentaje	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	100%	
<b>FÓRMULA DEL CÁLCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Registro de asignación de citas. <b>DENOMINADOR:</b> Registro de asignación de citas	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Área Administrativa. <b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Gestión de Calidad <b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Jefe de Calidad.	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	Mensual	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Proceso de Gestión de Calidad.	

<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	27 de Marzo del 2020.	<b>CÓDIGO DEL INDICADOR</b>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Tasa de tratamiento de prótesis totales realizadas para ambos regímenes	E:05
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Accesibilidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número de pacientes edéntulos que asistan a consulta del Régimen Contributivo y Subsidiado	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de pacientes que se realizan prótesis total	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Porcentaje	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	100%	
<b>FÓRMULA DEL CÁLCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Registro en H.C <b>DENOMINADOR:</b> Evolucion de H.C	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Talento Humano asistencial <b>DEL CALCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Area de Gestión de Calidad <b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Jefe de Calidad.	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	Mensual	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Proceso de Gestión de Calidad.	

Lineamientos para la atención en salud oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de calidad

González D.

### Eje 3: Siguiendo los pasos de la atención de la persona mayor.

QUÉ (W)	CÓMO (H)	POR QUÉ (W)	DÓNDE (W)	QUIÉN (W)	CUÁNDO (W)	INDICADOR
Realizar un seguimiento racional de los tratamientos realizados y su evolución.	Un profesional asignado debe realizar su tratamiento y seguimiento, desde el inicio y final del mismo, así como si se remite alguna especialidad, debe ser el encargado de observar su evolución y el agendamiento de citas antes de retirarse de consulta, por ende las mismas deberán ser asignadas con él, al menos que el paciente refiera lo contrario, debe existir la interoperabilidad entre los servicios, el buen diligenciamiento de historias clínicas, y la capacitación al paciente de las alternativas y la importancia de solicitar las citas y dar continuidad al tratamiento.	Esta población requiere la mayoría una Atención Integral, lo que genera que debe tener interconsultas con diversos especialistas para su tratamiento, la falta de seguimiento en estos pacientes genera un tratamiento inconcluso generando resultados no óptimos. Siempre lo ideal es obtener resultados satisfactorios y óptimos.	IPS	1. Gerente. 2. Talento Humano asistencial.	20 de Enero del 2021.	Número total de tratamientos iniciados y terminados en un periodo/ Número total de pacientes iniciados en un periodo x 100
	Capacitar y sensibilizar al Talento Humano asistencial y administrativo, de la información que debe suministrarle al paciente o acudiente, educándolo sobre la importancia de asistir a controles cada 6 meses, por ende debe generarse automáticamente una cita finalizado su tratamiento y comunicarse con el paciente días previos.	La prevalencia de patologías en personas mayores en Salud Oral es el edentulismo y la periodontitis, una vez realizado dicho tratamiento y el paciente haberlo dado de alta debe continuar control cada 6 meses con el fin de evitar riesgos en la evolución de la patología y esto genere daño en otros tejidos.	EPS- IPS	1. Gerente. 2. Talento Humano asistencial. 3. Talento Humano administrativo.	20 de Enero del 2021.	Número de personal asistencial y administrativo que estén capacitados sobre la información que debe suministrar al paciente / Total de personal asistencial y administrativo de la institución x 100

<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	27 de Marzo del 2020.	<b>CÓDIGO DEL INDICADOR</b>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de continuidad en los tratamientos efectuados	E:06
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Continuidad	
<b>NUMERADOR</b>	Número total de tratamientos iniciados y terminados en un periodo	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de pacientes iniciados en un periodo	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Porcentaje	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	95%	
<b>FÓRMULA DEL CÁLCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el multiplica por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Historia Clínica y sistema de gestion. <b>DENOMINADOR:</b> Historia Clínica y sistema de gestion.	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Área Gestion de Calidad.	
	<b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Gestión de Calidad	
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Jefe de Calidad.	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	Mensual	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Proceso de Gestión de Calidad.	

FECHA DE EMISIÓN	27 de Marzo del 2020.	CÓDIGO DEL INDICADOR
NOMBRE DEL INDICADOR	Medición de conocimiento sobre la información que debe suministrarse al paciente.	E:07
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Continuidad	
NUMERADOR	Número de personal asistencial y administrativo que estén capacitados sobre la información que debe suministrar al paciente	
DENOMINADOR	Total de personal asistencial y administrativo de la institución	
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje	
FACTOR	100	
META	95%	
FÓRMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el multiplica por 100	
FUENTE DE LOS DATOS	<b>NUMERADOR:</b> Registro de personal capacitado (actas de reunión, listados de asistencia). <b>DENOMINADOR:</b> Registro total de personal asistencial y administrativo.	
RESPONSABLES	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Funcionarios asistenciales que vayan a ser capacitados y evaluados	
	<b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Gestión del Conocimiento	
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Jefe de Calidad.	
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Proceso de Gestión de Calidad.	

**Eje 4: Pro- calidad de vida y bienestar.**

QUÉ (W)	CÓMO (H)	POR QUÉ (W)	DÓNDE (W)	QUIÉN (W)	CUÁNDO (W)	INDICADOR
Realizar los tratamientos de acuerdo a los protocolos establecidos y GPC según las necesidades del paciente.	1. Asignación de citas en tiempos prolongados, generando continuidad en los tratamientos que requiera la persona mayor, así como la equidad de financiamiento de prótesis totales para esta población. 2. Capacitación de GPC al Talento Humano asistencial, así como los protocolos de la institución y rutas de atención para cada especialidad según la necesidad real del paciente.	La persona mayor se le debe garantizar una calidad de vida óptima, las patologías orales repercuten en el estado salud general del paciente y biopsicosocial como el autoestima, comunicación y la alimentación.	IPS	1. Equipo administrativo. 2. Gerente. 3. Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Talento Humano asistencial.	20 de Enero del 2021.	Número de tratamientos realizados de acuerdo a la necesidad del paciente según el protocolo de atención en un periodo/ Número total de tratamientos realizado en un periodo x 100

<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	27 de Marzo del 2020.	<b>CÓDIGO DEL INDICADOR</b>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Pertinencia en los tratamientos	E:08
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Pertinencia	
<b>NUMERADOR</b>	Número de tratamientos realizados de acuerdo a la necesidad del paciente según el protocolo de atención en un periodo	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de tratamientos realizados en un periodo	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Porcentaje	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	95%	
<b>FÓRMULA DEL CÁLCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el multiplica por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Historia Clínica y sistema de gestión. <b>DENOMINADOR:</b> Historia Clínica y sistema de gestión.	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Área de Gestión Asistencial. <b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Gestión de Calidad. <b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Jefe de calidad.	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	Mensual	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Proceso de Gestión de Calidad.	

Lineamientos para la atención en salud oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de calidad

González D.

### Eje 5: Más salud, menos riesgo.

QUÉ (W)	CÓMO (H)	POR QUÉ (W)	DÓNDE (W)	QUIÉN (W)	CUÁNDO (W)	INDICADOR
Evitar o disminuir los Eventos Adversos siguiendo los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Se debe seguir los protocolos e implementar lo referido en la Política de Seguridad del Paciente.</li> <li>Se deben reportar todos los Eventos Adversos ocurridos en consulta.</li> </ol>	La Política va a direccionar hacia la prestación y atención de Servicios de Salud más seguros, se requiere que esta información sobre la Seguridad del Paciente esté integrada para poder difundir, desplegar y generar el conocimiento para así estimular a los colaboradores al desarrollo e implementación de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro de los objetivos propuestos.	IPS	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jefe de Calidad</li> <li>Gerente</li> <li>Talento Humano asistencial.</li> </ol>	20 de Enero del 2021.	Número total de Eventos Adversos reportados y gestionados/ Número total de Eventos Adversos detectados x 100

<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	27 de Marzo del 2020.	<b>CÓDIGO DEL INDICADOR</b>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Proporción de vigilancia de Eventos Adversos.	E:09
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Seguridad	
<b>NUMERADOR</b>	Número total de Eventos Adversos reportados y gestionados	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de Eventos Adversos detectados	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Porcentaje	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	95%	
<b>FÓRMULA DEL CÁLCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el multiplica por 100.	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Actas y registros donde se reportan los Eventos Adversos mensuales. <b>DENOMINADOR:</b> Actas y registros donde se reportan los Eventos Adversos mensuales.	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Área Asistencial. <b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Gestión de Calidad <b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Jefe de calidad.	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	Mensual	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Proceso de Gestión de Calidad.	

**Eje 6: Impacto en la calidad de vida de la persona.**

QUÉ (W)	CÓMO (H)	POR QUÉ (W)	DÓNDE (W)	QUIÉN (W)	CUÁNDO (W)	INDICADOR
Atender las reales necesidades del paciente donde sienta que su problema ha sido resuelto e influye en la mejora de su calidad de vida.	Definir las metas de tratamientos y atención para esta población.	Va de la mano con el atributo de satisfacción, lo ideal es generar los mejores resultados en la atención y tratamientos de la persona mayor, y las metas propuestas.	IPS	1. Jefe de calidad. 2. Gerente. 3. Talento Humano Administrativo y Asistencial.	20 de Enero del 2021.	Cantidad de tratamientos efectuados/ Cantidad de tratamientos estimados x 100

<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	27 de Marzo del 2020.	<b>CÓDIGO DEL INDICADOR</b>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Porcentaje de cumplimiento del servicio.	E:10
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Eficacia	
<b>NUMERADOR</b>	Cantidad de tratamientos efectuados	
<b>DENOMINADOR</b>	Cantidad de tratamientos estimados	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Porcentaje	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	95%	
<b>FÓRMULA DEL CÁLCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el multiplica por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Historia Clínica y sistema gestión. <b>DENOMINADOR:</b> Historia Clínica y sistema de gestión.	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Área Gestión de Calidad. <b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Gestión de Calidad <b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Jefe de Calidad.	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	Mensual	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Proceso de Gestión de Calidad.	



