

# 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\*

## Barriers and Facilitators for Access to Oral Health Services for the Elderly Population Served in the Public Hospital Network in Medellin, Colombia

## Barreiras e facilitadores de acesso a serviços de saúde bucal para população idosa atendida na rede pública hospitalar de Medellín, Colômbia

Fecha de recepción: 28-02-14 Fecha de aceptación: 01-04-14 Disponible en línea: 01-07-14  
doi: 10.11144/Javeriana.rgyps13-27.bfas

### Cómo citar este artículo:

Agudelo-Suárez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera É, 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>

Andrés A. Agudelo-Suárez\*\*  
Santiago Alzate-Urrea\*\*\*  
Felipe López-Vergel\*\*\*\*  
Carolina López-Orozco\*\*\*\*\*  
Érica Espinosa-Herrera\*\*\*\*\*  
Adriana Posada-López\*\*\*\*\*  
Edwin J. Meneses-Gómez\*\*\*\*\*

- \* Artículo derivado de la investigación titulada *Determinantes de la calidad de vida y su impacto en la salud bucal de la población adulta mayor que consulta a la E.S.E. Metrosalud: Una perspectiva de género*. Inicio: 27-12-2011; finalización: 27-08-2014; financiación: E.S.E. Metrosalud. Medellín (Código: C02-E11-L3-01) y facultades de Odontología de las instituciones participantes.
- \*\* Odontólogo, administrador de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia. Doctor en Salud Pública de la Universidad de Alicante, España. Profesor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Dirección: Calle 70 No. 52-21. Medellín, Colombia. Correo electrónico: oleduga@gmail.com
- \*\*\* Estudiante en formación en investigación de último año de Odontología de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: santiagoalzatte@gmail.com
- \*\*\*\* Estudiante en formación en investigación de último año de Odontología de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: jfelipe23@hotmail.com
- \*\*\*\*\* Estudiante en formación en investigación de último año de Odontología de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: carolop3z@hotmail.com
- \*\*\*\*\* Estudiante en formación en investigación de último año de Odontología de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: erika231291@hotmail.com
- \*\*\*\*\* Odontóloga y licenciada en Biología y Química, magister en Epidemiología, profesora de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: adriposalo@gmail.com
- \*\*\*\*\* Odontólogo, especialista en programas preventivos bucodentales a nivel individual y público, Ph.D. en Ciencias Odontológicas, profesor de la Facultad de Odontología de la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Medellín, Colombia. Correo electrónico: edwin.meneses@uam.edu.co



### Resumen

**Problema:** análisis del acceso a los servicios de salud en población adulta mayor desde perspectivas metodológicas cualitativas. **Objetivo:** identificar barreras/facilitadores de acceso a servicios de salud bucal en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín desde la perspectiva del personal de salud. **Métodos:** estudio cualitativo mediante 34 entrevistas. Se identificaron barreras/facilitadores según cuatro categorías: disponibilidad (D), accesibilidad (A), aceptabilidad (P) y contacto con el servicio (C). **Resultados:** Barreras: dificultades en la implementación de políticas sociales; prioridad de otras poblaciones para dar atención en salud, insuficiente recurso humano (D); situación de discapacidad (A); aspectos culturales y de género (P); crisis del sector salud (C). **Facilitadores:** programas que facilitan la demanda inducida y mecanismos para hacer valer los derechos en salud (D); ubicación de las unidades de salud en zonas de fácil acceso (A); capacidad de los profesionales (P) y articulación de la odontología con otras áreas (C).

**Palabras clave:** salud bucal; acceso a servicios de salud bucal; barreras; facilitadores; Metrosalud; Medellín

### Abstract

**Problem:** Analysis of the access to health services by the elderly population from qualitative methodological perspectives. **Objective:** Identifying from the perspective of the healthcare personnel barriers/facilitators for access to oral health services for the elderly served in the public hospital network in Medellín. **Methods:** qualitative study performed through 34 interviews. Barriers/facilitators were identified according to four categories (availability (D), accessibility (A), acceptability (P) and contact with the service (C)). **Results:** Barriers: Difficulties in the implementation of social policies; priority of other populations to obtain health care; insufficient human resources (D); disability condition (A); cultural and gender aspects (P); crisis of the health sector (C). **Facilitators:** programs that facilitate the induced demand and mechanisms to demand their rights regarding health care (D); location of the health care units in easily accessible areas (A); ability of the professionals (P), and coordination of dentistry with other areas (C).

**Keywords:** oral health; access to oral health services; barriers; facilitators; Metrosalud; Medellín

### Resumo

**Problema:** análise do acesso a serviços de saúde em população idosa desde perspectivas metodológicas qualitativas. **Objetivo:** identificar barreiras/facilitadores de acesso a serviços de saúde bucal em idosos atendidos na rede hospitalar pública de Medellín desde a perspectiva do pessoal de saúde. **Métodos:** estudo qualitativo mediante 34 entrevistas. Identificaram-se barreiras/facilitadores segundo quatro categorias: disponibilidade (D), acessibilidade (A), aceitabilidade (P) e contato com o serviço (C). **Resultados:** Barreiras: dificuldades na implementação de políticas sociais; prioridade de outras populações para dar atendimento em saúde, insuficiente recurso humano (D); situação de incapacidade (A); aspectos culturais e de gênero (P); crise do sector saúde (C). **Facilitadores:** programas que facilitam a demanda induzida e mecanismos para fazer valer os direitos em saúde (D); localização das unidades de saúde em zonas de fácil acesso (A); capacidade dos profissionais (P) e articulação da odontologia com outras áreas (C).

**Palavras-chave:** saúde bucal; acesso a serviços de saúde bucal; barreiras; facilitadores; Metrosalud; Medellín



## Introducción

En las últimas décadas Colombia ha asistido a un rápido crecimiento demográfico de la población adulta mayor (1) —definida por la OMS como aquella mayor de 65 años— (2). Este proceso corresponde a la disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad, lo que es característico de una sociedad en el contexto de la actual modernización social. Según las proyecciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE), para el año 2020 la población mayor de 65 años en Colombia será de 4'324.532 personas —un 8,5% de la población total— (3). Concretamente en la ciudad de Medellín (la segunda ciudad del país), un poco más del 10% de la población está en este grupo etario (4). Esta situación plantea numerosos desafíos, puesto que los indicadores de condiciones sociales y de vida en el país para este grupo poblacional, dan cuenta de cómo una buena parte de los adultos mayores se encuentran en situación de vulnerabilidad (1).

Esta situación también se ve reflejada en los indicadores epidemiológicos bucales, según se interpreta de la evidencia científica disponible (5-8). En el último Estudio Nacional de Salud Bucal (Ensab) (9), realizado en 1998, la prevalencia de caries era del 51%, con una experiencia del 95% y un índice COP de 20,4. Este último indicador elevado debido al impacto de la reducción en el número de dientes presentes y por ende en un aumento significativo en el componente de dientes perdidos por caries. Asimismo, se evidencia la necesidad de cambio o elaboración de prótesis fija, parcial o total, con el fin de lograr una rehabilitación en estas personas. Esto indica que existe una gran cantidad de necesidades insatisfechas en esta población en materia de atención en salud bucal, las cuales no se han resuelto en muchos años, y ello se refleja en los indicadores que expresan el acúmulo de las condiciones patológicas (10).

Todo lo anterior puede estar relacionado, entre muchas otras causas, con factores que afectan el acceso a los servicios de salud, ya que se constituye en un determinante social intermedio que influye en las desigualdades en salud bucal.

