

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO  
VICERRECTORADO ACADÉMICO  
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ÁREA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y DE GESTIÓN  
POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL  
DIRIGIDO AL ANCIANO O ADULTO MAYOR  
EN HOGARES DE CUIDADO DIARIO DEL ESTADO CARABOBO**

**Diagnóstico, Factibilidad y Propuesta  
Caso: Fundación Asilo “San Martín de Porres” y “Las Tinajas”**

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello por

**MIRABAL MATA PABLO JOSÉ**

Como requisito para optar al título de

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Asesor

**MIGUEL LEAL**

Caracas, febrero de 2008

## **DEDICATORIA**

A Anastasia y Constantino, por inyectarme entusiasmo diariamente.

## **RECONOCIMIENTOS**

A Kachy por el apoyo incondicional desde el inicio.

A mi familia por ser mi soporte todo el tiempo.

A algunos de mis compañeros cursantes y profesores por su actitud solidaria.

## TABLA DE CONTENIDO

	pp.
<b>DEDICATORIA</b>	2
<b>RECONOCIMIENTOS</b>	3
<b>LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS</b>	6
<b>RESUMEN</b>	7
<b>INTRODUCCIÓN</b>	8
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA</b>	
Planteamiento y Delimitación del Problema	10
Objetivos de la Investigación	14
Justificación de la Investigación	15
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL</b>	
Antecedentes	17
Bases Teóricas	18
<b>CAPÍTULO III. MARCO ORGANIZACIONAL</b>	
Fundación Asilo “San Martín de Porres”	58
“Las Tinajas”	61
<b>CAPÍTULO IV. MARCO METODOLÓGICO</b>	
Tipo y Diseño de la Investigación	62
Población y Muestra	62
Instrumento y Recolección de Datos	63
Validez y Confiabilidad de los Instrumentos	63
Procedimiento de Recolección de Datos	64
Técnica de Análisis de Datos	64
Resultados Esperados	65
Consideraciones Éticas	65
Consideraciones Legales	66
Metodología para la Formulación de la Propuesta	67
<b>CAPÍTULO V. LA PROPUESTA</b>	
Fase Diagnóstica	69
Presentación y Análisis de los Resultados	69
Fase de Estudio de Factibilidad	80

Fase de Elaboración de la Propuesta	82
<b>CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
<b>CONCLUSIONES</b>	96
<b>RECOMENDACIONES</b>	98
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	99
<b>ANEXOS</b>	
Anexo A. Consentimiento Informado	104
Anexo B. Operacionalización de la Variable	105
Anexo C. Cuestionario	106
Anexo D. Guía de Observación	107
Anexo E. Encuesta Epidemiológica	108
Anexo F. Validez de los Instrumentos	109

## LISTA DE CUADROS Y GRÁFICOS

pp.

### **Cuadro 1**

Porcentaje de adultos mayores con conocimientos básicos sobre salud bucal en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007. 70

### **Gráfico 1**

Porcentaje de adultos mayores con conocimientos básicos sobre salud bucal en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007. 71

### **Cuadro y Gráfico 2**

Porcentaje de adultos mayores con manejo de técnicas de higiene bucal en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007. 74

### **Cuadro 3**

Índice CPOD (Índice de dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados) de adultos mayores en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007. 76

### **Cuadro 4**

Índice IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) de adultos mayores en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007. 77

### **Cuadro y Gráfico 5**

Porcentaje de adultos mayores con necesidades de atención odontológica según tipo de tratamiento en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007. 78

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL  
DIRIGIDO AL ANCIANO O ADULTO MAYOR EN HOGARES DE CUIDADO DIARIO  
DEL ESTADO CARABOBO**

Asesor: Francys Viaña Pulido

Autor: Pablo Mirabal Mata

Año: 2007

**RESUMEN**

La presente investigación tiene por objeto el diseño de un programa de atención odontológica integral dirigido al anciano o adulto mayor en hogares de cuidado diario del estado Carabobo el cual marca precedentes en la prestación de servicios en el ámbito comunitario, ya que cubre los niveles de atención en salud odontológica como son: educación, prevención, tratamiento y rehabilitación. Se desarrolló bajo la modalidad de investigación proyectiva (proyecto factible), apoyado en estudios de campo y documental, con un diseño no experimental transversal. La muestra representada por los adultos mayores que viven en hogares de cuidado, Fundación Asilo “San Martín de Porres” y “Las Tinajas”, de lo cuales se seleccionó una muestra de 60 individuos, con edades entre 60 y 94 años, según criterios de exclusión de padecer alguna discapacidad psíquica, cognitiva o verbal. Para recolectar la información se utilizaron tres instrumentos, un cuestionario, una guía de observación diseñadas por el autor y una encuesta epidemiológica, adecuadamente validados por expertos en el área odontológica y metodológica. El análisis de los datos se aplicó la estadística descriptiva mediante la presentación de cuadros con frecuencia absoluta y relativa acompañados de sus respectivos gráficos. El diseño del programa se basó en la metodología aplicada en gerencia y planificación estratégica y planificación operativa. Se cumplieron los objetivos de la investigación a través de las fases: diagnóstica, de factibilidad y de diseño. Se demostró la necesidad de la creación de la propuesta con la cual se pretende que los adultos mayores que asisten a hogares de cuidado, alcancen una conciencia sobre su salud bucal, con la capacidad de mantener una condición bucal saludable, además del conocimiento de la importancia de cómo y cuándo se debe realizar las técnicas de higiene bucal y lograr una menor susceptibilidad a las enfermedades bucales. Así como también, que cuenten con una atención odontológica integral de óptima calidad tanto en tratamiento como en rehabilitación.

**Palabras clave:** Atención Odontológica, Adulto Mayor, Hogar de Cuidado.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es para algunas sociedades, incluida la venezolana, uno de los retos sociales más relevantes de los últimos tiempos. Este envejecimiento representa para la sociedad una preocupación especial en la prestación de los servicios sanitarios necesarios para garantizar su bienestar. Dentro de los problemas de salud que aquejan a los adultos mayores, los bucodentales cobran especial importancia, es de destacar algunas consideraciones como el que los problemas dentales no tratados causan dolor e incomodidad, interfiriendo con la capacidad de comer y tragar, dando como resultado una nutrición inadecuada y más aun propiciando un estado de deterioro progresivo de las condiciones de salud general de estos individuos y de malestar, que en líneas generales incluyen la baja autoestima y la disminución de la calidad de vida.

Por otro lado, los servicios odontológicos históricamente no han sido de fácil acceso a la población geriátrica institucionalizada en los hogares de cuidado, ya que dentro del personal sanitario responsable de su cuidado, no se cuenta con profesionales en el área de la odontología.

En este sentido, la presente investigación realiza una evaluación diagnóstica inicial del estado bucodental de sesenta individuos de 60 a 94 años de edad, residentes en hogares de cuidado “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”, ubicados en el municipio Naguanagua, Valencia, estado Carabobo, dicha evaluación derivaría al adulto mayor a tratamiento y/o mantenimiento de su salud bucodentaria; se efectuó un examen clínico bucal y se aplicaron instrumentos para recopilar información, una guía de observación sobre como aplican las técnicas de higiene bucal, un cuestionario sobre conocimientos básicos sobre prevención de enfermedades bucales e higiene oral y una encuesta epidemiológica que permitió conocer el índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPOD), índice de higiene oral (IHOS), y las necesidades en cuanto a restauraciones, prótesis dentales, endoncias, tartrectomías y biopsias; posteriormente el análisis de los datos recolectados resultó en la identificación de tratamientos odontológicos y la necesaria presencia de profesionales de la odontología en los hogares de cuidado del adulto mayor.

Es así, como consecuencia de los pasos anteriores se observa la necesidad de una propuesta en salud bucal, se estudia la factibilidad social, económica, para llevar a cabo el diseño de un programa de atención odontológica integral dirigido al anciano o adulto mayor en hogares de cuidado, destinado a

darle respuesta a los problemas bucodentales detectados, el cual es el principal objetivo de la presente investigación.

Este estudio se ha estructurado en capítulos, donde partiendo de un contexto general, con la ayuda de las herramientas gerenciales aplicadas, en este caso particular, la gerencia y planificación estratégica, se ha concretado el producto final.

El Capítulo I, se refiere al planteamiento y delimitación del problema a investigar, junto a la formulación del objetivo general y los objetivos específicos, cerrando el capítulo con la justificación de este estudio.

En el Capítulo II, marco teórico-conceptual, se desarrollan las bases teóricas que soportan la investigación, junto a algunos antecedentes de investigaciones relacionados con el tema.

En el Capítulo III, se describe el marco organizacional, es decir, el lugar, las organizaciones donde tiene lugar la investigación realizada.

En cuanto al Capítulo IV, marco metodológico, se señala el tipo y diseño de la investigación, la población, la muestra con la cual se trabajó, se describen los instrumentos de recolección de datos, su validez, confiabilidad, como se hizo la recopilación de la información y la técnica de análisis. En este capítulo se hace referencia a los resultados esperados, las consideraciones éticas y legales pertinentes y se describe la metodología utilizada para la formulación de la propuesta.

En el Capítulo V, se presentan y analizan cualitativamente y cuantitativamente los resultados obtenidos en la fase diagnóstica, se realiza el estudio de factibilidad, y se presenta el diseño del programa, en función de las bases teóricas y el análisis obtenido de los datos arrojados en esta investigación proyectiva o proyecto factible como también se le conoce.

El Capítulo VI, muestra las conclusiones y recomendaciones, como aspecto final y consecuencia de toda la investigación.

Por último la bibliografía y los anexos del presente estudio.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### **Planteamiento y Delimitación del Problema**

El estado de salud de una población no escapa a las determinantes que constituyen el hecho de que actualmente se está viviendo una crisis mundial de toda índole, económica social y política y aún cuando los resultados de salud mostraron una mejoría durante la segunda mitad del siglo XX, esta mejoría decreció a finales del mismo siglo en la década de los noventa, pudiéndose predecir que la mayoría de las naciones mundiales no lograrían las metas pautadas por la Organización Mundial para la Salud (OMS, 1998), para el año 2005.

Latinoamérica, esta inmersa en una crisis, con un contexto en franco deterioro, incremento del desempleo, disminución del ingreso por familia, lo que se traduce en una desmejora del “Índice de Desarrollo Humano”, si por desarrollo humano se entiende como las posibilidad que tienen los seres humanos de gozar de las mejores opciones que le ofrece la vida como salud, educación, oportunidades económicas y aspectos sociales como calidad de vida. Aun conociendo que estos son factores que se entrelazan entre sí, supone que el deterioro de uno, conlleva al deterioro de los otros, en consecuencia, la mejora de la salud y el bienestar de las personas, constituye el objetivo fundamental del desarrollo social y económico. En este sentido, el proceso salud enfermedad bucal, consiste en un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y producen la aparición de riesgos que se manifiestan en forma de perfiles epidemiológicos de salud bucal. (Breilh, J. y Granda, E., 1982). Pudiendo comprender a la salud bucal, como un componente del estado de salud general del individuo o grupos sociales, que estarán determinados históricamente y socialmente (Chaves, M., 1976; Geiringer, A., 1989).

Sumado otro factor importante concerniente al proceso de salud enfermedad es el envejecimiento de la población que para algunas sociedades, representa uno de los retos sociales más relevantes de los últimos tiempos. El envejecimiento constituye una preocupación especial en la prestación de los servicios sanitarios necesarios para garantizar su bienestar, dentro de los problemas de salud que aquejan a los mayores, los bucodentales cobran especial importancia. Algunas consideraciones como el que los problemas dentales no tratados causan dolor e incomodidad,

interfiriendo con la capacidad de comer y deglutir, dando como resultado una nutrición inadecuada (Ritchie, C., y cols., 1997), comer es una función social y el acto de masticar y saborear es esencialmente agradable y emocionalmente necesario para el bienestar de una persona. Por lo tanto, dientes sanos y dentaduras adecuadas son indispensables para tener una calidad de vida aceptable en el adulto mayor. Así mismo las infecciones orales, que quizás sean problemas menores en personas jóvenes, pueden causar serias infecciones sistémicas en las personas mayores, y que en los últimos 30 años el porcentaje de ancianos dentados se ha incrementado, incrementándose también el riesgo de caries y enfermedad periodontal en esta población. (Ettinger, R., 1997). La frecuencia de caries en la raíz del diente, entre los 50 y 60 años es de 35% y en personas de más de 60 años es del 13%, (Nebot, D., Pillet, J., 1991), en otros reportes hay variaciones de la frecuencia de caries radicular entre el 24 y 83%, según Garcillan, M. y Rioboo R. (1991).

En La Habana, Cuba, según datos recogidos en la Oficina Nacional de Estadística (Centro de Estudio de Población y Desarrollo, 2002, cita de Castañeda, M., 2006), revelan que la población mayor de 60 años se incrementó en 0,2 % entre el 2000 y 2001 y aumentó en más de 27.000 en el 2002, de modo que 14,5 % del total de los habitantes cubanos son personas de la tercera edad.

En Madrid se experimenta actualmente un crecimiento progresivo del número de personas mayores de 65 años, con especial incidencia en los mayores de 80 años. Para enero del año 2007 vivirán en Madrid 593.297 personas mayores de 65 años lo que supone un índice de envejecimiento del 18,76% sobre el total de población (3.162.304 habitantes). (Padrón Municipal de Habitantes, 2004, cita de Ayuntamiento de Madrid, 2005). La frecuencia de edentulismo en la población anciana es muy elevada, estimándose que casi un 30% de las personas con edades comprendidas entre los 65 y los 75 años tienen necesidad de prótesis total superior o inferior, cifras mayores si se contempla individuos de más de 80 años (Ayuntamiento de Madrid, 2005).

La demográfica de Venezuela es bastante singular, por un lado, se trata del país que más ha crecido en las últimas cuatro décadas, llegando a cuadruplicar su población (sobre la base de un fuerte crecimiento natural y de un poderoso movimiento inmigratorio que duró hasta los años 90), y por el otro es uno de los países caribeños que más ha avanzado en su transición demográfica, en el sentido de pasar de tener una población principalmente joven y de crecimiento rápido a poseer otra relativamente envejecida y de bajo crecimiento, situación en la que ya están países como Uruguay o Cuba.

La población venezolana presenta todavía una alta composición de jóvenes, según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2000), un 38,3% tenía menos de 15 años en 1990, cifra que era algo menor, 37,3%, de acuerdo al censo de ese mismo año. No obstante, esa circunstancia había disminuido bastante en los últimos veinte años, ya que el CELADE estima que en 1970 los menores de 15 años representaban el 45,6% de la población total.

En Venezuela tiene lugar una expansión de la población adulta, especialmente la situada entre 20 y 60 años, lo que significa que van a incrementarse las presiones sobre el mercado de trabajo y se va a frenar la caída del número de nacimientos aunque disminuya bastante la fecundidad, por cuanto habrá también más población en edad de procrear.

Es así como, el estado de salud oral en población geriátrica española revela aspectos como un 60% de prótesis con más de 16 años sin renovar, enfermedad periodontal y caries dental en más del 90% de los adultos mayores dentados e imposibilidad física y psíquica para mantener una correcta higiene oral (Caballero, J., Rodríguez, G., Martínez, M., Barcena, L., 1989). Según el estudio de Pinilla, M., López, M. y Cielos, M. (1988), la población anciana no institucionalizada muestra mejores índices de higiene y salud oral que la población recluida en residencias geriátricas. Por otro lado, los servicios odontológicos históricamente no han sido de fácil acceso a la población española y menos aún a la población geriátrica institucionalizada ya que dentro del personal sanitario responsable de su cuidado, no se cuenta con profesionales en el área de la odontología.

Así, desde hace mucho tiempo atrás la atención odontológica no ha estado en capacidad de modificar las condiciones de morbilidad bucal y esto a la par de que se ha desplegado siempre una escasa cobertura, junto a una baja actividad preventiva y una insuficiente promoción de la salud. Investigaciones realizadas en el país por Rivera, L. y cols., (1997); demuestran claramente que la caries aumenta progresivamente con la edad. Igual fenómeno se repite con respecto a los perfiles epidemiológicos de la enfermedad periodontal, que si bien se mantiene en valores leves (0,29 y 0,99) entre 7 y 25 años con un índice periodontal entre 0,29 y 0,49; éste aumenta paulatinamente a medida que aumenta la edad.

En Venezuela existe una población predominantemente joven y por ser esta una característica histórica, dentro de los programas de salud no se ha previsto programas ni políticas dedicadas al adulto mayor, sin embargo existe una población creciente de trabajadores y trabajadoras que esperan una

respuesta del Estado a sus requerimientos de atención como adultos mayores, por el contrario de la realidad en los países del primer mundo como por ejemplo los europeos que tienen una población en franco envejecimiento, poseen toda una gama de programas dedicados al adulto mayor que incluye no solamente los cuidados sanitarios, sino que interviene como realce de su calidad de vida en todos los aspectos de su cotidianidad, como las compras en el supermercado, la recreación, el esparcimiento y por supuesto la salud oral integral como parte de los compromisos de la comunidad europea como gran institución, para la generación que creó la realidad de hoy en día.

Esta situación ha llevado a una creciente preocupación acerca de los aspectos relacionados con la salud oral. La evaluación inicial del estado bucodental que derivaría al adulto mayor a tratamiento y/o mantenimiento de su salud tradicionalmente debería hacerse mediante un examen clínico y radiográfico, lo que haría indispensable la presencia de profesionales de la odontología en los lugares de fácil acceso a su residencia. En concordancia con lo antes expuesto y en busca de un planteamiento donde se reivindique la prestación de la salud a este sector de la población, un programa de atención odontológica integral debe tomar en cuenta al anciano en los hogares de cuidado como población beneficiada, debido a que pertenecen a los estratos más desasistidos y vulnerables de la sociedad, siendo a esta edad cuando aún se puede incorporar al adulto mayor a la consulta odontológica para realizarles prevención específica, disminuyendo la instalación de la caries dental y brindando la posibilidad de rehabilitaciones protésicas que contribuyan a elevar la calidad de vida, observando la necesidad de fortalecer a los grupos familiares y personas que cuidan a estos individuos en su proceso de estancia con relación a la importancia de la salud bucal propiciando así cambios significativos en la condición de salud de la población adulta mayor.

Derivado de esta situación se plantea **el diseño de un programa de atención odontológica integral dirigido al anciano o adulto mayor en hogares de cuidado diario en el estado Carabobo**, donde se seleccionaron de un total de ocho instituciones entre públicas y privadas, dos de ellas, la Fundación Asilo “San Martín de Porres”, y el hogar denominado “Las Tinajas”, ubicados en el municipio Naguanagua, parroquia Naguanagua.

El programa de atención odontológica integral marca precedentes en la prestación de servicio en el ámbito comunitario, ya que cubre los niveles de atención en salud odontológica como son: educación, prevención, tratamiento y rehabilitación y además propone la instalación de un equipo odontológico portátil dentro del hogar de cuidado, garantizando de esta manera un servicio de salud

bucal que llega directamente al beneficiario, evitándose el riesgo que implica la movilización de los ancianos de edad avanzada y en muchos casos con estados de salud general delicada, al centro de atención odontológica.

Es por ello que se formula la siguiente interrogante: **¿Cuáles son los elementos que deben ser considerados para diseñar un Programa de Atención Odontológica Integral, dirigido a los ancianos o adultos mayores que asisten a hogares de cuidado?**, tomando los conceptos de Atención Primaria en Salud, lograr que el mismo esté orientado a desarrollar prioritariamente actividades de educación y prevención de los problemas más importantes de salud bucal y brindar además la posibilidad de rehabilitación oral para los casos donde los procesos de enfermedad bucal estén ya instalados.

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Diseñar un Programa de Atención Odontológica Integral dirigido a los ancianos o adultos mayores que asisten a hogares de cuidado en el Estado Carabobo.

### **Objetivos Específicos**

1. Diagnosticar la situación actual de salud bucal del adulto mayor en los hogares de cuidado del Estado Carabobo.
2. Determinar la factibilidad de la propuesta.
3. Diseñar el componente educativo-preventivo del Programa de Atención Odontológica Integral dirigido a la población adulta mayor de los hogares de cuidado.
4. Diseñar el componente de tratamiento odontológico del Programa de Atención Odontológica Integral dirigido a la población adulta mayor de los hogares de cuidado.
5. Diseñar el componente de rehabilitación odontológica del Programa de Atención Odontológica Integral dirigido a la población adulta mayor de los hogares de cuidado.

## **Justificación de la Investigación**

En razón de que la caries dental y las enfermedades de los tejidos blandos son consideradas problema de salud pública a nivel nacional e internacional queda plenamente justificada la presente investigación, tomando en cuenta que la misma representa un estudio acerca del diseño de un programa de atención odontológica integral dirigido al anciano o adulto mayor en hogares de cuidado.

La consecuencia de una inadecuada dentición es una pobre función bucal. A pesar de la poca demanda de servicios en la tercera edad, el objetivo primordial de la odontología es el mantener una dentición natural, saludable y funcional a través de la vida, con todos los beneficios sociales y biológicos (estética, confort, masticación adecuada, sentido de gusto y el habla), que esto da a los pacientes, aportando así desde la profesión odontológica a lo que se considera un envejecimiento exitoso.

Es por ello que la realización de este estudio posee relevancia social ya que el grupo al que va dirigido es vulnerable en lo que a la salud se refiere, especialmente en cuanto a la salud oral, el factor de riesgo más importante es la edad, pero no debemos olvidar el status social, ya que los problemas bucodentales son mayores en los estratos más desfavorecidos. Los beneficios de una buena salud oral son evidentes, en la capacidad de comer o hablar, en la auto imagen, la autoestima, y en las relaciones sociales, con dicho estudio se busca el beneficio de la población ya mencionada, contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida.

El estado y la iniciativa privada no pueden permanecer ajenos a la adopción de medidas que garanticen la calidad de vida de las personas mayores desde un punto de vista integral. Entre los distintos aspectos que deben abordarse, se encuentra el buen estado de salud, junto a unas adecuadas condiciones sociales que proporcionan la calidad de vida que se pretende ofrecer al adulto mayor. La salud bucodental de las personas mayores, su buen o mal estado, tiene claras repercusiones sociales que superan el marco de lo estrictamente individual.

Por tanto, una vez realizada dicha investigación se pretende llamar la atención de las instituciones públicas y privadas que gerencian el componente bucal de la salud, hacia la incorporación

de estos programas, dentro de los modelos de salud que ellos administran, tomando en cuenta los conceptos de gerencia y planificación estratégica.

Así mismo, servir de fundamento a futuras investigaciones relacionadas con el tema a nivel regional, nacional e internacional.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

El siguiente contenido comprende antecedentes relacionados con la investigación, los fundamentos teóricos y basamentos conceptuales que aclaran y avalan el presente trabajo.

#### **Antecedentes**

En Granada, España, Pinzón, S. y Zunzunegui, M., a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública en 1999, realizan el trabajo “Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral”, cuyo objetivo fue detectar necesidades de atención bucodental en población geriátrica institucionalizada. Con una muestra de 100 individuos en 4 residencias geriátricas, realizando examen clínico bucal, ubicando la necesidad de atención odontológica en 98,5%; para necesidad de atención por enfermedad periodontal, 52,9%; para necesidades de atención por caries dental, 55,88%; para necesidad de prótesis dental, 80,8% y para detección de necesidades de atención por deficiencias en higiene oral, 50%.

