Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea del CRAI-USTA y el Repositorio Institucional en la página Web de la CRAI-USTA, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que "los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables."

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-USTA

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

Modelo de Atención Odontológica Domiciliaria en Santander. Estudio de caso.

Silvia Juliana Rincón Rojas y Erika Paola Suárez Lizarazo

Trabajo para optar el título de Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud

Director

Juan Carlos Roa Serrano

Especialista en Gerencia de Exportaciones

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables

Especialización en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud

2019

Tabla de Contenido

Introducción 7
1. Capítulo I. Modelo de Atención Odontológica Domiciliaria en Santander. Estudio de caso. 9
1.1 Objetivo General. 9
1.2 Objetivos Específicos 9
2. Capítulo II. Marco de referencia 10
2.1 Antecedentes de la atención domiciliaria. 10
2.2 Atención domiciliaria 12
2.3 Estado del arte. 13
2.4 Marco normativo. 16
3. Capítulo II. Situación actual. 18
4. Capítulo IV. Diseño de Metodología 20
4.1 Metodología de la investigación 21
4.2 Fuentes de información. 22
4.3 Población 23
4.4 Muestra 23
4.5 Muestreo 24
5. Capítulo V. Análisis comparativo 24
5.1 Reseña histórica: 24
5.2 Descripción del tema específico 25
5.2.1 Experiencia 1 25
5.2.2 Experiencia 2: 32
5.3 Análisis Comparativo 81
6. Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones 83
6.1 Conclusiones 83
6.2 Recomendaciones 84
Referencias bibliográficas 86

Lista de Tablas

Tabla 1. *REPS Odontología domiciliaria en Santander* 28

Tabla 2. *Artículos de atención odontológica domiciliaria.* 35

Resumen

La atención odontológica domiciliaria (AOD) ha cobrado fuerza en los últimos años, pues permite mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad bucal de las personas que presenten limitación en el acceso a servicios de salud, adultos mayores o personas con patologías crónicas. En el departamento de Santander y el territorio colombiano, la información relacionada con la atención odontológica domiciliaria es limitada, por lo que se decide realizar el presente estudio de casos.

El presente estudio tiene como finalidad definir la formulación estratégica del modelo de atención odontológica domiciliaria en el Departamento de Santander. Para el desarrollo de este estudio de casos, se precisan como muestra un testimonio suministrados por IPS de Santander que oferta actualmente Atención odontológica domiciliaria, según el REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) a través de una entrevista telefónica, de la misma manera, información obtenida de diecisiete (17) artículos extraídos de bases de datos que suministra el CRAI de la Universidad Santo Tomás (SCOPUS, EMBASE Y DENTISTRY AND ORAL SCIENCES SOURCE) que conllevan a la realización final de un análisis comparativo. Conclusiones: La AOD va dirigida, en su gran mayoría, a adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas, siendo la realización de prótesis dentales, higiene oral y educación en promoción y prevención, los principales tratamientos efectuados.

Palabras clave: Atención odontológica domiciliaria, Adulto mayor, Odontología, Enfermedad crónica, Higiene oral, Prótesis dental.

Abstract

Home dental care (HDC) has gained strength in recent years, as it improves the quality of life and decreases the oral morbidity of people who have limitations in access to health services, older adults or people with chronic diseases. In the department of Santander and the Colombian territory, information related to home dental care is limited, so it is decided to carry out the present case study. The present study has how to define the strategic formulation of the model of home dental care in the department of Santander. For the development of this case study, a testimony provided by IPS from Santander that currently offers dental care, according to the REPS (Special Registry of Health Service Pretators) through a telephone interview, is required as shown in the same way, information obtained from seventeen (17) articles extracted from databases provided by the CRAI of the Santo Tomás University (SCOPUS, EMBASE AND DENTISTRY AND ORAL SCIENCES SOURCE) that lead to the final realization of a comparative analysis. Conclusions: ODA is directed, in its great majority, to older adults and patients with chronic diseases, being the realization of dental prostheses, oral hygiene and education in promotion and prevention, the main treatments performed.

Keywords: Home dental care, Elderly, Dentistry, Chronic disease, Oral hygiene, Dental prostheses.

Introducción

El profesional en odontología, así como otras ramas de la medicina, es parte integral del sector salud como componente fundamental, contribuyendo al bienestar físico y mental de los pacientes. Dentro de este contexto, es importante destacar que en la actualidad, debido a las circunstancias que demanda el día a día, donde el tiempo es perentorio y el desplazamiento de los pacientes a los consultorios o instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente adultos mayores o con limitaciones importantes, representan una dificultad tanto demográfica como epidemiológica, de gran interés para la salud pública, se presenta una gran necesidad de acceso que permite predecir un incremento en la necesidad de servicios de atención domiciliaria.

Según Roca y Úbeca (Roca, 2009), la atención domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se brindan en el domicilio o vivienda de las personas, la cual permite examinar, valorar, detectar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas. Es fundamental que la atención odontológica domiciliaria se establezca en el contexto actual de igualdad, diversidad y derechos humanos en salud y asistencia social, reduciendo inequidades sanitarias a través de la personalización, la consulta y el trabajo en equipo.

Sin embargo, cabe resaltar la dificultad para implementar la modalidad de atención odontológica domiciliaria, tanto por unidades móviles y parámetros de bioseguridad, constituyendo materiales, instrumental, capacidad y conocimiento técnico científico del talento humano, como por los factores económicos y culturales. No obstante, se sigue considerando esta modalidad, una asistencia a la comunidad que, garantizando la prestación de un servicio de salud integral, coherente con la realidad socio-cultural y epidemiológica de la población de la región.

En cuanto al contexto normativo de la atención odontológica domiciliaria, en Colombia la Resolución 1441 de 6 de mayo de 2013 por Ministerio de Salud y Protección Social (Res. 1441, 2013), establece que la atención domiciliar se encuentra bajo la responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios, quienes deben asegurar la calidad del servicio bajo las mismas condiciones y reglamentaciones que regulan en las instituciones o clínicas prestadoras del servicio de atención; algunas de las ciudades que sí presentan normatividad según las secretarias de cada región son Medellín, Cali, Pereira entre otras.

Por lo anterior, es de suma importancia realizar el presente análisis cualitativo, por medio de un estudio de casos, obedeciendo a la comparación de experiencias en AOD del Departamento de Santander según información suministrada por el RESP y la comparación entre artículos de investigación del mismo tema, que contribuyan a la identificación del modelo empresarial y funcionamiento de la atención odontológica domiciliaria en Santander, así como también las consideraciones básicas, relacionadas con la definición operativa, portafolio de servicios, modalidad de atención, dotación, talento humano, bioseguridad, registro y normatividad vigente, que permitan el desarrollo integral de dicha atención.

1. Capítulo I. Modelo de Atención Odontológica Domiciliaria en Santander. Estudio de caso.

1.1 Objetivo General.

Definir la formulación estratégica del modelo de atención odontológica domiciliaria en el departamento de Santander.

1.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las instituciones prestadoras de servicios de salud que oferten la atención odontológica domiciliaria en Santander y conocer su planeación objetiva a partir de la aplicación de una encuesta telefónica.
- Indicar los artículos existentes relacionados con el Modelo Empresarial de Atención Odontológica Domiciliaria disponibles en las bases de datos que ofrece la biblioteca virtual de la Universidad Santo Tomás.
- Comparar las experiencias extraídas de IPS en el departamento de santander y artículos para establecer los aspectos básicos propios del de servicio odontológico domiciliario.

2. Capítulo II. Marco de referencia

2.1 Antecedentes de la atención domiciliaria.

> En el año 1947, en la ciudad de Nueva York, se inicia la hospitalización o internación domiciliario como una extensión del servicio de salud, en el domicilio del paciente. El propósito principal por el cual inicia dicha modalidad de atención es descongestionar las salas hospitalaria y brindarle al paciente una atención personalizada, bajo un ambiente humanizado que favorezca su evolución (Colomer, et al, 1998).

En Canadá, en el periodo de tiempo comprendido entre 1970 y 1980, se comenzó a plantear una visión más amplia de atención domiciliaria, la cual se encontraba dirigida a pacientes adultos mayores y discapacitados o pacientes quirúrgicos con alta precoz, realizado bajo la supervisión de Hospitales de Montreal. En el año 1987, se realiza una prueba piloto mediante la cual se administraban antibióticos parenterales en pacientes agudos, además de la realización de controles (Nicho, 2011).

En el Hospital de Tenon de París, Francia se creó una unidad de atención domiciliaria en el 1951. Luego, en 1957 en la misma ciudad del continente europeo, la organización no gubernamental sin ánimo de lucro Santé Servicie, brinda hasta la actualidad, atención médica domiciliaria a pacientes terminales. Sin embargo, la atención domiciliaria fue reconocida oficialmente como una opción de servicio sanitario desde el año 1992, dándole validez a través de los decretos gubernamentales emitidos en ese entonces (Nicho, 2011).

En el Reino Unido, esta modalidad de atención fue implementada a partir del año 1965 con el Hospital Care at Home. La oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, a partir de

1996, con el fin de promover, estandarizar y llevar a cabo de manera adecuada, coordina la modalidad de atención domiciliaria por medio del programa From Hospital to Home Health Care. Por otro lado, en Alemania se desarrolla la atención domiciliaria en la década de los sesenta, en Italia a partir de los años ochenta (Colomer, et al, 1998).

En Colombia se comienza a implementar de manera sistémica la con el surgimiento de la Ley 100 de 1993 (Ley 100, 1993), por lo que, en los últimos años, la mayoría de aseguradoras tienen empresas filiales para la prestación de servicios de salud domiciliarios y promover el crecimiento constante. En la ciudad de Medellín, existen, además, IPS privadas de atención domiciliaria post-hospitalización dirigido a pacientes crónicos, con discapacidad severa, sin la presencia de familiares responsables de su cuidado y de escasos recursos. La reorganización del sector salud en Costa Rica, conlleva a la necesidad de introducir la atención domiciliaria como una concepción moderna de la salud dentro de los profesionales del área, por lo que es de gran importancia identificar los parámetros éticos a tener en cuenta para su implementación, por lo que las políticas gubernamentales proponen el subsistema de hospitalización, atención y apoyo a domicilio (Nicho, 2011).