### Eje 7: Envejecimiento activo saludable.

QUÉ (W)	COMO (H)	POR QUÉ (W)	DONDE (W)	QUIÉN (W)	CUANDO (W)	INDICADOR
Generar mecanismos que garanticen la atención pertinente al tratamiento según su necesidad y este conforme con los resultados obtenidos.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Generar continuidad en el tratamiento según el protocolo de atención, desde el inicio hasta el final del tratamiento, realizando los seguimientos y controles pertinentes. Generar citas antes de salir de consulta o educar al paciente de las alternativas que puede usar para solicitar una cita.</li> <li>2. Educar al paciente de la importancia de tener una salud bucal óptima, explicándole la enseñanza de la higiene oral y cuidados sobre la prótesis.</li> <li>3. Generando citas de atención en un tiempo corto no mayor a 5 días.</li> <li>4. Realizando el tratamiento adecuado en el cual el paciente se sienta seguro y convencido del procedimiento y el resultado que va a generarle.</li> <li>5. Realizar encuestas mensuales para medir calidad de satisfacción de la atención prestada en consulta.</li> </ol>	Creando una satisfacción en el usuario se garantiza una calidad de vida óptima, un estilo de vida saludable y la conformidad del tratamiento.	IPS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jefe de calidad.</li> <li>2. Gerente.</li> <li>3. Talento Humano administrativo y asistencial.</li> </ol>	20 de Enero del 2021.	Número total de pacientes que se hayan sentido satisfechos con los servicios prestados/ Número total de pacientes encuestados x 100

<b>FECHA DE EMISIÓN</b>	27 de Marzo del 2020.	<b>CÓDIGO DEL INDICADOR</b>
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	Tasa de satisfacción de la Atención Integral en Salud Oral.	E:11
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Satisfacción	
<b>NUMERADOR</b>	Número total de pacientes que se hayan sentido satisfechos con los servicios prestados	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de pacientes encuestados	
<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	Porcentaje	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>META</b>	95%	
<b>FÓRMULA DEL CÁLCULO</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el multiplica por 100	
<b>FUENTE DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b> Encuestas realizadas. <b>DENOMINADOR:</b> Encuestas realizadas.	
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Área administrativa. <b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Gestión de la Calidad <b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Jefe de Calidad.	
<b>PERIODICIDAD DE MEDICIÓN</b>	Mensual	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Proceso de Gestión de Calidad.	

El promover la participación del usuario y la familia, y sensibilizar la atención para esta población, nos da indicio a que debemos crear herramientas oportunas y eficaces, para responder a las necesidades reales de estos pacientes, para garantizarles una calidad de vida óptima a las personas mayores.

## 17. Bibliografía

- Agudelo-Suárez AA, López-Vergel F, Alzate-Urrea S, López-Orozco C, Espinosa-Herrera E, Posada-López A, Meneses-Gómez EJ. Salud bucal y género en relación a la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín: Los puntos de vista del personal de salud. *Rev Univ. salud.* 2016;18(1):58-68.
- Agudelo-Suárez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera E, Posada López A, Meneses-Gómez EJ. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 181-199. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.bfas>
- Alzate-Urrea S, Agudelo-Suárez AA, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera E, Posada López A. Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2015; 14(29): 83-96. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps14-29.cbsv>
- Blanco Mederos, Félix M. (2017). Consideraciones actuales sobre la Estomatología Geriátrica y su importancia para una longevidad saludable. *Revista Médica Electrónica*, 39(1), 70-83. Recuperado en 11 de marzo de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000100009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000100009&lng=es&tlng=es).

- Canadian Dental Association. Oral Health complications. What is oral health? Approved by Resolution 2001.02, Canadian Dental Association Board of Governors, March 2001).
- Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA, Irigoyen-Camacho ME. Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(5):321–9
- Castro Figueredo, K., Figueredo Pérez, M., & Betancourt Alonso, M. (2015). Estado de salud bucal en la población geriátrica de la casa de abuelos 28 de septiembre. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 40(2). Recuperado de <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/103/172>
- Cathalifaud, Marcelo; Thumala, Daniela; Urquiza, Anahi. (2011) Las nuevas exclusiones, La marginalidad de la vejez. Universidad de Chile.
- CEPAL, Naciones Unidas Conclusiones Segundo Foro Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Ciudad de Mexico, junio 2014).
- Cerón-Bastidas XA. Calidad de vida y su relación con la salud oral en personas de la tercera edad. *Rev Nac Odontol*. 2014;10(19):83-9. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/od.v10i19.853>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Ley de los derechos de las personas Adultas Mayores. 2017.
- Corona Carpio, I Dra. Ana Duharte Escalante, I Dra. Josefa Navarro Nápoles, I Dra. Ruth Ramón Jiménez, II y Dra. Lizel Díaz del Mazo III. Factores

locales y su relación con lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis totales.

Medisan 2017; 21(4):434.

– Chávez-Reátegui<sup>1,a,c</sup>, Jorge Enrique Manrique-Chávez<sup>2,d</sup>, Jorge Adalberto ManriqueGuzmán<sup>3,b,d</sup>. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor. Rev Estomatol Herediana. 2014 Jul-Set;24(3):199-207.

– Díaz Cárdenas, Shyrley, Arrieta Vergara, Katherine, & Ramos Martínez, Ketty. (2012). Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 9-16. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100003>

– Diaz- Reissner CV, Perez- Bejarano NM, Ferrerira- Gaona MI, Sanabria- Vazquez DA, Torres- Amarilla CD, Araujo A, Fernandez B, Fleitas D, Real C, Godoy, J, Paez E. Autopercepcion de la calidad de vida relacionada con salud oral en adultos mayores residentes en albergues estatales del área metropolitana, Paraguay. (2015) *Revista Odontológica Latinoamericana*. Vol 7. Num. 1. Pp 23-31.

– Donabedian Avedis. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Segunda ed. Mexicana P, editor. México: Prensa Médica Mexicana ; 2001.

- Duarte-Tencio Tatiana Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica. Consideraciones en el manejo odontológico del paciente geriátrico. Revista Científica Odontológica ISSN: 1659-1992 • Vol. 8 / N°1 • Enero a junio de 2012.
- Duque-Duque,<sup>1</sup> Juliana Tamayo-Castrillón,<sup>1</sup> Paula Andrea Echeverri-Cadavid,<sup>1</sup> Alejandra Yulieth Gutiérrez-Osorio,<sup>1</sup> Daniela Sepúlveda-Correa,<sup>1</sup> Odila Giraldo-Ramírez,<sup>2</sup> Andrés A. Agudelo-Suárez. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. Revista CES Odontología ISSN 0120-971X Volumen 26 No. 1 Primer Semestre de 2013.
- Duque-Duque, Vanesa Esmeralda, Tamayo-Castrillón, Juliana, Echeverri-Cadavid, Paula Andrea, Gutiérrez-Osorio, Alejandra Yulieth, Sepúlveda-Correa, Daniela, Giraldo-Ramírez, Odila, & Agudelo-Suárez, Andrés A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES Odontología*, 26(1), 10-23. Retrieved March 11, 2020, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-971X2013000100002&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2013000100002&lng=en&tlng=es).
- Durán-Napolitano<sup>1</sup> LinkedIn, Patricia Moya-Rivera<sup>2</sup> , Josefina Aubert-Valderrama<sup>3</sup> , Angélica Becerra-Reus<sup>4</sup> , Andrea Lara-Lüer<sup>5</sup> , María José Monsalves-Villalobos. Percepción de salud bucal en adultos mayores de dos comunas con desarrollos extremos en Chile. 2016.

- Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB 2014. MinSalud.
- Encuesta SABE Colombia 2015. MinSalud.
- Gutiérrez Segura, Mildred, Sánchez Ramírez, Yohandra, & Castillo Santiesteban, Yanet. (2013). Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. *Correo Científico Médico*, 17(4), 452-460. Recuperado en 11 de marzo de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000400005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400005&lng=es&tlng=es).
- Hernández, Eva, Ordaz Hernández, Mayra, & Zeida Rodríguez Perera, Eva. (2015). Salud oral en población geriátrica: experiencia en una casa de abuelos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(3), 423-432.
- Islas-Granillo, Horacio, Medina-Solís, Carlo E., Navarrete-Hernández, José J., Minaya-Sánchez, M, Vallejos-Sánchez, Ana A, Fernández-Barrera, Miguel Á., & Cuevas-Suarez, Carlos E.. (2015). Prevalencia de dentición funcional en ancianos mexicanos. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 8(2), 150-156. <https://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.04.004>
- Mejía-Pérez PM, Arbeláez-Lelió D, Múnera MC. Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia. *Rev. CES Odont* 2017; 30(1): 51-67.
- Ministerio de Salud; Servicio Nacional del Adulto Mayor. Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2010-2025.