En México Taboada, O., Mendoza, V., Hernández, D. y Martínez, I., en el año 2000, con el propósito de conocer la prevalencia de caries coronal y radicular en el adulto mayor, realizaron un estudio, denominado “Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad”, en una población geriátrica conformada por 61 ancianos de 60 a 90 años de edad. La valoración clínica de caries se obtuvo con el índice CPOD de Klein y Palmer. Los resultados fueron para toda la población un CPOD de 18.3 (DE  $\pm$  7.7). El menor promedio de caries se presentó en los ancianos de 66 a 70 años 15.9 (DE  $\pm$  8.4) incrementándose éste conforme avanza la edad, pues a los 81 y más años de edad el CPOD fue de 23.0 (DE  $\pm$  5.0), ya que a la edad de 81 y más años la afectación es del 100%. La caries coronaria es una enfermedad dentaria primaria, sin embargo, la radicular es secundaria a la exposición bucal del cemento por retracción gingival fisiológica senil o por enfermedad periodontal previa. Concluyeron que la caries radicular es la más frecuente en el anciano y por tanto la caries sigue siendo un problema de salud pública.

Otro estudio realizado en México por los investigadores Caballero, J., Rodríguez, G. y Martínez, M. (1991), titulado “Estado dental y necesidad de tratamiento en la población geriátrica

institucionalizada de Vizcaya”, en personas mayores de 60 años mostró como resultados que el índice de dientes cariados, perdidos y obturados, (CPOD), es mayor en mujeres con un 29.5% con respecto a los hombres 27.8%, existiendo mayor número de caries en hombres que en mujeres, mientras que en los dientes extraídos es mayor en éstas.

En Chile, los reportes de prevalencia en adultos mayores muestran altos rangos de caries tanto coronal como radicular, entre estos estudios destaca "Odontología geriátrica, un nuevo desafío en la profesión”, realizado por Lazo, M., Quintana, M., y Rojas, L. (1988), con el seguimiento efectuado en 451 ancianos en donde se observó que un 49% de la población presentaba nuevas caries coronarias con un promedio de 1.2 superficies cariadas, mientras que el 41.4% presentaba caries radicular.

## **Bases Teóricas**

### **Tercera edad**

El diccionario de la lengua española (2005), define la edad como el tiempo de existencia desde el nacimiento y señala que la constituye cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana, siendo aún más específica, la tercera edad como el último período de la vida de una persona, también llamada ancianidad.

### **Proceso salud -enfermedad bucal**

La salud, es considerada como un índice del bienestar integral del ser humano alcanzado por una población; como una condición esencial para el desarrollo social de la sociedad; o como la base sobre la cual se construye la felicidad de los individuos, su realización como personas y su contribución al máximo de satisfacción colectiva (Briceño, R., 1999).

En este sentido la OMS en 1946, en su Carta Constitucional, define: “la salud es el completo estado de bienestar físico, psicológico y social y no solo la ausencia de enfermedad o achaque”. (Piedrola, G., 2001, p.3). Sin embargo Milton Terris (Baca, P., Bravo, M. y Junco, P., 2002, p. 20), aproxima una definición más operativa de salud, al modificar la definición “un estado de bienestar físico, psicológico y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque”, observándose que suprime en la misma el término completo, manteniendo el de bienestar y

añadiendo la capacidad de funcionamiento (capacidad de estudiar, trabajar, entre otras), logrando de esta forma introducir la capacidad de medir el grado de salud.

El conocimiento y la práctica sobre la salud y enfermedad han evolucionado, y se han transformado desde la aparición de la sociedad humana hasta nuestros días como una consecuencia de sus actividades económicas, sociales y culturales en términos colectivos (Mena, S. y Rivera, L., 1991).

Se puede considerar a la salud y la enfermedad como los extremos de un mismo proceso dinámico de adaptación, física, mental y social ante las influencias del medio ambiente físico, biológico, psicológico y socio cultural (Higashida, B., 2000).

Las orientaciones estratégicas (1999-2002) que siguen los lineamientos de políticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprobadas en la vigésimo quinta Conferencia Sanitaria Panamericana en Septiembre de 1998, son resultado del análisis de las condiciones y necesidades de los países de la Región de las Américas, y están dirigidas a alcanzar Salud para Todos, así mismo son respuesta a la política de Salud para Todos en el Siglo XXI y al Programa General de Trabajo de OMS. Estas orientaciones estratégicas son cinco: salud en el desarrollo humano, desarrollo de los sistemas y servicios de salud, promoción y protección de la salud, prevención y control de enfermedades, y protección y desarrollo ambiental (OPS, 1998; OMS, 1998).

## **Caries dental**

La caries dental es una de las manifestaciones más evidentes de las enfermedades de la cavidad bucal, y muchos entienden como anormal su ausencia. Por lo que se hace necesario vincular el estilo de vida de la población, desarrollo social, factores biológicos, factores ambientales y baja cobertura de los servicios odontológicos, con su alta prevalencia en los países subdesarrollados; siendo esto, una muestra evidente en las poblaciones marginadas de los beneficios económicos y sociales (OMS-OPS, 1991).

A pesar de ser reconocida la caries dental como una problemática de salud pública a nivel mundial y sobre todo en los países subdesarrollados, no es atendida como tal. Su importancia radica, en que es considerada como una enfermedad crónica, recurrente, acumulativa e irreversible, que más afecta a la humanidad. El tratamiento es costoso e implica pérdida de tiempo, pudiendo llegar a

producir dolores intensos en estadios avanzados, afectar la masticación y por consiguiente la buena digestión. Además de influir en la fonación, alterar la sonrisa y la morfología del rostro. También puede originar abscesos dentales, fístulas, celulitis, entre otras; pudiendo llegar a originar procesos sistémicos, como la endocarditis bacteriana subaguda, glomerulonefritis, afecciones oculares, sinusitis (Higashida, B., 2000).

De las afecciones mencionadas, la caries dental puede tener repercusiones psicológicas con problemas en la vida social por afecciones dolorosas y estéticas, que inclusive, pudieran llegar a causar alteración del rendimiento y ausentismo laboral y escolar (Higashida, B., 2000).

### **Teorías etiopatogénicas de la caries dental**

La etiopatogénia de la caries es compleja, participando en ella fundamentalmente tres factores: el diente, la dieta y los gérmenes bacterianos, estos al parecer los más importantes, e incluso hoy en día tiende a tratarse la caries como enfermedad infecciosa, especialmente las caries iniciales. En cuanto al diente, son importantes factores de menor resistencia que facilitan el avance y/o desarrollo de las caries tales como el esmalte, especialmente las laminillas que permiten acumulo de restos alimenticios y gérmenes bacterianos, fosas muy profundas en premolares y molares. Estas fisuras pueden llegar a medir hasta 1.5 mm y el cepillo dental solamente llega a 0.4 mm de profundidad (Martínez, B. 2003).

Existen varias teorías que explican el mecanismo etiológico de la caries las más importantes:

Teoría acidogénica (químico-parasitaria)

Teoría proteolítica

Teoría de la proteólisis-quelación

Teoría acidogénica propuesta por Miller, W. (1890, cita de McDonald, R. y Avery, D., 1991), postula que la caries dental se produce por los ácidos resultantes de la acción de los microorganismos sobre los hidratos de carbono. Se caracteriza por una descalcificación de la porción inorgánica acompañada o seguida por la desintegración de la sustancia orgánica del diente.

Teoría proteolítica, Gottlieb, B. y cols. (1946), afirmaron que según esta teoría el proceso carioso se inicia por la actividad de la placa dentobacteriana, a diferencia de la acidogénica los microorganismos causales son proteolíticos, es decir, causan lisis o desintegración de proteínas.

Teoría de la proteólisis-quelación, esta se considera una ampliación de la anterior, (Schatz, A. y cols., 1958, cita de Higashida, B., 2000), su causa se atribuye a dos reacciones interrelacionadas y simultáneas. La destrucción microbiana de los componentes orgánicos del esmalte y la pérdida de apatita por disolución. Los productos de descomposición de la materia orgánica del esmalte son quelantes, la quelación es un fenómeno químico por el cual una molécula puede captar el calcio de otra molécula lo cual produce su desequilibrio electrostático y su desintegración.

Ninguna de las teorías expresadas con anterioridad, puede por sí sola explicar el inicio y el desarrollo de la caries dental. Las teorías de la proteólisis y de la proteólisis-quelación y la actividad de la enzima fosfoproteínfosfatasa han sido aceptadas por algunos investigadores, sin embargo se considera que aunque pueden contribuir a la formación de la caries en diverso grado, el proceso más importante es el que involucra la disolución ácida de la estructura calcificada del diente (Gil, M. y cols., 2002).

### **Factores de riesgo en la prevalencia de la caries dental**

El término riesgo, es definido como la probabilidad de que un hecho ocurra. Cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas, comunidad o ambiente, que se sabe está asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso morboso (Rodríguez, A., s/f).

Los factores de riesgo por su parte, son los factores asociados con un aumento de la probabilidad del desarrollo individual o grupal de una enfermedad. Estos pueden clasificarse en modificables y no modificables. Los modificables (dieta, higiene bucal) son aquellos en los que la causalidad es fundamental, y los no modificables (historia familiar, raza) son los que la causalidad no es necesariamente importante (ob.cit.).

Los grupos de alto riesgo incluyen una parte de la población con más probabilidad de tener la enfermedad en un tiempo determinado. Entre estos factores de riesgo se encuentran:

### 1.- Factores Microbianos.

Placa dental: Es un conglomerado dinámico y complejo de bacterias, materia orgánica y sustancias inorgánicas; constituye una película firmemente adherida sobre la superficie dentaria que no se elimina con enjuagues, ni con agua a presión. Su crecimiento se origina en las fosas y fisuras de las superficies dentarias y en aquellos lugares protegidos de la higiene fisiológica, como el margen gingival, los apiñamientos dentales y los tratamientos desbordantes. A partir de las 24-48 horas la placa ya tiene capacidad cariogena.

Microorganismos: A las pocas horas del nacimiento comienza la colonización de la cavidad oral por *S. (Streptococo) salivarius*, *S. mitis*, y al erupcionar los dientes, *S. sanguis* y *S. mutans*, al igual que los lactobacilos, suelen aislarse en los niños que han desarrollado caries dental. La pérdida de dientes, restauraciones defectuosas, inadecuadas técnicas de higiene oral, cambios hormonales, la ingesta de determinados medicamentos, entre otros originan alteraciones en la flora oral, favoreciendo la proliferación de flora patógena. *S. mutans* se considera el factor etiológico más importante, siendo posible también que sean necesarios otras bacterias para producir lesiones cariosas o para su avance, como es el caso de los lactobacilos, a los cuales se les considera como invasores secundarios (Higashida, B., 2000).

### 2.- Factores del Huésped

Edad: La caries es considerada una enfermedad de la niñez y su incidencia en los adultos es muy baja comparada con la intensidad desarrollada en los primeros veinte años de vida, localizándose en las caras oclusales y proximales de los dientes; después ocurre una estabilización, y es a partir de los cuarenta años, cuando vuelve a aumentar, localizándose las lesiones a nivel del cuello.

Sexo: Algunos estudios en iguales edades pero no así en sexo, refieren mayor incidencia de caries en las niñas, lo que se asocia con el hecho de que en ellas los dientes erupcionan a edad más

temprana, por lo cual los mismos han estado más tiempo expuestos al medio bucal. Sin embargo, otros estudios no han observado diferencias significativas.

**Raza:** Las diferencias encontradas entre las razas están más asociadas a los factores culturales, que a las diferencias raciales entre sí.

**Diferencias familiares o herencia:** Los estudios han sido muy pocos, sin embargo en algunas investigaciones realizadas, se ha observado mayor prevalencia de caries en algunas familias. Su razón se desconoce, sin embargo se cree debida a hábitos dietéticos y de higiene oral, aunque también podrían tener influencia factores genéticos.

**Factores constitucionales:** Los más importantes son las características de la saliva y de los dientes. Entre las principales funciones de la saliva se encuentran: proteger la integridad de la mucosa, eliminar restos alimenticios y bacterias de la cavidad bucal, neutralizar ácidos, acidificar bases y proveer los iones necesarios para la remineralización de los tejidos dentarios. Es antifúngica, antibacteriana, antiviral y proporciona lubricación a la mucosa. Su composición, su cantidad y su flujo son determinantes del proceso de caries, observándose gran afectación en los pacientes con xerostomía. La morfología y la composición de los dientes influyen en la propensión a la caries dental; las fosas y fisuras de los molares y las superficies lisas interproximales, son las localizaciones de mayor riesgo, ya que éstas son las áreas de mayor susceptibilidad, debido a la anatomía y a la facilidad para retener placa, ya que son lugares más inaccesibles y difíciles de la limpieza oral; lo que quiere decir que la frecuencia es menor en superficies lisas y autolimpiantes y mayor en fosas y fisuras profundas y mal calcificadas. Con respecto a la composición del diente, el factor más eficaz de resistencia es la presencia de fluoruro incorporado a la apatita. Si se encuentra en forma continua en concentraciones bajas puede producir la remineralización. El uso de fluoruros como medida preventiva de la caries dental, ha producido disminuciones importantes de la misma, ya que aumenta su dureza y su resistencia a los ácidos.

**Estado nutritivo:** Este influye sobre los dientes antes y después de su erupción. Algunas deficiencias nutricionales en proteínas, vitaminas A, C y D o minerales, principalmente calcio y fósforo durante periodos críticos del desarrollo dentario, huesos mandibulares y glándulas salivales durante la época pre-eruptiva, están relacionadas con alteraciones dentarias y aumento a la susceptibilidad a la

caries. El fósforo tiene un efecto protector frente a la caries, mientras que el calcio es necesario para la adecuada formación del diente, y su deficiencia, o interferencia en su utilización, durante el desarrollo de los tejidos dentales ocasiona hipoplasia del esmalte y dentina globular; los dientes hipoplásicos son más susceptibles de caries. El sodio parece mejorar la asimilación de calcio, así como el flúor es muy importante para la prevención de la caries dental. Otros oligoelementos con actividad cariostática son el estroncio, el vanadio, el boro y el oro, en tanto se ha señalado como el selenio, el cadmio, el zinc, el bario, el hierro y el platino tienen actividad cariogénica (ob.cit.).

### 3- Factores ambientales

**Distribución geográfica:** Aunque se encuentra caries dental en cualquier parte del mundo, su prevalencia puede variar. Las diferencias principales se deben a la presencia de minerales, es decir a la composición química de los abastecimientos de agua potable; al diferente consumo de agua influido por el clima; a los hábitos alimenticios, sobre todo el consumo de sacarosa, y a su ingesta entre comidas. En cuanto a los factores climatológicos, el flúor representa uno de los primeros intentos de relacionar las variaciones geográficas, con la caries dental.

**Dieta:** Influye en la microflora oral bien sea directamente, a través del efecto que ejerce sobre la composición de la saliva (cantidad, Ph, viscosidad, capacidad tampón) y del diente, indirectamente, por los residuos alimenticios, que pueden servir de nutrientes de los microorganismos orales. El consumo frecuente de carbohidratos fermentables se encuentra asociado con la prevalencia de caries dental. La aparición de ésta depende de la frecuencia de ingesta y la cantidad de azúcar consumida por una población. Los hábitos de la dieta varían dentro de una misma sociedad ya que existe una multitud de factores que afectan la escogencia de la misma.

**Higiene oral:** La higiene bucal adecuada es la clave de la prevención de la caries dental. Muchos fracasos del control de la misma son atribuidos a la higiene inadecuada, ya que aumenta su riesgo. Es necesario eliminar la placa bacteriana cada 24 horas para evitar la proliferación de bacterias acidógenos.

**Nivel socio-económico:** Los grupos sociales con una calidad de vida deteriorada no tendrán como prioridad la higiene y cuidado bucodental, los carbohidratos constituirán la dieta más viable y el

acceso a los servicios odontológicos se limitaría por lo general a la mutilación, debido a lo costoso del tratamiento. Se podría entonces decir, que las personas de escasos recursos serán más susceptibles de sufrir de caries dental.

Civilización: La incidencia y prevalencia de caries dental discurren paralelas al grado de civilización.

### **Factores de riesgo de aparición de la caries dental en el adulto mayor**

Según Caballero, J., Rodríguez, G., y Martínez, M., 1991, los factores que influyen en la producción de caries dental son: el huésped, la placa dentobacteriana, la saliva, el sustrato o dieta y el tiempo que transcurre, a continuación se explican desde el punto de vista de las características propias del adulto mayor.

Huésped. En él influyen factores generales inmunitarios. Las personas de edad en estado carencial o con enfermedades sistémicas, pueden presentar disminución de las defensas orgánicas que alteran la respuesta inmune.

Placa dentobacteriana. Como factor local bucal, favorece la producción de caries en superficies lisas en las que los agentes causales más frecuentes son los *Streptococcus mutans* mientras que en la superficie radicular se encuentra con más frecuencia el *Actinomyces viscosus*.

Saliva. La composición química y el flujo salival influyen en la patología cariogénica. En el anciano, el factor salival es importante ya que la secreción puede estar disminuida por alteraciones directas en glándulas salivales o enfermedades sistémicas como sarcoidosis, síndrome de Sjögren, enfermedades degenerativas o postirradiación. También el uso frecuente de fármacos en el anciano como son los anticolinérgicos o antihistamínicos provocan la disminución de la secreción salival o xerostomía.

Sustrato o dieta. Influye en el mantenimiento del equilibrio de los hidratos de carbono ingeridos y su influencia como factor causal de caries, especialmente la radicular, que se inicia a un pH más elevado en comparación con la del esmalte. Los ancianos al poseer el sentido del gusto y olfato disminuidos, parece ser que les induce a la ingesta excesiva de hidratos de carbono. La higiene bucal

por impedimentos físicos del anciano, puede estar disminuida, además de que en ellos existen factores causales adicionales retenedores de placa como son las prótesis parciales removibles. En los ancianos el factor periodontal precede en general a la caries radicular y ésta parece darse con mayor frecuencia en aquellos en la que la higiene oral es deficiente.

**Factores ha tomar en cuenta en la atención odontológica del adulto mayor** (Castellanos, L., Díaz, L., y Gay, O., 2002)

- Envejecimiento de órganos, aparatos y sistemas. Con la edad es posible advertir envejecimiento en órganos y tejidos, que no se limitan a la piel, al cabello o a las articulaciones, envejecen todas las estructuras corporales: corazón, riñones, hígado, bazo, tejido linfóide, músculos y tendones, sistema nervioso, vasos sanguíneos, glándulas endocrinas, se pierde la agudeza visual, olfatoria, auditiva etc. Los cambios derivados del proceso de envejecimiento merman la capacidad de adaptación de las personas, su respuesta ante las infecciones limitan su desplazamiento voluntario, deterioran su capacidad para metabolizar medicamentos, así como su destreza manual, entre otras limitaciones.

- Enfermedades sistémicas. En tanto que algunas enfermedades derivan del proceso de envejecimiento, (osteoartrosis o cataratas son unos ejemplos), otras se complican al envejecer. La gran mayoría de las personas ancianas muestran una prevalencia mayor de enfermedades sistémicas crónicas bajo control, como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica o enfisema pulmonar, diabetes mellitas y sus complicaciones, artritis reumatoide, cáncer, etc. Con el avance de las ciencias será cada vez mayor el número de ancianos que viviendo con enfermedades generales controladas, demanden servicios odontológicos. El odontólogo debe identificarlas, conocer el control médico, farmacológico o quirúrgico e implementar medidas que eviten descompensaciones y emergencias médicas en la consulta.

- Medicamentos utilizados por el adulto mayor. Los pacientes viejos suelen recibir una gran cantidad y variedad de medicamentos para controlarlas enfermedades sistémicas que padecen. A mayor edad, mayor es el consumo de fármacos, cuyas reacciones secundarias, interacciones, sinergia o antagonismos pueden comprometer el éxito del tratamiento dental, descompensar al paciente de sus problemas médicos o propiciar alteraciones sensoriales y gustativas, la capacidad de atención, el

lenguaje, etc. Por ello el odontólogo debe vigilar lo que prescribe. Algunas de las reacciones secundarias que influyen en la toma de decisiones odontológicas suelen ser: hiposalivación, disgeusia, hipotensión ortostática, trastornos de la atención, agrandamiento gingival, úlceras aftosas o reacciones liquenoides, por dar sólo algunos ejemplos. La hiposalivación, reacción secundaria muy frecuente, favorece el desarrollo de caries radicular, limita la capacidad de adaptación del anciano al uso de prótesis removibles parciales o totales, favorece el desarrollo de infecciones micóticas bucales, etc. Un ejemplo común de sinergia no deseada se da al utilizar anestésicos locales con vasoconstrictores adrenérgicos en quien recibe de su médico beta bloqueadores, dando como resultado indeseado un incremento en la presión arterial.

- Cambios en las estructuras y tejidos de la boca. Conforme la edad avanza pueden advertirse cambios en la cavidad bucal tales como:

Dientes. El oscurecimiento dental, atrición, amfracturas, líneas de fractura coronaria secundarias a bruxismo y tendencia a caries radicular, son algunos de los cambios. Con el paso de los años se incrementa la pérdida de dientes en la población, sin embargo no puede afirmarse que el envejecer cause edentulismo o que el perder dientes sea inherente a la edad.

Periodonto. Recesión gingival, atrofia de las encías y disminución del grado de queratinización son cambios del periodonto asociados a la edad. A mayor número de años, mayores son las cifras de prevalencia de gingivitis y periodontitis, especialmente porque a los ancianos suele dificultárseles el control de la placa bacteriana.

Mucosa bucal. Atrofia del epitelio de la mucosa bucal, atrofia del dorso lingual, incremento en la queratinización, disminución del número de terminaciones nerviosas, disminución del número de corpúsculos gustativos, várices, pigmentaciones melánicas, etc., son cambios que resultan del envejecimiento propiamente dicho. Otros trastornos son generados por la acumulación de factores tales como: desnutrición, enfermedades sistémicas, uso de medicamentos, hábitos nocivos, etc. Enfermedades como carcinoma epidermoide bucal y penfigoide de las mucosas son casi exclusivas de las personas mayores.

Capacidad masticatoria y deglución. Los cambios en la masa muscular merman la capacidad masticatoria, así como la frecuencia en la deglución. Estas actividades se ven además deterioradas en los ancianos que han perdido dientes o que utilizan aparatos protésicos mal adaptados.

Gusto. La atrofia del epitelio lingual genera cambios en la preferencia alimenticia y en los hábitos dietéticos de los ancianos, quienes orientan sus gustos hacia alimentos dulces y cariogénicos.

Glándulas salivales. La mayoría de los autores sugiere que la hiposalivación observada en la vejez, más que ser el resultado de un deterioro del componente secretorio glandular es debida principalmente al consumo de fármacos, a enfermedades sistémicas como diabetes mellitus mal controlada, o síndrome de Sjögren, o resulta del empleo de radiaciones para tratar cáncer de cabeza y cuello. Muchas son las drogas hiposalivatorias, destacando los medicamentos cardiorreguladores, antidepresivos, tranquilizantes, antihistamínicos, etc.

Aspectos psicológicos. Los ancianos pueden tener dificultad para adaptarse a nuevas situaciones y nuevos ambientes, tener sentimientos de frustración que se traducen en impaciencia o manifestaciones de ira, por la dificultad para manejar ambientes diferentes a los que están acostumbrados, sin embargo con los años la inteligencia ni la capacidad de aprendizaje se ven mermadas en las personas sanas; en ellos la necesidad de afecto y de sentirse útiles e importantes suele mantenerse intacta. Se calcula que 20% de los ancianos padecen depresión, la cual se acentúa especialmente en aquellos individuos que sufren diversas enfermedades crónicas y que viven solos. La falta de contacto físico, de comunicación de sensaciones y sentimientos, la incapacidad de tomar sus propias decisiones favorece el desarrollo de la depresión. Otros problemas comunes son la enfermedad de Alzheimer o demencia senil y las lesiones orgánicas derivadas de accidentes cerebrovasculares, que pueden alterar la atención, la memoria y la conducta.

