

Quality of life and its relation with oral health in an elderly population treated by the Medellín Public Hospital Network: the perspective of healthcare personnel

Calidad de vida y su relación con la salud bucal en la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín: la perspectiva del personal de salud

Santiago Alzate-Urrea,¹ Felipe López-Vergel,¹ Carolina López-Orozco,¹ Erica Espinosa-Herrera,¹ Andrés A. Agudelo-Suárez,² Adriana Posada-López,³ Edwin J. Meneses-Gómez⁴

¹Estudiantes en formación de investigación: Facultad de Odontología - Universidad de Antioquia. E-mail: santiagoalzatte@gmail.com, jfelipe23@hotmail.com, carolop3z@hotmail.com, erika231291@hotmail.com.

²Odentólogo. Especialista en Administración de Servicios de Salud. PhD en Salud Pública. Profesor Asistente, Facultad de Odontología - Universidad de Antioquia. E-mail: oleduga@gmail.com.

³Odentóloga y Licenciada en Biología y Química. Magister en Epidemiología. Profesora de Cátedra. Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. E-mail: adriposalo@gmail.com.

⁴Odentólogo. Especialista en programas preventivos bucodentales a nivel individual y público. PhD en Ciencias Odontológicas. Profesor Facultad de Odontología, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, sedes Medellín y Pereira. E-mail: edjamego@yahoo.com

Recibido: abril de 2014. Aprobado: junio de 2014

Abstract

Introduction and objective:

It is necessary to study the quality of life and its relation to oral health from different methodological and conceptual approaches. The aim of this study was to analyze the factors that determine the quality of life and its relationship to oral health for the elderly consulting the Medellín Public Hospital Network based on the perspective of healthcare staff.

Materials and methods:

Qualitative and ethnographic study. 34 interviews with personnel providing health services (medicine, dentistry, nursing, social work and psychology) were performed in the E.S.E Metrosalud Health Center. A semi-structured script was used. Verbatim of the interviews were transcribed and a content analysis was performed according to categories that identified points of agreement, disagreement and trends in the information.

Forma de citar: *Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera E, Agudelo-Suárez AA, Posada-López A, Meneses-Gómez EJ.* Calidad de vida y su relación con la salud bucal en la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín: la perspectiva del personal de salud. Rev CES Odont. 2014; 27(2) pág 11-25

Results:

5 categories were identified in the analysis: 1) The social, cultural and economic context as a determinant of quality of life and oral health in the elderly; 2) General and oral health of elderly and their vulnerability; 3) Definition of Quality of Life (QL), health related quality of life (HRQL) and oral health related quality of life (OHRQL) 4) Healthy aging: definition and conditions for the development of the concept and; 5) Proposals to improve the quality of life, health and oral health in the elderly.

Conclusion:

Quality of life and its relationship with oral health in the elderly is a multidimensional concept and should be analyzed not only by means of individual factors but also from the socio-economic and political context. These factors place this population in a situation of social vulnerability.

Key words:

Quality of life, Health profile, Oral health, Elderly.

Resumen

Introducción y objetivo:

Se hace necesario estudiar la calidad de vida y su relación con la salud bucal desde diferentes perspectivas metodológicas y conceptuales. El objetivo de este estudio fue analizar los factores que determinan la calidad de vida y su relación con la salud bucal para la población adulta mayor que consulta la red prestadora pública de Medellín, desde la perspectiva del personal que presta servicios de salud.

Materiales y métodos:

Estudio cualitativo etnográfico mediante 34 entrevistas semiestructuradas a personal que presta servicios de salud en la E.S.E. Metrosalud de Medellín. Las entrevistas se transcribieron textualmente y se realizó análisis de contenido según categorías que identifican puntos de acuerdo, disenso y tendencias en la información.

Resultados:

Se identificaron 5 categorías: 1) El contexto social, cultural y económico como determinante de la calidad de vida y de la salud bucal; 2) La salud general y bucal de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad; 3) Definiciones de Calidad de Vida (CV), Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), y Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucal (CVRSB); 4) Envejecimiento saludable; 5) Propuestas para mejorar la calidad de vida, la salud y la salud bucal en los adultos mayores.

Conclusión:

Desde la perspectiva de los participantes, la calidad de vida y su relación con la salud bucal en el adulto mayor es un concepto multidimensional y debe analizarse no solamente con factores individuales sino también desde el contexto socioeconómico y político. Estos factores colocan a esta población en situación de vulnerabilidad social.

Palabras clave:

Calidad de vida, Perfil de salud, Salud bucal, Adulto mayor.

Introducción

El estudio de la calidad de vida en las personas, y su relación con la salud implica, en la mayoría de los casos, el análisis de los estilos de vida, del entorno, de las características propias de la población y de sus determinantes sociales (1-3). Esto mismo se aplica para el análisis de situación de salud bucal, lo que quiere decir, que a pesar de que las condiciones de vida y las enfermedades bucales impactan en la calidad de vida, esta misma trasciende del sector salud ya que tiene en cuenta dimensiones más amplias (4,5).