- Miranda Tarragó, Josefa. (2012). Salud bucal y envejecimiento saludable. *Revista Cubana de Estomatología*, 49(2), 88. Recuperado en 11 de marzo de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072012000200001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000200001&lng=es&tlng=es).
- Moreno JA, Montoya AF, Gómez DP, Arboleda A, Zea FJ, Agudelo AA. Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar que acude a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia: un estudio piloto. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2012; 24(1): 22-36
- Moya P 1 , Chappuzeau E 2 , Caro JC 3 , Monsalves MJ 4 . Situación de salud oral y calidad de vida de los adultos mayores. *Rev Estomatol Herediana*. 2012; oct-dic 22(4):197-202.
- Olivo Viana, Marcelo Piña. Envejecimiento y Cultura en América Latina y el Caribe. Instituto de Ciencias Sociales, Universidad Católica del Maule. 2019.
- Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2ª Edición. Washington, D.C.: OPS, © 2011.
- Pérez Hernández. Salud periodontal en gerontes de casas de abuelos en Pinar del Río Leyda. *Rev. Ciencias Médicas*. Marzo-abril, 2015; 19(2):195-205.
- Plan de Asistencia Dental Gerontológica-PADGE. Antonio Brugos. 2014.
- Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030. Diciembre 2017. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención Y Control de Enfermedades Departamento de Salud Bucal.



- Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024. MinSalud.
- Posada López, A.; Agudelo Suarez, A. A. & Meneses Gómez, E. J. Condiciones de salud oral y estado protésico de la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín (Colombia). *Int. J. Odontostomat.*, 10(1):161- 171, 2016.
- Posada-López A, Agudelo-Suárez AA, Murillo-Pedrozo AM, Ramírez-Sepúlveda KA, Zuluaga-Villegas D, Vasco-Grajales K et al. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida en pacientes adultos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia y sus factores relacionados. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2014; 25(Supl): S96-S108.
- Resolución 3280- 2018. MinSalud.
- Resolución 5857-2018. MinSalud.
- Rocha- Buelvas 2013. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad.
- Rodríguez Fuentes, I Yunier Arpajón Peña, II Isis Bárbara Herrera López, I Milay Justo Díaz, I Zuilen Jiménez Quintana I. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. *Rev Cubana Estomatol*, Vol. 53, No. 4 (2016).
- Rojas González, C, Segovia Chamorro, J, Raccoursier Schwerter, V, Godoy Olave, J, & Lopetegui Buschmann, MS. (2010). Estado periodontal y necesidad de

tratamiento en pacientes GES 60 años de Villa Alemana. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 3(2), 86-89. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000200005>

- Secretaría de salud. Instituto de geriatría. Envejecimiento Humano Una visión transdisciplinaria 1a edición, México 2010 ISBN 978-607-460-121-3.
- Valenzuela, M. (2015). Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿Es necesaria una reforma al GES-60 años?. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(2), p. 181-187. doi:10.5354/0719-5281.2015.36782

## Anexos

### Anexo 1. Matriz de recolección de información del objetivo 1.

REFERENCIA	TIPO DE FUENTE	OPORTUNIDAD	SEGURIDAD	EFICACIA	PERTINENCIA	CONTINUIDAD	ACCESIBILIDAD	SATISFACCIÓN

Fuente: Elaborado por la autora Enero 2020.

### Anexo 2. Matriz de recolección de información del objetivo 3.

REFERENCIA	TIPO DE FUENTE	NECESIDAD DEL TRATAMIENTO	TIPO DE TRATAMIENTO	AFILIACION	RELACION DE LAS PATOLOGIAS ORALES Y	RELACION DE LAS PATOLOGIAS ORALES Y
ENSAB IV 2014. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.	PRIMARIA	<p>“El menor valor se encuentra en Bogotá en el que el 24,9% de los adultos de esta edad presentan caries no tratadas.”</p> <p>“Más específicamente, en Bogotá se observa el 7,70% de pérdida de inserción localizada, y el 91,25% de pérdida de inserción generalizada.”</p> <p>“La mayor ausencia total de función (48,43%) la presenta Bogotá.”</p> <p>“Bogotá es la región en que más personas presentan edentulismo total superior (51,42%).”</p> <p>“Llama la atención que Bogotá muestra el mayor promedio con 11,91 pares oclusales, lo que indica una mayor presencia de rehabilitación.”</p>	<p>“Bogotá muestra la mayor presencia de prótesis parcial en maxilar superior con 90,39%.”</p> <p>“Bogotá es la de menor requerimiento de este tipo de prótesis parcial en maxilar superior con 57,50%.”</p> <p>“El mayor porcentaje de presencia de prótesis parcial en maxilar inferior se observa en Bogotá con 75,49%.”</p> <p>“En cuanto a las regiones, Bogotá tiene el mayor porcentaje de individuos edéntulos que usan prótesis total superior con el 98,22%.”</p> <p>“La presencia de prótesis total en maxilar inferior es de 72,67% en los edéntulos para este grupo de edad.”</p>	-	-	-

Fuente: Elaborado por la autora Enero 2020

### *Anexo 3. Artículo.*

## **LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD ORAL CENTRADA EN PERSONAS MAYORES A PARTIR DE LOS ATRIBUTOS DE CALIDAD**

**González D.<sup>1</sup>**

Se estima que para el año 2050, el porcentaje de la población mundial correspondiente a personas mayores (más de 60 años de edad en países desarrollados y más de 65 años de edad en países poco desarrollados) se duplicará respecto al porcentaje actual. En el año 2015 se reportaba un 12% de población perteneciente a este rango de edad y se espera alcanzar para el año 2050 el 22% (Organización Mundial de la Salud, OMS 2018), además de esto, según resultados obtenidos en el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV, 2014), se evidenció que existe un incremento de la pérdida dental parcial y total, asociada por caries y enfermedades periodontales en los pacientes estudiados en este rango de edad. Considerando que existe una relación entre las patologías orales y las enfermedades crónicas (Hipertensión, diabetes, entre otras), que padece el paciente, así como la afectación a su calidad de vida. La falta de lineamientos no permite encarar la demanda creciente prevista, garantizándoles la atención y respondiendo a las necesidades reales de esta población, afectando los atributos de calidad como la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia, eficacia, seguridad y satisfacción al servicio de salud oral. El objetivo y alcance de este estudio es proponer unos lineamientos para la atención en Salud Oral centrada en personas mayores a partir de los atributos de calidad y formular recomendaciones para su implementación. El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo, estableciendo una revisión de literatura nacional e internacional de los últimos 10 años, referente a la atención en Salud Oral en personas mayores. El método para la investigación es de análisis cualitativo, se recolectaron un conjunto de datos correspondientes a las variables de estudio de diversos artículos en una matriz; se caracterizó la ruta de Atención en Salud Oral en Bogotá y la Ruta Integral de Atención en Salud en el marco de Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), para esta población con el fin de compararlas, además de considerar los datos obtenidos de parte del Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV, 2014) y la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2015). Al analizar las rutas trazadas que existen en Bogotá para este tipo de población, se evidenció que no existen lineamientos centrados en Salud Oral para las personas mayores que se basen en los atributos de calidad, para poder generar respuestas a las necesidades reales de estos pacientes. Por ello, se proponen unos lineamientos y recomendaciones centrados en la persona mayor, su familia, o cuidador, para la atención integral en Salud Oral, basados en los atributos de calidad.

*Palabras Clave:* Persona mayor, Salud Oral, Lineamientos, Atributos de Calidad

---

<sup>1</sup> Independiente, Odontólogo general, [dca Gonzalez@unbosque.edu.co](mailto:dca Gonzalez@unbosque.edu.co)

It is estimated that by the year 2050, the global population percentage will consist of people who fall in the age bracket of 60 or older, double the current percentage. In 2015, it was reported that 12% of the population pertained to this age bracket and it is estimated that by the year 2050 it will rise to 22%. (OMS, 2018). Furthermore, results obtained by ENSAB IV, 2014 indicate an increase in the partial and total dental loss caused by cavities and periodontal diseases in this age bracket. Considering the correlation between oral pathologies and chronic illness (e.g., hypertension and diabetes) that a patient may suffer from, their quality of life may also be affected. The lack of guidelines does not allow confrontation of the anticipated growing demand, guaranteeing them the care, and responding to the population's real needs, which affects the quality of attributes such as the opportunity, accessibility, continuity, pertinence, efficacy, safety, and satisfaction of oral health services. The objective and scope of this study is to propose Oral Health guidelines for older individuals based on the quality attributes and formulated recommendations for implementation. The type of study that was applied was observational, descriptive, establishing a national and international literature review from the past 10 years, with a focus on Oral Health in older individuals. The research method utilized was qualitative analysis, in which data sets were collected corresponding to the study variables of diverse articles in a matrix, the Oral Health care route in Bogota was categorized, and the Comprehensive Health Care Route for this population in order to compare them, in addition to considering the data obtained from ENSAB IV, 2014 and SABE, 2015. Upon analyzing the routes that exist in Bogota for this type of population, it was shown that no current guidelines exist that are focused on Oral Health for older individuals that are based on quality attributes, in order to create responses for the immediate needs of these patients. Thus, certain guidelines and recommendations are proposed with a focus on the elderly, their family, or caregiver, for comprehensive Oral Health care, based on quality attributes.

***Key Words:*** *Older person, Oral Health, Guidelines, Quality Attributes.*

## Introducción

En Colombia, se considera como persona mayor las personas de 60 años en adelante. *“Desde un punto de vista social, son sujetos de derechos, socialmente activos, con garantías y responsabilidades de sí mismos”* (Ministerio de Salud y Protección Social).

Los datos y cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que para el año 2050, se estima que aproximadamente el 80% de las personas mayores, vivirán en países de bajos y medianos ingresos. Por esta razón, todos los países enfrentan retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar este cambio demográfico. Según resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2015), alrededor de dos terceras partes de la población considerada como persona mayor requiere prótesis total, además resalta mayor necesidad en los estratos socioeconómicos bajos en comparación con los estratos altos, principalmente en el área rural. Según el Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV, 2014), esta población refleja un índice de caries del 96.26%. Periodontalmente, el índice de extensión y severidad es de 79%, y el 98.90% presenta pérdida dentaria parcial. Estos resultados demuestran la alta incidencia de afecciones orales de este grupo de pacientes, lo cual impacta su salud general siendo este el grupo de quienes presentan mayormente enfermedades crónicas.