La literatura internacional ha estudiado los diferentes determinantes que afectan el acceso y la utilización de los servicios de salud, a través de diferentes marcos conceptuales que destacan la interacción de factores sociales, factores individuales y factores estructurales propios del sistema de servicios de salud (11-13). Estos han sido aplicados concretamente a los servicios de atención en salud bucal (14-17). En términos generales, se ha planteado cómo las poblaciones de mayor vulnerabilidad social y con mayores necesidades en salud son aquellas que han recibido menor atención y cuidado (18). Los servicios sanitarios se constituyen como determinantes intermedios que tienen influencia en las desigualdades en salud entre los grupos poblacionales (19).

Desde la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el año 1993, y sus posteriores reformas, se han asentado muchas críticas debido principalmente al hecho de que a pesar de que la cobertura en salud aumentó (incremento en el número de personas afiliadas al sistema), se han presentado barreras de acceso a los servicios de salud por limitaciones en los planes de beneficio o por dificultades administrativas, entre otras causas (20). Aunque se han realizado investigaciones que tratan de identificar determinantes que afectan el acceso y la utilización de los servicios de salud (21, 22), estudios enfocados en analizar el acceso a los servicios de salud bucal, concretamente, son más escasos en el país, y mucho menos en población adulta mayor (23, 24). La investigación cualitativa con el tiempo ha ganado mayor aceptación en

áreas como la salud pública y la odontología, puesto que permite la identificación de las experiencias y percepciones de los directamente involucrados en aspectos relacionados con acceso a los servicios de salud, como son los prestadores.

En el año 2011, con la participación de investigadores de la Universidad de Antioquia y la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, se inició un proyecto de investigación más amplio, con la utilización de diversas metodologías cuantitativas y cualitativas. Su objetivo general fue identificar los factores determinantes de la calidad de vida y su impacto en la salud bucal en la población adulta mayor que acude a los servicios de consulta general y especializada en la E.S.E Metrosalud de Medellín, desde una perspectiva de género. De manera específica, este estudio pretende identificar barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal en la población adulta mayor atendida en la red hospitalaria pública de Medellín.

## **Metodología**

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo y comprensivo, con perspectiva etnográfica, utilizando como técnica de recogida de datos la entrevista semiestructurada. El área de estudio la constituyó la ciudad de Medellín, en particular la Empresa Social del Estado -E.S.E.- Metrosalud, la cual se constituye como la red pública hospitalaria del municipio de primer y segundo nivel que brinda servicios de salud a un segmento poblacional importante de la ciudad.

Se incluyó en este estudio al personal de salud que trabaja en esta institución y que presta servicios de asistencia. Con el fin de obtener las percepciones, vivencias y experiencias de diferentes actores, se incluyeron prestadores de servicios de medicina,

odontología, enfermería, bacteriología, psicología y trabajo social. Para la selección de los participantes se contactó directamente a diferentes unidades y centros de salud, con el fin de solicitar personal profesional y técnico que voluntariamente aceptara ser incluido en esta investigación. A partir de esta información, se utilizó la técnica de bola de nieve o muestreo nominado, a través de personas referidas por los inicialmente entrevistados. La muestra final fue de 34 personas, definida por saturación de la información y de las categorías de análisis, cuando se constató la no aportación de datos nuevos sobre los objetivos de estudio (tabla 1).

El trabajo de campo se llevó a cabo entre julio de 2012 y noviembre de 2013. Las entrevistas (E) se realizaron por medio de un guion semiestructurado, con una parte común y una parte específica, según el tipo de participante. Dichas entrevistas estuvieron a cargo del grupo investigador, cuyos integrantes recibieron entrenamiento previo sobre técnicas de investigación cualitativa. Los entrevistadores profundizaron en los contenidos importantes para el objetivo del estudio y se permitió que a través del discurso libre aparecieran nuevas categorías de análisis. Se recopiló información sociodemográfica con datos como la edad, el sexo, la profesión y el nivel de estudios alcanzado, tiempo de experiencia laboral y en la institución en sí.

Las entrevistas tuvieron una duración entre 20 y 60 minutos y fueron audiograbadas para su posterior transcripción literal en el procesador de texto Word para Windows. El trabajo de campo se completó con notas de observación y reuniones del grupo investigador, con el fin de precisar algunos aspectos encontrados durante las entrevistas.

Para estudiar las dimensiones del proyecto más amplio (determinantes de la calidad de vida, salud bucal y género), se tuvieron en



cuenta temas como: características de los adultos mayores que consultan en la E.S.E en el servicio en general y específicamente en odontología; información sobre necesidades no satisfechas de los mayores; definición de calidad de vida y factores que la determinan; capacidad para atender la población adulta mayor e información sobre el acceso a los servicios de salud bucal y sus determinantes.

Con el fin de evaluar la calidad de las transcripciones y tras repetidas lecturas de los discursos, se realizó una revisión inicial; asimismo, se hizo un análisis manual para identificar temas emergentes en los textos. Posteriormente, estos últimos fueron importados al *software* informático de análisis cualitativo Atlas.Ti, con el cual se realizó un análisis narrativo de contenido (25), por medio de la identificación de fragmentos con similares significados. Adicionalmente, para este manuscrito se llevó a cabo un análisis de contenido temático desde el modelo de cobertura efectiva en los servicios de salud propuesto en 1978 por Tanahashi (12) y que fue retomado en una revisión sistemática sobre barreras y facilitadores a la atención en salud (13). Se analizaron cuatro categorías: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con el servicio; estas son incor-

poradas a un tema transversal dentro de las entrevistas, el cual tiene que ver con las barreras y los facilitadores al acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. En la figura 1 se describe con mayor detalle cada una de las categorías analizadas.

Se cumplieron los requisitos éticos para investigación en seres humanos, de acuerdo con la normativa internacional y nacional, solicitando el consentimiento para participar en el estudio al personal que voluntariamente participó en la investigación, garantizando la confidencialidad y el respeto por la dignidad. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación (CEI) de la institución Metrosalud, según acta 09-2011.

## Resultados

En la tabla 2 se resumen las principales barreras y facilitadores percibidos por el personal de salud. En las tablas 3 y 4 se especifican las citas textuales de los informantes, de acuerdo con las categorías analizadas según el modelo de Tanahashi (figura 1). Estas se describen con mayor detalle a continuación.

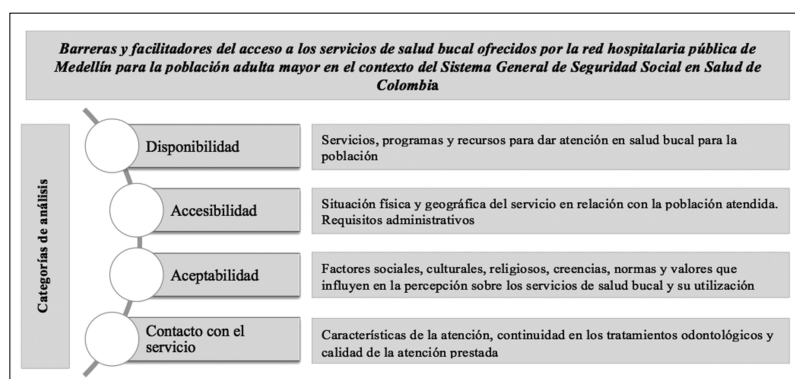


FIGURA 1. TEMA GENERAL Y CATEGORÍAS ANALIZADAS EN LAS ENTREVISTAS SEGÚN EL MODELO DE TANAHASHI (N = 34)  
Fuente: elaboración propia

## Disponibilidad

La red prestadora pública de la ciudad ha priorizado en sus programas de salud a la población de escolares y gestantes, por lo que la población adulta mayor se atiende 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 (tabla 3, D1, D2). Algunas dificultades administrativas, que dependen del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, suponen barreras de acceso a los servicios de salud bucal, especialmente en poblaciones que son consideradas vulnerables (tabla 3, D3). Los prestadores expresaron que el recurso humano es insuficiente para dar cobertura a toda la población (tabla 3, D4 y D5). A pesar de que se han dado grandes avances en materia de políticas públicas para el adulto mayor en la ciudad, los prestadores coinciden que en materia de salud las políticas son deficientes, especialmente en salud bucal. Esta se constituye en una barrera estructural que depende de las características del sistema y de las políticas y estrategias sociales desde las instancias del gobierno (tabla 3, D6).