**Procedimientos dentales que podemos proponer en el paciente anciano,** según Castellanos, L., Díaz, L., y Gay, O. (2002).

- Operatoria dental. Pueden llevarse a cabo todos los procedimientos de operatoria dental, tomando en cuenta que el grado de mineralización dental pudiera requerir incrementar el tiempo de

grabado con ácido cuando se empleen materiales y técnicas adhesivas, y que rehabilitar lesiones cariosas cervicales demanda de mayor habilidad técnica del operador.

- Prótesis fija. Cuando sea posible se prefiere sobre otro tipo de rehabilitación. Como resultado de recesión y de enfermedad periodontal los tallados de los pilares y sus terminaciones requieren también de gran capacidad operatoria por parte del clínico.

- Prótesis removibles parciales o totales. Están indicadas en todos los pacientes. Una contraindicación sería el emplearlas en las personas que sufren convulsiones tónico-clónicas, por el riesgo de fracturas y lesión durante las crisis, así como de broncoaspiración de los fragmentos.

- Periodoncia. Esta especialidad debe privilegiarse en el anciano. Si no existieran contraindicaciones de salud, todos son candidatos a recibir tratamiento periodontal conservador o rehabilitador.

- Prevención. No se puede concebir un plan de tratamiento bucal sin diseñar e implementar un programa preventivo. No importa cuál sea la edad de la persona, siempre podrá aprender técnicas tanto de cepillado como de uso de hilo dental que permitan asegurar el éxito del tratamiento a largo plazo.

- Cirugía bucal y maxilofacial. Las técnicas de cirugía preprotésica, la eliminación de restos radiculares o la extracción de múltiples dientes en una sesión, regularizar el proceso alveolar, etc., permiten acondicionarlos tejidos para lograr mayor estabilidad en la rehabilitación. Indiscutiblemente el concurso de esta especialidad vital en el anciano que sufre fracturas, quistes o neoplasias.

- Implantes. En ocasiones es la única opción de acondicionamiento que tienen aquellos pacientes que sufren de atrofia alveolar severa y requieren de prótesis totales. La contraindicación para su colocación dependerá de la salud y de la capacidad del paciente para mantenerlos libres de placa bacteriana.

- Endodoncia. Esta disciplina no tiene contraindicaciones en los pacientes mayores. La calcificación de los conductos limita su ejercicio, sin embargo frecuentemente esta dificultad puede salvarse realizando cirugía periapical.

- Ortodoncia. Los pacientes ancianos también son buenos candidatos a recibir tratamiento de ortodoncia, cuando están sanos y tienen buenas habilidades manuales. No es raro que después de haber sido tratados periodontalmente tengan problemas de mal posición que pueda corregirse de manera sencilla, facilitándola rehabilitación protésica y estética.

### **Aspectos a considerar para el diseño del plan de tratamiento odontológico del adulto mayor**

- Estado de salud. Este es el criterio más importante, ya que de la salud dependerá la extensión del tratamiento y su pronóstico, la capacidad del paciente de soportar sesiones prolongadas y estresantes, o mantener la rehabilitación que se realice. La comunicación con el médico del anciano es importante, pues es él quien podrá informar sobre el estado físico del paciente, la evolución de sus enfermedades, el tratamiento prescrito, etc. Debe comunicársele al médico el tratamiento que pretende realizarse, y en los casos que así lo ameriten decidir sobre el manejo ambulatorio u hospitalario.

- Pronóstico de vida. El futuro del anciano, su entusiasmo por la vida, su compromiso con el plan de tratamiento propuesto, la capacidad de tomar decisiones sobre su manejo son factores que deben ser tomados en cuenta. Dificilmente puede proponerse un tratamiento largo y elaborado en quienes tienen serios problemas de salud.

- Capacidad para desplazarse. No es suficiente el entusiasmo necesario para iniciar un tratamiento dental, las posibilidades de asistir a la consulta con disciplina y puntualidad son muy importantes. La ubicación del consultorio, el piso en el que se encuentre, la existencia de rampas o elevador facilitan el acceso de las personas. La dependencia de terceras personas limita el desarrollo del tratamiento y a veces lo frena de manera importante.

- Capacidad para implementar un programa preventivo. Dificilmente es recomendable optar por un tratamiento que requiera de grandes habilidades manuales para conservarlo, en aquellos pacientes con limitaciones motoras o mentales. Cuando sea posible deben utilizarse todos los recursos con que se cuenta para lograr que el anciano tenga una higiene escrupulosa; en ellos es recomendable el uso de cepillos eléctricos, enhebradores u horquillas y cepillos interproximales. Son recomendables también los enjuagues caseros con clorhexidina y con soluciones fluoradas y debe vigilarse que acuda con

puntualidad a sus citas de mantenimiento. Sin embargo, cuando las condiciones no son favorables para mantenerlo dentro de un programa preventivo debe optarse por la sencillez en la solución de problemas bucales, sin que ello signifique un deterioro en la calidad de la atención.

- Capacidad económica. Por razones que ya han sido discutidas, este factor tendrá una enorme repercusión sobre la opción de tratamiento que el paciente seleccione. Deben sin embargo, buscarse soluciones financieras para que el anciano tenga acceso a tratamiento bucal de calidad.

- Variables psicológicas. Pacientes deprimidos o con Alzheimer en etapas avanzadas deben ser tratados de manera sencilla pero eficaz y confiar la higiene de su boca a terceras personas. Por lo contrario, la visita al consultorio de pacientes interesados en su salud bucal, obliga al dentista a proponer diversas opciones de manejo. Es importante que el paciente sienta que la decisión final es suya y que vejez no significa necesariamente destinarlo al uso de prótesis totales.

- Condición bucal. Un número mayor de dientes, buen estado de salud periodontal, buena cantidad de reserva salival, mucosa bucal sana aseguran el éxito del tratamiento bucal. (Castellanos, L. y cols., 2002)

El envejecimiento poblacional debe hacer reflexionar a los odontólogos sobre la necesidad de prepararse para tratar integralmente a los adultos mayores, quienes van a requerir y a demandar una gran variedad de servicios dentales. La atención bucal para el anciano es compleja e implica implementar una serie de adecuaciones en su manejo, puesto que son individuos con una carga de problemas médicos, bucales, económicos y sociales diferente al resto de la población.

### **Atención primaria en salud**

La atención primaria en salud es propuesta, un modelo alternativo de cambio en Alma Ata (Rusia, 1978), entendida como una estrategia de la OMS cuya conceptualización está basado en el primer contacto longitudinal, continuo, comprensible e integral, quedando definida como, la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos lo individuos y familia de la comunidad, mediante su plena

participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación (OMS, 1981).

Es reconocida mundialmente como la clave para alcanzar, en todo en el globo terráqueo y en un futuro previsible un nivel aceptable de salud, que forma parte del desarrollo social, inspirado en un sistema de justicia. Así como también la clave para conseguir un grado aceptable de salud para todos, contribuyendo en su evolución social y económica; por ello es muy natural que la atención primaria de salud forme parte integrante del desarrollo general de la sociedad por lo que contribuye al desarrollo mediante el mejoramiento de la situación sanitaria y el estímulo de las medidas que favorezcan ese proceso evolutivo.

Este modelo de atención, comprende actividades de educación y promoción de la salud, así como prevención de las enfermedades, promoción de alimentos básicos, adecuada nutrición, suministro de agua potable y saneamiento ambiental, atención materno infantil, inmunizaciones y planificación familiar; prevención contra las enfermedades endémicas, tratamientos de enfermedades comunes y suministro de medicamentos (Geiringer, A.,1989).

Tras una reunión de expertos que se celebró en Costa Rica (1984), bajo los auspicio de la Organización Panamericana de la Salud, se delimitó el papel que desempeña la salud bucal en el marco de la atención primaria en salud, así como se definieron los rasgos fundamentales, concretando que es el conjunto de acciones orientadas a la identificación, prevención y solución de los principales problemas de la población, el cual se produce como fruto de la participación consciente y organizada de la comunidad y de su cooperación con los organismos e instituciones de salud (Geiringer, A., 1989; González Sanz, A., 2002).

Las acciones del área odontológica en atención primaria en salud, producto de las discusiones de OPS-OMS (Costa Rica, 1984), concluyeron como meta el logro de una práctica odontológica integral con la promoción de actividades que van desde la investigación, educación y prevención, hasta llegar a actividades de tratamiento y rehabilitación, con la participación comunitaria y el acceso a la población, con la tecnología apropiada que el país pueda costear. Entendiendo en este sentido a la salud bucal como un componente de salud general y parte integral del bienestar del individuo, familia y grupos sociales, determinado por las condiciones históricas y sociales específicas (Geiringer, A., 1989).

Por lo que esta estrategia debe integrar en su esquema de trabajo, a la salud bucal como un componente de dicha estrategia, dentro del contexto general de salud, adecuándose a los lineamientos que emanan de la administración técnico-administrativa nacional, pero sin perder su propia identidad. Ésta como componente de la gran estrategia, debe sustentar los principios generales de:

- Articulación intersectorial e interinstitucional.
- Énfasis en la prevención.
- Regionalización y atención por niveles.
- Desarrollo de investigación y tecnología adecuada.
- Participación comunitaria (Geiringer, A., 1989; González Sanz, A., 2002).

### **Promoción de la salud**

La promoción de la salud, corresponde al primer nivel de prevención de Leavell y Clark, enmarcado en la “Prevención Primaria” y está dirigida a aplicar una serie de medidas específicas sobre el individuo, colectivo o medio ambiente a fin de disminuir la probabilidad de ocurrencia de patologías, creando las condiciones favorables para la salud y desfavorable para la enfermedad, así como aumentando la resistencia del individuo (González, A., 2002; Malagón, y Galán, M., 2002).

Del mismo modo la OMS (1998), la define como, una acción social, educativa y política que incrementa la conciencia hacia la salud, promueve estilos de vida saludable y acciones comunitarias; además de brindarles oportunidades a los ciudadanos a ejercer derechos y responsabilidades para la formación de ambientes y políticas, favorables a su salud y bienestar físico, psicológico y social.

El primer informe oficial que se realizó con respecto a la Promoción de la Salud, fue el “Informe de Lalonde” (Canadá, 1974), este representó el punto de partida para el desarrollo moderno de dicho concepto, ya que reconoció que la salud dependía de diferentes sectores incluyendo al de salud. A partir de este momento la promoción y educación para la salud, se convirtieron en estrategias para modificar los estilos de vida basándose en la responsabilidad individual. Posteriormente se llevó a cabo la I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, la Carta de Ottawa (OMS, 1986), afirmando que consiste en proporcionarles a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud, a fin de lograr una acción efectiva y hacer posible los principios de equidad y justicia social. Esta declaración representó un hito en la “salud pública moderna”.

## **Educación para la salud**

Además de la promoción a través de la epidemiología, se requiere de un engranaje de acciones, disposiciones y procedimientos que permiten la convivencia del individuo en un ambiente ideal y que le garanticen condiciones ideales de vida sin riesgo a enfermarse. Una de las piezas que encaja en dicho engranaje lo constituye la educación para la salud.

Ahora bien la educación para la salud es señalada como el cambio favorable que se debe producir en el individuo y en el colectivo en cuanto a conocimientos, actitudes y comportamientos con respecto a la salud (Bratos, E., 2002). En las nuevas definiciones, se ha incorporado la participación activa de los individuos responsabilizándolos de la protección, mantenimiento y mejoría de su propia salud.

Tomando en cuenta lo anteriormente expresado, la definición más ampliamente usada es la de Green (1976) que la considera como “cualquier combinación de experiencia de aprendizaje, diseñada para lograr adaptación voluntarias de conductas que conduzcan a la salud”. Si se analiza esta conceptualización se puede observar que tienen una visión reduccionista, ya que en ella no se toma en cuenta ni los factores externos, ni la participación de los individuos (Cita de Rioboo, R., 2002, p. 1324).

Sin embargo más recientemente se ha desarrollado una definición más compleja dada por Perea Quesada (1991), que la define como “un proceso de educación permanente, que se inicia desde la infancia, dirigido hacia el conocimiento de sí mismo en todas sus dimensiones tanto individuales, sociales y ambientales, así como ecológicas, con el propósito de obtener una vida sana y participar en la salud colectiva” (Cita de Rioboo, R., 2002, p. 1324). Por lo que la educación para la salud bucal debe estar dirigida a la constelación de factores psicosociales, económicos y culturales que pueden influir y estimular la conducta en salud y la prevención.

Estas son actividades que deben ser emprendidas por los individuos a fin de proteger, promocionar o mantener la salud y para impedir la enfermedad. Debería hacerse una distinción entre

las conductas relacionadas con la salud con consecuencias para la salud oral emprendidas sin razones de salud no dental, y conductas dirigidas a la salud en relación con acciones llevadas a cabo en la creencia de que serán beneficiosas para la salud en general.

### **Indicadores para evaluar caries dental e índice de higiene oral**

En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud, y que vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla (OPS-OMS, 2001).

Un índice nos puede describir la prevalencia de una enfermedad en una población y también describir la gravedad o intensidad de la condición.

### **Índice CPOD**

El CPOD es un índice que fue propuesto por Klein y Palmer en 1938 (Chaves, M., 1962). Es un estudio que se realiza sobre la base del promedio de dientes por individuo, para el caso de la dentición permanente.

El CPOD de un grupo de individuos será el promedio de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas (perdidos) y obturados, considerándose un máximo de 28, ya que no son considerados los terceros molares (ob.cit.).

La OMS (1998) define los niveles de severidad de prevalencia de la caries dental en la dentición permanente de la siguiente manera:

CPOD 0 – 1,1:	Muy Bajo
CPOD 1,2 – 2,6:	Bajo
CPOD 2,7 – 4,4:	Moderado
CPOD 4,5 – 6,5:	Alto
CPOD + 6,6:	Muy Alto

## Índice de higiene oral simplificado

En 1960 Greene y Vermillion describieron el índice de higiene oral simplificado (IHOS), que consiste en un método destinado al estudio de la materia alba, manchas y cálculo, basándose en el estudio de todos los dientes presentes en boca. En 1964 los mismos autores describieron un método simplificado, mediante el cual se reduce el número de superficies a evaluar. (Chaves, M., 1962). El examen se realiza en las siguientes unidades dentarias:

Superficie vestibular del incisivo central superior derecho (UD 11)

Superficie vestibular del incisivo central inferior izquierdo (UD 31)

Superficie vestibular de los molares superiores (UD 16-26)

Superficie lingual de los molares inferiores (UD 36-46)

Criterios a considerar para la realización del IHOS: cuando se encuentre ausente alguno de estos dientes, se procede a sustituir por el diente de anatomía similar, no se considera apto a evaluar aquel individuo que no presente por lo menos 2 de las 6 superficies a evaluar o sus sustitutos de anatomía similar, los dientes a ser examinados deben estar completamente erupcionados. La materia alba y las manchas se evalúan de manera conjunta y el cálculo por separado. (ob.cit.).

### Valores para materia alba y manchas

Cero (0): No hay materia alba ni manchas.

Uno (1): Materia alba que no cubra más de  $\frac{1}{3}$  de la superficie dentaria o manchas extrínsecas sin materia alba.

Dos (2): Materia alba que cubra más de  $\frac{1}{3}$  pero menos de  $\frac{2}{3}$  de la superficie expuesta.

Tres (3): Materia alba que cubra más de  $\frac{1}{3}$  de la superficie expuesta del diente.

### Valores para el cálculo

Cero (0): No hay cálculo presente.

Uno (1): Cálculo supragingival que cubra no más de  $\frac{1}{3}$  de la superficie dentaria expuesta.

Dos (2): Cálculo supragingival que cubra más de  $\frac{1}{3}$ , pero menos de  $\frac{2}{3}$  de la superficie dentaria expuesta o partículas aisladas de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente.

Tres (3): Cálculo supragingival que cubra más  $\frac{2}{3}$ , o una gruesa banda continua de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente. (ob.cit.).

### **Cálculo del índice de higiene oral simplificado**

Las calificaciones basadas en la media de materia alba y la media de cálculo para cada paciente (IHOS individual), se determinan sumando las calificaciones individuales y dividiendo entre el número de superficies evaluadas. El IHOS de una población o grupo se obtiene dividiendo la suma de las calificaciones individuales del IHOS entre el número de personas examinadas. (ob.cit.).

Una vez ya establecido, se procede a determinar el grado clínico de higiene bucal:

Bueno: 0,0–1,2      Regular: 1,3–3,0      Malo: 3,1–6,0 (Sosa M., y cols., 2003).

### **Unidades odontológicas portátiles**

Cuando el odontólogo debe realizar su trabajo fuera del consultorio y debe desplazarse a zonas en las que por diversas razones, no pueda contar con un centro o lugar en el que pueda realizar sus exámenes, intervenciones de operatoria dental, limpiezas dentales, etc., surge la necesidad de poder contar con una unidad móvil equipada con un sistema de agua incorporado y mangueras para conectar piezas de mano (turbina y micromotor), jeringa triple, réostato o control de pie y con un compresor que en muchos casos es silencioso, que permita desarrollar su actividad.

Estas unidades diseñadas para prestar atención odontológica en zonas rurales o en zonas asoladas por catástrofes naturales o bélicas o situaciones puntuales de emergencia viene a ser un equipo que por sus características, se adapta al programa de atención odontológica integral a diseñar en la presente investigación en donde por motivos obvios es necesario contar con el equipo odontológico para prestar el servicio de atención al adulto mayor directamente en el hogar de cuidado.

Existe actualmente en el mercado unidades odontológicas portátiles con más o menos las siguientes características técnicas:

Peso: 20 Kgrs.

Dimensiones: 180x150x60cm

Compresor de aire que produce unas 50 libras por pulgada constantes.

La unidad puede ser utilizada hasta ocho horas o más de constante trabajo sin alterar su capacidad de aire.

El spray es suficiente para trabajar por lo menos con 6 a 8 pacientes con un tercio de agua por paciente (que es lo recomendable). La unidad no cuenta con sistema de succión de saliva, por lo que en caso de necesitarse podría acoplársele

Cuenta con un sistema de desplazamiento (maleta con ruedas incorporadas) que permite su movilidad y trabaja con energía eléctrica de 220 o 110 voltios

El costo de cada unidad es de 1.895,00 dólares estadounidenses aproximadamente.

## **Gerencia y Planificación estratégica**

Rovere, M. (1993), define la planificación estratégica como la formulación, ejecución y evaluación de estrategias o acciones que permitirán a la organización lograr sus objetivos.

La formulación de estrategias incluye identificación de las debilidades y fortalezas internas de una organización, determinación de amenazas y oportunidades externas, establecimiento de la misión de la organización, fijación de objetivos, desarrollo y análisis de estrategias alternativas y toma de decisiones (Stoner, J. y col., 1996).

La ejecución de estrategias requiere que la organización establezca metas, diseñe políticas, motive a sus empleados y asigne recursos de tal manera que las estrategias puedan ser llevadas a cabo en forma exitosa.

El proceso de Gerencia estratégica, puede describirse como un enfoque objetivo y sistemático para la toma de decisiones en una organización. Se trata de un intento por organizar información cualitativa y cuantitativa, de tal manera que permita la toma de decisiones en circunstancias de incertidumbre, según Senge, P y col. (1995).

## **Fundamentos de la gerencia estratégica**

A continuación Robbins, S. (1994), plantea los basamentos de la gerencia estratégica:

- Naturaleza dinámica de la sociedad y sus organizaciones. Las organizaciones, públicas o privadas, deben tener la capacidad de poder adaptarse a los cambios e interactuar con el ambiente.
  
- Reconocimiento de los otros. No estamos solos, sobre la realidad actúan múltiples actores con intereses particulares, y es necesario que sean tomados en cuenta al momento de establecer decisiones y estrategias.
  
- Relación Futuro-Presente y Relación Pasado-Presente. El criterio para decidir que se debe hacer hoy se refiere a si esa decisión será eficaz mañana. Igualmente, toda organización tiene que ser capaz de aprender de los resultados de sus acciones del pasado.
  
- Necesidad de Prever y Capacidad de reacción ante sorpresas. El futuro no es posible predecirlo, lo que sí se puede es establecer posibilidades y prever situaciones alternativas que puedan ocurrir y así diseñar soluciones alternativas.
  
- Relación entre el conocimiento y la acción. Es evidente que antes de actuar es necesario reflexionar; esto significa que debemos buscar suficiente información y estudiarla antes de decidir cualquier estrategia o acción.

## **Ventajas de la planificación estratégica**

1. Al utilizar este enfoque estratégico las organizaciones están en capacidad de influir en su medio, ya que al conocerlo, en lugar de establecer una relación reactiva establecen una proactiva.

2. Como producto de establecer claramente la misión y los objetivos de la organización y de conocer los factores internos y externos que permiten precisar las metas y estrategias, es posible obtener una base objetiva de datos para la asignación de recursos.

3. Lo anterior trae aparejado la reducción de conflictos internos a causa de la subjetividad como base para la toma de decisiones.

4. Como resultado debe haber un aumento de la eficiencia y de la eficacia de la organización (ob. cit.).

### **Componentes del proceso de planificación estratégica**

Las fases o componentes según Serna, H., (2000) y David, F. (1994).

1. Formulación de los Principios Corporativos, Visión y Misión
2. Análisis de la Situación
3. Establecimiento de Objetivos y Estrategias
4. Fijación de Metas, Políticas y Asignación de Recursos
5. Evaluación, Control y Revisión de Estrategias

#### 1. Formulación de los Principios Corporativos, Visión y Misión

**Principios Corporativos:** Son el conjunto de valores, creencias, normas, que regulan la vida de una organización. Ellos definen aspectos que son importantes para la organización y que deben ser compartidos por todos, por lo tanto, constituyen la norma de vida corporativa y el soporte de la cultura organizacional.

Estos principios son el soporte de la Visión y de la Misión, en otras palabras, cuando definimos la Visión y la Misión, éstas deben enmarcarse dentro de los principios de la organización y no pueden ser contrarias, ya que son las normas que regulan un comportamiento. Los principios corporativos son el marco de referencia dentro del cual debe definirse la gerencia estratégica de la organización.

**Visión:** Conjunto de ideas generales, que proveen el marco de referencia de lo que una organización es y quiere ser en el futuro. Es una declaración amplia y suficiente de dónde quiere que su organización esté en 3 ó 5 años. No debe expresarse en números, la define la alta gerencia, debe ser comprometedor y motivante de tal manera que estimule y promueva la pertenencia de todos los miembros de la organización. Requiere de líderes para su definición y para su cabal realización.

Misión: Es la formulación de los propósitos de una organización, por tanto debe crearse la declaración de la misión, ya que esta viene a dar respuestas a las necesidades de las personas; un servicio de salud odontológico sea público, privado o mixto, por ser una organización, debe poseer la declaración escrita de su misión, y es responsabilidad del gerente que esto sea así. Dos organizaciones tendrán cada una su propia misión, que las diferenciará a una de la otra, aun cuando puede que tengan objetivos y metas semejantes. La Misión es una declaración de conceptos y actitudes más que un gran listado de detalles específicos, que proporciona motivación a los miembros de la organización, dirección general, imagen y una filosofía que sirve de guía; es el propósito duradero que distingue una organización de otra parecida.

Es un compendio de la razón de ser de una organización, esencial para determinar objetivos y formular estrategias, muestra un enfoque a largo plazo de una organización, en términos de que quiere ser y a quién desea servir. Describe el propósito, los clientes, los productos o servicios, los mercados, la filosofía y la tecnología básica de una organización.

### **Cómo se formula una misión**

Debe ser claramente formulada, difundida y conocida por todos los integrantes de la organización, procurando inducir conductas y compromisos consecuentes con ella. Debe identificarse la Misión actual de la organización: si no existe una formulación escrita entonces se analiza su historia, las personas a las cuales sirve, los productos, mercados, tecnología, fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas para poder determinar su misión.