Desde el punto de vista normativo, las personas mayores, se encuentran respaldadas desde la Constitución Política de 1991, donde en el Artículo 46, establece que el estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. Así mismo en el año 2015

una de las leyes más importantes relacionadas con el sector salud, fue la Ley Estatutaria 1751, la cual consagra la salud como un derecho fundamental. Seguido de esto, se establecieron medidas de protección para la persona mayor en la Ley 1850 creada en el año 2017. Por otra parte se encuentra la Resolución 3280 publicada en el año 2018, la cual está relacionada con los lineamientos técnicos y operativos de la *“ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud”*. Enfocándonos en las necesidades de esta población, la Resolución 5857 del 2018, habla de la actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, específicamente en el Artículo 35, indica el beneficio que tienen los pacientes afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado, en cuanto a la prótesis mucosoportadas. En la Resolución 2626 del año 2019, se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE. Existe una Política de Envejecimiento humano y vejez para el periodo 2015- 2024, la cual está diseñada para garantizar una calidad de vida óptima para las personas mayores, brindándoles igualdad social, salud, seguridad social en pensiones y la restitución de los derechos humanos. Finalmente mencionaremos el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, cuyo principal objetivo es abordar los procesos de salud y enfermedad, de una manera positiva y efectiva, mediante la intervención de los determinantes sociales, haciendo un análisis crítico de la situación actual del panorama de la salud, para finalmente garantizar a la población el bienestar integral y la calidad de vida en nuestro país, bajo el enfoque de curso de vida.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2009), se realizó un estudio en algunos países de América del Sur, sobre la cobertura de salud de las personas

mayores, el cual muestra que la edad no siempre es un factor de exclusión para la atención en salud, sino que también depende del nivel de ingreso económico y el tipo de sistema de salud que exista en estos países. Por ejemplo, en Argentina, el 76.5% de esta población, está cubierta por la obra social (público) o un plan de salud privado. En Brasil, el 70% de las personas mayores, está cubierto por un sistema público. En Paraguay, más del 83% no tiene ningún tipo de seguro médico y en caso de que se enfermen deben asumir ellos el costo. (OISS, 2007). Las últimas encuestas de hogares disponibles en Bolivia, Chile y el Salvador, indican que 7 de cada 100 personas mayores con problemas de salud, no acuden a un servicio médico por dificultad en el acceso.

Actualmente en Colombia, la atención en el área de Salud Oral, enfrenta una demanda de cuidado centrada principalmente en los infantes, sin embargo, en el futuro cercano se espera que sean las personas mayores y las personas con dependencia funcional las que constituyan la carga de asistencia mayoritaria (Política Nacional de Envejecimiento 2015-2024). Al considerar los resultados mostrados en el ENSAB IV y la encuesta SABE frente al estado de Salud Oral de las personas mayores en el País y al hacer una revisión de literatura nacional, se evidenció poca oferta en los servicios de Salud Oral centrado en las personas mayores, impactando en los atributos de calidad, como lo son, oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia, eficacia, satisfacción y seguridad. Como prueba de lo anteriormente expuesto, se observa un consenso entre el Plan Decenal Salud Pública 2012 - 2021, la Política Nacional de Envejecimiento humano y vejez 2015- 2024 y las Rutas Integrales de Atención, al reconocer la necesidad de plantear una respuesta para la

creciente demanda de atención en Salud Oral de este grupo poblacional.

En los artículos revisados en Colombia, no se evidenciaron estudios que hayan tenido éxito con la calidad de los servicios prestados en salud oral desde los atributos de calidad para esta población específicamente.

Por otro lado, hay limitantes importantes en los procedimientos para acceder a oportunidades en el sistema de salud actual, por ejemplo, existe cierto desconocimiento de cómo acceder y solicitar una cita para el servicio de Salud Oral. En muchas ocasiones se presentan barreras en el acceso. Otro factor que afecta a esta población, es el Plan de Beneficios de Salud (PBS), en el cual se incluyen prótesis mucosoportadas totales a personas afiliadas al Régimen Contributivo que tengan un ingreso de base de cotización igual o inferior a 2 SMLV (Salarios Mínimos Legales Vigentes), mientras que para el Régimen Subsidiado incluye todos los afiliados. Por lo tanto, genera inequidad al acceso, a la oportunidad y pertinencia del tratamiento que requiere el paciente, dando a entender que las personas que no cumplan con esta condición, deben pagarse su tratamiento de forma particular. Esto conlleva a la falta de continuidad en el tratamiento, lo que genera una brecha en la Atención Integral del paciente, afectando la pertinencia en sus tratamientos según su requerimiento, si las personas mayores no reciben una atención eficaz que den soluciones a sus necesidades reales, dará como resultado un paciente insatisfecho con el servicio. Con base en lo anteriormente expresado y dando alcance a lo propuesto en la Política de envejecimiento humano y vejez 2015-2024, en contar con un modelo de atención centrado en la persona mayor, como objetivo general de este estudio se proponen unos lineamientos para la atención en Salud Oral centrada en personas mayores orientado a

la resolución de sus necesidades reales en términos de los atributos de calidad.

### **Metodología**

Se desarrolló un estudio descriptivo, mediante una revisión de literatura referente a la atención en Salud Oral para las personas mayores.

Para la búsqueda se seleccionaron los siguientes criterios de inclusión: artículos consultados referentes a la atención en Salud Oral en personas mayores, centrada en los atributos de calidad en los últimos 10 años a nivel nacional e internacional, artículos referentes a lineamientos que se implementaron a nivel internacional basados en la atención en Salud Oral y artículos relacionados con experiencias exitosas de modelos y rutas de atención internacionales y nacionales. Para los criterios de exclusión se usaron artículos referentes a Salud Oral en una población de 1 día de nacido hasta los 59 años.

La técnica de recolección de información para este estudio, se hizo mediante un análisis documental de fuentes secundarias de orden nacional e internacional, tales como revistas científicas, lineamientos y guías, relacionados con el tema, la mayoría se obtuvo de Scientific Electronic Library Online. Una vez recolectada la información de los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, se consignó la siguiente información: referencia, tipo de fuente, atributos de calidad (oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad, satisfacción, seguridad, eficacia), basados en la atención en Salud Oral y modelos de atención exitosos en Salud Oral.

Posteriormente, se realizó la caracterización de las rutas de atención en Salud Oral en Bogotá y de la Ruta Integral de Atención en

Salud para personas mayores, promulgada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Con el objetivo de identificar las necesidades de Salud Oral de la persona mayor en Bogotá, se realizó la revisión documental del ENSAB IV, 2014 y de la encuesta SABE 2015.

A partir de la información recolectada y su posterior análisis, se realizó la formulación de los lineamientos para la atención en Salud Oral de la persona mayor y sus recomendaciones para la implementación.

### **Resultados**

Como resultado de la revisión de literatura nacional e internacional, se encontraron un total de 50 artículos, de los cuales 16 no cumplieron con los criterios de inclusión, por encontrarse asociados a otras etapas del curso de vida, Salud Oral desde el abordaje clínico y enfermedades crónicas y su relación con la calidad de vida, 34 artículos si cumplieron con los criterios persona mayor, modelos de atención exitosos, atributos de calidad y Salud Oral.

Los países de origen de los artículos fueron: 11 correspondientes a Colombia (Medellín y Cartagena), 8 Cuba, 6 Chile, 3 México, 1 España, 1 Perú, 1 Paraguay, 1 Brasil, 1 Costa Rica y uno de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Tabla 1).



**Tabla 1.** Resultado de artículos que cumplieron o no con los criterios de inclusión y totalidad de artículos encontrados de acuerdo a los países de origen.

PAISES	CUMPLEN CRITERIOS	NO CUMPLEN CRITERIOS	TOTAL ARTICULOS
Colombia	11	-	-
Cuba	8	5	-
Chile	6	4	-
México	3	-	-
España	1	2	-
Perú	1	-	-
Paraguay	1	-	-
Brasil	1	-	-
Costa Rica	1	-	-
Nicaragua	-	2	-
Argentina	-	2	-
Canadá	-	1	-
OPS	1	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>16</b>	<b>50</b>

**Fuente:** Elaborado por la autora, a partir de la revisión de literatura. Mayo 2020.

A nivel internacional se encontraron 24 artículos, de los cuales la mayoría pertenece a Cuba. Las veces que fueron mencionados estos atributos en los artículos correspondientes, fueron los siguientes: 15 respectivos al atributo de accesibilidad, 13 a la oportunidad, 9 a la pertinencia, 7 a la eficacia, 3 a la continuidad, 2 de satisfacción, y 2 de seguridad. (Tabla 2).

**Tabla 2.** Resultado de número de veces encontrados, los atributos de calidad en los artículos internacionales usados.

ATRIBUTOS DE CALIDAD	# DE VECES MENCIONADOS
Accesibilidad	15
Oportunidad	13
Pertinencia	9
Eficacia	7
Continuidad	3
Seguridad	2
Satisfacción	2

**Fuente:** Elaborado por la autora, a partir de la revisión de literatura. Mayo 2020.

El atributo de accesibilidad en la mayoría de los países coincide con la inequidad de atención para las personas mayores y las barreras de acceso que existen. Piña y col (2019), señalan la dificultad que tienen para trasladarse a estos centros cuando la persona mayor vive sola y no cuenta con ninguna ayuda, presenta problemas

de movilidad o bien sea que viven en una zona retirada donde no existe transporte público, o simplemente no tienen conocimiento del proceso para acceder a estos servicios. A pesar de estas barreras, Madero y col (2017) afirman que Chile creó unas estrategias utilizadas hasta ahora para aumentar la cobertura y el acceso a la atención en Salud Oral en esta población. También plantean la posibilidad de ampliar la cobertura por parte del sistema de salud y de apoyar a este tipo de población en su Salud Oral. (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2011).