Los programas de hipertensión y diabetes se constituyen en vías de contacto con el servicio de salud bucal. Estos programas reciben una gran cantidad de población adulta mayor y hacen demanda inducida cuando los pacientes requieren tratamientos odontológicos. Esta demanda, generada por médicos y enfermeras, contribuye como facilitador puesto que se les da alguna prioridad en la agenda de los servicios odontológicos (tabla 4, D1).

## Accesibilidad

una vulneración de los derechos en salud (tabla 3, A1).

Uno de los facilitadores encontrados en el análisis de las entrevistas con respecto a la accesibilidad, lo constituye la ubicación geográfica de las unidades y los centros de salud, que si bien están localizados en zonas de bajo estrato social y económico, existen buenas vías de acceso y facilidades de transporte; además, se ubican en barrios donde se han realizado intervenciones importantes en materia de instituciones educativas e instalaciones deportivas, entre otras. Esto facilita la cobertura de programas no solamente en materia de salud bucal, sino también en salud en general (tabla 4, A1 y A2).

Esta población ha contado con mecanismos para acceder a los servicios de salud, entre ellos está la tutela, y en otros casos acuden a instituciones como la liga de usuarios o la defensoría del pueblo para el logro de la atención. Sin embargo, los mecanismos para reclamar los derechos en materia de salud bucal están en menor proporción si se compara con otros servicios que son más vitales y urgentes (tabla 4, A3 y A4).

También se destaca en la misma institución, el papel que hacen los servicios de trabajo social y psicología, junto con la oficina de atención al usuario, ya que de alguna manera canalizan las necesidades en materia de salud y salud bucal y orientan a la prestación del servicio (tabla 4, A5 y A6).

## Aceptabilidad

El nivel educativo se constituye en una barrera a la prestación del servicio, en cuanto impide una comunicación efectiva con el paciente y afecta la aceptabilidad ante el tratamiento, situación que se presenta en forma similar en todos los servicios (tabla 3, P1). El adulto mayor, como característica de su edad



y del proceso de envejecimiento, asume determinados comportamientos psicosociales que condicionan la actitud ante la consulta odontológica y por ende la percepción sobre el servicio y su utilización. A esto se le suman factores propios de su cultura, o en algunos casos su situación social, ya que en existen zonas en las cuales los adultos mayores son campesinos que migraron a la ciudad por razones económicas o desplazados por la violencia (tabla 3, P2 y P3).

Por otra parte, la dinámica familiar, o la misma situación de vulnerabilidad en la cual se encuentra esta población, dificulta el cumplimiento de las citas programadas (tabla 3, P4 y P5). En general, la situación social del adulto mayor en los barrios donde tiene presencia la red pública hospitalaria es deficiente. Por ello se presentan dificultades económicas para el acceso a los servicios de salud bucal, especialmente aquellos que no son cubiertos por los planes de beneficio (tabla 3, P6 y P7).

El género se constituye en un aspecto que influye en el perfil de utilización de los servicios de salud, debido a que existen patrones diferenciales entre hombres y mujeres en la actitud ante el tratamiento odontológico. La mayoría de los profesionales coinciden en que las mujeres asisten más a consulta, en tanto que los hombres lo hacen solo en caso de dolor o urgencia (tabla 4, P1, P2 y P3). Por otro lado, también es importante tener en cuenta los aspectos relacionados con la actitud del personal que presta servicios de salud ante la atención odontológica para esta población, así como los sentimientos que genera este tipo de atención (tabla 4, P4 y P5).

### Contacto con el servicio

La crisis del sistema de salud ha tenido directa relación con las características del servicio, por cuanto se afecta la cobertura,

la oportunidad en el servicio y la calidad de los programas de atención en salud bucal, tanto en promoción y prevención como los curativos (tabla 3, C1). Si bien existe un plan de beneficios que contempla la realización de ciertas actividades, estas son limitadas para dar una atención integral a esta población. También se presentan dificultades para la atención en niveles de mayor complejidad, situación que es común a otro tipo de servicios (tabla 3, C2, C3 y C4). Algunos prestadores, especialmente el personal de odontología, expresan que en términos de salud las necesidades en materia médica están más cubiertas en comparación con otros servicios (tabla 3, C5).

En el periodo de realización de las entrevistas se hizo una reforma importante relacionada con la actualización de los planes de beneficio en el sistema de salud, uno de cuyos aspectos tiene que ver con la inclusión de prótesis mucosoportadas para la población adulta mayor. A este respecto, los prestadores manifestaron que los adultos mayores conocen un poco del tema, pero que todavía no se han dado instrucciones para su implementación, teniendo en cuenta los requerimientos y procesos administrativos de la norma (tabla 3, C6, C7 y C8).

La articulación de la atención a la salud bucal y la práctica odontológica con otras áreas de la salud constituye un facilitador, en la medida que se pueden ofrecer tratamientos integrales (tabla 4, C1 y C2). Existen programas en salud bucal para esta población que no dependen de la institución como tal, sino que la alcaldía municipal, además de otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales ofrecen estrategias de atención en salud bucal, a través de programas de promoción, prevención y rehabilitación, aunque en algunos casos son insuficientes para dar cobertura completa a esta población (tabla 3, C3 y C4).

## Propuestas y estrategias de mejoramiento del acceso a los servicios de salud bucal

Una categoría transversal en los discursos encontrados, de acuerdo con el análisis cualitativo empleado (tabla 5), es el establecimiento de propuestas y estrategias para mejorar el servicio de salud y en especial el acceso. Los prestadores expresaron la importancia de buscar mayor unión, cohesión y fuerza política de los profesionales, con el fin de lograr objetivos concretos y mejorar la situación social actual (tabla 5, A). Se destaca la participación de las redes sociales de apoyo, que podrían brindar asistencia a través de programas específicos para esta población, involucrando también otros aspectos sociales y en salud (tabla 5, B). Por último, se hace una crítica importante al sistema de salud, por lo que sería necesaria una reforma integral para garantizar servicios de calidad (tabla 5, C).

## Discusión

En este estudio se encontraron barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor que consulta la red hospitalaria pública de Medellín. En general, tanto en el acceso como en la utilización de estos servicios los prestadores hablaron de determinantes que tienen que ver con la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país, otros que tienen que ver con la situación social y de vulnerabilidad de la población adulta en el contexto de la ciudad, otros que tienen relación con la estructura de funcionamiento de la institución en sí, y factores individuales y culturales que influyen en la relación entre el personal de salud y el paciente.