Identificación de los grupos de interés: Son los individuos o conjuntos de personas que tienen alguna relación o derecho sobre la organización y cuyos intereses deben ser tomados en cuenta; pueden ser grupos internos (funcionarios ejecutivos, la junta directiva, los accionistas, los empleados, los sindicatos) y grupos externos (pacientes, clientes, proveedores, gobierno nacional, regional o local, grupos de presión como asociaciones comunitarias, religiosas, gremiales, etc., competidores y público en general).

La exposición de la Misión permite que la organización incorpore las exigencias de los grupos de interés dentro de su toma estratégica de decisiones y reducir en consecuencia el riesgo de perder su

apoyo, convirtiendo la exposición de la Misión en el compromiso formal de la organización con diversos grupos de interés. Ahora bien, a menudo no se pueden satisfacer todos los intereses, por lo que la organización deberá identificar los grupos de interés más importantes y darles mayor prioridad.

Establecer la Dimensión ética y Responsabilidad social de la organización: El propósito de la ética en las organizaciones es suministrar herramientas a las personas para que puedan identificar y analizar las implicaciones morales de las decisiones estratégicas. Toda decisión posee una dimensión ética. La razón es simple, cualquier acción llevada a cabo por una organización inevitablemente afecta a sus grupos de interés. Mientras una estrategia propuesta puede aumentar el bienestar de algunos, puede causar daños a otros, por lo que antes de decidir un curso de acción se debe valorar las implicaciones éticas de las decisiones.

La responsabilidad social de una organización es el juicio de obligación de formar criterios sociales dentro de su toma de decisiones estratégicas. El concepto implica que cuando las organizaciones evalúan decisiones desde una perspectiva ética, debe haber una presunción que favorezca la adopción de cursos de acción que aumenten el bienestar de la sociedad en general.

Contestar las preguntas claves: En conjunto, los componentes de la formulación de la Misión responden a una pregunta clave sobre la organización ¿Cuál es nuestro negocio?, una respuesta apropiada a esta pregunta hace que las actividades de formulación, ejecución y evaluación de estrategias sean mucho más fáciles (ob. cit.).

## 2. Análisis de la Situación

Las organizaciones deben conocer cuales son los factores externos e internos que van a influir al momento de tomar decisiones de estrategias, de manera que puedan planificar actividades basadas en el conocimiento del medio ambiente externo e interno.

Auditoría Externa: Es el conjunto de elementos, hechos y tendencias del entorno ambiental externo que puede influir en la organización. Tales como factores económicos, sociales, culturales,

demográficos, geográficos, políticos, legales, tecnológicos, competitivos. Este paso permite establecer las:

a) Oportunidades: Elementos externos que pueden beneficiar a la organización. En todos los frentes de nuestra sociedad ocurren ahora cambios masivos, la revolución de la informática y las comunicaciones, la biotecnología, los cambios en la población, los valores y actitudes con respecto al trabajo y a las relaciones sociales, la competencia entre las organizaciones y entre los distintos países son algunos de los cambios más importantes.

b) Amenazas: Hechos externos que son potencialmente dañinos para la organización. Consiste en tendencias económicas, sociales, políticas, tecnológicas y competitivas, así como hechos que son potencialmente dañinos para la posición competitiva presente y futura de una organización.

c) Fuentes de información ambiental: Una vez que se han seleccionado las variables ambientales claves, el segundo paso de la realización de la auditoría externa, consiste en escoger las fuentes claves de información ambiental, contenida en investigaciones de mercado, encuestas a usuarios, información de profesionales, comunicaciones con personas vinculadas a la organización, entrevistas, fotografías, todo aquello que aporte datos necesarios y útiles para la toma de decisiones. Las fuentes impresas de información estratégica incluyen publicaciones periódicas, documentos gubernamentales, resúmenes, libros, directorios, manuales, base de datos, etc.

Evaluación Interna: Todos los factores o elementos que integran la organización. Permite identificar la situación estructural y funcional interna de una organización, reconociendo cuáles son las:

a) Fortalezas. Actividades internas de una organización que se llevan a cabo especialmente bien.

b) Debilidades. Actividades que limitan o inhiben el éxito de una organización. Las organizaciones exitosas siguen estrategias que les ayudan a beneficiarse de sus fortalezas internas, sacándole provecho al establecer un enfoque estratégico para la toma de decisiones.

### 3. Establecimiento de Objetivos y Estrategias

**Objetivos:** Se puede definir como los resultados a largo plazo, que una organización espera lograr, a partir de su misión básica y a través de la ejecución de ciertas estrategias. Son de vital

importancia para el éxito ya que presentan las prioridades de la organización, dan una posición más clara de lo que se quiere, sirven como normas para la evaluación, suministran dirección, permiten sinergia organizacional, proporcionan coherencia en el proceso de toma de decisiones entre distintas personas, cuyos valores y actitudes pudieren ser diferentes. Deben ser, medibles (cuantificables), amplios, comprensibles, claros, precisos, estimulantes, jerárquicos, estables en el tiempo, largo plazo, realistas y realizables.

Recomendaciones para la redacción de los objetivos:

Comenzar con un (1) verbo en infinitivo

Señalar el qué, es decir que se desea obtener

Utilizar lenguaje sencillo y claro, para que sean fácilmente comunicables

Debe especificar la cantidad, una unidad o parámetro de medida, es decir cuánto voy a lograr, que ayude a verificar su cumplimiento, como porcentajes, promedios, números, etc.

Debe señalar la población u objeto hacia el cual va dirigido

Asignar el cuándo, período de tiempo o fecha en el cual se pretende alcanzar

Estrategias: Son los medios, o el conjunto de acciones, por las cuales una organización pretende lograr sus objetivos. La formulación de estrategias es un proceso que requiere un conjunto de análisis para la toma de decisiones estratégicas. Este proceso se puede resumir en tres fases:

Fase de Evaluación

Fase de Comparación

Fase de Toma de Decisiones

Fase de Evaluación: También conocida como etapa de entrada de datos, está conformada por las siguientes herramientas:

Matriz de Evaluación del Factor Interno, que resume las fortalezas y debilidades básicas de una organización y la importancia relativa de cada una de ellas en su desempeño global, ya que son fundamentales porque representan las bases internas sobre las cuales se determinarán los objetivos y estrategias de una organización.

Matriz de Evaluación del Factor Externo, enfoca las oportunidades y amenazas económicas, sociales, políticas, culturales, demográficas, geográficas, gubernamentales, jurídicas, tecnológicas y competitivas, estableciendo la importancia o influencia relativa que pudieran tener en el desempeño general de una organización.

Matriz de Perfil Competitivo, que permite resumir información decisiva sobre los competidores de una organización, la identificación y evaluación de los objetivos, estrategias, debilidades y fortalezas de los competidores con frecuencia se considera la porción más importante del proceso de formulación de estrategias. Conocer quienes son los competidores más importantes, los factores clave de mayor importancia para el éxito, la importancia relativa de cada uno de estos factores y precisar que tan débil o fuerte es cada competidor importante, es de capital importancia al momento de tomar decisiones que afectarán el curso de una organización, en una situación en donde la mayoría de las organizaciones están desarrollando altos patrones de competitividad como condición para mantenerse.

Fase de Comparación: Cotejar los factores internos y externos claves, es importante para establecer las acciones que permitan a una organización alcanzar sus objetivos. Se le puede definir como el enfrentamiento de factores internos y externos con el propósito de generar estrategias alternativas, las cuales son importantes si quiere triunfar. Se pueden utilizar las fortalezas para aprovecharse de las oportunidades y para anular las amenazas, así como también ejecutar estrategias defensivas encaminadas a contrarrestar debilidades y a eludir amenazas externas.

Una de las herramientas más utilizadas en la fase de comparación es la Matriz de Análisis DOFA (Debilidades-Oportunidades-Fortalezas-Amenazas). Las estrategias DO tienen como objetivo mejorar de las debilidades internas, valiéndose de las oportunidades externas. A veces a una organización se le presentan oportunidades externas decisivas, pero presenta debilidades internas que le impiden aprovechar dichas oportunidades.

Las estrategias FA se basan en la utilización de las fortalezas de una organización para evitar el impacto de las amenazas externas. Este objetivo consiste en aprovechar las fortalezas de la organización reduciendo a un mínimo las amenazas externas.

Las estrategias DA tienen como objetivo derrotar las debilidades internas y eludir las amenazas ambientales. Se intenta minimizar debilidades y amenazas, mediante estrategias de carácter defensivo,

pues un gran número de amenazas y debilidades pueden llevar una organización a una posición de inestabilidad.

Las estrategias FO permiten utilizar fortalezas internas de la organización para aprovechar las oportunidades externas siendo ésta la situación ideal para cualquier empresa.

El objetivo de la fase comparativa es la generación de estrategias alternativas factibles, no la de seleccionar o determinar cuales son las mejores estrategias. Esto significa que no todas las estrategias desarrolladas por la matriz DOFA serán seleccionadas para su ejecución.

Fase de toma de decisiones: La toma de decisiones por otra parte, es una actividad fundamental y de suma importancia cuando se trata de decisiones relacionadas a la planificación, en la que el gerente decide asuntos como las metas que sus organizaciones lograrán, qué recursos se necesitarán, quién ejecutará las tareas, cómo se evaluará el proceso. Todo esto hace suponer que la calidad de las decisiones tomadas influirá profundamente en la eficacia de los planes, de ahí el interés por que dicha actividad se realice luego de un estudio cuidadoso de las diferentes alternativas disponibles. La elección adecuada de la estrategia viable o factible, implica juicios subjetivos a partir de la información que permite establecer las oportunidades y amenazas externas y las fortalezas y debilidades internas. La toma de decisiones es el proceso para identificar y seleccionar un curso de acción para resolver un problema específico, es la selección de la organización con acciones que la llevarán hacia el futuro, entre dos ó más alternativas disponibles.

#### 4. Fijación de metas, políticas y asignación de recursos

Metas: Son puntos de referencia o aspiraciones que a corto plazo (generalmente menos de un año) se esperan lograr, con el fin de alcanzar en el futuro los objetivos, son más específicas que los objetivos y se desprenden de ellos. Deben ser, medibles, estimulantes, específicas, coherentes con los Objetivos, razonables y claras, se pueden modificar.

Las metas deben ser compatibles con los valores y con las bases éticas formuladas por la organización, siendo especialmente importantes en la ejecución de las estrategias a diferencia de los

objetivos, que son importantes en la etapa de formulación de estrategias. Pueden cambiar o modificarse con el fin de reflejar mejor las realidades cambiantes.

Por estas razones, a veces es necesario dedicar tiempo y energía para asegurar que las metas estén bien diseñadas, sean coherentes con los objetivos señalados y sirvan de respaldo a la ejecución de estrategias, y a la vez es importante que todos los miembros de una organización, participen en el proceso de fijación de metas, puesto que la productividad y la motivación de los empleados de primer nivel son elementos fundamentales para el éxito de las organizaciones.

Con demasiada frecuencia se formulan las metas muy generales, careciendo así de poca utilidad operativa, metas tales como “mejorar la comunicación” o “maximizar utilidades” no muestran calidad, y no son medibles ni específicas. Las metas deben ser estimulantes, pero razonables y requerir algún esfuerzo de realización, pues las no realistas pueden convertirse en desmoralizantes para gerentes y empleados. Deben relacionarse no solo con operaciones de la organización sino que también deben incluir logros personales y de desarrollo personal. Debe haber un número adecuado de metas asociado a cada objetivo formulado, y a veces varias metas pueden unirse en una sola. Es importante que el número de metas pueda ser manejable. Un énfasis exagerado en el logro de metas puede conducir a conductas reprochables como la falsificación de cifras, la distorsión de los registros y el permitir que las metas se conviertan en fines en sí mismas, por lo que se hace necesario que los gerentes estén alertas para evitar estas situaciones.

Todos los gerentes de una organización participan directamente en la fijación de las metas, las cuales, conforman el mecanismo principal para la evaluación del desempeño de los gerentes y empleados, constituyen un instrumento importante para controlar el avance hacia el logro de los objetivos, sirven para fijar prioridades organizativas al nivel de divisiones y departamentos, forman la base para la asignación de recursos.

Políticas. El término “política” se refiere a pautas, métodos, procedimientos, reglas, formas y prácticas administrativas específicas que se formulan para estimular y apoyar el trabajo hacia las metas fijadas, sirven para recompensar y sancionar el comportamiento, aclaran a quién corresponde cada porción de trabajo.

Las políticas permiten saber tanto a empleados como a gerentes lo que se espera de ellos, aumentando la posibilidad de que las estrategias se ejecuten de manera exitosa. Ellas dan la base para el control gerencial, permiten la coordinación entre las unidades organizativas y reducen la cantidad de tiempo que los gerentes dedican a la toma de decisiones. También aclara a quién corresponde cada porción de trabajo y fomentan la delegación en la toma de decisiones al nivel gerencial encargado de afrontar el problema cuando éste aparece, algunas de ellas son: las políticas de ingreso a una organización, políticas de seguridad social, de capacitación de personal, de estímulo al desempeño, de relaciones públicas, de remuneración, de vacaciones, normas en cuanto a horarios de trabajo, uso de equipos, uniformes, políticas sobre los diferentes cargos, políticas de ingreso de pacientes, prioridades del servicio, normas en cuanto al uso de barreras de protección, etc.

Asignación de Recursos, después de la formulación y aprobación de las metas y políticas se procede a la asignación de recursos. Este proceso debe realizarse de acuerdo con las prioridades fijadas teniendo en cuenta los objetivos, estrategias y las metas.

Existen diferentes tipos de recursos. Los recursos financieros (los activos líquidos, los pasivos y el capital), los recursos físicos (las plantas, el equipo, terrenos, inventario, materias primas, instalaciones, instrumental, material, maquinarias), los recursos humanos (todo el personal de una organización) y los recursos tecnológicos (todo el conocimiento, las destrezas, métodos y herramientas que permiten a una organización llevar a cabo sus actividades). La falta de asignación de los recursos correspondientes a las metas fijadas puede ser de gran perjuicio para el proceso de la gerencia estratégica. Generalmente la demanda de recursos excede a las disponibilidades, por eso la importancia de establecer prioridades en las metas expuestas.

Es necesario que las organizaciones utilicen un enfoque sistemático para la asignación de recursos. Este proceso o enfoque comprende cuatro etapas básicas:

1. Efectuar un inventario general, de todos los recursos que están a disposición de la organización, cuyo objetivo es la evaluación honesta de los recursos disponibles, su valor actual y una evaluación de su valor futuro.

2. Desarrollar un inventario de recursos para cada división y departamento, lo que permite conocer la forma como están desplegados los recursos de la organización en este momento.

3. Preparar solicitudes de recursos, en cada departamento y división que deben ser coherentes con las metas aprobadas.

4. Comparación de las solicitudes actuales de recursos, lo que da una base de conocimientos adecuada para la asignación de recursos.

## 5. Evaluación, Control y Revisión de Estrategias

Es imperativo que de forma sistemática se evalúe y se controle la ejecución de estrategias, para saber si están surtiendo efecto y si son todavía las adecuadas; también es preciso medir los resultados que se están logrando, compararlos con las metas y objetivos planteados, y si es necesario aplicar medidas correctivas, todo con la finalidad de alcanzar los objetivos y metas planteadas.

La evaluación de estrategias está compuesta por tres actividades:

1. Análisis de los factores internos y externos, subyacentes que forman las bases de las estrategias presentes. Se debe indagar si siguen presentes las mismas fortalezas internas, si han surgido otras, y de ser así ¿Cuáles son?, así mismo saber si continúan existiendo las debilidades internas, o si hay otra. También se hace necesario establecer si continúan o han variado las oportunidades y amenazas externas.

2. Medir el desempeño organizativo, es la comparación de los resultados esperados con los resultados reales de los esfuerzos de ejecución de estrategias, la investigación de la desviación de los planes, la evaluación de los desempeños individuales y el análisis de los progresos alcanzados para lograr los objetivos y metas propuestos.

Ejecución de medidas correctivas, esta puede incluir la variación de la estructura de la organización, la sustitución de uno o más individuos, el replanteamiento de la misión de la organización. Otros cambios podrían ser la fijación de metas y objetivos adicionales, el diseño de nuevas políticas, la asignación diferente de recursos o el desarrollo de nuevos incentivos. Tomar medidas correctivas no significa necesariamente el abandono de las estrategias existentes y ni siquiera que se deben formular nuevas estrategias. Pero si significa que deben tomarse en cuenta nuevos enfoques de ejecución y la reevaluación de las estrategias (ob. cit.).

## **Planificación operativa en salud**

La planificación en salud es un método racional para escoger, organizar y evaluar las actividades de salud más eficaces, para satisfacer las necesidades de salud de la población (Barquín, M., 2002).

Ahora bien, dentro de cualquier organización los niveles más específicos son las denominadas unidades o departamentos en las cuales se planean y se ejecutan las actividades operativas. Estas responden tanto a las actividades comunes de cada organización que tienen que ver con su normal desarrollo, como a otras actividades, que les son particulares, las cuales se desprenden de su misión. Por ejemplo, una organización de salud, tiene unidades operativas comunes a otras organizaciones, como puede ser una unidad de contabilidad, de recursos humanos o de relaciones públicas, entre otras. Ahora, por la naturaleza de su misión, esta organización debe contar con distintas unidades que le permiten, a través de ellas, el logro de su propósito. En el caso concreto de una organización de salud, es posible establecer unidades operativas que den respuesta a los distintos niveles de atención sanitaria, pudiendo ser estas de prevención, recuperación o rehabilitación de la salud. Como se ve, estas unidades tienen su razón de ser en la naturaleza de la organización, que de hecho las diferencian de otras organizaciones.

A continuación, se expone lo que para Serna, H., (1997), consiste la planificación operativa en salud en un enfoque estratégico. Deben considerarse un conjunto de momentos necesarios, los cuales se presentan a continuación:

- Definir el propósito de la Unidad Operativa, el cual constituye su intención o finalidad, derivándose de la misión general de la organización y respondiendo a la especificidad de cada unidad. Por ejemplo, una organización del área de la salud dispondrá de distintas unidades operativas con propósitos definidos y relacionados a funciones específicas de esa organización de salud. Una unidad destinada a desarrollar actividades de Promoción y Educación para la Salud, tendrá un propósito diferente a una unidad dirigida fundamentalmente a acciones curativas o de rehabilitación, complementándose de esta manera para el logro de la misión de la organización.

- Realizar un diagnóstico estratégico, que comprende dos fases:

1. Identificación de los factores externos e internos que pueden influir en el desenvolvimiento de la unidad operativa, precisando las fortalezas, las debilidades, las amenazas y oportunidades que puedan afectar la operatividad de la unidad. En el sector salud hay un conjunto de factores que deben ser tomados en cuenta al momento de hacer este diagnóstico o análisis de situación. Entre los elementos entre los elementos que se deben considerar están:

1.1 Ubicación y Servicios: que permite establecer la situación geográfica y político-administrativa de la unidad operativa. Así mismo hay que identificar las vías de comunicación, su estado físico y la presencia de servicios públicos: electricidad, agua potable, disposición de residuos, transporte público, teléfonos, medios de información, centros recreativos, instituciones de seguridad ciudadana. También, la presencia de servicios educacionales, religiosos, fuentes de empleo, y otros potencialmente relacionados a salud.

1.2 Población: permitiendo reconocer las características demográficas, sociales, económicas, educativas y culturales. Es importante intentar la identificación de aquellos factores culturales (creencias, valores, normas y conductas) vinculados a la salud o a su percepción por parte de la población. Es pertinente también la identificación de los Actores Sociales, los cuales son distintos grupos de la comunidad que tienen o pudieran guardar relación en los planes que desarrolle la Unidad Operativa. Entre estos grupos sociales es pertinente identificar: comunidades educativas, junta parroquial, junta Socio-Sanitaria, Organizaciones No Gubernamentales vinculadas a la salud, grupos culturales de la comunidad, cualquier otra organización particular de una comunidad.

1.3 Recursos destinados a salud: lo cual permite identificar presencia de establecimientos de salud, públicos o privados, su ubicación y equipamiento. Demanda de servicios de la población y la oferta de servicios de los establecimientos de salud. Personal de salud adscrito a los centros. Características de la planta física.

1.4 Estudio Epidemiológico: para determinar el perfil de morbi-mortalidad de la población, pudiendo utilizar para su análisis variables demográficas, sociales, económicas, educativas y otras.

2. Valoración de estos factores como Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas, lo que permitirá distinguir aquellos factores que pueden favorecer las acciones de la Unidad Operativa de aquellos que pueden constituirse en obstáculos.

- Establecimiento de los Objetivos de la Unidad Operativa: los cuales permiten orientar los planes específicos de acción de la Unidad. Estos objetivos se derivan del propósito establecido a cada Unidad Operativa de la organización de salud.

- Elaboración de planes de acción: cada Unidad Operativa desarrollará planes de acción que deben expresarse detalladamente, en los cuales deben aparecer, con precisión, los siguientes elementos:

Metas: estableciendo los resultados que se esperan lograr.

Estrategias: estableciendo la manera de desarrollar las actividades.

Actividades: señalando las tareas y acciones que deben realizarse

Recursos: precisando los recursos financieros y de equipamiento necesarios para la ejecución de las actividades.

Tiempo: precisando el cronograma para cada una de las actividades.

Responsables: nombrando las personas encargadas del cumplimiento de las actividades.

Índices de Gestión: señalando los indicadores a utilizar para medir si se está cumpliendo con lo programado.

Monitoreo: señalando como y cuando se va a hacer el seguimiento de todo el proceso.

Un plan operativo detallado de esta manera permite un seguimiento muy preciso de todos los factores que se involucran, facilita el trabajo a los responsables de las unidades operativas, aumentando el desempeño y las posibilidades de éxito.

### **Productividad del trabajo odontológico**

Uno de los componentes básicos del proceso de evaluación consiste en medir los resultados obtenidos, para poder contrastarlos con los objetivos y las metas establecidas en el momento de la planificación. Esta determinación se puede realizar en diferentes lapsos de la ejecución de las actividades programadas, lo que permite establecer en el momento oportuno, si lo que se realiza se

corresponde a lo previsto para, de ser necesario, tomar las medidas correctivas apropiadas. Así mismo, permite también establecer, de manera cuantitativa, los resultados finales producto del trabajo realizado, tomando en cuenta, entre otros factores, el tiempo empleado y los insumos utilizados, lo que posibilita conocer el grado de productividad de la organización de salud.

Esta ponderación se realiza a través de expresiones numéricas denominados Indicadores de Gestión, los cuales permiten establecer la productividad del proceso de trabajo.

Los Indicadores de Gestión se pueden definir como los valores numéricos que reportan el resultado cuantitativo de la relación de los distintos factores que se conjugan en el proceso de trabajo (tiempo, recursos, procedimientos) para intervenir en una determinada situación, facilitando, su medición y evaluación. Es decir, es el conjunto de cifras, que expresadas como Índice, Promedio, Tasa o Porcentaje; permiten la expresión resumida y oportuna de los fenómenos observados (García, J., 1993).

Es a través de los Indicadores de Gestión como se puede establecer la productividad de los servicios de atención de salud, así como también verificar el grado de correspondencia entre lo establecido en el plan y lo logrado.

## **Productividad**

Se define Productividad como el grado en que se utilizan los recursos para obtener el mayor número de resultados, es decir, la relación existente, entre la cantidad de bienes y servicios obtenidos en un período determinado de tiempo y la cantidad de insumos que fueron consumidos y gastados y que contribuyen a su logro.