El atributo de oportunidad, Chávez y col, (2014), hace referencia a programas para las personas mayores, donde incluye la promoción y prevención para la Salud Oral. Por otro lado Valenzuela y col, (2015), indica que el inicio del tratamiento no debería ser mayor a 90 días, desde el momento de solicitar la cita.

Para el atributo de pertinencia, indican lo importante que es realizarles a los pacientes el tratamiento que requiera según su necesidad, ya que esto ayuda a disminuir patologías si son tratadas a tiempo. Bastidas y col (2014), señalan que existe cierta preocupación de algunas entidades que realizan diagnósticos en salud oral para brindar tratamientos pertinentes que mejoren las condiciones de esta población y aun así siguen existiendo múltiples falencias a nivel mundial en cuanto a la prestación de servicios de salud.

Con respecto a la eficacia no se han obtenido resultados positivos, Pérez y col (2015), indica que a pesar de que el gobierno cubano ha realizado grandes esfuerzos por la Salud Oral para garantizar la atención de este grupo poblacional, han comprobado que la demanda de necesidad sentida hacia los problemas periodontales ha decaído y ha incidido de forma negativa en la morbilidad de esta patología. Esto demuestra que no existe o es muy escasa la

atención odontológica preventiva con respecto al incremento de las patologías. (OPS, 2011).

Para el atributo de satisfacción, refleja la literatura que no se han obtenido los resultados esperados para este servicio.

En Chile, el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030, propone mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción de las personas mayores realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente.

La información considerada para la evaluación el atributo de seguridad fue desestimada, debido a que cada Institución debe tener su Política de Seguridad del Paciente y reportar Eventos Adversos.

A nivel nacional se encontraron 11 artículos, de los cuales la mayoría pertenecía a la ciudad de Medellín. Las veces que fueron mencionados estos atributos en estos artículos, son los siguientes: 6 corresponden al atributo de accesibilidad, 5 pertenecen al atributo de pertinencia al igual que el atributo de oportunidad, 1 es referente al atributo de satisfacción, 1 al atributo de continuidad, y 2 al atributo de eficacia. (Tabla 3)

**Tabla 3.** Resultado de número de veces encontrados, los atributos de calidad en los artículos nacionales usados.

ATRIBUTOS DE CALIDAD	# DE VECES MENCIONADOS
Accesibilidad	6
Oportunidad	5
Pertinencia	5
Eficacia	2
Continuidad	1
Seguridad	0
Satisfacción	1

Fuente: Elaborado por la autora, a partir de la revisión de literatura. Mayo 2020.

Estos resultados evidenciaron un mayor enfoque en la accesibilidad, oportunidad y pertinencia para la atención de las personas mayores en Salud Oral y como esto afecta su calidad de vida.

Según Cárdenas y col (2012), indica la influencia de la salud bucal en la calidad de vida de las personas mayores, “*las dimensiones registradas con mayor impacto son malestar psicológico, dolor físico y limitación funcional, lo cual indica implicaciones importantes en la realización de sus actividades cotidianas*” las personas con estas características se dirigen a solicitar el servicio odontológico, por presentar problemas en su capacidad fisiológica oral, que además les impide mantener una comunicación adecuada, lo ideal es que estas necesidades sean evaluadas antes de que afecten su calidad de vida, “*sin embargo, debido a la creciente demanda de atención de este grupo poblacional en nuestro país, se genera un importante problema de salud pública que debe ser abordado.*”

En Medellín un estudio realizado por Duque-Duque y col (2013), se refirió a las barreras de accesibilidad que existen en el servicio “*Se sabe que la necesidad de tratamiento odontológico en las personas mayores es alta y a pesar de esto, la oferta de servicios sigue siendo menor o el costo para buscar la atención que se necesita dificulta el acceso a la misma*”.

Suarez y col (2014), se refieren acerca del atributo de oportunidad para esta población indicando que dan prioridad a la población gestante y escolar, atendiendo a las personas mayores según una programación preestablecida “*Esto ocasiona problemas de acceso a los tratamientos curativos para esta población, por cuanto se retrasa la asignación de citas, lo cual afecta la oportunidad en el servicio*”. Según Agudelo y col (2014), indican que otra barrera en el atributo de oportunidad ocurre cuando se requiere algún tratamiento de alta complejidad sumándole la demora de la atención cuando ya ha sido generada la cita odontológica.

Este retraso genera brechas en la continuidad, lo cual Moreno y col (2012), evidencian en su artículo e indican que la falta de citas de mantenimiento afecta al refuerzo educativo y a la valoración constante de los cambios que podrían generarse en los tejidos y los aparatos protésicos.

Con respecto al atributo de pertinencia, a pesar de que se realizan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se evidencian pérdidas dentales y falta de rehabilitación pertinente, lo cual contribuye al deterioro de la salud bucal (Agudelo y col, 2014). López y col (2014), indican que las personas mayores se dirigen a otros centros de servicios *“para resolver la situación de salud bucal que el Sistema de Salud no soluciona con eficacia y pertinencia.”* De esta misma manera, Duque y col (2013), señalan lo importante de la formulación de Políticas Públicas dirigidas a atender las necesidades de esta población y a ofrecer una atención pertinente, con calidad *“y que dé respuesta a las necesidades reales para mejorar las condiciones de salud bucal.”* Esto afecta el atributo de eficacia y Suarez y col (2014) plantea como las poblaciones de mayor vulnerabilidad social y con mayores necesidades en salud son aquellas que han recibido menor atención.

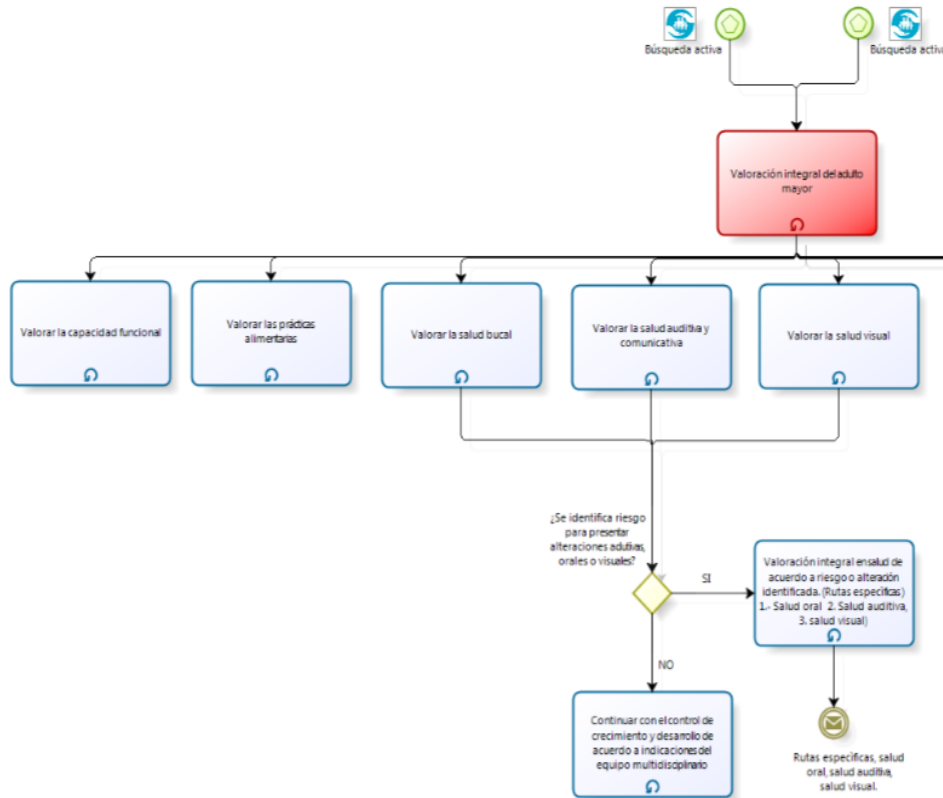
La falta de una ruta específica para las personas mayores genera inconsistencias de cómo debe ser la atención en Salud Oral para esta población generando repuestas a las reales necesidades y ofreciendo una atención con calidad óptima. Existen dos rutas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, la primera se trata sobre la Atención Integral en salud específicamente para la persona mayor y la otra referente a la Atención Integral en Salud Oral para todo tipo de población.

La primera ruta es referente a la Atención Integral en salud para la persona mayor, está dada por una puerta de entrada para realizar una valoración en la cual se examine la capacidad funcional y las prácticas alimentarias que tiene el paciente. En ella, se valora la salud bucal, la salud auditiva, comunicativa y visual, se deben identificar si existen o no riesgos que puedan presentar alteraciones en ellas, si la respuesta es afirmativa se debe seguir una ruta específica correspondiente al área, si por el contrario es negativo se debe continuar con el control de acuerdo a las indicaciones del equipo multidisciplinario. Para la salud sexual y reproductiva, si existe alteración de la función sexual o se evidencian riesgos para las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se debe aplicar la atención de acuerdo a las Guías Prácticas Clínicas (GPC) y a la ruta correspondiente, de ser negativa se debe continuar con la valoración integral de la salud para el bienestar. La valoración de la salud mental, primero se debe identificar si existen o no factores de riesgos para trastornos del comportamiento, mentales y violencia, si la respuesta es positiva, se debe realizar la atención de acuerdo a la GPC, siguiendo la ruta específica, de ser negativa se continúa de igual manera la valoración y educación para la salud.