Las barreras de acceso al sistema de salud, y en este caso a los servicios de salud bucal de carácter público, hacen que la utilización

de estos servicios sea menor en la población adulta mayor. Esto ha sido demostrado en otros estudios en poblaciones de contextos sociales y económicos similares a Colombia (14, 15, 26). Factores como la baja escolaridad, la renta económica y la ausencia de dientes y la baja oferta de servicios de atención para esta población, son factores relacionados con la baja utilización de los servicios de salud bucal (14, 15). Esto también cuando se compara con población adulta, especialmente con aquellos en edad económicamente productiva (14). Tal y como lo mencionan Martins et ál. (26), el proceso de envejecimiento contribuye a la disminución de la utilización de los servicios de salud bucal, a diferencia de los servicios médicos.

Al tener en cuenta las categorías analizadas desde el modelo de cobertura efectiva en salud propuesto por Tanahashi (12), un estudio realizado en Cuba en el 2013 (27) contrasta con los resultados del estudio en Medellín en cuanto a la percepción que tiene el personal de salud en términos de disponibilidad de los servicios médicos, en el cual se incluye la rehabilitación estomatológica. De acuerdo con la literatura, se reconoce que en por la naturaleza del envejecimiento los adultos mayores se hacen más vulnerables a presentar problemas en su salud y, a su vez, pueden mostrar una mayor probabilidad de tener más barreras para acceder a la resolución y control de la enfermedad. A pesar de las actividades de promoción y prevención realizadas, se evidencia la pérdida de dientes y la falta de rehabilitación pertinente, lo cual contribuye al deterioro en la salud bucal. En otros casos se presentan barreras a tratamientos de mayor complejidad y a esto se le suma la demora la atención cuando ya se ha logrado tener una cita odontológica (27). En cuanto a la categoría contacto con el servicio, este mismo estudio encontró similitudes en cuanto a los patrones de consulta por sexo, pues consultan más las mujeres que los hom-





bres; estos últimos consultan en etapas más tardías de sus dolencias y enfermedades, lo que hace pensar que conocer las diferencias según los grupos poblacionales brindaría la posibilidad de solucionar los problemas presentes en la población adulta de una forma más equitativa.

Los factores culturales desempeñan un papel como determinantes de acceso a los servicios de salud, en cuanto a que aumenta el valor y/o la importancia que se le da al componente bucal del proceso salud-enfermedad en la vejez, y esto en cierta medida determina el perfil de utilización de los servicios y la adherencia y continuidad de los procesos de atención odontológica (28). En esta investigación se destaca cómo los profesionales, si bien no han sido capacitados en geriatría y gerontología, reconocen una alta competencia cultural, técnica y social para dar respuesta a las necesidades en salud bucal de esta población.

Después de más de 20 años de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, los resultados de este estudio ponen de manifiesto barreras de acceso a los servicios odontológicos para la población adulta mayor. Esto se debe en buena parte a las dificultades estructurales en la red de prestación pública de la ciudad, puesto que el manejo administrativo del sistema ha priorizado la atención en salud a otros grupos poblacionales. Tal y como lo evidencian otros estudios (22), las barreras estructurales del sistema han sido objeto de críticas, porque no dan respuesta a las necesidades concretas de los individuos en situación de vulnerabilidad social, ya que estos son los grupos que reciben menor atención médica y por lo tanto presentan mayores desigualdades en salud (18, 29).

La vulnerabilidad económica y social a la cual se hayan sometidos algunos grupos

sociales constituye en alguna medida un importante indicador de desigualdad en el acceso y la utilización de los servicios odontológicos (30). Algunos tratamientos que no están cubiertos por los planes de beneficio en el sistema de salud, como por ejemplo los tratamientos de rehabilitación oral, son costosos y la población adulta mayor no tiene la disponibilidad económica para hacerlos. Aunque se han hecho algunas reformas con respecto a la ampliación de la cobertura en los tratamientos de prótesis mucosoportada (31), su aplicabilidad depende de la capacidad administrativa de las redes prestadoras para llevarlos a cabo.

De otro lado, las redes sociales de apoyo y la integración de equipos multidisciplinarios son facilitadores cuyo impacto en la situación de salud ha sido demostrado en otros estudios en población adulta mayor (32). Esto podría ser explorado en análisis posteriores que permitan describir en profundidad la ruta crítica de atención en salud a través de las diferentes organizaciones sociales y de salud. Al parecer, en la situación de vulnerabilidad social que se encuentra la población adulta mayor existen mecanismos de participación social que permitirían un mejor abordaje de los problemas y necesidades de esta población a través de estrategias efectivas en educación, prevención e intervención en un contexto de Atención Primaria de Salud (APS).

Como fortalezas de este estudio se destaca la inclusión de numerosos participantes en diversas disciplinas del área de la salud, lo cual permitió abordar el fenómeno de estudio de una manera integral. La investigación cualitativa, en concreto el análisis temático desde el marco conceptual ofrecido por Tanahashi, permitió no solamente identificar las barreras, sino además indagar sobre facilitadores al acceso y la utilización de los servicios de salud bucal. Para la salud pública son estos facilitadores los que deben potenciarse ha-

cia la realización de estrategias acordes a la realidad social de la población adulta mayor.

Sin embargo, los resultados de este estudio deben interpretarse con cautela a la luz de las posibles limitaciones. Este estudio indagó acerca de la perspectiva del personal que trabaja directamente en los servicios de salud. En este sentido se encontró que sus percepciones están en una u otra medida influenciadas por el contexto geográfico y social donde ellos se desenvuelven cotidianamente. Esto ha sido evidenciado en los resultados de una revisión sistemática sobre barreras de acceso realizada en el 2013, en la que se observa que la aceptabilidad y la accesibilidad son las principales barreras según la clasificación en el modelo de Tanahashi, pero las investigaciones que tienen en cuenta las percepciones del equipo de salud encuentran que las barreras más percibidas son las disponibilidad y el contacto (13). De igual forma, es importante tener en cuenta otros contextos de investigación que tienen que ver con la percepción de otros actores sociales en contextos como por ejemplo los hogares geriátricos y otras instituciones que prestan servicios de bienestar para el adulto mayor. Aunque la investigación cualitativa por su misma naturaleza no pretende generalizar los resultados, se reconoce la necesidad de utilizar metodologías cuantitativas con el fin de ofrecer posibles asociaciones epidemiológicas y complementar los hallazgos encontrados en este estudio.

En conclusión, los resultados de este estudio evidencian la necesidad de integrar las políticas de salud y salud bucal con políticas sociales. La propuesta de asumir una perspectiva crítica desde el ciclo vital humano permite reconocer no solamente las necesidades específicas para la población, sino también ofrecer un camino viable para afrontar las barreras estructurales al sistema de salud. Ofrecer un sistema de atención en salud

eficiente y equitativo es un mecanismo para superar las desigualdades sociales injustas y evitables en salud y salud bucal.