En el año 2001 en Brasil se establece el sistema de atención domiciliario a partir de los programas de salud pública gracias a los gobiernos locales, dirigida a adultos mayores con el apoyo de los servicios de apoyo comunitario. Finalmente, en Perú, en 1993 se la inicio a la implementación de la atención domiciliaria por medio del Instituto peruano de Seguridad social, pero al igual que en otros países no se encuentra estandarizado el servicio por ausencia del sustento político como modelo complementario de atención en salud (Nicho, 2011).

2.2 Atención domiciliaria.

La salud de la cavidad oral ha sido un tema de interés para la salud pública y gran responsabilidad para el sistema de salud a lo largo de los tiempos, por las consecuencias y padecimientos a corto o largo plazo que la morbilidad dental representa, afectando de manera directa la calidad de vida de los pacientes.

La realización de tratamientos odontológicos inadecuados, la falta de interés ante la aparición de enfermedad oral, el desconocimiento sobre temas de promoción y prevención de la salud oral o el difícil acceso a los servicios de salud, afectan notablemente el individuo de manera integral, generando el deterioro de la salud del individuo. Sin embargo, quienes presentan mayor vulnerabilidad ante las desafortunadas circunstancias mencionadas con anterioridad, son las poblaciones vulnerables como adultos mayores, pacientes con discapacidad severa o en abandono social y/o pacientes con barreras económicas.

El grupo de personas en cuestión, además de quienes muestren interés por acceder a esta modalidad de atención, claro está; representan la población diana de la asistencia odontológica domiciliaria. Se conoce que los planes de mejoramiento que establece la salud pública en Colombia, brindan programas preventivos y concientización sobre la importancia de la salud oral y de mantenerla, dirigido a adultos mayores, mujeres embarazadas, niños, discapacitados, etc. No obstante, la prestación del servicio odontológico en las viviendas de los grupos poblacionales en cuestión, mejora notablemente el estado de salud bucal, funcional, elevando el nivel de satisfacción del usuario.

La atención odontológica domiciliaria debe establecerse en el contexto de igualdad, diversidad y derechos humanos en salud y asistencia social, reduciendo inequidades sanitarias a través de la

personalización, la consulta y el trabajo en equipo. En este orden de ideas, dentro de las ventajas que ofrece la modalidad de atención domiciliaria, encontramos:

- Facilitan el acceso al servicio evitando el desplazamiento del usuario y el riesgo de complicación de sus enfermedades sistémicas y/o discapacidad.
- Se incentiva la higiene bucodental en los grupos de usuarios atendidos, familiares y cuidadores, así como en personas que no hayan solicitado directamente nuestros servicios.
- La formación de los cuidadores permite adoptar medidas preventivas en los pacientes, así como hacer más eficaz el programa desde un punto de vista costo-beneficio, puesto que ellos realizarían muchas de las tareas que el dentista-higienista indica.
- Mejores condiciones de trabajo y aumento de la calidad de vida en paciente frágiles con equilibrio inestable y en los que tienen un deterioro cognitivo importante (Gil, 2004).

2.3 Estado del arte.

A nivel internacional, se puede destacar el estudio realizado por Starfield & Shi en el año 2004, que consiste en una revisión sistemática acerca de los beneficios de la atención domiciliaria, los costos y la equidad, considerando que a nivel mundial varios estudios han indicado que la atención domiciliaria está asociada con una mejor salud para las personas y las comunidades, así como con la disminución en los costos generales en la atención en salud y con la disminución de brechas en el estado de salud de los grupos menos favorecidos. El estudio destaca el valor que tiene la atención domiciliaria en el sistema de salud por su eficacia, eficiencia y su impacto en la equidad en salud para los individuos y poblaciones (Starfield, 2004).

Otra de las investigaciones corresponde a, Gil Montoya quien en el 2004 realiza una investigación titulada “Programa de asistencia dental domiciliaria: Una demanda actual” (Gil,2004), que tiene como objetivo, prestar asistencia dental integral a mayores que vivan en sus domicilios o en residencias geriátricas, con dificultad de desplazamiento y evaluar los costes económicos derivados del programa. En el desarrollo del mismo, se evaluaron dos programas de asistencia dental domiciliaria en un centro geriátrico para semiválidos y en un grupo de usuarios de servicios de ayuda a domicilio que residían en sus propias casas. Durante 10 y 5 meses se trataron las necesidades odontológicas básicas, con instrumental portátil y a cargo de un dentista y un higienista, de 210 y 47 mayores, respectivamente.

Por otro lado, en Chile, se llevó a cabo el estudio titulado: “Orientaciones Para La Atención Odontológica Domiciliaria 2018”, por el Ministerio de salud, Gobierno de Chile, cuyo principal propósito fue entregar atención odontológica a usuarios beneficiarios del programa de atención domiciliaria dirigido a personas con dependencia severa y su(s) cuidador(es), en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios (Ruiz, 2018).

En cuanto a la investigación realizada a nivel nacional, en el año 2002, se desarrolla en Colombia un estudio llamado “Autonomía Y Estado Bucal En Adultos Mayores Que Han Recibido Atención Odontológica Domiciliaria”, que tiene como objetivo explorar la relación existente entre la autonomía y el estado bucal de los pacientes adultos mayores atendidos mediante el servicio de odontología geriátrica domiciliaria en la ciudad de Medellín, Colombia. Para esto se diseñó un estudio epidemiológico analítico poblacional con los 87 pacientes atendidos. Los datos dentales fueron tomados de cada historia clínica odontológica y se determinó la autonomía aplicando el Índice de Barthel. Se realizó análisis estadístico descriptivo univariado y bivariado, y analítico

calculando la razón de disparidad y el respectivo intervalo de confianza con las variables bivariadas (Maldonado, 2002).

Los resultados evidenciaron la asociación estadística entre la presencia de dientes naturales y la pérdida de la autonomía (p= 0.0042). Se encontró que el adulto mayor dentado tiene 10 veces más el riesgo de perder la autonomía que los edéntulos y el adulto mayor con pérdida de la autonomía presenta 37 veces más el riesgo de necesitar ayuda parcial o total para realizar la higiene bucal. Se concluye que la ausencia de enfermedad dental (dientes naturales) favorece la autonomía de la persona adulta mayor (Maldonado, 2002).

En el año 2009, González & Acevedo realizaron una revisión sistemática del estado del arte de la Atención domiciliaria en Colombia. Este estudio identifica algunos modelos existentes de Atención domiciliaria en diferentes IPS y determina las distintas variaciones que han tenido estas modalidades a lo largo del tiempo y los posibles retos para las diferentes instituciones que trabajan estas modalidades de atención. Identificaron que la principal modalidad ofrecida por seis IPS de la ciudad de Medellín es la Hospitalización Domiciliaria, cuyas actividades están especialmente dirigidas a la continuidad de tratamientos hospitalarios de carácter curativo (González, 2009).

De este estudio, se concluye que, aunque la gran mayoría de servicios corresponde a la hospitalización domiciliaria, la Atención domiciliaria se proyectaría como una gran fortaleza hacia el futuro al mejorar la comunicación entre los diferentes actores del sistema de salud, integrar y utilizar de manera adecuada los recursos disponibles, pues parte de su función es la educación, promoción y prevención además del conocimiento general y manejo de la enfermedad en el núcleo familiar, cómo la posibilidad de generar empleo en el gremio de la salud (González, 2009).

El estudio titulado “Análisis De Calidad En La Implementación De Servicios De Atención Domiciliaria En Odontología”, realizado en la ciudad de Bogotá, tuvo por objeto, describir la

calidad en la implementación en los servicios de salud en atención domiciliaria en odontología para Bogotá, analizando tanto la reglamentación y legislación como la atención, viabilidad y factibilidad de cobertura y bioseguridad, todo esto soportado con los parámetros de calidad y excelente prestación de servicio, como resultado del estudio arroja como conclusión que no existe normatividad establecida por la Secretaria de Salud del Distrito, a diferencia con lo que ocurre en otras ciudades del país como Medellín y Cali. Por lo cual, estas entidades se encuentran sin una reglamentación y legislación clara para la prestación de servicios de atención domiciliaria, y en algunos casos se vulneran los derechos de pacientes, tanto económicos como de bioseguridad entre otros. A nivel internacional se identificó normas claras y estrictas para la prestación de este servicio (Ruiz, 2018).

2.4 Marco normativo.

El Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia es un ente regulador que determina normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza, dentro de las cuales se encuentran la siguientes, que establecen los lineamientos relacionados con la atención domiciliaria en salud.

La Resolución 6408 de 2016: ARTÍCULO 26. Establece La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Esta cobertura está dada sólo para el ámbito de la salud PARÁGRAFO. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, serán responsables de garantizar que las condiciones en el

domicilio para esta modalidad de atención sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes (Res. 6408, 2016).

Así mismo, en su ARTÍCULO 68. Atención Paliativa, El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cubre los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud contenidas en este Plan de Beneficios, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 25 del presente acto administrativo (Res. 6408, 2016).

Artículo 82. Atención Para La Recuperación De La Salud, El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC cubre los servicios y tecnologías para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud —APS, según los lineamientos del Modelo Integral de Atención en Salud —MIAS- y la Política de Atención Integral en Salud —PAIS-. Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar cubiertos en este Plan de Beneficios, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia (Res. 6408, 2016).

Ley estatutaria 1751 de 2015, que menciona parámetros sobre la Salud como derecho fundamental (Ley 1751, 2015) y la Resolución 2003 de 2014, que imparte las directrices para la habilitación de prestadores de servicios de salud en el territorio colombiano (Res 2003, 2014).

3. Capítulo II. Situación actual.

La atención domiciliaria es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, que deben responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio, y no estar preparados en procedimientos básicos que reduzcan los efectos y complicaciones de los diversos procesos patológicos crónicos. Se constituye entonces como un ámbito ideal para desarrollar las estrategias de prevención destinadas a evitar el desarrollo de la dependencia en adulto mayor la persona de la tercera edad, minimizar sus efectos cuando se presente y ofrecer cuidados de calidad técnica y humana en las fases más avanzadas de la enfermedad (Quintero Cujiño, M. L., 2011).