Si en la valoración integral se detectan tempranas alteraciones en la salud de la persona mayor se debe establecer un diagnóstico y brindar la atención necesaria, siguiendo las rutas específicas y las GPC. Si la persona es laboralmente activa, se realiza la valoración de salud del trabajador, con el fin de identificar si existen riesgos en salud y seguridad en el trabajo, de existir estos riesgos debe realizarse una remisión y manejo de acuerdo a las Guías de Atención en Seguridad y Salud en el trabajo, seguido de las rutas de riesgos laborales (MinSalud, 2016).

A continuación, se describe la ruta integral específica para las personas mayores en Colombia. (Figura 1)

Figura 1. Diagrama RIAS, Promoción y Mantenimiento de la Salud vejez en Colombia.



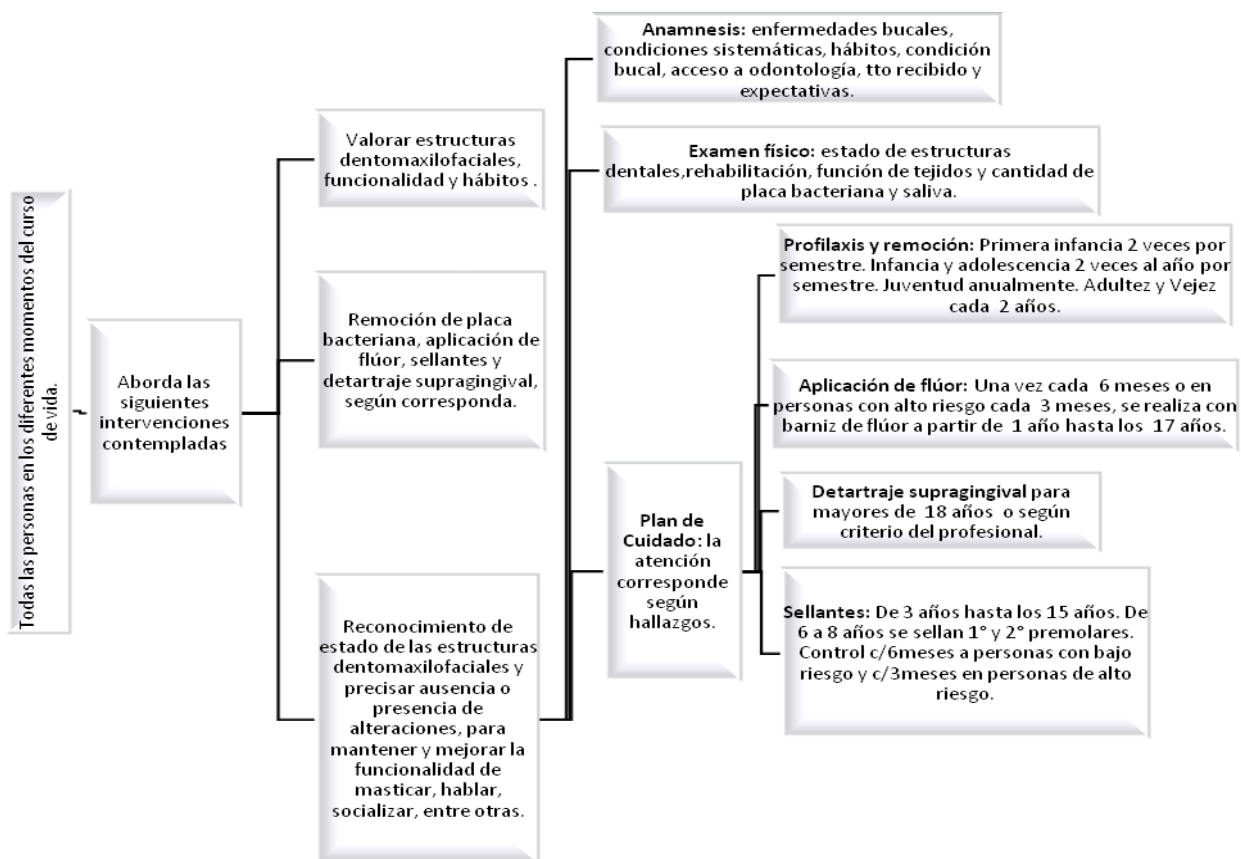
NOTA: para acceder a la ruta integral de salud para personas mayores completa, debe ingresar al siguiente link <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Diagrama RIAS Promoción y Mantenimiento de la salud vejez 2016.

La segunda ruta, referente a la Atención Integral en Salud Oral la cual está dirigida a todo tipo de población, se encuentra en la

Resolución 3280 del 2018, se resume a continuación en el siguiente diagrama (Figura 2):

Figura 2. Diagrama de Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de salud bucal.

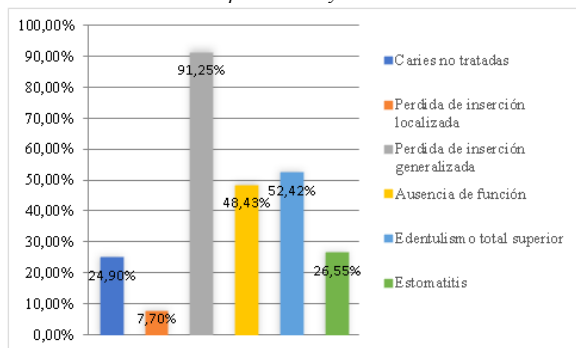


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280-2018.

Las necesidades reales de salud oral de las personas mayores, según el ENSAB IV, fueron las siguientes: pacientes con caries no tratadas con un 24.9%, con pérdida de inserción localizada con un 7.70% y el 91.25%, presenta pérdida de inserción generalizada. La mayor ausencia total de función la presenta Bogotá con 48.43%. Presenta edentulismo total

superior con un 51.42% y estomatitis con un 26.55%. (Gráfica 1)

**Gráfica 1. Resultados del ENSAB IV, según la necesidad de la persona mayor**

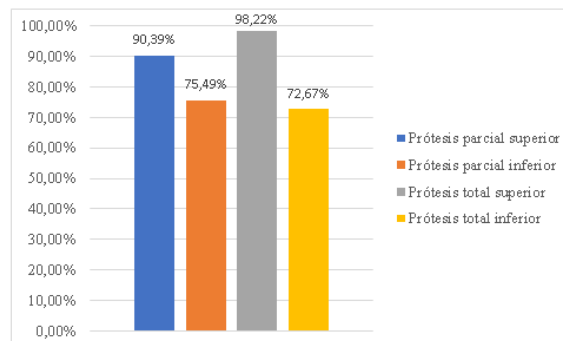


Fuente: Elaborado por la autora a partir de la revisión de la literatura Mayo 2020.

Como se puede observar en esta gráfica el mayor porcentaje pertenece a la pérdida de inserción generalizada, seguida de caries edentulismo total superior, ausencia de la función masticatoria, estomatitis, caries dental no tratada y pérdida de inserción localizada. Según estos resultados arrojados por el ENSAB IV, se puede observar la prevalencia de estas patologías, la falta de tratamiento y atención en salud oral para esta población ofreciéndoles una solución y educación pertinente a sus necesidades.

A continuación se muestran los tipos de tratamientos que mayormente requiere esta población según el ENSAB IV en Bogotá: la presencia de prótesis parcial en maxilar superior con un 90.39%, y de prótesis parcial en maxilar inferior, de un 75.49%. Presencia de prótesis total superior, es del 98.22%, y de prótesis total inferior, es de 72.67%, para este grupo de edad.(Gráfica 2).

**Gráfica 2. Resultado según el ENSAB IV según el tipo de tratamiento.**



Fuente: Elaborado por la autora a partir de la revisión de la literatura Mayo 2020.

Lo anterior permite observar un un alto porcentaje de la población que requiere este tipo de tratamiento, empezando por la prótesis total superior, seguido de prótesis parcial superior, prótesis parcial inferior, y prótesis total inferior. Al no generar respuesta a estas necesidades evidenciamos la afectación en su calidad de vida y cómo estos problemas de salud oral van a ir afectando sus enfermedades crónicas como lo es el caso de la Diabetes y la Hipertensión con relación a su nutrición, entre otras.

## Discusión

Según la información recopilada en la revisión de literatura internacional y nacional, la Ruta Integral de Atención en Personas Mayores y la Ruta de Atención en Salud Oral plasmada en la resolución 3280 del 2018, es evidente que no cuentan con aspectos que están basados en los atributos de calidad, lo que ofrece una atención de calidad deficiente y sin respuesta a las necesidades de los pacientes.

Para el atributo de oportunidad, existen brechas para la atención, debido a la falta de asignación de citas, esto implica que el hecho de no existir una ruta trazada para Salud Oral específicamente en esta población, afecta la

calidad de vida de las personas mayores y el envejecimiento activo, satisfactorio y saludable. La literatura indica *“La garantía de oportunidad está basada en que el inicio del tratamiento debe ser dentro de 90 días desde la solicitud de atención”*. (Valenzuela M, 2015).