Serna, H. (1997), señala que al analizar este concepto se observan elementos claves: recursos, los cuales son el conjunto de insumos (materiales y financieros) y el personal involucrado; resultados, que son los productos obtenidos y tiempo, lapso en el cual se realiza el proceso. La eficiencia con que son utilizados estos factores constituye la productividad. En el proceso de productividad se encuentra el concepto de trabajo el cual se define como el esfuerzo o actividad física o mental que se dirige hacia la producción o el logro de algo, en un tiempo determinado y con la utilización de recursos y en

contraposición a éste el concepto de desperdicio, el cual se define como el consumo de tiempo y/o recursos que no contribuye, efectivamente al resultado final, siendo este uno de los factores más importantes de observar al momento de establecer la productividad.

Una de las formas de evaluar el trabajo producido, es a través, de la medición del tiempo total de trabajo, el cual se define como el tiempo que se consume en el logro del producto final, este tiempo total se puede discriminar de la siguiente manera:

Tiempo productivo directo: Es la cantidad de tiempo que se invierte directamente en el logro del producto final. Por ejemplo, si el producto final es una amalgama, sería el tiempo invertido en la preparación de la cavidad, colocación y tallado de la amalgama.

Tiempo productivo indirecto: Es la cantidad de tiempo empleado que guarda relación con el logro del producto final, sería por ejemplo, el empleado en la preparación de la amalgama para llevarla a boca.

Tiempo perdido: Es la cantidad de tiempo que se invierte, que no guarda ninguna relación con el producto final. Constituye la mayor fuente de desperdicio, es decir, que no agrega ningún valor al producto final. Por ejemplo, en un programa de salud bucal, se tiene como meta la atención clínica de un número determinado de pacientes, en un tiempo establecido y el traslado de los pacientes desde un área hasta la clínica lo realiza el operador clínico, en esta tarea utiliza una cantidad de tiempo que no le agrega ningún valor al producto final y este tiempo constituye un desperdicio que afecta la productividad. Esta situación se corrige al asignar dicha tarea a otro miembro del equipo de trabajo, un facilitador, lo que permitiría que el operador clínico se enfoque exclusivamente en su actividad y aumente la cantidad de pacientes atendidos o el número de actividades clínicas realizadas en el tiempo establecido, incrementando la productividad. Una de las claves del aumento de la productividad es disminuir, a su mínima expresión el desperdicio.

Para García, J. (1993) es necesario definir algunos conceptos generales que ayudarán a tener una mejor comprensión de los indicadores o índices de productividad, como son:

1.- Necesidad de Servicio: Es aquella percepción, presente en la población y en los individuos, que hace que estos reconozcan mecanismos para preservar o restituir la salud, es la carencia o riesgo que exige pronto auxilio. La Necesidad de Servicio tiene una base psico-social que permite identificar en las personas factores o condiciones que deben ser satisfechas para conservar la vida, mejorar la salud y su bienestar.

2.- Demanda de Servicio: Está vinculada a la decisión individual o colectiva de conseguir determinados productos o servicios dentro de un conjunto de ofertas que el considera deseable para si mismo. La necesidad de servicio, individual o colectiva, en cuanto valoración subjetiva que varía culturalmente, va a condicionar las características y el alcance de la demanda de servicio.

3.- Oferta de Servicio: Conjunto de programas, servicios o acciones que se encuentran a la disposición de las personas, de manera individual o colectiva, conjunto de bienes o servicios disponibles para alcanzar y satisfacer las necesidades de quien demanda servicios de atención médica.

4.- Cobertura.: Se define como el número de personas o la población que es atendida por un determinado servicio.

5.- Accesibilidad: Es la posibilidad de que una población definida pueda utilizar una determinada oferta de servicio que le permita satisfacer su necesidad de atención. Se identifican un conjunto de factores que pueden condicionar la accesibilidad: ubicación del establecimiento de salud, vías de comunicación, medios de transporte, forma de pago de la atención, horarios de funcionamiento de los establecimientos, nivel de atención, entre otros.

6.- Concentración: Se define como el total de atenciones dadas por persona, en un año, en relación con una población determinada. Se obtiene dividiendo el total de actividades de cada clase (educativas – preventivas – curativas) entre el número de personas atendidas por primera vez.

7.- Población objeto de atención: Se entiende por población objeto de atención aquel conglomerado humano que debe recibir atención en determinado establecimiento de salud pública, a partir de criterios demográficos, geográficos, territoriales u otros que establezca el organismo rector de salud.

## Indicadores de gestión de productividad

A continuación algunos índices de productividad utilizados en el sector salud y específicamente en el área odontológica (García, J. ,1993; Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1994; Serna, H. 1997).

1.- Índice de cobertura general:  $\text{Población atendida} \div \text{Población objeto de atención} \times 100$

2.- Índice de cobertura específica:  $\text{Población que recibe determinado tratamiento} \div \text{Población objeto que requiere determinado tratamiento} \times 100$

3.- Índice de deserción:  $\text{Total de citas establecidas} - \text{Total de citas cumplidas} \div \text{Total de citas establecidas} \times 100$

4.- Índice de guardias logradas:  $\text{Total de guardias realizadas} \div \text{total de guardias programadas} \times 100$

5.- Índice de historias clínicas completas:  $\text{N}^\circ \text{ de historias clínicas completas} \div \text{total de historias clínicas} \times 100$

6.- Promedio de consultas por persona:  $\text{Total de consultas registradas (en un período determinado)} \div \text{población cubierta}$

7.- Promedio diario de consultas:  $\text{Total de consultas realizadas en un período determinado} \div \text{número de días del período}$

8.- Promedio diario de actividades:  $\text{Total de actividades realizadas en un período determinado} \div \text{número de días del período}$

9.- Promedio de actividades por consulta:  $\text{Total de actividades realizadas en un período determinado} \div \text{número de consultas ejecutadas en ese período}$

10.- Promedio de tiempo empleado por consulta:  $\text{Tiempo total de trabajo empleado} \div \text{total de consultas realizadas}$

11.- Promedio de tiempo por actividad:  $\text{Tiempo total de trabajo empleado} \div \text{total de actividades realizadas}$

12.- Promedio de tiempo por actividad específica:  $\text{Tiempo total de trabajo empleado en la actividad considerada} \div \text{total de actividades específicas considerada}$ .

13.- Índice de actividades específicas:  $\text{Total de la actividad específica considerada} \div \text{total de actividades realizadas} \times 100$

14.- Índice de altas:  $\text{Total de pacientes con tratamiento terminado} \div \text{total de pacientes con tratamiento iniciado} \times 100$

15.- Promedio de consultas por alta:  $\text{Total de consultas realizadas (pacientes. terminados)} \div \text{total de pacientes terminados}$

16.- Índice de atrición:  $\text{Total de primeras consultas} - \text{total de altas} \div \text{total de primeras consultas} \times 100$

Este valor indica la eficacia general de un programa. Mientras menor sea el resultado mejor es el programa aplicado.

## CAPÍTULO III

### MARCO ORGANIZACIONAL

A continuación se presentan las instituciones (hogares de cuidado del anciano o adulto mayor), en las que se desarrolló la presente investigación.

Breve reseña de la Fundación Asilo “San Martín de Porres”, esta fundación fue creada en la ciudad de Valencia el ocho de diciembre de 1891. Originalmente nace como casa de beneficencia del estado, con asistencia del presidente de Carabobo Dr. Laureano Villanueva y de las Hermanas de la Caridad. Su sede fue trasladada al Pabellón N° 14 de la Colonia Psiquiátrica de Bárbula en el año de 1975, lugar donde hoy permanece.

Es asumido por el municipio Naguanagua el 02 de Febrero de 1996, y se establece Orgánicamente la Fundación Asilo "San Martín de Porres", para dar cumplimiento al Decreto del Alcalde de N° 017/97 de fecha 10/12/97, publicado en la Gaceta Municipal de Naguanagua, Fundación registrada el dos de junio de 1998.

La Fundación es reorganizada administrativamente por decreto del Alcalde Julio Castillo, N° 022/2003 publicado en Gaceta Municipal del municipio Naguanagua, con fecha 02 de Julio de 2003 vigente al 2004.

Actualmente la Junta Directiva de la Fundación la conforman:

Presidenta	Nerza Ramírez Amaya
Vice-Presidente	Ángel Delgado
Directora	Nellys Reyes Moreno
Directora	Cecilia Herrera de Barreto
Directora	Magda Parra de Penisi
Director	Jesús Antonio Román León

Esta Junta Directiva esta facultada para realizar modificaciones pertinentes al acta constitutiva, estatutos sociales de la fundación establecer las prioridades y estrategias para el funcionamiento y administración de la institución.

## MISIÓN:

Institución sin fines de lucro, con propósitos apolíticos y eminentemente sociales, dirigidos a atender a ancianos provenientes no sólo del municipio Naguanagua sino del resto del estado Carabobo, en todo lo referente a la seguridad, albergue, asistencia médica, alimentación, vestido salud etc.

## VISIÓN:

En el Asilo "San Martín de Porres" se concibe un municipio capaz de dar atención integral a los ancianos albergados, con un personal comprometido con esta labor, aprovechando al máximos los recursos con que se cuentan: humano, económico, social etc., con miras a mejorar la calidad del servicio y aumentar las cifras de personas a beneficiar por la institución.

## OBJETIVO GENERAL:

Dar asistencia y albergue a personas mayores de Sesenta (60) años, que se encuentran en estado de abandono o cuyas familias no poseen recursos para darles una vida digna.

## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS:

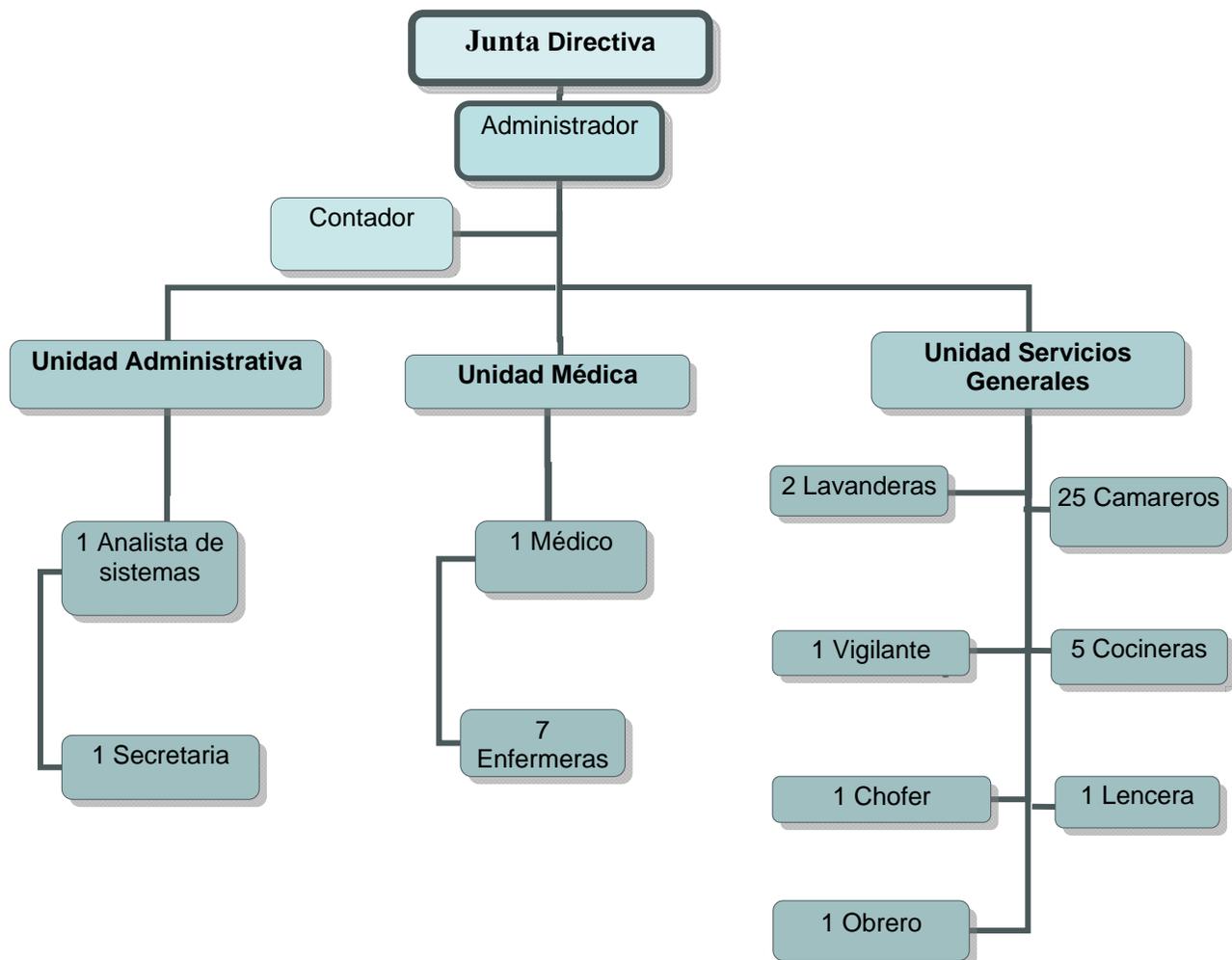
- a. Velar por la seguridad social del anciano albergado.
- b. Asegurar a los ancianos del municipio y a sus familiares un albergue capaz de cubrir las necesidades básicas de la población del asilo.
- c. Coordinar el presupuesto de manera eficiente para cada ejercicio fiscal.
- d. Mantener y/o aumentar la cantidad de ancianos beneficiados.
- e. Implementar programas ambulatorios para la comunidad (comedor, guardería)

## SERVICIOS DISPONIBLES:

- a. Prestación del servicio las 24 horas del día los 365 días del año.
- b. Asistencia médica personalizada.
- c. Evaluación periódica y de emergencia en áreas de: Cardiología, Neumonología, Traumatología, Oftalmología, Medicina Interna, en cooperación con los diferentes centros hospitalarios de la región.

- d. Sistema computarizado que apoya a los distintos departamentos de la institución.
- e. Servicio telefónico.
- f. Servicio de lavandería.
- g. Comedor.
- h. Amplias áreas verdes
- i. Cavas amplias que permiten el almacenamiento de comida
- j. Actividades recreativas periódicas para los residentes.
- k. Atención por parte de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Carabobo.
- l. Capilla
- m. Instalaciones apropiadas para atender a 80 adultos mayores

**ORGANIGRAMA**  
**FUNDACIÓN ASILO “SAN MARTÍN DE PORRES”**



Por su parte El hogar de cuidado “Las Tinajas” ubicado en la carretera La Entrada del municipio Naguanagua inició sus actividades al público, el quince de octubre del año 2005 y funciona como organización bajo la figura jurídica denominada Ciudad de los Abuelos, C.A

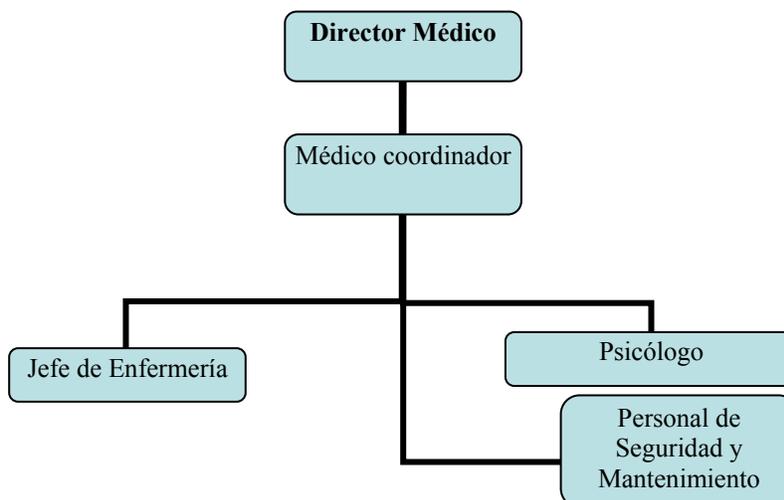
#### MISIÓN:

Nuestra misión es brindar al adulto mayor, amor y cuidados en sus necesidades básicas, ofreciéndoles unas instalaciones adaptada a sus necesidades, brindándoles una alimentación balanceada, atención medica, psicológica y religiosa con el fin de lograr su bienestar y adaptación en el menor tiempo posible

#### VISIÓN:

Ser una institución modelo basados en nuestra creencia de que todos los adultos mayores tienen derecho a tener una vejez digna orientada por nuestros principios y valores como lo son: el amor a Dios, el amor al prójimo, igualdad, justicia, solidaridad y cooperación. Garantizando en el tiempo y en el espacio un eficiente servicio, con el fin de optimizar la calidad de vida de nuestros pacientes.

### ORGANIGRAMA HOGAR DE CUIDADO “LAS TINAJAS”



## CAPÍTULO IV

### MARCO METODOLÓGICO

#### **Tipo y Diseño de la Investigación**

El presente estudio se desarrolla bajo la modalidad de investigación proyectiva apoyada en estudios de campo y documental, dicha investigación proyectiva contempla según Velazco, J. (2006), tres fases: Fase diagnóstica, Fase de estudio de factibilidad y elaboración de la propuesta de un modelo operativo viable o una solución posible a un problema de tipo práctico que satisfaga necesidades de una institución o grupo social, necesidad que se ha evidenciado a través de una investigación de campo, tal como lo señala Sierra, C. (2004).

De acuerdo a lo señalado por Hurtado, J., (1998), la investigación proyectiva también conocida como proyecto factible, se define como, aquella investigación que conduce a inventos, programas, diseños o a creaciones dirigidas a cubrir una determinada necesidad.

El diseño es no experimental transversal o transeccional, dado que se trata de un estudio que se realizó sin manipulación deliberada de variables y en el que sólo se observarán los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos; y los datos se recolectaron en un sólo momento o en un tiempo único (Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., 2003).

#### **Población y Muestra**

La población está representada por los adultos mayores que viven en los hogares de cuidado diario del estado Carabobo que son siete a saber, seleccionándose dos instituciones por razones de accesibilidad tanto geográfica como operativa. Fundación Asilo “San Martín de Porres” y el hogar de cuidado “Las Tinajas”, ubicados en el municipio Naguanagua.

Del total de los individuos de los hogares de cuidado seleccionados, que hubieren firmado el consentimiento informado en relación a la evaluación que se les iba a realizar (Anexo 1), se seleccionó con el criterio de exclusión de padecer alguna discapacidad psíquica, cognitiva o verbal, el

total de los adultos mayores resultando 60 individuos entre los dos hogares de cuidado, con edades comprendidas entre 60 y 94 años. Constituyendo así una población finita y cautiva, ya que se conoce el número de elementos que lo constituyen y además se encuentran circunscritos en un espacio determinado. (Puertas, E. y col., 1998)

Por lo tanto, la muestra es de tipo no probabilística de autoselección o voluntaria ya que se conforma con los sujetos que deciden por voluntad propia participar en la investigación, una vez que conocen sus propósitos. Por lo tanto, la selección no depende de ningún procedimiento mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidades (ob. cit.).

### **Instrumento y Recolección de Datos**

Para recolectar la información se utilizaron tres instrumentos, un cuestionario, una guía de observación y una encuesta epidemiológica, las dos primeras diseñadas por el autor partiendo de la operacionalización de las variables de la investigación (Anexo 2), la tercera la encuesta epidemiológica que se aplicó a la muestra seleccionada.

Tanto el cuestionario como la guía de observación, constan de una primera parte que corresponde a los datos personales del individuo y una segunda parte donde se recopilan los datos relativos al manejo de conceptos y conocimientos asociados a la salud bucal y técnicas de higiene oral (Anexos 3 y 4).

La encuesta epidemiológica, contiene una parte de datos personales y otra donde aparece el odontodiagrama, con los respectivos índices de caries e higiene oral (Anexo 5).

### **Validez y Confiabilidad de los Instrumentos**

La validez de los instrumentos, guía de observación y cuestionario, se consiguió sometiéndolos a la revisión y juicio de dos expertos en el área odontológica y uno en metodología, a fin de tener la certeza de que el mismo mide realmente las variables que se pretenden estudiar. (Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., 2003). Según Puertas, E. y cols. (1998), la validez se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que realmente quiere medir.

Los expertos evaluaron el título de la investigación, sus objetivos, la operacionalización de las variables, la guía de observación y el cuestionario, determinando claridad y sencillez de los ítems, midiendo lo que se pretendía en relación con los objetivos del estudio (Anexo 6).

La encuesta epidemiológica, está estandarizada, validada y posee confiabilidad, por su uso recurrente en los estudios epidemiológicos en el área de la odontología.

### **Procedimiento de Recolección de Datos**

Se procedió a la recolección de los datos, por medio de la aplicación de los instrumentos en los hogares de cuidado seleccionados.

Se llevó a cabo el examen clínico a la muestra seleccionada, empleando la observación, para recoger los datos clínico-bucales, utilizando el instrumental correspondiente (espejo bucal N° 5 plano, explorador dental, paletas, luz natural).

Luego la información recabada, se codificó, tabuló y analizó estadísticamente, para dar respuesta a las interrogantes planteadas en los objetivos de la presente investigación, y así, poder establecer el diagnóstico y diseñar el programa de atención odontológica integral dirigido al anciano o adulto mayor en hogares de cuidado diario en el estado Carabobo.

### **Técnica de Análisis de Datos**

El análisis de los datos comprende la aplicación de la estadística descriptiva mediante la presentación de cuadros con frecuencia absoluta y relativa acompañados de sus respectivos gráficos, para lo cual se establecerá la base de datos con el programa Microsoft Excel.

Según Ary, D., Jacobs, L. y Razavieh, A. (1992), la estadística descriptiva usa el recurso de la descripción, es decir, tabulación de datos, frecuencias, representación gráfica y análisis descriptivo. La estadística descriptiva o deductiva, tiende a condensar o resumir un conjunto de datos o características de una serie de valores, describiendo ciertas características del conjunto examinado (Puertas, E. y cols., 1998).

## **Resultados Esperados**

Al término o culminación de la presente investigación se pretende cumplir con el diseño de un programa de atención odontológica integral dirigido a los ancianos o adultos mayores que asisten a hogares de cuidado en el estado Carabobo, y posteriormente si se aplicara dicho programa, se alcance a corto plazo que los adultos mayores, cuenten con una atención odontológica integral de óptima calidad tanto en tratamiento como en rehabilitación, a mediano plazo lograr individuos con conciencia de salud bucal y la capacidad de mantener una condición bucal saludable. Además con el conocimiento de la importancia de cómo y cuándo se debe realizar las técnicas de higiene bucal y conseguir así que sean menos susceptibles a las patologías bucales. Contando con que dicho programa sea exitoso y en un futuro sea utilizado por los diferentes hogares de cuidado del adulto mayor a nivel regional y nacional.

## **Consideraciones Éticas**

El presente estudio se desarrolla en el área de la investigación biomédica en seres humanos, por ello la investigación se suscribe a la Declaración de Helsinki, Finlandia, que habla acerca de las Recomendaciones para realizar Investigaciones Biomédicas en Seres Humanos, adoptadas por las Naciones Unidas en el año 1964; enmendada y ratificada su aplicación en la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, en septiembre de 1989 (Asociación Médica Mundial, 1989) y contempla los parámetros del Código de Bioética y Bioseguridad, 2002 del Ministerio de Ciencia y Tecnología y el Fondo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación (MCT y FONACIT, 2002). Entre los principios propuestos vinculados a la actual investigación se mencionan los siguientes:

- La planificación y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben ser claramente formuladas en un protocolo del experimento.
- Antes de cada investigación biomédica que afecte a seres humanos debe realizarse una esmerada evaluación del riesgo y de los posibles beneficios para el sujeto del experimento, prevaleciendo ante todo sus intereses
- Debe respetarse siempre el derecho a proteger la integridad del sujeto.