Por otro lado, en el departamento de Santander no se han desarrollado estudios sobre el análisis, diseño y/o implementación del método de atención odontológica domiciliaria y, los estudios llevados a cabo en Colombia son muy limitados, creando la necesidad de ser pioneros en el ámbito investigativo, permitiendo establecer una estructura que básica del servicio de salud mencionado con anterioridad.

Es importante destacar los requisitos mínimos para la prestación de servicios odontológicos que, normativamente hablando, se encuentran establecidos en la Resolución 1441 de 2013, que establece los parámetros para la habilitación de servicios de salud en la República de Colombia. De acuerdo con el Manual de Habilitación el servicio que se prestará pertenece al grupo otros servicios con modalidad extramural, por lo que se deben cumplir tres condiciones:

- La capacidad técnico-administrativa, la cual establece que la IPS debe contar con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio y tener un sistema contable.

- La suficiencia patrimonial y financiera que se tendrá como base para inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, los estados financieros certificados por un revisor fiscal o el contador.

- La capacidad tecnológica y científica; basada en los principios de fiabilidad, esencialidad y sencillez, a partir del cumplimiento obligatorio de los estándares de habilitación en salud, los cuales son (Resolución 1441,2013):

a. Talento humano: contar con disponibilidad del personal requerido para los servicios ofertados

b. Infraestructura: la IPS debe tener almacenamiento para medicamentos, equipos y dispositivos médicos. Respecto al domicilio deberá contar con servicios públicos, baño y área de almacenamiento de residuos.

c. Dotación: contar con un maletín médico, de enfermería, de curaciones, de medicamentos y dotación adicional que requiera el paciente dependiendo de su morbilidad.

d. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos: garantizar la disponibilidad de los mismos en caso de ser necesario.

e. Procesos de bioseguridad: contar con procedimientos de limpieza, desinfección y/o esterilización y procedimientos para referencia y contrarreferencia.

f. Historia clínica y registro único para cada paciente donde se consigne toda la atención en salud dispensada, además contará con una valoración al domicilio, consentimiento informado, valoración de ingreso y registro de referencia y contrarreferencia en caso de que aplique.

g. Normatividad vigente.

Los anteriores lineamientos se tendrán en cuenta para en análisis comparativo entre artículos y los servicios de atención odontológica domiciliario ofertados por las IPS en el territorio Santandereano.

4. Capítulo IV. Diseño de Metodología

La presente investigación es un estudio de caso, en el cual se quiere identificar los elementos clave o variables que inciden en la atención odontológica domiciliaria, que permita comprar las IPS que oferten dicho servicio en Bucaramanga, según información extraída del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) descrito en la experiencia uno y, adicionalmente, comparar los artículos de investigación existentes sobre la implementación del modelo empresarial de atención odontológica a partir de las bases de datos SCOPUS, EMBASE y DENTISTRY AND ORAL SCIENCES SOURCE que se encuentran disponibles en la biblioteca virtual de la Universidad Santo Tomás, utilizando los términos MESH: odontología AND domiciliaria OR domiciliary odontology descritos en la experiencia dos. Como primer paso, posterior a la obtención de las entrevistas y artículos, se realiza un análisis del tipo de empresa y la normatividad a cumplir respecto a la atención odontológica domiciliaria, además, determinar los servicios odontológicos, recursos humanos, costos de los servicios odontológicos para finalmente emitir un resumen ejecutivo del plan en mención.

4.1 Metodología de la investigación

Identificar las instituciones prestadoras de servicios de salud que oferten la atención odontológica domiciliaria en Santander y conocer su planeación objetiva a partir de la aplicación de una encuesta telefónica.

- Procedimiento: se realiza entrevista telefónica a las IPS que según la información del REPS registren la habilitación del servicio de atención odontológica domiciliaria en Santander, según datos disponibles.
- Recolección de datos: Cualitativa.
- Instrumentos o fuentes de información: consultar la página del Registro Especial de prestadores de Servicios de Salud, disponible en: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ que permita obtener la información de los servicios domiciliarios odontológicos habilitados actualmente en el departamento de Santander. Entrevistas telefónicas realizadas a IPS de Santander que brinden servicio de atención odontológica domiciliaria registradas en el REPS.

Indicar los artículos existentes relacionados con el Modelo Empresarial de Atención Odontológica Domiciliaria disponibles en las bases de datos que ofrece la biblioteca virtual de la Universidad Santo Tomás.

- Procedimiento: Se extraerá información de los artículos derivados de estudios cuyo objetivo es el desarrollo del método empresarial de la atención odontológica domiciliaria, donde serán analizados los objetivos, resultados y conclusiones de cada artículo.
- Recolección de datos: Cualitativa.

- Instrumentos o fuentes de información: Información documental de bases de datos a las que la Universidad Santo Tomas de Bucaramanga brinda acceso como Scopus, Embase y Dentistry and oral Sciences Source.

Comparar las experiencias extraídas de IPS y artículos para establecer los aspectos básicos propios del de servicio odontológico domiciliario.

- Procedimiento: A partir de la información compilada según lo anteriormente descrito, realizar organización y definición de los parámetros básicos para la estructuración del modelo empresarial de atención odontológica domiciliaria.
- Recolección de datos: cualitativa
- Instrumentos o fuentes de información: Artículos de investigación sobre la creación de modelo empresarial de atención domiciliaria en odontología y entrevistas a IPS.

4.2 Fuentes de información.

Fuentes de información primaria: telefónicas aplicadas a gerentes o personal asistencial de Instituciones de Servicios de salud que oferten el servicio de atención odontológica domiciliaria en el departamento de Santander.

Página del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Fuentes de información secundaria: Página del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Artículos obtenidos de las Bases de datos disponibles en la biblioteca virtual Universidad Santo Tomás de Bucaramanga.

Normatividad vigente Página web del Ministerio de la Salud y protección social de la República de Colombia.

Artículos obtenidos de las bases de datos Scopus, Embase y Dentristry and Oral Sciences Source de la página CRAI de la Universidad Santo Tomás.

4.3 Población

La población del presente estudio corresponde a la Instituciones Prestadoras de Servicios de salud que brinden el servicio de atención domiciliaria en Santander y artículos de las bases de datos SCOPUS, EMBASE y DENTISTRY AND ORAL SCIENCES SOURCE sobre la implementación o diseño del modelo empresarial de atención odontológica domiciliaria

4.4 Muestra

La muestra está conformada por diecisiete (17) artículos disponibles en bases de datos, EMBASE y DENTISTRY AND ORAL SCIENCES SOURCE (SCOPUS no arrojó resultado alguno), sobre el modelo de atención odontológica domiciliaria en los últimos (2000 – 2019) años, texto completo, en los idiomas Español, Inglés y Portugués, y una (1) experiencia de Institución Prestadora de Servicios de Salud que oferten la modalidad de atención odontológica domiciliaria en el municipio de Bucaramanga del departamento de Santander.

4.5 Muestreo

La muestra fue seleccionada por medio del tipo no probabilístico o por conveniencia, a partir de los criterios de selección del estudio en mención.

5. Capítulo V. Análisis comparativo

5.1 Reseña histórica:

En el año 2005 el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS de la República de Colombia, formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, donde se sugiere que, dada la heterogeneidad y descentralización del país, las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, tienen la posibilidad de desarrollar "diferentes modelos de prestación de servicios" en el marco del sistema de salud vigente. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004). En este orden de ideas, dicha directriz, promueve la activa participación del sector privado con la finalidad de establecer redes de servicios de salud que permitan optimizar recursos y mejorar el acceso, desarrollando un sistema de incentivos para prestadores en el territorio colombiano.

A partir de lo anterior, se crean nuevas estrategias de atención en salud, lo cual tuvo un incremento importante, por lo que actualmente en la ciudad de Bogotá existen 4 modelos de prestación de servicios de salud. 1) Subprograma de la estrategia de atención primaria en salud "Familias protectoras de la Salud y la Vida" desarrollado desde la Secretaría Distrital de Salud con la red pública de hospitales adscritos, 2) Hospitalización Domiciliaria – HD realizada como la extensión de los cuidados médicos en el hogar en aquellos pacientes que no requieren permanecer

en el medio hospitalario, 3) Programas que atienden a los pacientes crónicos somáticos liderados por las EPS e incluido en el POS y 4)Atención Médica en el Domicilio – AMD- que desarrollan distintas Instituciones Prestadoras de Salud – IPS públicas y privadas e inclusive Empresas Promotoras de Salud – EPS. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004)

Sin embargo, en Colombia, la autorización relacionada con la atención domiciliaria es limitada, y los pocos estudios evidenciados no especifican, de manera puntual, la relación existente entre la atención primaria en salud y los diferentes modelos de atención domiciliaria.

5.2 Descripción del tema específico

5.2.1 Experiencia 1

La atención domiciliaria es un recurso que permite la asistencia en salud en el domicilio del paciente, por presentar inconvenientes que le permitan la movilización del misma para acceder a dichos servicios, ya sea por problemas de salud, enfermedades crónicas, enfermedades prevalentes, incapacidad física, accidente cerebrovascular, limitaciones derivadas de enfermedades cardiovasculares o pulmonares obstructivas crónicas, paciente dependientes por presencia de enfermedades mentales, diabetes, enfermedades terminales, pacientes en proceso de recuperación; que conllevan al desarrollo deficiente de la calidad de vida. (Suárez, 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud, la atención domiciliaria es la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías

en promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos. (Baquero, 2017).

La ciudad de Bucaramanga, Santander, limita por el Norte con el municipio de Ríonegro; por el Oriente con los municipios de Matanza, Charta y Tona; por el Sur con el municipio de Floridablanca y; por el Occidente con el municipio de Girón. Bucaramanga se encuentra en una terraza inclinada de la Cordillera Oriental a los 7 08' de latitud norte con respecto al Meridiano de Bogotá y 73° 08' de longitud al Oeste de Greenwich. El municipio de Bucaramanga es la capital del departamento de Santander y es la ciudad núcleo del Área Metropolitana de Bucaramanga, también compuesta por Floridablanca, Girón y Piedecuesta.