## Referencias bibliográficas

1. Colombia, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDS-2010. Bogotá: Profamilia; 2010.
2. Population Reference Bureau. Statistical Data [serie en internet] [aprox. 10 págs.] Disponible en: <http://www.prb.org/SpanishContent.aspx> [cited 2014 Feb 10].
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estudios postcensales 7: Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005-2020. Bogotá: DANE; 2010.
4. Colombia, Alcaldía de Medellín, Planeación Municipal. Encuesta de Calidad de Vida. Medellín: Alcaldía; 2010.
5. Griffin SO, Jones JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of Oral Disease among Older Adults and Implications for Public Health Priorities. *Am J Public Health*. 2012; 102 (3): 411-8.
6. Srivastava R, Gupta SK, Mathur VP, Goswami A, Nongkynrih B. Prevalence of Dental Caries and Periodontal Diseases, and their Association with Socio-Demographic Risk Factors among Older Persons in Delhi, India: A Community-Based Study. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2013; 44 (3): 523-33.
7. Simoes AC, Carvalho DM. A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2011; 16 (6): 2975-82.
8. Ramírez Puerta BS, González Patiño E, Morales Flórez JL. Experiencia de caries dental en población de 25, 35, 45, 55 y 65 años de edad, Medellín (Colombia) 2011. *Rev CES Odont*. 2013; 26 (2): 36-48.
9. Colombia, Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal. Ensab 1998. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
10. Agudelo Suárez AA, Martínez Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009; 8 (16): 91-105.
11. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974; 9 (3): 208-20.
12. Tanahashi T. Health Service Coverage and its Evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978; 56 (2): 295-303.
13. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepulveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33 (3): 223-9.
14. Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Regular Use of Dental Services among Adults and Older Adults in a Vulnerable Region



- in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46 (3): 526-33.
15. Baldani MH, Brito W, Lawder J, Mendes Y, Silva FF, Antunes J. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13 (1): 150-62.
  16. Marshman Z, Porritt J, Dyer T, Wyborn C, Godson J, Baker S. What Influences the Use of Dental Services by Adults in the UK? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012; 40 (4): 306-14.
  17. Ajayi D, Arigbede A. Barriers to Oral Health Care Utilization in Ibadan, South West Nigeria. *African Health Sciences*. 2013; 12 (4): 507-13.
  18. Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971; 1 (7696): 405-501.
  19. World Health Organization (WHO), Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health (Draft) [monografía en internet]. Ginebra: World Health Organization; 2007. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf) [citado el 10 de febrero de 2014].
  20. Calderón CAA, Botero JC, Bolaños JO, Martínez RR. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Cien Saude Colet*. 2011; 16 (6): 2817-28.
  21. Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C et ál. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2000; 2 (2): 145-64.
  22. Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2010.
  23. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores. *Rev Clin Med Fam*. 2012; 5 (1): 9-16.
  24. Aranzazu G, Boada H, Martínez C, Uribe M. Percepciones de la salud general, oral y visual del adulto mayor que asiste a las clínicas de la Universidad Santo Tomás, factores que influyen su calidad de vida. *Revista Ustasalud Odontología*. 2007; 6 (2): 87-95.
  25. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 2005; 15 (9): 1277-88.
  26. Lima Martins AMEB, Haikal DSA, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24 (7): 1651-66.
  27. Castañeda Abascal IE, Villalón Barrera ON. Necesidades de servicios de salud en mujeres y hombres mayores de 60 años. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2013; 29 (1): 36-43.
  28. Borreani E, Jones K, Scambler S, Gallagher JE. Informing the Debate on Oral Health Care for Older People: A Qualitative Study of Older People's Views on Oral Health and Oral Health Care. *Gerodontology*. 2010; 27 (1): 11-18.
  29. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the Known in Public Health Practice: the Inequality Paradox: the Population Approach and Vulnerable Populations. *Am J Public Health*. 2008; 98 (2): 216-21.
  30. Chhabra A, Chhabra N, Kabi D, Jain A. Understanding Dental Status and Treatment Need of Geriatric Patients: Oral Health Trends in an Indian Population. *Oral Health Dent Manag*. 2013; 12 (4): 213-16.
  31. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2010.
  32. Lahuerta C, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pérez K, Nebot M. La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. *Gac Sanit*. 2004; 18 (2): 83-91.



**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES**

<b>Características</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>N</b>
<b>Edad</b>			
20-40	1	8	9
41-60	12	13	25
<b>Tipo de personal</b>			
Odontólogos (as)	7	8	15
Auxiliares de odontología	0	4	4
Médicos (as)	5	2	7
Enfermeros (as)	0	1	1
Auxiliares de enfermería	0	2	2
Bacteriólogos (as)	0	1	1
Psicólogos (as)	1	0	1
Trabajadores (as) sociales	0	3	3
<b>Tiempo de experiencia laboral (años)</b>			
≤ 10	1	5	6
11- 20	4	6	10
≥ 21	8	10	18
<b>Tiempo de experiencia laboral en Metrosalud (años)</b>			
≤ 10	4	10	14
11- 20	5	4	9
≥ 21	4	7	11
<b>Jornada laboral</b>			
Medio tiempo	8	6	14
Tiempo completo	5	15	20
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>34</b>

Fuente: elaboración propia

**TABLA 2. RESUMEN DE BARRERAS Y FACILITADORES PERCIBIDOS POR EL PERSONAL DE SALUD DESDE EL MODELO DE TANAHASHI (N = 34)**

Categorías	Barreras	Facilitadores
Disponibilidad	<p>Dificultades en la implementación de políticas sociales para esta población</p> <p>La salud bucal no es una prioridad en las políticas en salud</p> <p>Priorización de otras poblaciones para dar atención en salud bucal</p> <p>Insuficiente recurso humano para dar atención</p>	<p>Existencia de programas que facilitan la demanda inducida a programas de salud bucal</p> <p>Mecanismo para hacer valer los derechos en salud a través de instancias gubernamentales y otras</p>
Accesibilidad	Situación de discapacidad	Ubicación geográfica de las unidades y centros de salud
Aceptabilidad	<p>Bajo nivel educativo- analfabetismo</p> <p>Aspectos culturales propios de su condición de adulto mayor</p> <p>Género</p>	<p>Género</p> <p>Capacidad de los profesionales para dar atención a la población adulta mayor</p>
Contacto con el servicio	Crisis del sector salud (Sistema)	Articulación de odontología con otras áreas

Fuente: elaboración propia

**TABLA 3. CITAS TEXTUALES SOBRE BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL PERCIBIDAS POR EL PERSONAL DE SALUD. MEDELLÍN (N = 34)**