- Se debe informar debidamente al sujeto sobre los fines, métodos, beneficios y riesgos potenciales que implica el estudio.
- El sujeto tiene el derecho de abstenerse de intervenir en el estudio y son libres de interrumpir su participación en cualquier momento. El investigador debe obtener el consentimiento informado por escrito del sujeto o las personas que lo representen legalmente.

### **Consideraciones Legales**

El reconocimiento del derecho a la salud y la responsabilidad de la sociedad para garantizar a la población los cuidados de salud, es un derecho enunciado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 83, que expresa: “La salud es un derecho fundamental, obligación del estado que lo garantiza como parte del derecho a la vida. El estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevarla calidad de vida y el bienestar colectivo y el acceso a los servicios....”.

Continuando con el artículo 84, que dicta que el derecho a la salud le dará prioridad “...a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando el tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad...”.

Del mismo modo, el Reglamento General del Proyecto de la Ley Orgánica de Salud (2001) plasma este derecho en las disposiciones fundamentales, título I, artículo N° 1 donde expresa “...Esta Ley tiene por objeto desarrollar y hacer efectivo el derecho constitucional a la salud como derecho social fundamental de las personas y como parte del derecho a la vida, que la ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud a todas las personas...”.

Así como también, el artículo N° 2, del mismo título dicta: “La salud se concibe como el óptimo estado de bienestar social e individual incluyendo sus aspectos psicológicos, culturales y biológicos. Por tanto debe ser el resultado de un proceso colectivo de interacción integral, donde Estado, sociedad e individuos construyan de manera concurrente una vida sana, asociada a estilos de vida, condiciones de trabajo, hábitat, recreación, ambiente y servicios de salud que apunten al logro de la salud como un derecho social fundamental.”

El Capítulo Quinto, de los Servicios y Programas de Salud, el artículo 47 de la sección II, sobre la promoción y educación para la salud, en el Proyecto de Ley expresa “La educación para la salud es prioridad del Estado y competencia del Sistema Público Nacional de Salud. Con la participación de la sociedad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.....”.

### **Metodología para la Formulación de la Propuesta**

En el siguiente estudio, vinculado a la propuesta del diseño de un programa de atención odontológica integral dirigido al anciano o adulto mayor en hogares de cuidado diario en el estado Carabobo, toda vez que se ha producido el diagnóstico de la necesidad de dicha propuesta, en lo relativo a la delimitación y diseño de la misma, se consideran en primer término, para su diseño, las fases o pasos de la gerencia y planificación estratégica que deben tomarse en cuenta para llevar con éxito una organización, en la elaboración de programas en el caso que nos ocupa un programa de salud bucal, como sigue: formulación de la misión y visión, diagnóstico estratégico o análisis de la situación, establecimiento de objetivos y estrategias, fijación de metas, políticas y asignación de recursos.

El proceso de planificación estratégica, permitirá obtener, procesar y analizar información pertinente, interna y externa, con la finalidad de evaluar la situación presente, para anticipar y tomar decisiones. Con la formulación de la misión se establecerán los propósitos, a quién van dirigidos los esfuerzos, cuáles son los productos, cuáles son las prioridades y objetivos organizacionales, en fin para que existe una organización en este caso enfocado hacia la salud bucal, la elaboración de la visión permitirá expresar ideas generales de lo que una organización es y quiere ser en el futuro.

El análisis de situación permitirá responder a la pregunta, cómo se encuentra la organización con respecto a sus fortalezas, debilidades, es decir, un diagnóstico interno y también un diagnóstico externo de cuáles pueden ser las amenazas y oportunidades a las que se enfrentará, para luego contrastar los resultados y descubrir posibilidades y caminos para la acción.

Dado que antes de iniciar cualquier acción administrativa en salud, es imprescindible determinar los resultados que se pretenden alcanzar, así como los componentes necesarios para que funcione eficazmente, sólo se puede lograr a través de la planificación, por tanto se utilizarán los elementos técnicos que comprenden la planificación operativa, como método racional para seleccionar,

organizar y evaluar las actividades de salud más eficientes, y satisfacer las necesidades de salud de la población.

La planificación operativa en un enfoque estratégico considera los siguientes pasos: definición y propósito de unidades operativas, realización de un diagnóstico estratégico, es decir, identificar factores externos (amenazas y oportunidades) e internos (debilidades y fortalezas), establecer objetivos de cada unidad operativa y elaboración de planes de acción en los cuales se desglosan metas, estrategias, actividades, recursos, tiempo, estrategias o responsables, índices o indicadores de gestión y monitoreo. Además se indicará la aplicación de algunos índices de gestión para medir la productividad del programa.

Es importante señalar, que todos estos métodos y técnicas, relacionadas con el área administrativa, aplicadas al sector salud, se proponen como elementos especializados indispensables para el diseño de la propuesta de un programa de atención odontológica integral dirigido al anciano o adulto mayor en hogares de cuidado diario en el estado Carabobo.

## **CAPÍTULO V**

### **LA PROPUESTA**

#### **Fase Diagnóstica**

Fase donde se realiza el análisis de situación y detección de la necesidad de la propuesta, esta se basa en los datos recogidos a través de los instrumentos de recolección de información, (guía de observación, encuesta epidemiológica y cuestionario), directamente en los hogares de cuidado donde reside el adulto mayor.

#### **Presentación y Análisis de los Resultados**

Se procedió a analizar los resultados obtenidos en relación a las necesidades de tratamiento odontológico, al manejo de las técnicas de higiene bucal, a los conocimientos básicos sobre salud bucal y los datos obtenidos a través de la aplicación de el instrumento representado por la encuesta epidemiológica, a través de los indicadores de caries (CPOD) e higiene bucal (IHOS), los cuales proporcionan un diagnóstico epidemiológico de caries dental e higiene oral.

Se realizó un análisis de las frecuencias absolutas y relativas dispuestas en los siguientes cuadros y gráficos estadísticos con sus respectivos análisis. A continuación se presentan y analizan lo arrojado para determinar la necesidad del diseño de un programa de atención odontológica integral al adulto mayor de hogares de cuidado en el estado Carabobo.

### Cuadro 1

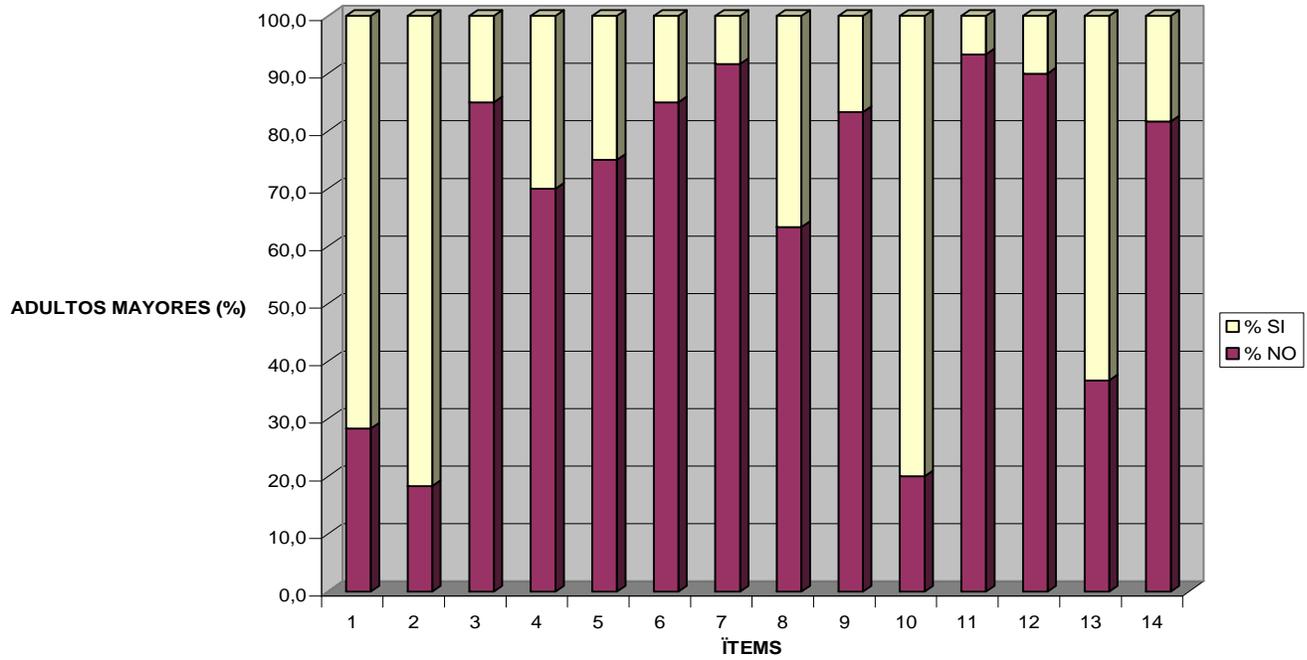
**Porcentaje de adultos mayores con conocimientos básicos sobre salud bucal en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007**

<b>ÍTEM</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>% SI</b>	<b>% NO</b>
1	43	17	71,7	28,3
2	49	11	81,7	18,3
3	9	51	15,0	85,0
4	18	42	30,0	70,0
5	15	45	25,0	75,0
6	9	51	15,0	85,0
7	5	55	8,3	91,7
8	22	38	36,7	63,3
9	10	50	16,7	83,3
10	48	12	80,0	20,0
11	4	56	6,7	93,3
12	6	54	10,0	90,0
13	38	22	63,3	36,7
14	11	49	18,3	81,7

Fuente: Cuestionario aplicado. Agosto 2007

## Gráfico 1

Porcentaje de adultos mayores con conocimientos básicos sobre salud bucal en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007



Fuente: Cuestionario aplicado. Agosto 2007

## Análisis Cuadro 1

Este análisis refleja la información obtenida a través de un cuestionario de doce preguntas o ítems, con modo de respuesta si y no, acerca de conocimientos en líneas generales sobre conocimientos de salud bucal.

Ítem N° 1. Conoce que es la caries dental. Con respecto al conocimiento sobre que es la caries dental, 71,7% dice conocer que es la caries a diferencia del 28,3% que no sabe que es la caries dental; sin embargo habría que tomar en cuenta, si los individuos que respondieron afirmativo lo hicieron por tener el conocimiento de la existencia de la caries y no de lo que es en sí, situación que elevaría el porcentaje de los que no conoce.

Ítem N° 2. Sabe por qué se produce la caries dental. La mayoría 81,7% señala tener conocimiento de por qué se origina la caries dental y 18,3% no sabe por qué. Este elevado porcentaje de los que manifiestan saber el por qué se produce la caries, hace inferir que el porcentaje arrojado en el ítem N° 1 es correcto.

Ítem N° 3. Conoce qué tipo de alimentación puede prevenir la caries. Un 15% de los adultos mayores respondió conocer cuáles alimentos previenen la caries, mientras que 85% dijo no manejar esa información; lo que nos indica algún grupo de individuos que respondió afirmativamente al ítem N° 2 sin ser totalmente cierto.

Ítem N° 4. Conoce qué es la gingivitis o inflamación de las encías. A esta interrogante 30% contestó saber que es la inflamación de las encías y un alto 70% no sabe que es la gingivitis. Alguna causa de estos valores también podríamos atribuirselos al hecho de la terminología utilizada.

Ítem N° 5. Ha visitado al odontólogo este último año. El 25% señaló que sí había asistido a consulta odontológica en este año, a diferencia del 75% que dijo no haber ido al odontólogo este último año.

Ítem N° 6. Sufre actualmente dolor de dientes. Un 15% de los individuos respondió afirmativamente ante la pregunta de sufrir algún dolor de dientes en la actualidad y 85% restante dijo no tener molestias dentarias. Este dato no sugiere la negativa para necesidad de atención ya que existe una potencial necesidad de atención odontológica aún para el grupo de individuos sin dientes, por ese mismo hecho.

Ítem N° 7. Le sangran las encías. Contestó 8,3% que sí padecía de sangrado gingival y 91,7% dijo no sangrar por las encías. Estos valores también pueden ser explicados por el elevado número de individuos edéntulos, lo que en ningún caso sugiere ausencia de necesidad de atención.

Ítem N° 8. Usa prótesis dental. El 36,7% posee prótesis dental y 63,3 no hace uso de prótesis.

Ítem N° 9. Maneja la técnica de cepillado. En cuánto a esta pregunta 16,7% señaló que sí maneja la técnica del cepillado dental, contra 83,3% que no opera dicha técnica.

Ítem N° 10. Aplica la técnica de cepillado después de comer. En relación con el empleo de la técnica de cepillado después de ingerir alimento 80% dijo sí y 20% dijo no hacerlo. Habría que hacer aquí la salvedad de si los individuos que respondieron afirmativamente logran aplicarse la técnica de una manera correcta, que en caso contrario tendría el mismo resultado de la no aplicación de la técnica de cepillado.

Ítem N° 11. Maneja la técnica del uso del hilo dental. Sólo 6,7% respondió manejar el hilo dental a diferencia de 93,3% no maneja la técnica del hilo dental.

Ítem N° 12. Usa el hilo dental. El 10% de los adultos mayores dice usar hilo dental, 90% dijo no hacer uso del hilo dental.

Ítem N° 13. Conoce los enjuagues bucales. Señaló 63,3% tener información acerca de los enjuagues bucales y 36,7% no los conoce.

Ítem N° 14. Usa enjuague bucal. Los individuos contestaron en 18,3% que sí hacía uso del enjuague bucal, 81,7% señaló no utilizar enjuague bucal.

## Cuadro 2

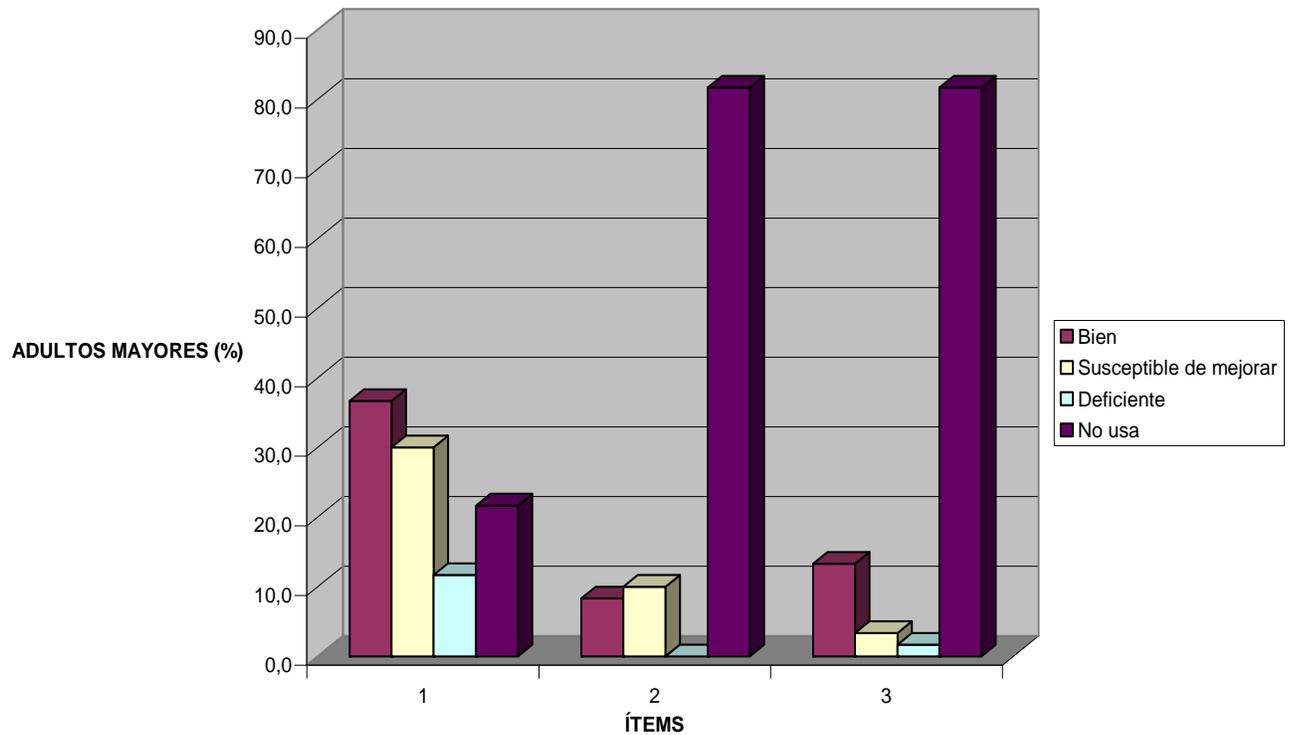
**Porcentaje de adultos mayores con manejo de técnicas de higiene bucal en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007**

ÍTEM	Bien	%	Susceptible De mejorar	%	Deficiente	%	No usa	%
1	22	36,7	18	30,0	7	11,7	13	21,7
2	5	8,3	6	10,0	0	0,0	49	81,7
3	8	13,3	2	3,3	1	1,7	49	81,7

Fuente: Guía de observación aplicada. Agosto 2007

## Gráfico 2

**Porcentaje de adultos mayores con manejo de técnicas de higiene bucal en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007**



Fuente: Guía de observación aplicada. Agosto 2007

## **Análisis Cuadro 2**

Este es el análisis de los resultados obtenidos por el autor cuando utilizó el instrumento guía de observación, en el cual hay tres ítems relativos a la aplicación de las técnicas de higiene bucal (técnica de cepillado, hilo dental y enjuague bucal), y tiene un modo de respuesta en escala de cuatro opciones (bien, susceptible de mejorar, deficiente y no aplica o no usa).

En cuanto al ítem N° 1: Aplica la técnica de cepillado, 36,7% realiza la técnica bien, 30% es susceptible de mejorar la técnica de cepillado dental, 11,7% lo hace de manera deficiente y 21,7% no realiza el cepillado de sus dientes.

En cuanto al ítem N° 2: Aplica la técnica del uso del hilo dental, 8,3% hizo un buen uso del hilo dental, 10% es susceptible de mejorar la aplicación de la técnica, en el modo de respuesta deficiente en relación con la aplicación de la técnica del uso del hilo dental se obtuvo 0% y 81,7% no hace uso del hilo dental. Valores que indican que los individuos que no aplican la técnica actualmente, podrían llegar a aplicarla de manera eficiente como el resto, si se instaurara el hábito en ellos.

En cuanto al ítem N° 3: Usa enjuague bucal, 13,3% lo realiza bien, 3,3 es susceptible de mejorar el uso del enjuague, 1,7% hace una aplicación deficiente de la técnica y 81,7% no utiliza enjuague bucal.

### Cuadro 3

**Índice CPOD (Índice de dientes permanentes Cariados, Perdidos y Obturados) de adultos mayores en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007**

<b>Adultos mayores</b>	<b>C</b>	<b>x<sub>C</sub></b>	<b>E</b>	<b>x<sub>E</sub></b>	<b>E<sub>i</sub></b>	<b>x<sub>E<sub>i</sub></sub></b>	<b>O</b>	<b>x<sub>O</sub></b>	<b>CPOD</b>
60	280	4,66	960	16	104	1,73	324	5,4	27,79

Fuente: Encuesta epidemiológica aplicada. Agosto 2007

### Análisis Cuadro 3

En el estudio del cuadro Índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, podemos ver que para el total de los individuos el promedio de caries es de 4,66, siendo superado por el promedio de dientes obturados de 5,4, sin embargo el promedio de dientes extraídos es mayor que los anteriores siendo 16 y los dientes indicados para extracción un promedio de 1,73, lo que refleja un CPO de 27,79, haciendo notar que el resultado del índice de dientes cariados, perdidos y obturados, destacan los dientes extraídos con un promedio de 16. Cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud (1998) considera como muy alto un CPOD de 6,6.

#### Cuadro 4

**Índice IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado) de adultos mayores en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”.  
Edo. Carabobo. Agosto 2007**

<b>Adultos mayores</b>	<b><math>\Sigma</math>IMA</b>	<b>IMA</b>	<b><math>\Sigma</math>IC</b>	<b>IC</b>	<b>IHOS</b>
60	150	2,5	120	2	4,5

Fuente: Encuesta epidemiológica aplicada. Agosto 2007

#### Análisis Cuadro 4

Al analizar el Cuadro 4 del Índice de Higiene Oral Simplificado se observa un IHOS de 4,5, donde el valor del promedio de materia alba (2,5) y cálculo (2) se aproximan, siendo por tanto importante atender ambos factores en las estrategias de educación, promoción de la salud bucal. Según Sosa, M., y cols. (2003), se considera como malo un IHOS de 3,1 a 6.

### Cuadro 5

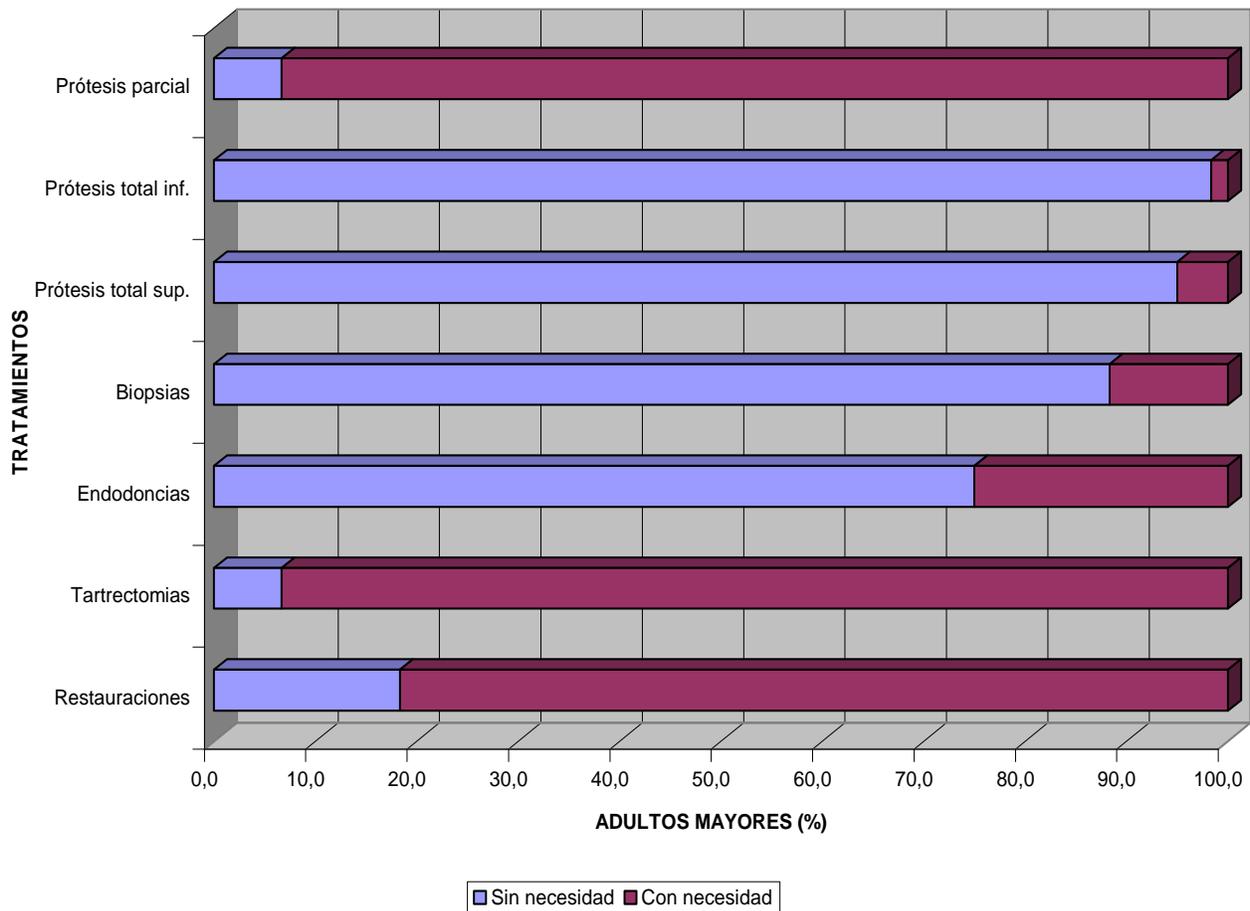
**Porcentaje de adultos mayores con necesidades de atención odontológica según tipo de tratamiento en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007**

Tratamientos Odontológicos	Con necesidad		Sin necesidad	
	F	%	f	%
Restauraciones	49	81,7	11	18,3
Tartrectomías	56	93,3	4	6,7
Endodoncias	15	25,0	45	75,0
Biopsias	7	11,7	53	88,3
Prótesis total superior	3	5,0	57	95,0
Prótesis total inferior	1	1,7	59	98,3
Prótesis parcial removible	56	93,3	4	6,7

Fuente: Encuesta epidemiológica aplicada. Agosto 2007

### Gráfico 5

**Porcentaje de adultos mayores con necesidades de atención odontológica según tipo de tratamiento en hogares de cuidado diario “Las Tinajas” y Fundación Asilo “San Martín de Porres”. Edo. Carabobo. Agosto 2007**



Fuente: Encuesta epidemiológica aplicada. Agosto

### **Análisis Cuadro 5**

En el análisis cuantitativo del cuadro del porcentaje de adultos mayores con necesidades de atención odontológica según el tratamiento, se observa a simple vista que el mayor porcentaje de individuos se ubica con necesidad de los siguientes tratamientos odontológicos: prótesis parcial removible y tartrectomías ambas con 93,3%, seguida de las restauraciones con 81,7%, lo que evidencia alta pérdida de unidades dentarias, presencia de cálculo y caries dental, resultando como consecuencia una alta necesidad de intervención asistencial para estos individuos; por otro lado el porcentaje de individuos sin necesidad de tratamiento siguiendo con el mismo orden presenta el siguiente porcentaje: para prótesis parcial y tartrectomías 6,7% y restauraciones 18,3% restante.