De acuerdo con el ultimo censo, Bucaramanga posee una población de 509.918 habitantes, distribuidos principalmente en los estratos tres y cuatro, lo que evidencia un mediano poder adquisitivo en la ciudad (Alcaldía de Bucaramanga, 2019). Las principales actividades económicas desarrolladas en el municipio están relacionadas con el comercio y la prestación de servicios. Dentro de este sector, se encuentra la comercialización de los productos provenientes de la agricultura, la ganadería y la avicultura, actividades que se desarrollan en zonas fronterizas a este municipio y en el departamento del Cesar, pero su mercadeo y administración se hace en Bucaramanga.

La actividad industrial que cuenta con un mayor reconocimiento a nivel nacional es el calzado así mismo tiene un importante mercado a nivel internacional en países como Argentina, Brasil, Canadá, Ecuador, Italia, algunas islas del Caribe, Estados Unidos, Perú, Venezuela y México. La confección, así como la prestación de servicios de salud, finanzas y, en un alto grado la educación, al punto que cabe decir que la Ciudad se perfila para el siglo XXI como la Tecnópolis de Los Andes; prueba de ello es el creciente número de centros de investigación tecnológica en diversos

tópicos como los de energía, gas, petróleo, corrosión, asfaltos, cuero y herramientas de desarrollo agroindustrial, entre otros. Un sector significativo de la economía bumanguesa es el agropecuario, cuyas principales actividades: agricultura, ganadería y avicultura se llevan a cabo en zonas aledañas de los departamentos de Santander y Cesar, pero su administración y comercialización se desarrollan en la Ciudad. (Alcaldía Bucaramanga, 2019).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección social tiene como objeto formular, adoptar, coordinar, ejecutar y evaluar la política en materia de salud y protección social, sin que en dichas normas ni en ninguna otra, se le haya otorgado la facultad de pronunciarnos frente a la legalidad o no, de la contratación que se realiza para la prestación de servicios de salud, independientemente de su denominación, situación que le corresponde definir a los jueces de la República o a las autoridades de investigación vigilancia y control – IVC, según lo estipulado normativamente; Decretos 2562 de 20122 y 1432 de 20163 (MinSalud, 2019).

Ahora bien, el Decreto 780 de 2016, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, preceptúa: Artículo 2.5.1.3.2.4 Registro especial de prestadores de servicios de salud. Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (MinSalud, 2019).

Artículo 2.5.1.3.2.5 Formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y

Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente Título. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las características del formulario. Se enfatiza que la facultad del diligenciamiento del Registro Especial de Prestadores -REPS, corresponde a las entidades Departamentales y Distritales de Salud como parte del Sistema Único de Habilitación regulado (MinSalud, 2019).

Según lo descrito anteriormente, se realizó la consulta en el REPS de las instituciones prestadoras de servicios de salud que ofertaban la odontología domiciliaria, dentro de sus servicios, habilitadas en el departamento de Santander, ingresando a la página del Ministerio de Salud y Protección Social, ingresado la búsqueda por departamento: Santander, grupo: consulta externa, servicio: odontología general y modalidad: extramural domicilio; arrojando los siguientes resultados.

Tabla 1. REPS Odontología domiciliaria en Santander

No.	MUNICIPIO	NOMBRE SEDE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL
1	BUCARAMANGA	GUILLERMO MILCIADES ARIZA TRIANA	Cr 36 No 54 - 86 C 201	6479381	libeli2@hotmail.com
2	BUCARAMANGA	LCUY MARGARITA REYES SARMIENTO	KR 29 # 47-108 CS 16	6436932, 3186149897	mare339@hotmail.com
3	BUCARAMANGA	SALUD VITAL Y RIESGOS PROFESIONALES IPS SAS	CALLE 59 No. 32-67	6574800	gerencia@saludvitalips.com
4	BUCARAMANGA	ODONTOLOGÍA DE MARLON BECERRA BUCARAMANGA	CRA 35 # 54-97	6433008	gerencia@ombbucaramanga.com
5	BUCARAMANGA	OCUPASALUD S.A.S.	AV QUEBRADA SECA Nº 32A - 89	6456126	OCUPASALUD@HOTMAIL.COM
6	BUCARAMANGA	SONRISA EXCELENTE SAS	CARRERA 33 Nº 52 -111	6436135	GERENCIA@SONRISAEXCELENTE.COM

7	BUCARAMANGA	CLINICA DE MEDICINA ORAL ORAL VIDA S.A.S	CALLE 63 No 30-61 INTERIOR 1	6474545	lauralloreda@hotmail.com
8	BUCARAMANGA	DENTIS CENTRO INTEGRAL DE SONRISAS S.A.S.	CALLE 41 36 20	6347614	dentisbucaramanga@hotmail.com
9	BUCARAMANGA	JULIETH PAOLA GOMEZ AMADO	CALLE 36#22-30	6344077	od.juliethgomez@gmail.com
10	BUCARAMANGA	LILIANA SERRANO HENAO	CARRERA 29 N. 47-108 Consultorio 16A Edificio Somes	3178953604	liliana.serranohenao@gmail.com
11	BARRANCABERMEJA	Mauricio Andrés Beleño Payares	Calle 60 Nº 21-02	3014203424	waurib@hotmail.com
12	CIMITARRA	PUESTO DE SALUD HOSPITAL INTEGRADO SAN JUAN DE CIMITARRA	CRA 5 9-36	(7) 6260618	ESEHOSPITALCIMITARRA@GMAIL.COM
13	FLORIDABLANCA	CENTRO DE SALUD MORTIÑO	VEREDA EL MORTIÑO	6487450	guanehabilitacion@gmail.com
14	FLORIDABLANCA	UNIDAD MEDICA INTEGRAL CLINISUR S.A.S	Crr 11 No 14 - 06	6394358	clinisur_sas@hotmail.com
15	GIRÓN	VIDASER EU	CALLE 28 Nº 26-43	6466465	VIDASEREU@HOTMAIL.COM
16	LA BELLEZA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN MARTIN	CALLE 6 Nº 6-58	7569849	HOSP_SANMARTIN@HOTMAIL.COM
17	BUCARAMANGA	HUMANIZANDO BUCARAMANGA	CARRERA 35 32-64	3208573579-	presidencia@humanizando.com
18	VALLE DE SAN JOSÉ	ESE HOSPITAL SAN JOSE	CALLE 3 Nº 2A - 17	7268712	esevallesj@hotmail.com

Se obtiene un total de 18 IPS de primer nivel de atención, siendo el 61% de estas del municipio de Bucaramanga. Posteriormente, se realiza comunicación por medio telefónico para obtener información sobre la atención odontológica domiciliaria con cada uno de los prestadores, de los cuales diez (10) solo prestan servicios de atención odontológica dentro de la IPS, cuatro (4) no contestaron, dos (2) números equivocados , uno (1) de los números corresponde a una inmobiliaria y, finalmente, la IPS No. 8 DENTIS CENTRO INTEGRAL DE SONRISAS S.A.S. manifestó prestar el servicio de odontología domiciliaria, por lo que se aplica la encuesta telefónica para la recolección de datos, la cual abarcar la mayoría de los aspectos de interés para la prestación de

este servicio odontológico que permita lograr un análisis y evaluación lo más cercana posible a la realidad, bajo el enfoque de calidad.

Cabe resaltar que la comunicación con la IPS en mención se realizó en dos oportunidades. En la primera no se obtuvo éxito, debido a que se realizó la identificación de los investigadores y se abordó al profesional desde la realidad, donde se le explicaba que lo requerido es con fines investigativos, para el desarrollo de un proyecto de grado del posgrado de Gerencia de Seguridad Social en Salud de la Universidad Santo Tomás, presentando la IPS una respuesta poco asertiva, impidiendo un acercamiento, por lo que finalmente, se realiza un segundo acercamiento, en esta ocasión, desde la posición de paciente, que permitió obtener parcialmente la información requerida. Las preguntas realizadas, con su respuesta correspondiente, fueron las siguientes:

Preguntas para empresas prestadoras de servicios odontológicos domiciliarios

1. ¿Qué tipo de servicios odontológicos prestan?

Todo tipo de servicio, desde una valoración hasta implante óseo.

2. ¿Cuál es el costo del servicio y/o tratamiento?

La valoración en el domicilio tiene un costo de $180.000 pesos en el municipio de Bucaramanga, si es necesario realizarle un tratamiento adicional, como por ejemplo un alivio de prótesis, éste va incluido en el precio de la valoración, en caso de que el tratamiento requerido sobrepase el valor inicial, es necesario pagar el salgo pendiente.

3. ¿Los materiales, insumos, equipos y medicamentos están incluidos en la atención?

La IPS se encarga de proporcionar todo lo que deriva la atención odontológica, el profesional presta el servicio en el domicilio gracias a una unidad portátil que permite posicionar al paciente de manera cómoda y útil para que el profesional haga su parte, adicionalmente, proporciona todos los elementos de bioseguridad, instrumentos, materiales y equipos odontológicos. En caso de ser

requerido un manejo por especialista, la IPS se encarga de que dicho profesional vaya hasta el domicilio y preste el servicio.

4. ¿Qué formas de pago reciben?

Pago en efectivo, directamente en el domicilio.

5. ¿Manejan historia clínica?

El profesional de la salud se encarga de realizar la anamnesis al paciente y debido diligenciamiento de la historia clínica, por medio de unos formatos físicos.

6. ¿Qué condiciones físicas debe tener el domicilio para prestar la atención?

En cuanto a infraestructura o calidad del espacio físico para la atención domiciliaria, la IPS no hizo ningún requerimiento.

7. ¿Existe alguna restricción en horarios de atención?

Ninguna

8. ¿La atención es para toda la familia o hay algunas excepciones?

Ninguna

9. ¿Se requiere de alguna condición para la atención?

Previa higiene de la cavidad oral

10. ¿Cuánto es el tiempo que estima en la atención?