Categorías	Citas literales de los informantes
Disponibilidad (D)	<p>D1) “Otro aspecto pues que limita el acceso a los servicios, para mí la principal es pues la planteada por el mismo sistema y su estructura, es pedir una cita, casi siempre consultan por urgencias, pedir una cita para un adulto allá es pues un asunto difícil, bueno eso es un aspecto, las barreras del mismo sistema” (E19; odontóloga).</p> <p>D2) “Bueno en el centro de salud donde yo laboro, hay un sistema que es que se reparten dos fichos para los adultos, tres veces a la semana, o sea que solo ingresan seis personas a la semana por odontólogo y somos cuatro, niños ingresan siete, y las personas nos preguntan que por qué tan poquitas citas para los adultos, y la explicación es que nosotros somos muy poquitos odontólogos para una población alta, que son como 2500 personas, entonces digamos que la demanda insatisfecha es alta, estos adultos tienen que ir a pedir la cita a las siete de la mañana como cualquier otro adulto, y la verdad se queda mucha gente por fuera, la prioridad de nosotros son los escolares, las embarazadas, y los adultos que tengan algún compromiso sistémico, los hipertensos, los diabéticos, y los que tienen enfermedades de alto costo, pacientes trasplantados, pacientes sidosos, pues ellos tienen prioridad” (E7; odontóloga).</p> <p>D3) “Y llega mucha persona desplazada, adulta mayor, familias completas, ellos y todas las personas pasan por unos requisitos, que el primer requisito es la verificación de derechos, la auxiliar verifica los derechos, y si es nivel 1, 2º 3 sale en la pantalla, si es desplazado sale ahí no vinculado, se manda a las taquillas y allá les resuelven la dificultad, si el paciente aparece como contributivo no se les puede prestar el servicio. La reacción hay de todos, hay unos que entienden, hay otros que se ofuscan, como los desplazados, que tienen inconvenientes, y ya más o menos a la semana se les da una atención si es por urgencias, si es cita normal se demora 30 o 40 días” (E7; odontólogo).</p> <p>D4) “La falta de personal, pues o sea, casi que las entidades no sé si no les interesan o, o sea, es la falta de personal y no hay con quien atenderlos, o sea de pronto si hay ganas, y aquí la higienista y hacemos todo lo posible, en la medida, o sea que, que tengamos el personal, pero el personal realmente no alcanza” (E33; enfermera).</p> <p>D5) “Los odontólogos son como los de la mejor disposición y el mejor manejo, pero son muy poquitos para tanta gente, creo que ese es el problema, es la demanda, ellos no se quejan por la atención como tal, sino por el acceso, entonces a veces se hace difícil, aunque tenemos prioritarios por ejemplo, el hipertenso y la gestante pa’ nosotros son prioritarios, pero el que no está en ese grupo, le es difícil acceder, o sea no es que no acceda, sino que le va a tocar mucho como para pedir pues como la cita” (E30; trabajadora social).</p> <p>D6) “Bueno eso desde la odontología en las políticas de salud, en la salud bucal, la salud bucal es un problema, o la caries y toda la carga de la enfermedad bucal es un problema de salud pública, o sea la caries sigue siendo la primera causa de motivo de consulta en consulta externa, en el adulto mayor sí que estamos viendo pues que están llegando con eso, con necesidad de prótesis, o sea vemos que hay una necesidad grande, pero también uno sabe por las discusiones que se dan en el Consejo, por los resultados del último Monitoreo en salud bucal, sabemos que no somos la prioridad en las políticas de salud, o que de pronto si se discuten pero cuando se tienen que llevar a cabo en una población digamos que no se hace como se debería hacer, que no se da” (E1; odontóloga).</p>
Accesibilidad (A)	<p>A1) “Como te digo fundamentalmente lo que yo veo es la falta de acceso a la seguridad social, o sea yo pienso que eso es, uno ve que se vulneran como los derechos, totalmente, además de la historia que cada uno es como responsable de haber cotizado [...], efectivamente la población adulta que nosotros trabajamos no tienen acceso, cierto, son contados con los dedos, los que pueden acceder” (E27, psicólogo).</p>



Categorías	Citas literales de los informantes
Aceptabilidad (P)	<p>P1) “Es población que a veces también la veo como muy desorientada, cierto?, al llegar solos, por su edad, ya por su condición también, eh digamos de discapacidad por la edad, que no escuchan bien, que no vean bien muchos no saben eh leer, ni escribir, o sea también encontramos un poco de analfabetismo, eh entonces, eh, son personitas que, eh, es, la comunicación con ellos a veces es un poco complicada, y uno tiene que tener como más cuidado, ¿cierto? Y ese es el tipo como de personas que nos están llegando allá” (E1, odontóloga).</p> <p>P2) “Entonces pues los más mayores, ya los más ancianitos, depende de quien lo acompaña porque pues empiezan a ser como niños, entonces depende del acompañante y de que ellos tienen que cuidar a los nietos si no es que son bisnietos ya, uno se queda asombrado pues que una persona ya con tanto recorrido y todavía esté en esas. Entonces si tiene un compromiso sistémico, y requiere pues un acompañante por una barrera de seguridad, ese paciente no se puede atender así solo, porque cualquier complicación que se presente con ese paciente dónde está el acudiente, entonces casi que se comporta como el niño que va a la consulta que si no va la mamá y si le tengo que hacer una extracción o algo por el estilo no se le va a hacer. Ciertamente, porque eso es brindar una atención segura” (E18, odontóloga).</p> <p>P3) “El sitio donde yo trabajo, la comuna nororiental de Medellín, hay muchos adultos mayores, es una zona muy poblada, son personas que han migrado del campo con sus familias, entonces pues tienen arraigadas todavía estas costumbres y estos hábitos propios de esta zona rural” (E6, odontólogo)</p> <p>P4) “No asisten, porque viven solos, porque no hay quien los acompañe, porque ya se les olvidó, porque no miran o no saben leer en la libreta que hacen, o no tienen el numerito, todo eso es lo que les decimos nosotros, vengan con sus nietos, pidan su cita que si el nieto estudia por la mañana, pidanla por la tarde, para que el nieto venga, son muy tímidos con sus familias porque como ellos se sienten ya arrimados, les da pena, les da pena, porque es que yo molesto mucho en la casa doctora, me da pena molestar a esos muchachos, o doctor, ellos son muy groseros conmigo, o yo no les importo, ¿sí me entendés?” (E25, trabajadora social).</p> <p>P5) “Son personas muy vulnerables, que generalmente están muy solos ya sea porque no tienen familia o porque la mayoría de la familia trabaja, entonces es el adulto que va a estar casi que todo el tiempo solo, o sea hay algunos que dicen que porque la familia trabaja, otros que la familia no los quiere o sea también hay quienes tienen su familia y que los, los cuidan y que están pendientes de él todo el tiempo, pero la mayoría permanecen muy solos” (E17, auxiliar de enfermería).</p> <p>P6) “Que tengan si quiera el derecho, o sea, la oportunidad a una odontología, o sea porque, el servicio odontológico se volvió un caché, o sea es como de la gente que tenga plata o algún ingreso, porque aquí mire todos dizque uno los tiene que remitir a salud oral, y efectivamente los remite, y va al servicio de odontología y están represadas las ordenes en un folder con cientos y cientos de órdenes que finalmente nunca los llaman, y llaman a un teléfono, a un call center que nunca contestan, o que nunca hay citas, la salud oral de los adultos mayores es pésima, pésima, cierto, son muchos edéntulos, que no tienen la oportunidad de, o sea, de una prótesis, nosotros aquí algunos hacemos todo el esfuerzo con la junta pues y con trabajo social para conseguirles pues como las prótesis, pero muy difícil todo, muy difícil la atención oral” (E33, enfermera).</p> <p>P7) “Yo pienso que uno de las necesidades más grandes es que el adulto mayor es muy solo, como falta de apoyo como falta de compañía, a pesar de que es muy distinto, digamos de la población de otros sitios donde yo trabajo, si, porque algunos de esos adultos mayores en otras poblaciones viven solos, si, estos por su misma condición socioeconómica viven con sus familias, no cierto, pues hay viejitos que están en albergues, con cosas, pero muy poquito, sí, pero la mayoría viven con sus familias en este sector, entonces por la misma condición económica pero yo pienso que les favorece, bien o mal, pero están en la misma casa, le presten mucha atención o no le presten mucha atención pero siempre tiene a sus hijos y a sus nietos, a veces van con los nietos que los llevan, a veces son los hijos, pero hay poblaciones también muy solas y que no tienen y son llevados por un vecino, hay viejitos que viven solos en una pieza, pero la mayoría viven en familia” (E34, médico).</p>