Siendo altos los porcentajes en los individuos que no necesitan tratamientos de prótesis total superior 95%, prótesis total inferior 98,3%, evidenciando pocos edéntulos totales, pero a su vez muchísimos de ellos presentan aún en boca algunos dientes susceptibles de ser restaurados y biopsias 88,3%. En menor porcentaje las necesidades de endodoncias 25%, biopsias 11,7% y 6,7% para las prótesis totales.

## **Fase de Estudio de Factibilidad**

### **Factibilidad social**

De acuerdo con los resultados arrojados por la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y su posterior análisis, existe la necesidad de la creación de un programa de atención odontológica integral para el adulto mayor. La propuesta ofrece el diseño de un programa bajo los conceptos de la gerencia y planificación estratégica, con todos los componentes que ello implica como es la elaboración de una misión, visión, objetivos, metas, estrategias, recursos, etc., dirigidas al beneficio social del adulto mayor, busca mejorar el componente bucal de la salud, desde el punto de vista de la educación y promoción de la salud oral, prevención, tratamiento y rehabilitación.

### **Factibilidad económica**

Para la puesta en marcha del programa de atención odontológico integral dirigido al anciano o adulto mayor en hogares de cuidado diario en el estado Carabobo, es necesario tomar en cuenta los costos directos e indirectos, estimar los recursos tecnológicos (equipo odontológico e instrumental) y soporte técnico, honorarios del personal de salud (odontólogos, asistentes dentales y facilitadores), material de apoyo, mobiliario, papelería, gastos administrativos, estimación de excedentes deseables y posibles.

Para un mejor análisis financiero o de costos en hacer operativo el programa (instalación, mantenimiento y desarrollo)

Costos fijos, aquellos costos que no cambian al variar el número de pacientes atendidos, independientes del volumen de producción.

Costos variables, los que varían con el volumen de pacientes atendidos, dependen del volumen de producción o atención del paciente. Al aumentar el número de pacientes atendidos, los equipos, materiales e instrumental sufren desgaste, por tanto hay que sustituir los dañados o desgastados, siendo su costo variable.

Costos directos, son aquellos relacionados directamente con la actividad que se analiza, la operatividad, mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos, reposición de material

Costos indirectos, no se relacionan directamente con el objetivo del costo, sino que son comunes a varios objetos de costo, los que coadyuvan a la producción del servicio, como limpieza, vigilancia, agua, luz, etc.

Por tanto, es necesario el financiamiento por parte de entes privados o gubernamentales que incluyan programas como este en sus partidas presupuestarias anuales, también es posible establecer alianzas estratégicas con instituciones como la Universidad de Carabobo, la cual posee una Facultad de Odontología que cuenta con el recurso humano, material y equipo necesario para la ejecución del programa de salud bucal.

## **Fase de Elaboración de la Propuesta**

### **PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DIRIGIDO AL ANCIANO O ADULTO MAYOR EN HOGARES DE CUIDADO DIARIO EN EL ESTADO CARABOBO**

Este programa de atención odontológica se denomina integral debido a que cubrirá las necesidades bucales que presentan los pacientes, pero también esa denominación engloba aspectos importantes como son la prevención, educación, promoción de salud, a través de la aplicación de estrategias diseñadas especialmente para las características motrices, cognitivas y la salud en general del paciente adulto mayor; y la recopilación de datos, con el seguimiento de los casos, lo que permitirá desarrollar el área de la investigación. Todo este esfuerzo se hará con el trabajo en equipo del personal de salud del hogar de cuidado (médicos, enfermeras, terapeutas) y el personal de salud bucal (odontólogos, asistentes dentales y facilitadores). El programa está pensado para ser llevado a cabo dentro de los hogares de cuidado diario acondicionando áreas para: la instalación de una unidad portátil, las charlas y talleres educativos y la aplicación de las técnicas de higiene bucal.

#### **MISIÓN**

Garantizar la disponibilidad oportuna, eficaz y eficiente de un servicio de atención odontológica integral, en los hogares de cuidado diario dirigido a los ancianos o adultos mayores, a través de acciones educativas-preventivas, tratamiento y rehabilitación odontológica y de investigación, con la integración de equipos interdisciplinarios de atención, logrando una plena satisfacción de las necesidades de tratamiento y rehabilitación bucal con calidad, equidad, solidaridad y profesionalismo, enfocado el rol de la odontología en la calidad de vida del adulto mayor.

#### **VISIÓN**

Lograr adultos mayores residentes en hogares de cuidado diario, saludables y rehabilitados odontológicamente, con manejo de conocimientos y conciencia sobre la importancia de una condición bucal saludable.

## Políticas

- Serán atendidos los adultos mayores cuyas características generales de salud, motoras y cognitivas, así lo permitan previa autorización del médico tratante.
- Se realizarán jornadas de capacitación del personal de salud del hogar de cuidado para que actúen como facilitadores en el horario que el equipo de salud bucal no se encuentre.
- El horario de trabajo será: odontólogos 1 a 3 pm., asistentes dentales 12:30 a 3:30 pm. y facilitadores o promotores de salud 12:30 a 3:30 pm.
- Todo el personal de salud bucal debe usar mono quirúrgico, los odontólogos además bata y los facilitadores delantal.
- Debe tenerse especial cuidado con la aplicación de normas en cuanto al uso de barreras de protección.
- Recolección y procesamiento de datos a partir de datos de la historia clínica como base para investigar los distintos aspectos interdisciplinarios de los adultos mayores atendidos. Difusión de información y el intercambio de las conclusiones surgidas de las distintas líneas de investigación que se ejecuten en la actividad preventiva y clínica diaria.

## DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

<b>CAPACIDADES</b>	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<b>GERENCIAL</b>	Diseño del programa según planificación estratégica	_____
<b>FINANCIERA</b>		Necesidad de contratación de los servicios para desarrollo del programa
<b>TECNOLÓGICA</b>	Conocimientos en técnicas de atención odontológica geriátrica	
<b>HUMANA</b>	Vocación para el trabajo	
<b>ATENCIÓN AL USUARIO</b>	Experiencia con este tipo de paciente	
<b>RECURSOS</b>	Disponibilidad de instrumental odontológico y material educativo	-Falta de unidad odontológica portátil -Selección de personal asistente

<b>FACTORES</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<b>ECONÓMICOS</b>	-Aval crediticio -Contacto con empresa privada	Obtención de contrato para desarrollo del programa
<b>POLÍTICO-LEGALES</b>	Apoyo de ente municipal	
<b>SOCIO-CULTURALES</b>	Buena disposición del adulto mayor a ser atendido	-Bajo nivel educativo en materia odontológica -Falta de motivación del personal del hogar de cuidado
<b>TECNOLÓGICOS</b>	Avances de los materiales odontológicos (restauradores y protésicos)	
<b>GEOGRÁFICOS</b>	-Accesibilidad a los hogares de cuidado -Ubicación cercana de la Facultad de Odontología (Universidad de Carabobo) -Población cautiva en el hogar de cuidado	Espacio físico para instalación de unidad odontológica portátil
<b>DEMOGRÁFICOS</b>	El aumento de esta población en los hogares de cuidado	
<b>ESTADO DE SALUD</b>		Condición de salud general del adulto mayor (desnutrición, salud mental, hipertensión arterial)

## MATRIZ DOFA

	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<b>PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DIRIGIDO AL ANCIANO O ADULTO MAYOR EN HOGARES DE CUIDADO DIARIO EN EL ESTADO CARABOBO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño del programa según planificación estratégica.</li> <li>2. Conocimientos en técnicas de atención odontológica geriátrica.</li> <li>3. Vocación para el trabajo.</li> <li>4. Experiencia con este tipo de paciente.</li> <li>5. Disponibilidad de instrumental odontológico y material educativo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necesidad de contratación de los servicios para desarrollo del programa.</li> <li>2. Falta de unidad odontológica portátil.</li> <li>3. Reclutamiento y selección de personal asistente.</li> </ol>
<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>ESTRATÉGIAS FO</b>	<b>ESTRATÉGIAS DO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aval crediticio.</li> <li>2. Contacto con empresa privada afin.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación del diseño del programa ante ente municipal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentar la factibilidad del programa ante autoridades</li> </ol>

<p>3. Apoyo de ente municipal.  4. Buena disposición del adulto mayor a ser atendido.  5. Avances de los materiales odontológicos (restauradores y protésicos).  6. Accesibilidad a los hogares de cuidado.  7. Población cautiva en el hogar de cuidado.  8. El aumento de esta población en los hogares de cuidado.  9. Ubicación cercana de la Facultad de Odontología (Universidad de Carabobo)</p>	<p>2. Adquisición y utilización de los materiales obteniendo el mejor provecho de estos por el conocimiento de sus técnicas de manipulación y empleo.  3. Adecuar un circuito de atención compatible con las normas y horarios del hogar de cuidado y los hábitos del adulto mayor.  4. Establecer alianza estratégica con la Universidad de Carabobo para desarrollar el programa</p>	<p>municipales con poder de decisión.  2. Presentar recaudos ante entidad bancaria para obtención de capital de trabajo.  3. Solicitar insumos y recursos con plan de convenio a empresa privada relacionada con el programa.</p>
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATÉGIAS FA</b>	<b>ESTRATÉGIAS DA</b>
<p>1. Obtención de contrato para desarrollo del programa  2. Bajo nivel educativo en materia odontológica  3. Falta de motivación del personal del hogar de cuidado  4. Espacio físico para instalación de unidad odontológica portátil  5. Condición de salud general del adulto mayor (desnutrición, salud mental, hipertensión arterial)</p>	<p>1. Oportunidad de presentar un programa con un diseño factible.  2. Estimular al personal del hogar brindándole herramientas de trabajo útiles.  3. Adaptar la atención de la manera más adecuada para las condiciones de salud del paciente adulto mayor.</p>	<p>1. Elegir unidades odontológicas portátiles de acuerdo al espacio físico disponible en los hogares de cuidado.  2. Contemplar el tipo de paciente a atender para el proceso de reclutamiento y selección del personal asistente.  3. Enfocar las diligencias para la contratación del programa en las necesidades de los individuos susceptibles en cuanto a educación para la prevención.</p>

## UNIDAD OPERATIVA DE EDUCACIÓN-PREVENCIÓN

Esta unidad se ocupará de llevar información teórico-práctica a los pacientes, sobre técnicas de higiene bucal (cepillado, enjuague e hilo dental) y patologías bucales (caries, patologías periodontales, etc.) y funcionará en áreas acondicionadas destinadas a tal fin (aula o salón, área de cepillado, baños).

## PLAN OPERATIVO

### Objetivos

1. Informar sobre las patologías bucales al 100% de los adultos mayores durante un período de un año.
2. Enseñar las técnicas de higiene bucal al 100% de los adultos mayores durante un período de un año.

### Metas

- 1.1 Dictar el 100% de las charlas planificadas
- 1.2 Lograr el 100% de la asistencia a las charlas dictadas
- 1.3 Motivar al 100% de los asistentes a participar durante la charla

Actividades	Estrategias	Tiempo	Recursos	Estrategias
-Acondicionar el área con elementos alusivos	-Charlas y/o talleres interactivos	45 min. Por charla	-láminas	Facilitadores
-Elaborar láminas ilustrativas sobre caries dental, enfermedad periodontal, pérdida dentarias, tratamientos de conducto, biopsias, prótesis dentales, alimentos que previenen la caries, efectos de los fluoruros.	-Preguntas y respuestas -Invitar a los pacientes a través de carteleras informativas e invitaciones personalizadas -Seleccionar música que estimule el aprendizaje y la concentración		-equipo de música -kit odontológico -invitaciones -cartelera informativa -modelos dentales -lista de pacientes	Invitados expertos en el área
- diseñar dípticos informativos	-Obsequiar kit de higiene bucal (cepillo, hilo, vaso, enjuague y crema dental)		-televisor, videos y DVD	
-llevar la asistencia				
-llevar lista de participación durante la charla				
-realizar un plan de trabajo para cada charla				
-proyección de videos				

## Índices de gestión

1.1 Número de charlas realizadas x 100 / Número de charlas planificadas =

1.2 Número de asistentes a la charla x 100 / Número de asistentes invitados =

1.3 Número de participantes durante la charla x 100 / Número de asistentes =

## Monitoreo

El seguimiento se llevará a cabo en cada actividad de charla, a través del instrumento (lista de asistencia, lista de participación) y la del número de charlas dictadas a los cinco meses y al finalizar el año.

## Objetivo

2. Enseñar las técnicas de higiene bucal al 100% de los adultos mayores durante un período de un año.

## Metas

2.1 Lograr que el 100% de los adultos mayores realicen una buena técnica de cepillado dental en seis meses

2.2 Lograr que el 100% de los adultos mayores realicen una buena técnica de uso del hilo dental en seis meses

2.3 Lograr que el 100% de los adultos mayores realicen una buena técnica de enjuague bucal en seis meses

Actividades	Estrategias	Tiempo	Recursos	Estrategias
-Acondicionar el área de trabajo según las características del paciente	-técnica expositiva -técnica de modelaje	15 min.	-espejos -bancos y sillas	Facilitadores
-Elaborar láminas ilustrativas sobre las diferentes técnicas y su importancia	-aplicación directa de la técnica en el paciente -Preguntas y respuestas	Por actividad por paciente	-revelador de placa dental -láminas	
- Entregar folleto informativo con ilustraciones	-Invitar a los pacientes a través de carteleras informativas e		-equipo de música	

<p>(empresa privada)</p> <p>-Diseñar instrumento con escala de valores para determinar si ha sido buena la técnica</p> <p>-Personalizar kit odontológico</p> <p>-Aplicar técnicas con cepillo dental, convencionales, interdetales y eléctricos</p> <p>-Llenar instrumento de aplicación de las técnicas de higiene bucal</p> <p>-Realizar un circuito de trabajo para cada actividad</p>	<p>invitaciones personalizadas</p> <p>-Seleccionar música que estimule el aprendizaje y la concentración</p> <p>-Obsequiar kit de higiene bucal (cepillo, hilo, vaso, enjuague y crema dental)</p>		<p>-kit odontológico</p> <p>-invitaciones</p> <p>-macromodelos dentales y cepillo dental, convencionales, interdetales y eléctricos</p> <p>-instrumento de recolección de datos</p>	
---	--	--	---	--

### Índices de gestión

2.1 Número de adultos mayores que realizan una buena técnica de cepillado dental x 100 / Número de adultos mayores que realizan la técnica =

2.2 Número de adultos mayores que realizan una buena técnica del hilo dental x 100 / Número de adultos mayores que realizan la técnica =

2.3 Número de adultos mayores que realizan bien la técnica de enjuague bucal x 100 / Número de adultos mayores que realizan la técnica =

### Monitoreo

El seguimiento se llevará a cabo en cada actividad, a través del instrumento y al finalizar los seis meses.

## UNIDAD OPERATIVA DE CLÍNICA

Esta unidad se ocupará de realizar los tratamientos preventivos (sellantes, topificación con fluoruro y profilaxis dental), tratamientos odontológicos de saneamiento (restauraciones dentales, tartrectomías, endodoncias, biopsias, exodoncias), y atender las emergencias odontológicas diurnas y nocturnas que se presenten a través de un sistema de guardias clínicas; y funcionará en áreas acondicionadas destinadas a tal fin, donde se instalará una unidad odontológica portátil, con todo el equipo, instrumental y material odontológico necesario.

### PLAN OPERATIVO

#### Objetivos

1. Realizar el 100% de los tratamientos preventivos durante un año
2. Sanear desde el punto de vista odontológico al 100 % de la población de adultos mayores en un período de un año
3. Atender el 100% de las emergencias odontológicas durante un año

#### Metas

- 1.1 Motivar al 100% de los a asistir a la clínica
- 1.2 Sellar el 100 % de los dientes en el primer semestre
- 1.3 Realizar el 100% de las profilaxis en el primer semestre
- 1.4 Realizar el 100% de las topificaciones con fluoruro en el primer semestre

Actividades	Estrategias	Tiempo	Recursos	Estrategias
-Acondicionar el área de trabajo según tratamiento y características del paciente	-Preguntas y respuestas		-láminas explicativas y decorativas	Odontólogo
-Decorar el área para hacerla atractiva a los pacientes y al personal de salud	-Invitar a los pacientes a través de carteleras informativas e invitaciones personalizadas	Sellantes 15 min. aprox.	-equipo de música	Asistente dental
- Elaborar un sistema de recompensas luego de	-Seleccionar música que estimule el aprendizaje y la	Profilaxis 10 min. aprox.	-kit odontológico	Facilitadores
		Fluoruro	-historias clínicas -invitaciones y tarjetas de citas	

realizar tratamientos -llevar la asistencia -Establecer cronograma de citas a través de tarjetas personalizadas y en cartelera informativa -Abrir historia clínica -Realizar plan de tratamiento según las prioridades de cada paciente -Aplicación de sellantes, fluoruro y profilaxis -Enjuagues con clorhexidina -realizar sistema de buscar al paciente para su traslado al área clínica	concentración -Obsequiar kit de higiene bucal (cepillo, hilo, vaso, enjuague y crema dental) -Interconsulta con médico tratante (enfermedad actual, medicamentos, etc.)	10 min. aprox.	-cartelera informativa -lista de pacientes para asistencia - clorhexidina -kit de sellantes, fluoruro, pasta y cepillo profilaxis -micromotor -aplicadores -instrumental odontológico -material descartable -unidad odontológica	
---	---	-------------------	--	--

### Índices de gestión

- 1.1 Número de pacientes que asisten a consulta x 100 / Número de pacientes citados =
- 1.2 Número de dientes sellados x 100 / Número de dientes por sellar =
- 1.3 Número de profilaxis realizadas x 100 / Número de profilaxis indicadas =
- 1.4 Número de topificaciones con fluoruro realizadas x 100 / Número de topificaciones indicadas =

### Monitoreo

El seguimiento se llevará a cabo en cada consulta, a través de la historia clínica y la lista de asistencia y al cabo de los seis meses.

### Objetivos

2. Sanear desde el punto de vista odontológico al 100 % de la población de adultos mayores en un período de un año

## Metas

- 2.1 Realizar el 100% de las biopsias en el primer trimestre
- 2.2 Realizar el 100% de las exodoncias
- 2.3 Restaurar el 100 % de los dientes cariados en ocho meses
- 2.4 Realizar el 100% de las tartrectomías en ocho meses
- 2.5 Realizar el 100% de las endodoncias en ocho meses

Actividades	Estrategias	Tiempo	Recursos	Estrategas
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acondicionar el área de trabajo según tratamiento y características del paciente</li> <li>- Elaborar un sistema de recompensas luego de realizar tratamientos</li> <li>-llevar la asistencia</li> <li>-Realizar plan de tratamiento según las prioridades de cada paciente</li> <li>-Realizar los tratamientos</li> <li>-Crear sistema de buscar al paciente para su traslado al área clínica</li> <li>-Llevar registro de gasto de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Preguntas y respuestas</li> <li>-Invitar a los pacientes a través de carteleras informativas e invitaciones personalizadas</li> <li>-Seleccionar música de relajación</li> <li>-Interconsulta con médico tratante (enfermedad actual, medicamentos, etc.)</li> </ul>	<p>Según tratamiento.</p> <p>El tiempo no debe exceder de 40 min. por consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-equipo de música</li> <li>-lista de pacientes para asistencia</li> <li>-micromotor y turbina</li> <li>-instrumental odontológico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>espátulas</li> <li>atacadores</li> <li>fresas</li> <li>lámpara de fotocurado</li> <li>amalgamador</li> <li>tartrectomos y curetas</li> <li>triada</li> <li>sonda periodontal</li> <li>limas</li> <li>bisturí y hojas</li> <li>forceps</li> <li>carpule</li> <li>gubia y separadores</li> </ul> </li> <li>-material odontológico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>amalgama y resina</li> <li>vidrio ionomérico</li> <li>gasa y algodón</li> <li>sutura</li> <li>gutapercha</li> <li>anestesia</li> <li>fijador y revelador</li> </ul> </li> <li>-material descartable</li> <li>-unidad odontológica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Odontólogo</li> <li>Asistente dental</li> <li>Facilitadores</li> </ul>

material			-unidad de rayos x y caja de revelado	
-Archivo de historias clínicas			-escritorio y archivo	

### Índices de gestión

- 2.1 Número de biopsias realizadas x 100 / Número de biopsias indicadas =
- 2.2 Número de exodoncias realizadas x 100 / Número de exodoncias indicadas =
- 2.3 Número de dientes restaurados x 100 / Número de dientes carizados =
- 2.4 Número de tartrectomías realizadas x 100 / Número de tartrectomías indicadas =
- 2.5 Número de endodoncias realizadas x 100 / Número de endodoncias indicadas =

### Monitoreo

El seguimiento se llevará a cabo para todos los tratamientos en cada consulta, a través de la historia clínica y al cabo de los ocho meses y para las biopsias al término del primer trimestre.

### Objetivos

- 3. Atender el 100% de las emergencias odontológicas durante un año

### Metas

- 3.1 Atender el 100% de las emergencias diurnas
- 3.2 Atender el 100% de las emergencias nocturnas

Actividades	Estrategias	Tiempo	Recursos	Estrategias
-llevar la estadística	-Preguntas y respuestas	Según emergencia	-equipo de música	Emergencia diurna: Odontólogo Asistente dental Facilitadores
-Realizar los tratamientos según la emergencia	-Seleccionar música de relajación		-instrumental y material según tipo de emergencia	
-Crear sistema de ubicar la historia clínica rápidamente	-Interconsulta con médico tratante (enfermedad actual,		-material descartable -unidad odontológica -unidad de rayos x y caja de revelado	

(programas por computadora)	medicamentos, etc.)			
-Verificar antecedentes médicos relacionados con la emergencia odontológica				

### Índices de gestión

3.1 Número de emergencias diurnas atendidas x 100 / Número de emergencias producidas =

3.2 Número de emergencias nocturnas atendidas x 100 / Número de emergencias producidas =

### Monitoreo

El seguimiento se llevará a cabo al momento a través de la historia clínica y al cabo de un año.