El tiempo de la atención depende del tratamiento, si es solo valoración, 30 minutos aproximadamente.

11. ¿Existen limitantes geográficos?

El precio de la valoración varía según el lugar donde se encuentre ubicado el paciente, si éste se encuentra por fuera del municipio de Bucaramanga, el valor aumenta.

5.2.2 Experiencia 2

Se procede a realizar una búsqueda de artículos sobre la prestación de servicios de atención odontológica domiciliaria en las bases de datos que ofrece la biblioteca virtual de la Universidad Santo Tomás: SCOPUS, EMBASE y DENTISTRY AND ORAL SCIENCES SOURCE, donde por medio de la búsqueda avanzada utilizando los términos MESH: odontología, domiciliaria y domiciliary odontology por medio de la formula (Odontología AND Domiciliaria) OR (Domiciliary Odontology). De la base de datos SCOPUS no se obtuvieron resultados, de la base de datos EMBASE se obtuvieron 3 Artículos en Español, de los cuales uno corresponde a una reseña sin relación al tema de investigación el cual no se tuvo en cuenta para la investigación y finalmente, de la base de datos Dentistry and Oral Sciences Source se obtuvo un total de 33 artículos, de los cuáles 6 no tienen disponible el texto completo y 4 no corrrespondín a la atención odontológica domiciliaria, por lo que fueron excluidos del estudio, obteniendo una cantidad final de 23 artículos que serán analizados en la siguiente tabla:

Tabla 2. *Artículos de atención odontológica domiciliaria.*

No.	BASE DE DATOS	TÍTULO	AUTOR	PAIS	FUENTE	AÑO	IDIOMA	OBJETIVO	METODOLOGIA	OBSERVACIONES	RESULTADOS
1	Embase	Programas de asistencia dental domiciliaria: una demanda actua	J.A.Gil Montoyaa y C.Subirá Pifarr	España	Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 11(2):223-229, abr./jun. 2011	2004	Español	Prestar asistencia dental integral a mayores que vivan en sus domicilios o en residencias geriátricas,con dificultad de desplazamiento. Evaluar los costes económicos derivados del programa.	Se ha evaluado 2 programas de asistencia dental domiciliaria en un centro geriátrico para semiválidos y en un grupo de usuarios de servicios de ayuda a domicilio que residían en sus propias casas.Durante 10 y 5 meses se trataron las necesidades odontológicas básicas,con instrumental portátil y a cargo de un dentista y un higienista,de 210 y 47 mayores,	Servicios ofertados: Exploraciones bucodentales, examen de prótesis, lesiones y determinación de necesidad de atención inmediataa Limpiezas con ultrasonidos de dientes y prótesis Retoque de prótesis que causen úlceras orales Obturaciones en dientes susceptibles de tratamiento básico Aplicación tópica de barniz de flúor o gel de flúor en cubetas Elaboración de prótesis	no están exentos de problemas,como el elevado coste económico (25.000,00 euros en la residencia geriátrica y 16.700,00 euros en los domicilios),las limitaciones en los tratamientos posibles a realizar y los pocos pacientes que se puede visitar en una jornada, costes elevados

									respectivamente.	parciales o completas removibles de resina Arreglos en el laboratorio de prótesis fracturadas Rebase in situ de prótesis mal ajustadas Rebase en el laboratorio de prótesis mal ajustadas Tratamiento farmacológico-sintomático de la boca seca	
2	Embase	Cuidado bucal en mayores dependientes de un programa de cuidados domiciliarios	Constanza Garrido-Urrutiaa,*, Fernando Romo-Ormazábalb, Daniela Arayab, Daniela Muñoz-Lópezb, Iris Espinoza	Chile	Rev Clin. Periodoncia Implantol Rehabil Oral, 2016, 9 (2): 140.145	2016	Español	Determinar las características de los cuidadores, su capacitación y rol en el cuidado de la higiene bucal del adulto mayor dependiente del Programa de cuidados domiciliarios de la comuna de Providencia.	Se realizó un estudio descriptivo transversal, seleccionándose una muestra de 75 cuidadores mediante un muestreo aleatorizado simple del listado de pacientes adultos mayores pertenecientes al Programa de cuidados domiciliarios	fundamental mejorar la instrucción sobre higiene bucal en los ciudadores de adultos mayores dependientes domiciliarios. A mayor nivel de dependencia, el rol del cuidador en la higiene bucal cobra mayor importancia.	La mayoría de los cuidadores no ha recibido entrenamiento en el cuidado bucal (73,4%). El 57,3% ha realizado alguna vez la higiene bucal de la persona mayor y la mayoría ha tendido dificultades

									de la comuna de Providencia, Santiago, Chile. Se evaluó mediante un cuestionario las características del cuidador, entrenamiento en higiene bucal, frecuencia y dificultades a la hora de realizar la higiene bucal y quién realiza la higiene bucal según el nivel de dependencia de la persona mayor		(82,7%), principalmente que el adulto mayor no quiere que otra persona lo realice. Todos los dependientes leves realizan por sí mismos el cuidado de su higiene bucal, pero la mayoría de los dependientes severos requiere de ayuda (7,9%), o que definitivamente el cuidador la realice (76,3%).
3	Dentistry and Oral Sciences source	Trends in domiciliary dental care including the need for oral appliances and dental technicians in Japan	Shingo Kamijo1), Kumiko Sugimoto2), Meiko Oki1), Yumi Tsuchida2), and Tetsuya Suzuki2	Japón	Journal of Oral Science, Vol. 60, No. 4, 626-633, 201	2018	inglés	identificar las tendencias de Atención dental domiciliaria (DDC) en Japón, así como la necesidad de prótesis y técnicos	Se aplicó un cuestionario autoadministrado a los dentistas que proporcionaban DDC y analizamos las respuestas	Los procedimientos realizados con mayor frecuencia fueron el tratamiento protésico removible y el cuidado bucal,	Los resultados mostraron que el 37.7% de los encuestados informaron que trataban a ≥50

								dentales para DDC.	de 138 dentistas.	seguidos de la rehabilitación de la disfagia.	pacientes por mes. . El uso de prótesis de aumento palatino fue experimentado por el 54,3% de los encuestados, y la mayoría indicó que las prótesis eran efectivas para mejorar la función orofaríngea
4	Dentistry and Oral Sciences source	Spatial distribuition of tooth loss in a population of adults					inglés			perdida dental en adulto mayor, no concuerda on objetivo	no aplica
5	Dentistry and Oral Sciences source	Residential age care and domiciliary oral health services: Reach-OHT—The development of a metropolitan oral health programme in Sydney, Australia	F.A. Clive Wright | Garry Law | Steven K.-Y. Chu | John S. Cullen | David G. Le Couteur	Australia	Gerodontology. 2017;34:420–426. wileyonlinelibrary.com/journal/ger	2017	inglés	Describir un programa de atención de salud bucal para personas mayores en Residencias e Instalaciones de atención de ancianos (RACF) para mejorar el acceso a las	un modelo de asociación de atención de salud bucal, con servicios dentales más educación en salud bucal. El programa proporcionó educación anual sobre salud bucal. y	los servicios de salud oral domiciliarios sostenibles y la educación en salud oral son utilizados de manera práctica en el sistema de salud australiano. Adaptabilidad,	Ninguno de los RACF había recibido educación organizada en el sitio, servicio dental , o cuidado previo al programa. Al finalizar

								instalaciones de atención y apoyo.	capacitación al personal y en el sitio cuidado dental a 10 (RACFs).	continuidad y uso de terapias de salud oral / higienistas dentales en La coordinación y gestión del programa controlado aún más a la viabilidad.	el tercer año del programa, 607 residentes (75% de la capacidad total de camas para los 10 RACF) habían recibido una evaluación anual de salud oral, y 271 (46.5%) habían recibido en el sitio cuidado dental. La experiencia de caries dental y las condiciones periodontales seguían siendo una preocupación
6	Dentistry and Oral Sciences source	Malaysian government dentists' experience, willingness and barriers in providing	Akmal Aida Othman1, Zamros Yusof1,2 and Roslan Saub1,2	Malasia	The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S, Gerodontology 2014; 31: 136–144	2012	inglés	evaluar la experiencia, la voluntad y las barreras de los dentistas del gobierno de Malasia para proporcionar	se realizó un estudio descriptivo de corte transversal utilizando un método autoadministr	La mayoría de los dentistas del gobierno de Malasia no habían participado en la prestación de atención	Las 3 barreras más reportadas fueron la historia clínica compleja del paciente

		domiciliary care for elderly people						atención domiciliaria para personas mayores.	ado de un cuestionario postal dirigido a dentistas gubernamentales que trabajan en el Ministerio de Salud en Peninsular Malasia.	domiciliaria para pacientes de edad avanzada. Además de superar las barreras, otras recomendaciones mejorar la educación dental de pregrado, educación para personas mayores y cuidadores, mejorar condiciones de trabajo del dentista e introducción de incentivos financieros domiciliarios para el dentista	(74,1%), la mala actitud del paciente hacia el servicio de salud bucal (67,5%) y las condiciones desfavorable del dentista de trabajo (64.4%), es decir, tratar con mala postura, pobre iluminación y falta de instalaciones radiográficas; falta de equipamiento domiciliario adecuado (55.0%).
7	Dentistry and Oral Sciences source	Dental status in nursing home residents with domiciliary dental care in Sweden.	Andersson, P. 1 pia.andersson@hkr.se Renvert , S. 1,2,3 Sjogren , P. 4 Zimmerman, M	Suecia	Community Dental Health. Dec2017, Vol. 34 Issue 4, p203-207. 5p.	2017	ingles	Describir el estado de salud dental de las personas mayores en hogares de ancianos que reciben atención domiciliaria.	Diseño: Revisión de nota de caso. Marco clínico: hogares de ancianos en 8 condados suecos. Participantes: personas mayores	los ancianos dependientes de la atención en hogares tienen muy mala salud bucal. Es necesario centrarse en la calidad de vida relacionada con la salud	20,664 pacientes, Un total de 16,210 individuos tenían dientes existentes, de los cuales 10,974 (67.7%)