Categorías	Citas literales de los informantes
Contacto con el servicio (C)	<p>C1) “Porque sabemos la crisis por la cual está atravesando el sistema de salud en este momento y pues hay dificultad en el acceso, en la asignación de citas, para prestar una cobertura amplia del servicio y nos sentimos muy impotentes pues para prestar un servicio global” (E4, odontóloga)</p> <p>C2) “Porque no está contemplado dentro del plan obligatorio de salud toda esa atención, solo la parte de ambientación periodontal, no está contemplado ni la cirugía ni otros procedimientos necesarios” (E4, odontóloga).</p> <p>C3) “A nivel de salud, reciben pues como integralmente lo que les puede brindar el primer nivel de atención, pero es muy difícil acceder al segundo nivel, entonces las patologías más complejas se quedan sin tratamiento, entonces es muy común oír - no, llevo seis meses consiguiendo una cita para el internista o llevo seis meses consiguiendo una cita para el nefrólogo - eso se nota mucho” (E5, odontólogo).</p> <p>C4) “Yo tengo que es difícil porque el POS no incluye si no ciertos tratamientos y hay prioridad de géneros para las maternas, y para los adultos es muy difícil, porque no tienen prioridad, y no les cubren sus necesidades, no hay rehabilitación, no hay estética, pues cosas como específicas, ellos van porque tienen una caries o porque tienen enfermedad periodontal, pero así como yo vengo que porque quiero una prótesis no, claro que yo creo que ya está metida ahí” (E17, auxiliar de enfermería).</p> <p>C5) “Bueno, pues en cuanto a la parte médica yo creo que están muy bien cubiertos, porque el Sisben les cubre muchísimos factores muy importantes para su salud, les ofrece pues bastantes posibilidades en ese sentido” (E9, odontólogo).</p> <p>C6) “Hay mucha desinformación, hay compañeros que ni siquiera saben que esto ya cambió y que hay cosas que ya cubre este nuevo POS, cierto, pues otras actividades que no existían en el otro, yo sé que se va a cubrir las prótesis mucosoportadas porque he leído, pero en la empresa no nos han hecho una capacitación sobre eso, y lo que se dice es que no se van a atender esos pacientes allá sino unas remisiones a las EPS, y ellas se encargan de eso, pero no tenemos nada en concreto” (E3, odontólogo).</p> <p>C7) “Si nos han dado ya orientaciones, pero todavía no hay nada concreto, porque nosotros tenemos como unos protocolos que debemos seguir, pero todavía está en estudio, aunque igual estamos prestando servicio, en odontología hay cierta controversia en cuanto a lo de las prótesis totales y las prótesis parciales” (E6, odontólogo).</p> <p>C8) “La información ya la tenemos pero todavía no está en marcha, cuando llega un paciente diciendo que quiere sus prótesis, los centros de salud no estamos autorizados a hacerlos, quienes lo van a hacer son las unidades prestadoras de servicios, entonces se orienta al paciente para que vaya a la UPS más cercana” (E7, odontóloga).</p>

Fuente: elaboración propia



**TABLA 4. CITAS TEXTUALES SOBRE FACILITADORES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL PERCIBIDAS POR EL PERSONAL DE SALUD. MEDELLÍN (N = 34)**

Categorías	Citas literales de los informantes
Disponibilidad (D)	D1) “Metrosalud en la agenda de la programación de actividades del servicio de odontología tiene una distribución porcentual por grupos, y los adultos mayores que nosotros atendemos más o menos el 80, entre el 85 y el 90% hacen parte del programa de riesgo cardiovascular, donde se tratan enfermedades como hipertensión o diabetes, casi todos los que consultan hacen parte del programa, y esa agenda tiene un porcentaje para pacientes de programas” (E28, odontóloga).
Accesibilidad (A)	<p>A1) “[...] Pues realmente es bueno, está muy central mmm hay mucho acceso pues de transporte porque por aquí vienen muchas líneas de buses, vienen integrados del metro, tiene como mucha accesibilidad de la comunidad por aquí, y los que viven por aquí cerca pues se desplazan casi todos en carritos o de la familia o de conocidos” (E21, auxiliar de odontología).</p> <p>A2) “Yo te digo que de todos modos la unidad y el barrio en sí ha tenido mmm como unas intervenciones en la comunidad, donde por ejemplo les hacen a los adultos mayores recreación, por decir, no cierto, a los adultos mayores algunos van a grupos de gimnasia, tenemos un parque en frente donde la gente va, el parque Juanes, y camina y puede donde hacer su ejercicio o alguno de esos adultos mayores sí, por ejemplo eso en cuanto a recreación si ha mejorado, hay gente que no se queda viendo la televisión, si no que yo pienso que hay muchos pacientes, y dentro del programa de riesgo cardiovascular se ha implementado como la herramienta de los grupos del adulto mayor que de pronto también les organizan paseos, y mucha gente, porque uno ve muchas señoras que dicen si yo voy a la gimnasia, y directamente, no sé si de pronto de la unidad, o por fuera de la unidad yo creo que también va o algunos Comfama o algunos programas donde la gente participa de eso” (E34, médico).</p> <p>A3) “Eso a la defensoría del pueblo llegan con cartas y uno los tiene que atender, ahí sí es que los tiene uno que atender porque era un paciente que por programación, porque el odontólogo tiene la agenda llena, porque tiene muchos adultos, porque ya nos hicieron un llamado de atención con los adultos, pero ese paciente llegó con su carta, entonces se atiende. Ellos a veces también tienen que hacer, hacen cualquier cosa, muchos, los que son más orientados o tienen alguna orientación y llegan hasta allá, pero que hayan hecho tutelas a Metrosalud, que yo sepa no, de pronto tendrían que preguntar como por otro lado” (E1, odontóloga).</p> <p>A4) “En general, pues, como ustedes saben que el sistema está planteado de una manera que no responde a lo que se compromete, hay que decirlo, porque es así, o sea todos ellos tienen una afiliación al sistema de salud en el régimen subsidiado, supuestamente eso les daría derecho a la atención, pero ellos van todos los días llaman a pedir citas y las citas son muy limitadas, no sé si han entrevistado otras personas que trabajen allá y pues, así es. Ellos saben, saben que hay estos problemas y en la población de nosotros vemos también una dificultad y las personas no están acostumbradas a utilizar los mecanismos de reclamación de derechos digamos que ellos lo podrían hacer, podrían ya proceder a la tutela, derechos de petición, pero no es, para salud algo que se presenta con mucha frecuencia, para otras cosas que ya comprometen la vida, las personas pues si se movilizan más, en esto nos falta a nosotros los odontólogos para hacer difusión de derechos y deberes, nos limitamos más como a lo clínico y poco a participar en otras áreas, esto es uno de los grandes problemas también” (E19, odontóloga).</p> <p>A5) “Sí aquí se ha trabajado mucho con eso lo que es la parte de psicología y la parte de trabajo social ha hecho un trabajo muy muy grande con eso, hace por decir un ejemplo cuando están en el laboratorio esperando, siempre se van hablan con todos ellos, les explican cuáles son sus derechos cuáles son sus deberes, les explican muy bien como todos los servicios, cómo acceder a las consultas, a laboratorio a odontología, los orientan muy bien, a farmacia, pero es como con toda la población, en trabajo social, y psicología especialmente ha hecho un gran trabajo con todos los usuarios en compañía pues de las directivas. Muy bien trabajo frente a eso” (E20, auxiliar de enfermería).</p> <p>A6) “Sí, realmente es el trabajo de nosotras, cierto, toda las dificultades, todas las barreras que el usuario encuentra en algún servicio, y llegan a, a dar donde la trabajadora social, cierto, o mínimamente a la oficina de atención al usuario, porque ellos esperan que uno como trabajadora social, ayude e intervenga, y mire, cierto, y, a ver que se, que se puede hacer; entonces, eh, lo que yo hago digamos desde lo que yo puedo hacer es mmm, acompañar a ese usuario directamente al servicio, en este caso pues odontología, eh, el servicio de odontología es un servicio donde, pues, yo encuentro que hay muy buen, digamos muy buena escucha, muy buen acompañamiento desde los líderes, o desde los odontólogos para explicarle a uno cuál es el procedimiento, qué es lo que pasa para poder explicarle bien al usuario; y si desde las manos de, desde la parte de odontología se puede ayudar, ellos siempre están dispuestos” (E26, trabajadora social).</p>