El gobierno de Chile en el año 2006, implemento en programa *“Salud Oral Integral para el Adulto de 60 años”*, cuyo objetivo es que esta población, obtenga una salud que lo acompañe durante su nueva etapa de vida, que incluye terapias periodontales. Mientras que, en Bogotá, se han abordado diversos programas como Colombia Mayor, Programa recreación para personas mayores, entre otros, estos no están enfocados ni otorgan prioridad al tema de salud oral. En la Resolución 1552-2013, en el Artículo 1, Parágrafo 3, indica que la asignación de citas para odontología general, no podrán exceder los 3 días hábiles contados desde el momento de su solicitud, Agudelo y col (2014), señalan que para esta población se retrasan la asignación de citas más de lo previsto lo cual afecta la oportunidad en el servicio.

La accesibilidad, según la literatura internacional y nacional, coinciden ya que este atributo se ve afectado principalmente por la disponibilidad del servicio, existen vías deficientes, pacientes que no cuentan con posibilidad de traslado ya sea por falta de recursos económicos, problemas de movilidad física, o bien sea que viven solos y no conviven con un cuidador o un familiar que los acompañe a consulta, también puede haber desinformación de la vía de acceso para la solicitud de una cita. A nivel internacional se están creando nuevos programas para esta población, ya que existe una inequidad en los servicios de Salud Oral, lo que provoca que aumenten las cargas de enfermedades bucales, afectando su calidad de vida óptima. En Chile,

además de crear el programa ya antes mencionado, también creó el programa Odontológico Integral, que está compuesto por unas estrategias que beneficiaran a este grupo de personas (Valenzuela, 2015).

En España, se garantiza de forma gratuita el servicio de salud oral, a todos los residentes de Navarra, que oscilen entre 65 a 74 años de edad. (Plan Asistencial Dental Gerontológica, 2014). En el caso de Colombia, en Bogotá, y el resto de ciudades no se encontró información sobre programas que existan para esta población, sin embargo, en la ciudad de Medellín, prestan servicios dentro de una IPS Universitaria, por medio de un Programa de Salud de la Universidad de Antioquia, en la cual muchas personas mayores consultan, ya que no son tan evidentes las barreras de acceso al servicio de salud.

La continuidad del tratamiento, es una medida muy efectiva para llevar una monitorización epidemiológica eficiente de la salud bucal en esta población (Islas Carillos y col, 2015). Valenzuela, 2015, indica que la continuidad debe darse, siguiendo todos los procedimientos que el paciente requiera para finalmente darlo de alta. Según indica el ENSAB IV, 2014, en nuestro país existe una falta de seguimiento en los tratamientos que se le prestan a las personas mayores, provocando una ruptura entre la atención por odontología general y las especialidades con las cuales se remite el paciente para tratar sus patologías bucales más complejas. En el Plan de Beneficios de Salud (PBS) existe una inequidad de atención para esta población cuando se trata de prótesis mucosoportadas totales ya que este beneficio solo incluye a personas afiliadas al Régimen Contributivo que tengan un ingreso de base de cotización igual o inferior a 2 SMLV, mientras que para el Régimen Subsidiado incluye todos los afiliados, lo que genera

discontinuidad en el tratamiento del paciente si no cumple con esta condición y requiere de este. También se ven afectados los que se realizan este tratamiento ya que la falta de citas de controles para los aparatos protésicos puede generar patologías como estomatitis subprotésicas, entre otras.

La eficacia, se evidencia en resultados positivos obtenidos. Según Adalberto y col. (2014), señalan la importancia de implementar programas preventivos eficaces que se dirijan especialmente a este tipo de población, para prevenir daños en la cavidad oral desde temprana edad. Según un estudio realizado en la Universidad de Antioquia, el Sistema de Salud no soluciona con eficacia la situación de salud bucal para esta población (López y col., 2014).

La satisfacción, según Pérez y col. (2010), señala que mediante instrumentos se puede medir el grado de satisfacción de la persona mayor con los servicios prestados para la Salud Oral. Con el fin de generar resultados positivos en los pacientes.

Con respecto a la Seguridad del Paciente no se encontró información relevante para este estudio, ya que cada Institución debe contar con su propia Política de Seguridad del Paciente.

### **Conclusiones y recomendaciones**

Como generalidad, se observó en la revisión de literatura nacional que no existe suficiente información respecto a la atención en Salud Oral para personas mayores en Colombia.

Con respecto a cada uno de los atributos, para promover mayor accesibilidad en los servicios de Salud Oral, en otros países están organizando e implementando programas de atención especial en Salud Oral para este tipo de población y garantizarles una calidad de vida óptima en los últimos años de vida. En Bogotá no hay evidencia de esta red de apoyo en Salud

Oral, afectando la asignación y cumplimiento de citas para las personas mayores.

Respecto a la oportunidad, la literatura indica de igual manera la presencia de este tipo de problemas para esta población, sin embargo, hacen énfasis en la prioridad de citas que se le debe garantizar a las personas mayores para la atención en el servicio de Salud Oral. En Bogotá no existe esta prioridad para prestarles una atención oportuna, según la literatura nacional las personas mayores han tenido que asistir a programas universitarios para poder ser atendidos, ya que las citas se las asignan en un tiempo prolongado en su EPS.

La pertinencia y oportunidad van de la mano, si la oportunidad es deficiente la pertinencia del tratamiento también lo es, es por ello que tanto la literatura internacional y nacional hacen énfasis en la oportunidad y la accesibilidad para poder ofrecer tratamientos pertinentes según la necesidad real del paciente.

Para el atributo de continuidad, la literatura internacional indica la importancia de realizarles un tratamiento y su evolución para garantizarles una secuencia en el tratamiento, aunque en oportunidades es complicado debido a la alta demanda de atención en personas mayores y pocos profesionales, en otros países dan relevancia a este atributo, en Bogotá no existe lineamiento para la continuidad del tratamiento, ni se indica la importancia de realizarles un seguimiento en la atención.

La eficacia y satisfacción del paciente según la literatura internacional, se presenta en mayor proporción en los programas de atención alternos que creó el sistema de salud para poder garantizarles la atención a las personas mayores. En el sistema de salud colombiano, la saturación de citas y dificultad de acceso al sistema origina resultados adversos a los esperados en ambos atributos. Con respecto al atributo de seguridad observamos en la



literatura poca información sobre ello, sin embargo es importante recalcar el cuidado que debe tenerse con las personas mayores que están comprometidas sistémicamente y su manejo en consulta, al igual que al momento de suministrarle algún tipo de medicamento y tratamiento.

Adicionalmente, en otros países realizan estudios sobre esta población y su atención en Salud Oral, y basado en los resultados obtenidos ejecutan planes de mejora para el servicio de odontología centrado en la atención de la persona mayor, basandose en los atributos, sin embargo no es suficiente y no se están logrando los resultados esperados.

Las rutas establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, no han tenido en su totalidad resultados positivos referentes a los atributos mencionados, por lo tanto no se ven progresos para la atención de esta población.

Esto atención a que no se tiene en cuenta que muchas de estas personas viven solas, lo que hace que en repetidas ocasiones sea imposible concretar el traslado hacia el lugar dispuesto para la consulta o simplemente el paciente no tiene conocimiento de cómo solicitar su cita odontológica, incluso a donde dirigirse para solicitarla. En muchas familias y pacientes existe un gran desconocimiento sobre la importancia y el cuidado de la salud oral y los beneficios que conlleva asistir a consultas periódicas para prevenir la aparición de patologías y molestias que se puedan relacionar también con las enfermedades sistémicas, es por ello que deben estar al tanto todos del tratamiento que se le va a efectuar al paciente, alternativas, razón por la cual se va a efectuar y riesgos que este puede generar. Es importante sensibilizar y educar al paciente y su familia en las consultas, promoviendo también una atención interdisciplinaria.

Se deben crear herramientas alternativas para no descuidar a esta población, que según las estadísticas globales presentadas son los que necesitarán cada vez mayor atención, de esta manera poder proporcionarles una calidad de vida óptima a través de un modelo de atención centrado en la persona tal y como lo propone el Ministerio de Salud y Protección social desde el año 2013. Estas herramientas deben beneficiar al usuario y a la familia para poder tener un servicio con calidad, donde ambos sientan una satisfacción en la consulta y tratamientos generados.

Actualmente, es pertinente acotar que la población de personas mayores no es prioritaria para el sistema de salud, especialmente en el ámbito de atención odontológica, sabiendo que la necesidad es alta y el servicio no es suficiente para atender las necesidades reales de esta población, y para mejorar las condiciones de salud bucal.

Realizar este tipo de investigación demuestra la necesidad de ofrecer al usuario y familia mayores alternativas y medios que les permita afrontar el proceso de envejecimiento por medio de una atención oportuna, segura y pertinente para garantizar el incremento del nivel de bienestar y calidad de vida en ellos, creando estrategias para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad a través de la autoevaluación y cuidado de su salud.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, se recomienda la implementación de los lineamientos de la *“Atención Integral en Salud Oral para personas mayores en Bogotá”*. Estos buscan la Atención Integral de las personas mayores, la cual está centrada en la atención en Salud Oral, basada en los atributos de calidad. Según la Política de envejecimiento humano y vejez 2015-2024, se debe garantizar la restitución de los derechos de la persona mayor, la protección social integral, el mejoramiento

de las condiciones de calidad de vida, la equidad en la atención en salud así como una Atención Primaria altamente eficiente y eficaz para garantizar condiciones de disponibilidad, acceso, oportunidad, calidad y continuidad en los servicios. Con el fin de promover un envejecimiento activo, satisfactorio y saludable como derecho de todas y todos los Colombianos.