									dependientes de la atención (≥65 años). Métodos: Datos clínicos, que incluyen el número de dientes naturales restantes, dientes perdidos y cariados (caries dental manifiesta) y restos de raíz, registrados por los dentistas de acuerdo con las prácticas estándar. Se realizaron evaluaciones de riesgo médico y dental	oral para este grupo de ancianos frágiles durante su último período de vida.	tenían caries manifiesta.
8	Dentistry and Oral Sciences source	Patient safety in domiciliary dental care for elderly nursing home residents in Sweden.	Sjögren, P.1 petteri.sjogren@oralcare.se Bäckman, N. Sjöström, O.1 Zimmerman, M.	Suecia	Community Dental Health. Dec2015, Vol. 32 Issue 4, p216-220. 5p.	2015	ingles	analizar la seguridad del paciente en atención dental domiciliaria, con datos de un registro de calidad	Todos los eventos informados en el registro de calidad en un proveedor de atención dental domiciliaria (2012-05-01 a 2014-06-30)	el cuidado dental domiciliario tiene una baja frecuencia de eventos relacionados con la seguridad del paciente (0.03% de	El registro de calidad cubrió 724 (0.03%) eventos informados durante 218,586 sesiones de tratamiento consecutivas

									se clasificaron en 14 dominios, y por gravedad como "menor", "moderado" o " eventos serios Los eventos informados también fueron evaluados de forma independiente por un revisor experimentado para los requisitos nacionales de informar eventos relacionados con la seguridad del paciente.	todos los tratamientos).	en atención dental domiciliaria, incluyendo 628,070 procedimientos dentales. Cincuenta (6.9%) de los eventos informados estaban relacionados con la seguridad del paciente, de los cuales 11 (1.5%) eventos fueron de gravedad menor, 20 (2.8%) como moderados y 19 (2.6%) como graves
9	Dentistry and Oral Sciences source	Impacto de Programa de Promoção em Saúde Bucal para Cuidadores e Crianças com Paralisia Cerebral	Andreia Medeiros Rodrigues CARDOSO1, Yuri Wanderley CAVALCANTI1, Wilton Wilney Nascimento PADILHA	Brasil	Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 11(2):223-229, abr./jun. 2011	2011	portugués	Informar el efecto de un programa de promoción de la salud. Boca para niños con parálisis cerebral (PC) y cuidadores.	estudio de intervención con ensayo clínico no controlado, realizado en los hogares de 10 niños (3-13 años) con PC y sus cuidadores. Entrevista con	Hábitos higiénicos en E1: gasa y enjuague bucal una vez al día (1) sin técnica de cepillado una vez al día (9). En E2: uso de gasa enjuague bucal semanal (1),	se cambió la atención de la salud bucal de niños con PC y las acciones produjeron cambios positivos en higiene y

el cuidador y examen clínico del niño con registro de El índice de higiene oral simplificado (IHOS) se realizó antes y después del programa. En la entrevista se recogieron hábitos alimenticios y higiene bucal. Durante 90 días se hicieron visitas semanales, con acciones educativas, individualizadas y planificadas a partir de los datos la entrevista inicial (E1); trabajo de técnica de cepillado realizado por el cuidador en el niño, con orientación, demostración	técnica de cepillado satisfactoria, dos veces al día (10). La media de IHOS en el primer examen fue de 2.63 y en el de acuerdo con 0.91, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$).	así como la cantidad de biopelícula

									y supervisión; y fluoroterapia. En la evaluación, una nueva entrevista (E2) y exámenes Boca El análisis estadístico utilizó la prueba t de Student .		
10	Dentistry and Oral Sciences source	Health economic analyses of domiciliary dental care and care at fixed clinics for elderly nursing home residents in Sweden	Lundqvist, M.1 martina.lundqvist@liu.se Davidson, T.1 Ordell, S.2 Sjöström, O.3 Zimmerman, M.3 Sjögren, P.	Suecia	Community Dental Health. Mar2015, Vol. 32 Issue 1, p39-43. 5p.	2015	inglés	analizar las consecuencias económicas para la salud de la atención dental domiciliaria dirigida a los ancianos residentes de hogares geriátricos en Suecia, en comparación con la odontología en una clínica fija.	se realizó una revisión de la literatura relevante complementada con entrevistas con el personal de hogares de ancianos, funcionarios de los consejos de condado y expertos académicos en odontología geriátrica. La atención dental domiciliaria y	la atención dental domiciliaria para los ancianos residentes en hogares de ancianos tiene un costo social más bajo y es rentable en comparación con la atención dental en clínicas fijas. Para satisfacer la necesidad actual y prevista de atención de la salud bucal en la población que envejece,	El costo social medio de la atención dental domiciliaria para los ancianos residentes en hogares de ancianos fue menor que la atención dental en una clínica fija, y también se consideró rentable. El menor costo de la atención

									la atención clínica fija se compararon en análisis de costos y análisis de costo-efectividad.	deberían estar disponibles métodos alternativos para brindar atención dental	dental en una clínica dental fija solo se logró en un escenario en el que la atención dental no podía completarse en un entorno domiciliario
11	Dentistry and Oral Sciences source	The Development of Standards for Domiciliary Dental Care Services: Guidelines and Recommendation	J. Fiske y D. Lewis	Inglaterra	Report of BSDH Working Group J. Fiske and D. Lewis Revised January, 2000	2000	inglés	Alertar a los compradores y proveedores de servicios de necesidad de aumentar la disponibilidad de DDCS 2. Proporcionar orientación para establecer estándares para DDCS.	La gente vive más pero discapacidad física o mental y otra crónica Las enfermedades a menudo reducen su movilidad. Listado de materiales a utilizar. Planificación	informe	no aplica
12	Dentistry and Oral Sciences source	How do Australians living with MS experience oralheal thand accessing dental care?A focus group study (Esclerosis multiple)	Pateman K, Cockburn N, Campbell J, Ford PJ	Australia	Community Dent Oral Epidemiol 2017; 45; 84–9	2017	inglés	explorar las experiencias de salud oral, los comportamientos de salud oral y barreras para acceder a la atención dental percibida por las personas que viven con EM	Se realizaron seis grupos focales en dos áreas metropolitanas. (Brisbane, Queensland y Melbourne, Victoria) y un área regional	La educación en salud oral para personas con EM debe incluir alteracionesestrategias para realizar la higiene bucal diaria, el manejo de la	Las expresiones físicas de La EM afectan directa e indirectamente la salud bucal de los participantes. Adicionalme

			en Australia.	(Toowoomba, Queensland). Los datos de los grupos focales se analizaron.	xerostomía y consejos sobre dietas bajas en cariogenia adecuadas para disfagia. Adicionalmente, Las políticas y estrategias para mejorar la salud bucal de las personas con EM deben centrarse en mejorar el acceso a través del transporte, reduciendo el costo de los servicios dentales parael individuo y la atención domiciliaria de la salud bucal	nte, la salud bucal se vio afectada por los efectos secundarios de los medicamentos y el dolor orofacial síntomas Dependiendo de los síntomas experimentados por el individuo, la higiene oral personal se vio afectada y las citas dentales profesionales fueron difícil. Los participantes también experimentaron barreras estructurales para acceder atención dental profesional, incluida la dificultad para acceder al transporte hacia y desde citas

											dentales, limitaciones de espacio en la cirugía dental y financiera Barreras para el cuidado
13	Dentistry and Oral Sciences source	Dentist skill and setting to address dental treatment needs of care home residents in Wales	Maria Z. Morgan1, Ilona G. Johnson1, Esther Hitchings1, Nigel P. Monaghan2 and Anup J. Kark	Gales	The Gerodontology Association. Published by John Wiley & Sons Ltd, Gerodontology 2016; 33: 461–469	2014	inglés	explorar la relación entre los planes de tratamiento, la complejidad prevista en la realización de esas planes y las habilidades y entornos dentales de cuidados especiales identificados como apropiados.	Análisis de los datos dentales recopilados en una encuesta galesa de 2010. Datos analizados incluyó información del plan de tratamiento, evaluación de la complejidad y experiencia dental y ajustes requeridos para entregar los planes de tratamiento.	la mayoría de las necesidades de tratamiento en los hogares de cuidado son cuidados básicos restaurativos, periodontales y preventivos. La mitad de esto podría ser manejado por dentistas generales, algunos de forma domiciliaria y el resto en atención primaria	la mayoría de los residentes participantes necesitaban una odontología simple, es decir, exámenes orales instrucciones de higiene, descamación de dientes, empastes, prótesis nuevas y aplicación de flúor. Una gran proporción de participantes requirió tratamiento dental dentro de un entorno domiciliario.

14	Dentistry and Oral Sciences source	Mala salud bucal, un posible nuevo síndrome geriátrico	Gert-Jan van der Putten1,2,3,4,5, Cees de Baat1,2, Luc De Visschere1,5 and Jos Schols1		The Gerodontology Society. Published by John Wiley & Sons Ltd, Gerodontology 2014; 31 (Suppl. 1): 17–24	2014	inglés			no aborda el tema de atención domiciliaria	no aplica
15	Dentistry and Oral Sciences source	Trends in NHS primary dental care for older people in England: implications for the future	Eleanor R. Kleinman1, Paul R. Harper2 and Jennifer E. Gallagher3	Inglaterra	The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S, Gerodontology 2009; 26: 193–201	2008	inglés	examinar las tendencias a lo largo del tiempo en la prestación del servicio dental del Servicio Nacional de Salud (NHS) para personas mayores en Inglaterra y consideren las implicaciones para la atención futura.	análisis descriptivo de los datos de actividad recopilados habitualmente para la atención dental primaria en Inglaterra se llevó a cabo durante el período de 6 años, 1999 / 2000-2004 / 05. Los datos fueron limpiados, agrupados en bandas de edad para el análisis	el volumen de atención dental primaria brindada a las personas mayores ha aumentado a un ritmo que supera el crecimiento de la población, pero sigue siendo bajo. Los planificadores y comisionados deben revisar urgentemente la provisión de atención dental de personas mayores para garantizar que se satisfagan sus necesidades de salud bucal en relación con las dentaduras	Durante los 6 años período, se observaron aumentos per cápita para los exámenes dentales (11.3%), tratamientos periodontales (8.9%), empastes (1.9%), coronas (14.3%) y extracciones (4.9%) entre las personas mayores como grupo. En contraste, hay fue una marcada disminución en los

									postizas y la atención domiciliaria	episodios de atención que involucran atención domiciliaria () 46.4%)
16	Dentistry and Oral Sciences source	A realidade como instrumento pedagógico: problemas bucais e uso de serviços odontológico	Simone Rennó Junqueira1, Maria Ercília Araújo1, Graciela Soares Fonsêca2, Celso Zilbovícius3	Estados Unidos	Arq Odontol, Belo Horizonte,50(3): 121-130, jul/set 201	2014	portugués	contribuir a la discusión sobre la percepción de problemas dentales y el uso de servicios y, al mismo tiempo, fomentar la reflexión sobre los cambios en la educación sanitaria salud oral, el trabajo buscó revelar y analizar los problemas de salud oral y el uso de servicios dentales de formulario de morbilidad de salud, aplicado a los residentes alrededor de dos Salud (EE. UU.), Desarrollado por los grupos de Tutorial Education del Programa de	no aborda el tema de atención domiciliaria	no aplica