Categorías	Citas literales de los informantes
Aceptabilidad (P)	<p>P1) “Si, uno ve que las mujeres son más activas, preguntan más, participan más, desde el punto de vista tanto clínico como en las charlas, el hombre es muy callado, cuando el hombre pregunta una cosa muy puntual, yo pedí y no me las dieron, en cambio las mujeres cuentan la historia, a mí me da miedo, a mí me sacaron, igual en la consulta el hombre va a lo que va, no hay tanta conversación” (E12, odontólogo).</p> <p>P2) “[...] Lo que pasa es que el hombre en nuestro medio todavía sigue siendo muy reacio a consultar, porque todavía se siente fuerte, y dice que él es el hombre, pues el macho que no se puede enfermar, entonces piensa que ir al médico es dar el brazo a torcer, entonces muchos son duritos, muchos son difíciles para consultar, yo la verdad no sabría decirte si tienen más necesidades” (E29, médico).</p> <p>P3) “O sea vienen más los hombres a urgencias que las mujeres, vienen más los viejitos por dolor, porque las mujeres, en los programas de la tercera edad a ellas las han concientizado mucho, entonces ellas son más cuidadosas de su salud, más pendientes que los hombres, y uno ve que los hombres que están en esos tratamientos, son señores, que sí, que están en esos programas de la comunidad, entonces en esos programas los aprovechan mucho, y aprenden también mucho. Ellos dicen ah sí es que allá nos dicen esto” (E21, auxiliar de odontología).</p> <p>P4) “Desde mi formación, hay una forma de atenderlos, digamos odontólogo paciente la relación tiene que ser más cordial, más humana, y el tiempo de la consulta no da como uno lo quisiera hacer, pero desde esa parte yo me siento capacitado, sí, pero hay obstáculos que no me permiten hacer una atención más humana, más cordial, crear más empatía” (E3, odontólogo).</p> <p>P5) “Bueno pues yo no voy a negar que es difícil, uno se fija en la agenda y uno ve que llega el viejito pues de 80 años y uno ya queda como ya, por qué, porque es que es el paciente que llega con problemas pues ya físico, entonces el montón de medicamentos que toman y uno sabe que eso tiene interacciones con lo que uno les va a hacer, y ellos llegan es por el motivo de consulta que casi siempre es por algo agudo, y quieren que se los solucionen ya, y no quieren volver, ellos van con que me duele este diente, pero vos les encontrás otras cosas, y a ellos no les importa, les importa es ese diente, o llegan y quieren que les saquen todos los dientes, como que ya no quieren sufrir más, y uno viendo que todavía tienen cura, como salvarse, no, no les importa, a veces uno también les sirve casi que de psicólogo, porque uno les pregunta qué enfermedad sufre, y empiezan a contarle a uno toda la vida, y pues a uno ya escucharlos, y de pronto a veces también es muy bonita esa parte humana porque encuentran en uno esa persona que los escucha, como te digo me parece complicado esa parte de salud física a la hora de atenderlos, de resto no” (E2, odontóloga).</p>
Contacto con el servicio (C)	<p>C1) “Bueno en odontología entonces está articulada con las otras áreas, entonces, así como ellos tienen una remisión anual a nutrición y a todas las especialidades, entonces también tienen una remisión anual a odontología para una valoración y ya según en esa valoración si le encuentran pues alguna patología periodontal entonces lo enrutan en el programa” (E32, enfermera).</p> <p>C2) “Sin embargo se le facilita a Metrosalud el hecho de que tenga unos programas, es una manera de decir como bueno a este paciente que lo tengo en hipertensión yo le voy a ofrecer todos los servicios incluido el de odontología, ehm es una manera de prestar mejor los servicios mediante los programas” (E1, odontóloga).</p> <p>C3) “Bueno programas para ellos si hay en las instituciones de salud y en todo lo que tiene que ver con los vínculos que tiene una institución de salud como esta con las secretarías y el ente municipal como tal, o sea con la Secretaría de Bienestar Social, con la Secretaría de Salud, y ahí sí hay programas educativos, programas recreativos y alrededor de nuestras instituciones también, pero eh la parte de salud bucal está muy desligada de esta, no se asume, a veces la asumen las enfermeras o las auxiliares, ellas les hablan de algunas cosas generales pero ahí hay muchos vacíos, muchos vacíos y salud oral está muy desligada de lo que tenga que ver con educación y promoción de la salud y más con el adulto mayor” (E19, odontólogo).</p> <p>C4) “Lo que se me ocurre es lo que te decía de la líder comunitaria que estaba encargada de inscribir pues a las personas interesadas en participar de ese programa de prótesis gratuitas, básicamente es lo que conozco [...]” (E2, odontóloga).</p>

Fuente: elaboración propia



**TABLA 5. PROPUESTAS Y ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD BUCAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE SALUD (N = 34)**

Categorías	Citas literales de los informantes
Fuerza política de los profesionales	A) “Ahí le queda a los políticos que son médicos y odontólogos, o a los trabajadores de la salud y que llegan al congreso y que no se tuerzan que hagan algo, porque es que ese es el problema en ese recorrido de aquí al congreso [...] Eso es un despelote, y mientras no haya esa unión no va a haber nada, porque si se podría de pronto si hubiera un bloque grande mirar que hacer” (E23, médico).
Redes sociales de apoyo	B) “[...] Y yo pienso que hay que meter mucho a las fundaciones, las fundaciones están mucho con el niño [...], hay que meter mucho a las fundaciones en salud oral para el adulto mayor, mucho y mire, como yo le decía, hay están libres, hay están cautivos, que ellos tengan su gente, nosotros esto, o sea que se pueda cubrir toda la población, porque entre más años, más población adulta mayor tenemos” (E25, trabajadora social).
Reforma al sistema	C) “Sí, pues ya eso es algo más de orden estructural que ya ahí Metrosalud no es pues como por defender si no pues para ustedes ya en proceso de formación, es importante, que eso ya no es problema de Metrosalud si no que es del sistema de salud que atraviesa nuestro país, por eso me parece importante pues que se esté trabajando en eso desde el año pasado para entrar a evaluar pues y ya tomar otro sistema de salud como es el de Brasil por ejemplo, con un acceso equitativo, entonces me parece pues que el problema radica desde allí, y otra cosa es que los sistemas de salud se han quedado en la intervención y no en la prevención, entonces pues es obvio que a largo plazo esta población son los que puedan tener más o menos necesidades en la salud bucal, entonces esta población ya ha tenido como un descuido a nivel personal o también en los medios en que han vivido, porque pues no se trata solo de culpabilizarlos a ellos” (E18, odontóloga).

Fuente: elaboración propia