Estos lineamientos van dirigidos a los profesionales del área de la salud oral, y profesionales que estén relacionados con la atención integral de las personas mayores. Los lineamientos formulados fueron los siguientes (Figura 3)

**Figura 3.** Recomendación de Lineamientos para la Atención en Salud Oral centrada en personas mayores.



**Fuente:** Elaborado por la autora a partir de la revisión de la literatura Mayo 2020.

Como objetivos específicos de estos lineamientos, además de garantizarle una calidad de vida óptima a la persona mayor y restituirle sus derechos como se indicó anteriormente, también se trata de:

-Mejorar el acceso a los servicios de atención en Salud Oral, desarrollando una estrategia para abordar las necesidades reales, así como concientizar a los médicos tratantes de realizar

la remisión a valoración con el odontólogo periódicamente y viceversa.

-Garantizar la oportunidad de citas para la atención en Salud Oral, por medios alternativos que tendrá el paciente para su agendamiento y recordatorios, esto generará continuidad en la atención y seguimientos de los tratamientos desde el inicio hasta el final.

-Generar satisfacción en la atención prestada y tratamientos eficaces que cumplan con sus

expectativas, generando citas en tiempos cortos, mayor grado de accesibilidad y continuidad de los tratamientos, brindándole seguridad y confianza en la consulta.

Para efectos de este artículo a continuación se va a desarrollar el lineamiento basado en el atributo de oportunidad de asignación de cita, será implementado en las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS), que corresponde al eje 1, titulado, “*Atención uno a uno*”. Se propone sensibilizar y capacitar al talento humano asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas sobre la remisión hacia el área de la Salud Oral y viceversa, ya que tienen correlación que comparten riesgos comunes, estos pueden ser prevenibles si se tratan a tiempo, por esto se debe orientar y educar a estas personas de que generen la cita correspondiente a su necesidad, la cita debe ser generada no mayor a 5 días desde el día de su solicitud, lo ideal es que lo haga de manera presencial ya sea por medio de un familiar, el paciente mismo, cuidador o con la ayuda de la auxiliar que esté a cargo en el momento para evitar que se retire sin solicitarla, de caso contrario lo ideal es establecer herramientas y educar al paciente sobre los medios alternos para solicitar la cita correspondiente, por ejemplo vía telefónica (de

preferencia un call center especializado para este tipo de población), mediante una página web (si el paciente es capaz de implementar esta alternativa), mediante una aplicación móvil (que además genere recordatorios continuos) o a través de un carnet institucional como recordatorio. De igual manera si el paciente no se comunica por estos medios, el área administrativa (previamente capacitada) deberá comunicarse con él interesado por la vía inicialmente implementada por el paciente y como respaldo, a través de todos los medios dispuestos para este fin. De esta manera, días previos a la consulta será informado sobre su asistencia. Estas herramientas permiten garantizar el soporte en tiempo real de las necesidades del paciente evitando así poner en riesgo su salud, por esto también es importante sensibilizar y capacitar al Talento Humano asistencial sobre el diligenciamiento correcto de historias clínicas, así garantizar una buena atención y generándole al paciente un tratamiento pertinente y oportuno.

A continuación, se presenta la herramienta de gestión matriz 5WH para la descripción de este lineamiento, junto con su ficha de indicador. (Tabla 4).

**Tabla 4.** Lineamiento Eje 1, Atención uno a uno, referente a garantizar la oportunidad de asignación de citas en Salud Oral para la persona mayor.

QUÉ (V)	CÓMO (H)	POR QUÉ (V)	DÓNDE (V)	QUIÉN (V)	CUÁNDO (V)	INDICADOR
Capacitación del Talento Humano	Sensibilizar y capacitar al Talento Humano asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas sobre la remisión hacia el área de la Salud Oral y viceversa. Se debe orientar al paciente de que genere la cita correspondiente a su necesidad.	La salud general y la oral tienen una correlación que comparten riesgos comunes, pueden ser prevenibles y van relacionados con el estilo de vida y calidad, existe evidencia que en muchas patologías generales se presentan manifestaciones en boca lo que aumenta el riesgo de morbilidad bucal y puede ser causante de un agravamiento de la salud general.	IPS	1. Gerente. 2. Equipo directivo. 3. Equipo administrativo. 4. Talento Humano asistencial.	20 de Enero del 2021.	Número de personal asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas que estén capacitados sobre las remisiones / Total de personal asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas de la institución
Garantizar la oportunidad de asignación citas para esta población	-La cita sera agendada alrededor de 5 días como máximo, lo ideal es solicitarla de manera presencial antes de que se retire de consulta, o bien sea por medio de la auxiliar que solicite la cita correspondiente o un acompañante que acuda con él. -Caso contrario lo ideal es establecer herramientas y educar al paciente sobre los medios alternos para solicitar la cita correspondiente, como vía telefónica (de preferencia un call center especializado para este tipo de población), mediante una página web (si el paciente es capaz de implementar esta alternativa), mediante una aplicación móvil (que además genere recordatorios continuos) o a través de un carnet institucional como recordatorio. -De igual manera el área administrativa se comunicara con el paciente cuando observe en el sistema que no se ha generado una cita, ya sea por medio telefónico, mediante algún número propio u opcional que haya indicado para que se comuniquen, o por medio correo electrónico. De esta manera, días previos a la consulta será informado sobre su asistencia.	Generar citas en tiempos cortos y facilitar los medios para solicitarla, garantiza que se atienda en tiempo real la necesidad del paciente evitando así poner en riesgo su salud.	IPS	1. Gerente. 2. Equipo directivo. 3. Equipo administrativo.	20 de Enero del 2021.	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la que el paciente solicita su cita para ser atendido y la fecha en la que le asignan la cita / Número total de citas asignadas
Correcto diligenciamiento de H.C	Sensibilizar y capacitar al Talento Humano asistencial sobre el diligenciamiento correcto de H.C.	La Historia Clínica es un documento legal el cual debe estar diligenciado correctamente con el fin de atender al paciente garantizandole un tratamiento oportuno.	IPS	1. Gerente. 2. Talento Humano asistencial. 3. Equipo administrativo.	20 de Enero del 2021.	Número de H.C diligenciadas correctamente al mes / Número de H.C realizadas en el mes

Fuente: Elaborado por la autora Mayo 2020.

**Tabla 5.** Ficha del indicador para la medición de conocimientos sobre la remisión en pacientes

FECHA DE EMISIÓN	27 de Marzo del 2020.	CÓDIGO DEL INDICADOR
NOMBRE DEL INDICADOR	Medición de conocimiento sobre la remisión en pacientes crónicos.	E:01
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Oportunidad	
NUMERADOR	Número de personal asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas que estén capacitados sobre las remisiones	
DENOMINADOR	Total de personal asistencial odontológico y médicos tratantes de enfermedades crónicas de la institución	
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje	
FACTOR	100	
META	100%	
FÓRMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el multiplica por 100.	
FUENTE DE LOS DATOS	<b>NUMERADOR:</b> Registro de personal capacitado (actas de reunión, listados de asistencia) <b>DENOMINADOR:</b> Registro total de personal asistencial	
RESPONSABLES	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b> Funcionarios asistenciales que vayan a ser capacitados y evaluados <b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b> Área de Gestión del Conocimiento <b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b> Gerente - Proceso de Gestión del Conocimiento-Proceso de Gestión Asistencial	
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Bimensual	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Proceso de Gestión de Asistencial.	

Fuente: Elaborado por la autora Mayo 2020.

**Tabla 6.** Ficha del indicador para la oportunidad de asignación de cita en Salud Oral.

FECHA DE EMISIÓN	27 de Marzo del 2020.	CÓDIGO DEL INDICADOR
NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad de la asignación de citas en Salud Oral	E:02
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Oportunidad	
NUMERADOR	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la que el paciente solicita su cita para ser atendido y la fecha en la que le asignan la cita	
DENOMINADOR	Número total de citas asignadas	
UNIDAD DE MEDIDA	Días	
FACTOR	1	
META	100%	
FÓRMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Registro de asignación de citas. DENOMINADOR: Registro de asignación de citas	
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Área Administrativa. DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Área de Gestión de Calidad DE LA TOMA DE DECISIONES: Gerente - Jefe de calidad.	
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Proceso de Gestión de Calidad.	

Fuente: Elaborado por la autora Mayo 2020

**Tabla 7.** Ficha del indicador para el correcto diligenciamiento de Historias Clínica.

FECHA DE EMISIÓN	27 de Marzo del 2020.	CÓDIGO DEL INDICADOR
NOMBRE DEL INDICADOR	Diligenciamiento correcto de H.C	E:03
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Oportunidad	
NUMERADOR	Número de H.C diligenciadas correctamente al mes	
DENOMINADOR	Número de H.C realizadas en el mes	
UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje	
FACTOR	100	
META	100%	
FÓRMULA DEL CÁLCULO	Se divide el numerador entre el denominador y el multiplica por 100.	
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Historia Clínicas realizadas en el mes DENOMINADOR: Historia Clínicas realizadas en el mes	
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Área Administrativa DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Área de Gestión de Calidad DE LA TOMA DE DECISIONES: Gerente	
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN	Mensual	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Proceso de Gestión de Calidad	

Fuente: Elaborado por la autora Mayo 2020

La implementación de estos lineamientos debe realizarse de forma gradual, informando, comunicando y educando a los actores responsables del proceso de atención, tanto profesionales como pacientes, familias/cuidadores, lo que va a garantizar la atención en salud oral para esta población,

generando una respuesta a las necesidades reales con el fin de garantizarles una calidad de vida óptima y brindándoles una atención integral centrada en la persona, donde se obtengan resultados positivos, basados en los atributos de calidad.

Lineamientos para la atención en salud oral centrada en personas  
mayores a partir de los atributos de calidad

González D.



Lineamientos para la atención en salud oral centrada en personas  
mayores a partir de los atributos de calidad

González D.