								Educación para el Trabajo para Salud (PET-Salud).			
17	Dentistry and Oral Sciences source	Social determinants and use of dental floss by 35-44-year-old adults	Antônio Carlos FRIAS1 Alvaro Hiroyuki MYSUGUTI 1 Thais Paragis SANCHEZ2 Gisele Lopes da Silva MANTOVANI2 Sônia Regina Cardim de Cerqueira PESTANA1	Embú	Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.60, n.3, p. 321-327, jul./set., 2012	2008	inglés	Analizar las variables sociales, económicas y demográficas asociadas con el uso del hilo dental en adultos de 35 a 44 años que viven en el distrito de Embu, 2008.		no aborda el tema de atención domiciliaria	no aplica
18	Dentistry and Oral Sciences source	Prácticas y creencias de salud oral entre los cuidadores de ancianos dependientes	Garrido Urrutia Constanza1, Romo Ormaza ´bal Fernando2, Espinoza Santander Iris3 and Medics Salvo Darinka4	Chile	The Gerodontology Society and John Wiley & Sons A/S, Gerodontology 2012; 29: e742–e747	2011	inglés	Comparar las prácticas de cuidado oral formales e informales de los cuidadores y las creencias de salud oral cuando cuidando personas mayores severamente dependientes.		no aborda el tema de atención domiciliaria	no aplica
19	Dentistry and Oral	Provision of domiciliary dental care by Scottish	M. P. Sweeney,1 S. Manton,2 C. Kennedy,3	Escosia	BRITISH DENTAL JOURNAL	2007	inglés	Estimar la cantidad y los tipos de atención dental	Un estudio descriptivo, que involucra un correo	Capacitación del personal, equipo especializado y	Sesenta y siete por ciento de los dentistas

Sciences source	dentists: a national survey	L. M. D. Macpherson4 and S. Turner5	actualmente. que se realiza de forma domiciliaria en Escocia y para examinar el barreras para la provisión de dicha atención.	postal autoadministrado cuestionario fue empleado. Todos los odontólogos generales (n = 1,995) y oficiales dentales comunitarios (n = 200) en todos los Consejos de Salud áreas de Escocia se incluyeron en la encuesta postal.	nuevo servicio. Se requieren modelos para la prestación de atención domiciliaria.	realizaron al menos una visita domiciliaria por año, principalmente para Pacientes de edad avanzada. El tratamiento protésico se realizó con mayor frecuencia. Muchos dentistas no llevaban una fuente de luz o emergencia medicamentos esenciales y la mitad de los dentistas en general no estaban seguros de administrar medicamentos de emergencia. Se identificaron problemas significativos en relación con el

| | | |

20	Dentistry and Oral Sciences source	Associação Entre Condição Periodontal de Gestantes e VariáveisMaternas e de Assistência à Saúde	Suzely Adas Saliba MOIMAZ 1 , Márcio Penha do CARMO 2 , Lívia Guimarães ZINA 3 , Nemre Adas SALIBA	Saude	pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 10 (2): 271-278, maio / ago. 2010	2010	portugués	Evaluar la condición periodontal de la embarazada mujeres y analizar la influencia de las variables maternas - datos socioeconómicos-demográficos, salud, hábitos nocivos y acceso al servicio dental - y la existencia de la Familia Programa de Salud (FHP) en los servicios de asistencia pública para mujeres embarazadas.		no aborda el tema de atención domiciliaria	no aplica
21	Dentistry and Oral Sciences source	Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach	Luc M. De Visschere y Jacques N. Vanobbergen	Bélgica	Gerodontología 2006; 23 ; 170-176	2006	inglés	este estudio se realizó para proporcionar un análisis del cuidado de la salud bucal real para ancianos frágiles y explorar opiniones de dentistas hacia nuevos conceptos en el desarrollo de un	Los datos se obtuvieron de una muestra de 101 dentistas (15%) en el condado de Amberes mediante una autoevaluación. preguntas sobre la contribución propia de los dentistas a los	mayor es el dentista, mayor es la tendencia a rechazar los servicios domiciliarios de salud oral.	la mitad de los dentistas ofrecieron servicios dentales a residencias o residencias de ancianos (número medio de tratamientos al año: 5.4) y en el hogar

			enfoque comunitario.	servicios de salud oral para personas mayores frágiles y declaraciones sobre opiniones y actitudes hacia la organización de la salud bucal cuidar a personas mayores frágiles.	(número medio de tratamientos al año: 2.4). Tratamientos protésicos como Aliviando los puntos de presión de la dentadura, la reparación, el rebase y la fabricación de nuevas dentaduras se llevaron a cabo en 77.4% y el 76.7% de los casos en hogares residenciales o de ancianos y en el hogar, respectivamente. Las principales razones para los dentistas. negarse a la atención de salud bucal domiciliaria fue la ausencia de

											equipo dental (63%), falta de tiempo (19%), con un 11% convenciendo a los pacientes para ser tratados en su cirugía dental
22	Dentistry and Oral Sciences source	Barriers to provision of dental care in long-term care facilities: the confrontation with ageing and death	Ina Nitschke1, Alexander Ilgner1 and Frauke Mu ¨ller2	Alemania	Gerodontology 2005; 22; 123–129	2005	inglés	el objetivo del estudio fue revelar las barreras para proporcionar atención dental a los residentes a largo plazo instalaciones de cuidado (LTC)	la muestra consistió en 60 dentistas independientes y 60 empleados, otros 60 dentistas trabajaron por su cuenta práctica dental pero también a tiempo parcial en una instalación de LTC. En entrevistas semiestructuradas, un cuestionario con 36 declaraciones sobre condiciones de trabajo,	se puede concluir que la conciencia de los aspectos infraestructurales y financieros en la provisión la atención dental en las instalaciones de LTC debe plantearse con los políticos de salud y que estos aspectos deben ser considerado al inaugurar o reestructurar los servicios de consultoría a las instalaciones de LTC.	El 56% de los participantes (63% de los hombres y 51% de las mujeres; 52% de los participantes). empleados, 60% de los empleados y 56% de los dentistas consultores) indicaron trabajo desfavorable condiciones como el mayor obstáculo para proporcionar atención

									administración y costos, inseguridad sobre el tratamiento se emplearon decisiones y confrontación con el envejecimiento y la muerte		dental en una instalación de LTC.
23	Dentistry and Oral Sciences source	Continuing dental care for Highlands elderly: Current practice and attitudes of dental practitioners and home supervisors	J. Hally1, J.E. Clarkson2 and J.P. Newton3	Reino Unido	Gerodontología Diciembre de 2003; 20 (2): 88-94.	2003	ingles	Investigar las prácticas y actitudes actuales de los dentistas y supervisores del hogar de Highland para atención odontológica continua de residentes de edad avanzada.	se diseñó un cuestionario transversal para encuestar la práctica y las actitudes actuales de los dentistas de Highland y los supervisores de atención residencial en su prestación de atención odontológica para ancianos en el hogar y en alojamientos de larga estancia.	este estudio resalta la necesidad de una coordinación, servicio continuo de atención dental, adaptado a las necesidades reales de las personas mayores.	los pacientes tenían menos probabilidades de recibir atención continua en el domicilio,a comparación de los observados en una cirugía y el 75% de los hogares tuvieron que iniciar el cuidado dental
24	Dentistry and Oral Scien	Domiciliary denture services and quality of lif	NK Pearson, 1 BJ Gibson, 2 DM Davis, 3 S. Gelbier 4 y PG	Reino Unido	2007 Nature Publishing Group	2007	ingles	Evaluar la efectividad de un servicio de prótesis domiciliaria en la calidad de	133 adultos edentados mayores	Un servicio de prótesis domiciliaria mejoró la calidad relacionada	Los grupos de estudio y control (n = 65 y 68 respectivamente)

ces source							vida relacionada con la salud oral (OHQoL) de pacientes de edad avanzada que requieren dentaduras postizas completas.	de 65 años remitidos a una comunidad de servicio dental para atención domiciliaria fueron asignados para estudiar y controlar grupos con asig	con la salud bucal de la vida de las personas mayores edéntulas casadas.	tuvieron similar OHQoL al inicio del estudio.). En todos los casos, el grupo de estudio mostró OHQoL mejorado significativamente en comparación con el grupo control.

										naci ón al azar en blo que		
25	Dentis try and Oral Scien ces source	The effect of a domiciliary denture service on oral health related quality of life: a randomised controlled trial	N. K. Pearson,1 B. J. Gibson,2 D. M. Davis,3 S. Gelbier4 and P. G. Robinso	Reino Unido	2007 Nature Publishing Group	2007	ingles	Evaluar la efectividad de un servicio de prótesis domiciliaria en la calidad de vida relacionada con la salud oral (OHQoL) de pacientes de edad avanzada que requieren dentaduras postizas completas.		estudio repetido	no aplica

Posterior a la traducción y análisis de los textos incluidos en el estudio, fue necesario realizar un segundo filtro, en el cual quedan excluidos un total de ocho (8) artículos por los siguientes motivos:

- 6 artículos no mencionan en su objetivo la atención odontológica domiciliaria
- 1 artículo repetido
- 1 archivo corresponde a un informe, no un artículo de investigación.