## UNIDAD OPERATIVA DE REHABILITACIÓN ODONTOLÓGICA

Esta unidad se ocupará de realizar los tratamientos de rehabilitación, es decir, reestablecer las funciones bucales perdidas, por las ausencias dentarias principalmente (prótesis removibles y totales), y funcionará en una unidad odontológica portátil, con todo el equipo, instrumental y material odontológico necesario.

### PLAN OPERATIVO

#### Objetivo

1. Rehabilitar desde el punto de vista protésico el 100% de los adultos mayores durante un año

#### Metas

1.1 Instalar el 100% de las prótesis parciales removibles durante seis meses

1.2 Instalar el 100% de las prótesis totales durante seis meses

Actividades	Estrategias	Tiempo	Recursos	Estrategas
- Elaborar un sistema de enseñanza para	-Preguntas y		-equipo de música -micromotor y turbina	Odontólogo

<p>mantenimiento de las prótesis dentales</p> <p>-Toma de impresiones/ modelos de estudio, modelos funcionales, prueba preliminares (metal, encerado)</p> <p>-Control de citas y sistema de buscar al paciente para su traslado al área clínica</p> <p>-Llevar registro de gasto de material</p> <p>-Archivo de historias clínicas</p>	<p>respuestas</p> <p>-Invitar a los pacientes a través de carteleras informativas e invitaciones personalizadas</p> <p>-Seleccionar música de relajación</p> <p>-Interconsulta con médico tratante (enfermedad actual, medicamentos, etc.)</p>	<p>Según tratamiento.</p> <p>El tiempo no debe exceder de 40 min. por consulta</p>	<p>-instrumental odontológico:</p> <p>Espátulas cubetas fresas triada carpule</p> <p>-material odontológico:</p> <p>Guía de color papel de articular algodón láminas de cera anestesia acrílico yeso caucho para impresiones silicona alginato</p> <p>-material descartable</p> <p>-unidad odontológica</p> <p>-escritorio y archivo</p>	<p>Asistente dental</p> <p>Facilitadores</p>
--	--	--	--	--

### Índices de gestión

1.1 Número de prótesis parciales removibles instaladas x 100 / Número de prótesis indicadas =

1.2 Número de prótesis totales instaladas x 100 / Número de prótesis totales indicadas =

### Monitoreo

El seguimiento se llevará a cabo para todos los tratamientos en cada consulta, a través de la historia clínica y al cabo de seis meses.

### ÍNDICES DE GESTIÓN DE PRODUCTIVIDAD

Para la medición de la productividad se aplicarán los siguientes índices:

Índice de Cobertura General

Índice de Deserción

Índice de Guardias Logradas.

Índice de Historias Clínicas Completas.

Promedio de consultas por persona.

Promedio diario de consultas.

Promedio diario de actividades.

Promedio de actividades por consulta.

Promedio de tiempo por actividad.

Índice de altas.

Promedio de consultas por alta.

Índice de atrición.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES**

Luego de haber desarrollado la presente investigación, a través de todas sus etapas, se puede concluir que la problemática planteada, generó la búsqueda de diseños que pretendan reivindicar la prestación de la salud odontológica como parte integral de la condición de salud general para el sector de la tercera edad, recordando que el tratamiento odontológico no es independiente del tratamiento médico y viceversa. Por tanto, se diseñó un programa de atención odontológica integral tomando en cuenta al adulto mayor en los hogares de cuidado como población beneficiada. En un sentido más explícito, se busca incorporar al adulto mayor a la consulta odontológica para hacer prevención específica, disminuyendo la instalación de patologías bucales y brindar la posibilidad de rehabilitaciones protésicas que contribuyan a elevar su calidad de vida.

En cuanto a los objetivos de la investigación el primero, fase diagnóstica, demostró la necesidad de la creación del programa, mostrando que más del 80% de los adultos mayores poseen poco o ningún conocimiento sobre patologías bucales y como prevenirlas, más del 80% no ha asistido al odontólogo en el último año y más del 80% no aplica adecuadamente las técnicas de higiene bucal; el resultado del índice CPOD de 27,79, altísimo, considerando que las OMS estima un CPOD de 6,6 como muy alto y el resultado del IHOS de 4,5 en el rango de lo que se considera un índice de higiene oral malo, además se evidenció cuáles eran las necesidades de tratamiento y rehabilitación dental, ocupando un 56% las prótesis parciales removibles junto a las tartrectomías y 49% las restauraciones dentales. Se realizó estudio de factibilidad cubriendo el segundo objetivo y el programa de atención odontológica integral diseñado, el cual es el objetivo principal de la presente investigación, éste marca precedentes en la prestación de servicios de salud bucal en el ámbito comunitario, cubriendo los niveles de atención odontológica como son: educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, valiéndose de lo que puede considerarse una parte clave del diseño como es la instalación de un equipo odontológico portátil dentro del hogar de cuidado, avalando con este hecho un servicio de salud bucal que llega directamente al beneficiario suprimiendo de manera definitiva el riesgo que envuelve la movilización de los ancianos o adultos de edad avanzada, que en muchos de los casos se encuentran ya con estados de salud general delicada y hasta crítica.

En ese sentido, el alcance del programa diseñado se verá a corto, mediano y largo plazo según aplique, y desde los primeros seis meses de iniciado, gracias a la planificación del monitoreo de los tratamientos en cada consulta, a través de la historia clínica y los controles de gestión por la aplicación y revisión de los índices incluyendo los de productividad contemplados en el diseño.

Así, el poder desarrollar acciones en materia de educación, prevención, tratamiento y rehabilitación odontológica en personas de 60 y más años de edad, independientes, semidependientes y dependientes tiene un significado extraordinario, así como, de igual manera, para la comunidad y la sociedad de hoy.

## RECOMENDACIONES

Como principal recomendación se propone que se deba incentivar la investigación con relación a las necesidades de atención odontológica de los adultos mayores, creándose espacios para la incorporación de otras áreas de salud favoreciendo el trabajo interdisciplinario.

Así mismo, se debe fomentar en el personal de atención odontológica la importancia del abordaje interdisciplinario del adulto mayor para lograr que el odontólogo se habitúe a realizar una historia clínica médica general y buscar la incorporación de pruebas diagnósticas en odontología vinculadas con medicina para que se fortalezca la interacción del grupo interdisciplinario enriqueciendo sus actitudes y respuestas hacia el paciente. En ese sentido se piensa que al interactuar como un verdadero equipo interdisciplinario y cumpliendo cada uno con su función, el beneficio del paciente se manifestará de inmediato en su estado de salud general, eliminando barreras socio sanitarias.

Se debe también orientar a los cuidadores de adultos mayores, siendo estos profesionales o naturales (familiares y allegados), acerca de cuidados de la salud oral de los individuos a quienes asisten, observando la necesidad de fortalecer el programa, en un futuro, involucrar al grupo familiar y demás personas que rodean a estos hombres y mujeres en su proceso de estancia en los hogares de cuidado, favoreciendo cambios importantes para la condición de salud de la población adulta mayor.

Establecer programas de vigilancia epidemiológica que permita el seguimiento de los casos en la población conformada por adultos mayores, como Ministerio de Salud y Desarrollo Social y las universidades.

Formar alianzas estratégicas para vincular el programa a entidades públicas y privadas, buscando apoyo, no solo financiero sino también de difusión e intercambio de información, para fortalecer el área de la investigación, en especial, con universidades, regionales, nacionales y hasta internacionales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ary, D., Jacobs, L. y Razavieh, A. (1992). **Introducción a la investigación pedagógica**. 2da ed... México: McGraw Hill.
- Asociación Médica Mundial (1989). **Declaración de Helsinki**. [Documento en línea]. Disponible: [www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm](http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm) [Consulta: 20, Enero 2007]
- Ayuntamiento de Madrid (2005). **Convenio de colaboración entre el área de Gobierno de empleo y servicios a la ciudadanía del Excmo. y el ilustre Colegio oficial de odontólogos y estomatólogos de la 1ª región**. Madrid.
- Baca, P., Bravo, M. y Junco, P. (2002). **Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria**. En Rioboo, R. (Comp.). **Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria**. (Capítulo 1. Tomo I). Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L.
- Barquín, M. (2002). **Dirección de hospitales**. 7ma ed. México: McGraw Hill
- Bratos, E. (2002). **Educación para la Salud Bucodental**. En Rioboo, R. (Comp.). **Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria**. (Capítulo 49. Tomo II). Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L.
- Breihl, J. y Granda E. (1982). **Investigación de la salud en la sociedad**. Quito, Ecuador: Ediciones CEAS.
- Briceño, R. (1999). **Salud no rentista y posmoderna para el desarrollo humano**, en Cuadernos médicos sociales. Centro de estudios sanitarios y sociales, Asociación Médica de Rosario. N° 64, pp 73-80.
- Caballero, J., Rodríguez, G. y Martínez, M. (1991). **Estado dental y necesidad de tratamiento en la población geriátrica institucionalizada de Vizcaya**. Rev Eur Odontoestomat; 3: 57-64.
- Caballero, J., Rodríguez, G., Martínez, M. y Barcena, L. (1989). **Ancianos edéntulos portadores de prótesis totales**. Rev. Actual Odontoestomatol; 388:59-64.
- Castañeda, M. (2006). **Modificación de conocimientos sobre cuidado y mantenimiento de la prótesis total en el adulto mayor**. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.odontologiaonline.com>. [Consulta: 2007, Febrero 24]
- Castellanos, L., Díaz, L., y Gay, O. (2002). **Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas**. Medicina en Odontología. 2a ed. México. Manual Moderno: 399-412.
- Chaves, M. (1962). **Odontología Sanitaria**. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, EUA.
- Chaves, M. (1976). **Odontología Sanitaria**. Versión española. Publicaciones científicas. OPS.OMS. N° 63.

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (CELADE). (2000) **Demografía en Venezuela**. Disponible en [www.eclac.org/celade/CE\\_CELOOe.htm](http://www.eclac.org/celade/CE_CELOOe.htm). [Consulta: 2007, Febrero 24]
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). **Gaceta Oficial 36.870**. Diciembre 30. Venezuela
- David, F. (1994). **La Gerencia Estratégica**. Fondo Editorial Legis.
- Diccionario de la lengua española (2005). Madrid: Espasa-Calpe.
- Ettinger, R. (1997). **The unique oral health needs of an aging population**. Dent Clin North Am; 41 (4):633-49.
- García, J. (1993). **Guía Práctica de los Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica**. Caracas: Disinlimed.
- Garcillan, M., y Rioboo, R. (1991). **Patología bucodental geriátrica**. RevEur Odontoestomat; 3: 403-410.
- Geirenger, A. (1989). **La Práctica Odontológica en Venezuela**. Venezuela: Alfa Impresores.
- Gil, M., Sáenz, M., Hernández, D., y González, E. (2002). **Los sellantes de fosas y fisuras: una alternativa de tratamiento preventivo o terapéutico**. [Revista en línea]. Disponible: [www.actaodontologica.com/40\\_2\\_2002/30.asp](http://www.actaodontologica.com/40_2_2002/30.asp) [Consulta: 2004, Abril 24]
- Gottlieb, B., Diamond, M. y Applebaum, E. (1946). **The caries problem**. American Journal Orthodontic Oral Surgery. (32):365.
- González Sanz, A. (2002). **Métodos en Odontología Comunitaria: APS**. En Rioboo, R. (Comp.). Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. (Capítulo 44. Tomo II). Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). **Metodología de la investigación**. 3a. ed. México: McGraw Hill.
- Higashida, B. (2000). **Odontología Preventiva**. p. 119. México: McGraw Hill.
- Hurtado, J. (1998). **Metodología de la Investigación Holística**. Caracas, Venezuela: Fundación Sypal.
- Lazo, M., Quintana, M., y Rojas, L. (1988). **Odontología geriátrica, un nuevo desafío en la profesión**. Rev Dent Chile; 79 (2): 161-165.
- Ley Orgánica de Salud. Proyecto. (2001). **Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela**. Documento en línea: [www.msds.gov.ve/msdsweb/Leyes/LeyOrgSalud.doc](http://www.msds.gov.ve/msdsweb/Leyes/LeyOrgSalud.doc) [Consulta 2003, Mayo 2006].
- Malagón, L. y Galán, M. (2002). **La Salud Pública. Situación actual**. Editorial Médica Panamericana propuestas y recomendaciones. Colombia: Editorial Médica Panamericana.

- Martínez, B. (2003). **Caries. Clínica e Histopatología**. Universidad Mayor. Facultad de Odontología. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.patoral.umayor.cl/caries/caries/htm>. [Consulta: 2004, Abril 24]
- McDonald, R. y Avery, D. (1991). **Odontología Pediátrica y del Adolescente**. pp. 213, 368-370. 5a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Mena, A. y Rivera, L. (1991). **Epidemiología bucal. Conceptos básicos**. Organización de facultades, escuelas y departadontología de la Unión de Universidades de la América Latina. Caracas.
- Ministerio de Ciencia y Tecnología y Fondo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación. (2002). **Código de Bioética y Bioseguridad**. 2da ed. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.Fondo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación.htm> [Consulta: 2005, Junio 23]
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección Técnica de Programas. División de Salud Oral (1994) **Instructivo para la Evaluación de Índices Operacionales**. Caracas: Mimeografiado.
- Nebot, D., Pillet, J. (1991). **La caries corona-radiculares: approche histo-clinique**. Rev Eur Odontostomat; 20: 49-56.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). **Promoción de la Salud**. Glosario. Ginebra.
- \_\_\_\_\_ (1986). **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**. Conferencia Internacional sobre Promoción de la salud. Asociación Canadiense de Salud Pública. Notario, Canadá: Noviembre.
- \_\_\_\_\_ (1981). **Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000**. Serie "Salud Para Todos". N° 3.1981.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1991). **Salud Oral y los Sistemas Locales de Salud**. Caracas.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). **La salud en las Américas**. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación científica No. 569).
- OPS-OMS. (2001). **Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud**.
- Piedrola, G. (2001). **La Salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y Salud Pública**. En: Piedrola Gil, (comp.) **Preventiva y Salud Pública**. (Capítulo 1). Editorial Masson. 10ª Edición. Barcelona, España.
- Pinilla, M., López, M. y Cielos, M. (1988). **Salud bucodental de la población anciana de Córdoba**. Geriátrika;4(1):27-31.
- Pinzón, S. y Zunzunegui, M. (1999). **Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral**. España Rev Mult Gerontol. 9: 216-224

- Puertas, E. y colaboradores (1998). **Bioestadística. Herramienta de la investigación**. Consejo de Desarrollo Científico, humanístico y Tecnológico de la Universidad de Carabobo (CDCHT-UC). Venezuela.
- Ritchie, C., Burgio, L., Locher, L., Cornwell, A., Thomas, D., Hardin, M. y Reeden, D. (1997). **Nutritional status of urban homebound older adults**. Am J Clin Nut ;( 4): 815
- Rivera, L., Núñez, A. y Acevedo, A. (1997). **Estudio Basal de la Prevalencia de caries en niños escolarizados**. OMS, OPS, MSAS, INN, LUZ, UVC y Fundación Kellogs, Venezuela, Mayo-Junio –Octubre.
- Robbins, S. (1994). **Administración. Teoría y Práctica**. 4a ed. Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.
- Rodríguez Calzadilla, A. (s/f). **Vigilancia y evaluación de la salud bucal. Método de observación y control**. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad de La Habana, Cuba. Documento en línea. <http://gbsystems.com/papers/general/est01195.htm> [Consulta: 2007, Enero, 12].
- Rovere, M. (1993). **Planificación Estratégica de Recursos**. N° 96 Organización Panamericana de la Salud.
- Senge, P. y col. (1995) **La Quinta Disciplina en la Práctica**. España: Ediciones Granica S.A.
- Serna, H. (1997). **Gerencia Estratégica. Planeación y Gestión - Teoría y Metodología**. 5a ed. Colombia: 3R Editores.
- Serna, H. (2000). **Planeación y Gestión Estratégica. Teoría-Metodología**. Santa Fè de Bogotá, Colombia: Global Ediciones.
- Sierra, C. (2004). **Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación**. Venezuela: Insertos Médicos de Venezuela. C.A.
- Sosa, M.; González, M.; Naranjo B.; Navas, I. y Quintana B. (2003). **Levantamiento Epidemiológico bucal en escolares de 1° y 2° etapa. Abril 2003**. Síntesis: tesis de grado. Hospital Victorino Santaella Ruiz. Documento en línea: <http://www.odontologiaonline.com/casos/part/LST/LST08/lst08.html> . [Consulta: 2005, Agosto 18].
- Stoner, J. y col. (1996) **Administración**. 6a ed. Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.
- Taboada, O., Mendoza, V., Hernández, D. y Martínez, I. (2000). **Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad**. Vol. LVII, No. 5. Septiembre-Octubre. pp 188-192
- Velazco, J. (2006). **Guía Trabajo Especial de Grado**. Universidad Católica Andrés Bello. Dirección General Estudios de postgrado. Caracas. Enero-Marzo.

## **ANEXOS**



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD**

**Consentimiento informado**

Declaro que he sido informado(a), en cuanto a la investigación denominada **DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DIRIGIDO AL ANCIANO O ADULTO MAYOR EN HOGARES DE CUIDADO DIARIO DEL ESTADO CARABOBO**, y en cuanto a la revisión bucal que se me va a realizar, la cual consiste en determinar con espejo bucal y luz natural el número de dientes cariados, perdidos u obturados y observarán como manejo la higiene bucal. Se me indicó el carácter confidencial del procedimiento. El Dr. Pablo Mirabal me informó en forma amplia, adecuada y suficiente todo lo anterior y se hace responsable por las posibles consecuencias que se pudieran presentar.

Yo \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ años de edad y sexo \_\_\_\_\_ **autorizo el diagnóstico epidemiológico.**

---

Firma

Dr. Pablo Mirabal Mata. Teléfonos: Ofic. (0241)8686139. Celular: 0412-34113359

## Anexo B

### Operacionalización de la variable

#### DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL DIRIGIDO AL ANCIANO O ADULTO MAYOR EN HOGARES DE CUIDADO DIARIO DEL ESTADO CARABOBO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUB-DIMENSIÓN	INDICADORES
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL	Es el conjunto de actividades destinadas a la prestación de servicios destinados a lograr el restablecimiento y mantenimiento de un estado de salud bucal	Prestación de servicios generales y específicos en las distintas áreas de la odontología	Educación	Manejo de conocimientos básicos sobre salud bucal	Manejo de conceptos y conocimientos asociados a la salud bucal
			Prevención	Manejo de técnicas de higiene bucal	Manejo de: Técnicas de cepillado Uso del hilo dental Uso de enjuague bucal
			Tratamiento	Técnicas odontológicas: Operatoria dental Periodontología Endodoncia Patología bucal	N° de restauraciones dentarias N° de tartrectomías N° de tratamientos de conductos N° de biopsias
			Rehabilitación	Prótesis dentales	N° de prótesis totales superiores e inferiores N° de prótesis parciales removibles



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

**CUESTIONARIO**

ÍTEMS	OPCIONES	
	SI	NO
1. Conoce qué es la caries dental		
2. Sabe por qué se produce la caries dental		
3. Conoce qué tipo de alimentación puede prevenir la caries		
4. Conoce qué es la gingivitis o inflamación de las encías		
5. Ha visitado al odontólogo este último año		
6. Sufre actualmente dolor de dientes		
7. Le sangran las encías		
8. Usa prótesis dental		
9. Maneja la técnica de cepillado		
10. Aplica la técnica de cepillado después de comer		
11. Maneja la técnica del uso del hilo dental		
12. Usa el hilo dental		
13. Conoce los enjuagues bucales		
14. Usa enjuagues bucales		



**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD**

**GUÍA DE OBSERVACIÓN**

ÍTEMS	OPCIONES			
	Bien	Susceptible de mejorar	Deficiente	No aplica o no usa
1. Aplica la técnica de cepillado				
2. Aplica la técnica de uso de hilo dental				
3. Usa enjuague bucal				

**Anexo E**

Nº \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD**

**ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA**

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRES \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ HOGAR DE CUIDADO \_\_\_\_\_

**ODONTODIAGRAMA**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

C    E    Ei    O    S  
 \_\_\_\_\_

CPOD: \_\_\_\_\_

	16/55	11/51	26/65	16/55	11/51	26/65
Nº de restauraciones _____	<input type="checkbox"/>					
Nº de tartrectomías _____	<input type="checkbox"/>					
Nº de endodancias _____	<input type="checkbox"/>					
Nº de biopsias _____	46/85	31/71	36/75	46/85	31/71	36/75

Prótesis total superior \_\_\_\_\_ IMA: \_\_\_\_\_ IC: \_\_\_\_\_ IHOS: \_\_\_\_\_

Prótesis total inferior \_\_\_\_\_

Prótesis parcial removible \_\_\_\_\_

## Anexo F



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

### VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

NOMBRE DEL EVALUADOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

GRADO ACADÉMICO: \_\_\_\_\_

#### **Título propuesta de trabajo de grado**

Diseño de un programa de atención odontológica integral dirigido al anciano o adulto mayor en hogares de cuidado diario del Estado Carabobo

#### **Objetivo General**

Diseñar un Programa de Atención Odontológica Integral dirigido a los ancianos o adultos mayores que asisten a hogares de cuidado en el Estado Carabobo.

#### **Objetivos Específicos**

1. Diagnosticar la situación actual de salud bucal del adulto mayor en los hogares de cuidado del Estado Carabobo.
2. Determinar la factibilidad de la propuesta.
3. Diseñar el componente educativo-preventivo del Programa de Atención Odontológica Integral dirigido a la población adulta mayor de los hogares de cuidado.
4. Diseñar el componente de tratamiento odontológico del Programa de Atención Odontológica Integral dirigido a la población adulta mayor de los hogares de cuidado.
5. Diseñar el componente de rehabilitación odontológica del Programa de Atención Odontológica Integral dirigido a la población adulta mayor de los hogares de cuidado.

Instrucciones: Lea cada ítem del instrumento y coloque una equis (x) en las casillas que mejor reflejen su opinión.

**INSTRUMENTO CUESTIONARIO**

ÍTEM	REDACCIÓN		PERTINENCIA		OBSERVACIONES
	CLARA	CONFUSA	SI	NO	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Considera Ud. que el número de los ítems cubre los objetivos propuestos. SI\_\_\_ NO\_\_\_

Considera Ud. que la calidad de los ítems cubre los objetivos propuestos. SI\_\_\_ NO\_\_\_

Que ítem agregaría

---



---



---



---



---

Sugerencias para mejorar el instrumento en cuanto a presentación, instrucciones, etc.

---



---



---



---



---

## INSTRUMENTO GUÍA DE OBSERVACIÓN

ÍTEM	REDACCIÓN		PERTINENCIA		OBSERVACIONES
	CLARA	CONFUSA	SI	NO	
1					
2					
3					

Considera Ud. que el número de los ítems cubre los objetivos propuestos. SI\_\_\_ NO\_\_\_

Considera Ud. que la calidad de los ítems cubre los objetivos propuestos. SI\_\_\_ NO\_\_\_

Que ítem agregaría

---

---

---

---

---

Sugerencias para mejorar el instrumento en cuanto a presentación, instrucciones, etc.

---

---

---

---

---

---

Firma