En este orden de ideas, la muestra final consta de diecisiete (17) artículos para analizar.

5.3 Análisis Comparativo

Existe un total de 18 Instituciones Prestadoras de servicios de Salud habilitadas en el REPS ofertando la atención odontológica domiciliaria. Sin embargo, tras la comunicación directa con cada una de estas IPS, solo una se encuentra actualmente prestando este servicio, y 3 de estas instituciones manifestaron haber ofertado dicho servicio anteriormente, pero en la actualidad con contaban con el personal para la AOD (Atención Odontológica Domiciliaria).

Es necesario precisar que la información recolectada es limitada, no obstante, se logra identificar que el personal disponible para dicha atención está conformado por un odontólogo general y un auxiliar odontológico, el servicio va dirigido a todo tipo de paciente que lo solicite, los servicios ofertados con extensos, la IPS DENTIS CENTRO INTEGRAL DE SONRISAS, manifiesta brindar desde una valoración hasta un procedimiento de rehabilitación oral por medio de implante, sin embargo, se considera esta ultima una práctica irresponsable debido a la gran cantidad de implicaciones bioéticas, posibles riesgos y complejidad derivada del mismo tratamiento.

La IPS manifiesta realizar un registro de las Historia Clínica del paciente, la cual se realiza previa a la atención, también cuentan con unidad portátil, luz, elementos de bioseguridad e instrumental y materiales requeridos para la atención, si el paciente requiere un tratamiento que requiera de la previa valoración y diseño por parte de un especialista, la IPS proporciona al profesional respectivo y se encarga de la planeación objetiva para realizar dicho tratamiento en el domicilio. Como indicación previa a la atención odontológica domiciliaria, la IPS solicita que el paciente se haya realizado una correcta higiene de la cavidad oral y el costo de la atención depende de la ubicación geográfica del paciente. Por otro lado, no se logró obtener información acerca de los protocolos de atención, formato de consentimiento informado, indicación y aplicación de medicamentos, procedimientos bajo sedación, parámetros de lavado de instrumental, almacenamiento y transporte de residuos.

Posteriormente, teniendo como base la experiencia mencionada, se realiza el análisis de los artículos obtenidos de las bases de datos planteados en la metodología del estudio. Se logra identificar que la mayoría de los artículos van dirigidos a pacientes geriátricos y con limitaciones importantes como Esclerosis múltiple (How do Australians living with MS experience oralheal thand accessing dental care A focus group study, Australia, 2017) o Parálisis Cerebral en niños (Impacto de Programa de Promoção em Saúde Bucal para Cuidadores e Crianças com Paralisia Cerebral, Brasil, 2011), teniendo cono fundamento principal el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes, que por tratarse de poblaciones vulnerables, padecen una condición de salud bucal deficiente con exposición a factores de riesgo de enfermedad dental.

La atención odontológica domiciliaria va dirigida a pacientes mayores de 65 años en el 94% de los artículos (16), la cual es realizada directamente en hogares geriátricos. Los tratamientos que se efectúan con mayor frecuencia en este tipo de pacientes con dificultad de desplazamiento o

accesibilidad a las IPS de servicios odontológicos son los tratamientos protésicos, higiene bucal, exploración dental, periodontales y preventivos. Adicionalmente, los estudios recomiendan capacitar al personal encargado de cuidar a los pacientes, con el propósito de realizar una supervisión y control de los cuidados básicos de higiene oral o la forma correcta de realizarlos en el caso de que el paciente presente limitaciones para llevar a cabo el autocuidado.

Dentro de las principales barreras para la prestación de servicios odontológicos domiciliarios se encuentran: limitaciones estructurales para llevar a cabo una atención odontológica pertinente y segura, luz inadecuada, barreras para el cuidado, inseguridad por parte del operador frente a la administración de medicamentos de emergencia, problemas para el embalaje y transporte de instrumentos contaminados y residuos clínicos, barreras de tiempo y remuneración insuficiente a los profesionales, preocupación sobre el control de infecciones, equipos limitados y dificultad en el transporte de los mismos, inseguridad en la realización de procedimiento quirúrgicos dentales.

6. Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

- El modelo de atención odontológica domiciliaria ha cobrado fuerza en los últimos años puesto que esta modalidad de atención permite resolver las dificultades derivadas de los pacientes con imposibilidad de desplazamiento por su estado de salud, edad avanzada o padecimiento de limitaciones, permitiéndoles disfrutar de una mejor calidad de vida por medio de la solución de sus patologías bucodentales, mediante el desplazamiento del servicio a sus domicilios.

- Los principales tratamientos realizados en la atención odontológica domiciliaria corresponden a instrucciones de higiene oral y tratamientos protésicos en adulto mayor.
- Es sumamente importante realizar capacitaciones a los cuidadores de pacientes geriátricos o con situaciones de cronicidad, sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad dental, para que este se encuentre entrenado en los procedimientos básicos de exijan la cotidianidad del cuidado del paciente.
- Las limitaciones más frecuentes que se presentaron en la prestación del servicio odontológico domiciliario fueron las estructurales, limitaciones de tiempo, poca remuneración, dificultad de desplazamiento de equipos e instrumental y la inseguridad de los operadores frente a un episodio de emergencia en el domicilio.
- En lo relacionado al tema normativo, en Colombia son limitadas y en el Departamento de Santander inexistentes los lineamientos normativos sobre la atención odontológica domiciliaria, quedando sujeta dicha práctica a la percepción que la IPS que la implemente, tenga frente a los términos de eficacia, efectividad, utilidad, seguridad, calidad y beneficio, por ende, es cada Institución de Prestación de Servicio odontológico domiciliario quien define de los modelos de atención, niveles de intervención y control de riesgos.

6.2 Recomendaciones

- Dentro de las recomendaciones podemos citar la importancia sobre trabajar en el mejoramiento de parámetros destinados al programa de atención domiciliaria odontológica precisar protocolos de atención según las condiciones del paciente al que va dirigido.

- Establecer criterios de calidad para la prestación de servicio odontológico domiciliario a toda la población, basados en la planeación, bioseguridad y pertinencia que garanticen el éxito del servicio.
- Continuar con la presente investigación en el departamento de Santander, que establezca una planeación estratégica de la atención odontológica domiciliaria, que permitan la viabilidad e integralidad en los portafolios de servicios.
- Se sugieren futuras investigaciones que involucren IPS de todo el territorio Colombiano, con el fin de tener una muestra más amplia que permita brindar una información mayormente confiable, amplia, verídica y actualizada.
- Realización de entrevistas presenciales con gerentes de las IPS que oferten el servicio de atención odontológica domiciliaria, que permita abordar temas normativos, financieros y procedimentales.

Referencias bibliográficas

Alcaldía de Bucaramanga, lógica ética y estética, gobierno de los ciudadanos. Disponible en: http://versionantigua.bucaramanga.gov.co/Contenido.aspx?Param=9

Alcaldía Mayor de Bogotá/ Secretaría Salud. Salud a Su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud para garantizar el derecho a la salud. Bogotá, (2004).

Baquero Molina N, MD, Lineamientos para el programa de atención domiciliaria, Subsecretaria de servicios de salud y Aseguramiento, Bogotá , Colombia , 2017, [internet], disponible en: file:///C:/Users/Alejandra/Downloads/LINEAMIENTOS%20PARA%20EL%20PROGRAMA%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DOMICILIARIA%20ALIANZA%20POR%20LA%20SALUD%20PUBLICA.pdf

Colomer J, González MJI, González RVJ. (1998), Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda. En: Del Llano J, Ortún V, Millán J, Gené J, eds. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson;359–401.

Gil Montoya JA, .(2004). Programas de asistencia dental domiciliaria: una demanda actual https://core.ac.uk/download/pdf/82232800.pdf

González, A., & Acevedo, D. (2009). Revisión del estado del arte de la atención domiciliaria en salud. (Tesis de Especialización). Universidad CES, Medellín

https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/11630/AN%C1LISIS%20DE%20CALIDAD%20EN%20LA%20IMPLEMTACI%D3N%20DE%20SERVICIOS%20DE%20ATENCI%D3N%20DOMICILARIA%20EN%20ODONTOLOG%CDA.pdf;jsessionid=200999DEAD37F68DE8794FF906B7DAD4?sequence=1

Ley 100, Congreso de la República de Colombia, 23 de diciembre 1993.

Ley 1751 de 2015, Congreso de la República de Colombia, 16 de febrero de 2015.

Maldonado L, AUTONOMÍA Y ESTADO BUCAL, Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. Vol. 16 No. 4 – 2002

Nicho Rosado DR, 2011, Valorando la atención domiciliaria: historia, modelos, situación actual y perspectivas, Monografía, Lima, Perú, [internet], disponible en:

https://www.monografias.com/trabajos89/valorando-atencion-domiciliaria/valorando-atencion-domiciliaria.shtml

Quintero Cujiño, M. L. (2011). Oportunidad Del Servicio Del Plan De Atención Domiciliaria. Trabajo de grado, Manizales, Colombia.

Resolución 1441 (2013), Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, 6 de mayo, 2013.

Resolución 2003 de 2014, Ministerios de Salud y Protección Social, República de Colombia, 28 de mayo de 2014.

Resolución 6408 de 2016, Ministerios de Salud y Protección Social, República de Colombia, 26 de Diciembre de 2016.

Roca, M. 2000, I. Atención Domiciliaria. España, consultado en línea en Julio de 2013, para accesar en: wwww.foodjifnifnb.

Ruiz, M. G. (2013). Análisis de la Calidad en la Implementación de Servicios de Atención Domiciliaria en Odontología: caso Bogota. Recuperado de: http://hdl.handle.net/10654/11630

Starfield, B., & Shi, L. (2004). The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. Pediatrics, 113(5), 1493-1498.

Suarez MA. Atención integral a domicilio. Rev. Med. La Paz 2012; 18(2):52-58