La evidencia científica disponible, cada vez presenta más investigaciones que se han ocupado de evaluar la relación que existe entre la calidad de vida y la salud bucal (6-8), especialmente en población adulta mayor. Se han diseñado instrumentos que pretenden evaluar esta relación de una forma más objetiva, aunque teniendo en cuenta la percepción propia del individuo (6,9,10). Concretamente en Colombia, este tema se ha ido incorporando en la agenda científica, a través de estudios que evalúan calidad de vida relacionada con la salud bucal en muestras particulares (11-13).

Colombia, como muchos otros países de América Latina, en las últimas décadas viene experimentando una transición demográfica y epidemiológica importante, con un rápido envejecimiento de la población (14). Según datos de la Organización Mundial de la Salud -OMS, 2011-, la esperanza de vida se sitúa en los 74 años para hombres y 81 para mujeres (15). Los mayores de 65 años representan un 7 por ciento de la población, teniendo en cuenta los datos de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS, 2010- (16). Esto implica un importante desafío en las políticas sociales y en salud por el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas y entre ellas las enfermedades de la boca. El Estudio Nacional de Salud Bucal -ENSAB III, 1998- (17),

evidenció que el índice COP fue de 19,8 en personas mayores de 65 años, una prevalencia de caries del 49% y una historia de caries del 95% (han tenido o tienen caries). El 46,3% presentaron pérdida de inserción periodontal generalizada.

En términos generales, la población adulta mayor es un grupo cada vez más significativo, pero que está expuesto a situaciones de desigualdad y exclusión social, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida (18). Desde un análisis de los determinantes de la salud bucal, es posible vislumbrar factores diferenciales, el gradiente social persiste sobre el tiempo y refleja la fuerte relación entre salud bucal y los factores socioeconómicos (19, 20). Las enfermedades bucales son un considerable componente de la carga global de enfermedad a pesar de que son prevenibles a través de la intervención de factores de riesgo (21).

Los estudios sobre análisis de situación de salud bucal en población adulta mayor en la ciudad de Medellín son más escasos. La salud bucal hace parte de la salud general, y de ahí se desprende la necesidad de generar políticas y estrategias que trasciendan el paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, hacia un modelo integral. Los estudios cualitativos, cada vez se usan con mayor frecuencia en el campo de la salud pública y la odontología, al ofrecer elementos que permiten comprender la realidad social que viven los actores implicados (22). Además, se hace importante conocer la percepción del personal que presta el servicio de salud, obteniendo un punto de partida para el planteamiento de estrategias y métodos de mejora en los procesos involucrados.

La Empresa Social del Estado (E.S.E), Metrosalud es la red prestadora de servicios de salud pública más grande de la ciudad y una de las más

importantes del país en materia de atención en salud a la población más vulnerable de la ciudad. En el año 2011, con la participación de investigadores de la Universidad de Antioquia y la Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, se inició un proyecto de investigación más amplio, con la utilización de diversas metodologías cuantitativas y cualitativas. Su objetivo general fue el de identificar los factores determinantes de la calidad de vida y su impacto en la salud bucal en la población adulta mayor que acude a los servicios de consulta general y especializada en la E.S.E Metrosalud de Medellín, desde una perspectiva de género.

En este contexto, este estudio tuvo como objetivo analizar los factores que determinan la calidad de vida y su relación con la salud bucal para la población adulta mayor que consulta la red prestadora pública de Medellín, desde la perspectiva del personal que presta servicios de salud en los diferentes puntos de atención de esta institución.

Ruta metodológica

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo y comprensivo, con perspectiva etnográfica. Este enfoque pretendió revelar los significados de las personas estudiadas y de sus discursos en el contexto social cotidiano (23). El área de estudio la constituyó la ciudad de Medellín, concretamente la empresa Social del Estado METROSALUD, la cual se constituye como la red pública hospitalaria del municipio de primero y segundo nivel que brinda servicios de salud a un segmento poblacional importante de la ciudad (24).

Se incluyó en este estudio al personal de salud que trabaja en esta institución y que presta servicios de asistencia. Con el fin de obtener las percepciones, vivencias y experiencias de diferentes actores, se incluyeron prestadores de servicios de medicina, odontología, enfermería, bacteriología, psicología y trabajo social. Para la selección de los participantes se contactó directamente a diferentes unidades y

centros de salud para solicitar personal profesional y técnico que voluntariamente aceptara ser incluido en esta investigación. A partir de esta información se utilizó la técnica de bola de nieve o muestreo nominado, a través de personas referidas por los inicialmente entrevistados. La muestra final fue de 34 personas, y se finalizó la recolección cuando se constató la no aportación de datos nuevos sobre los objetivos de este estudio (por saturación de la información y de las categorías de análisis).

El periodo de recolección de información se comprendió entre julio de 2012 y noviembre de 2013. Se realizaron entrevistas semiestructuradas por medio de una guía de preguntas con una parte común y una parte específica según el perfil del participante entrevistado. Dichas entrevistas fueron realizadas por el grupo investigador, los cuales recibieron entrenamiento previo sobre técnicas de investigación cualitativa. Los entrevistadores profundizaron en los contenidos importantes para el objetivo del estudio y se permitió que a través del discurso libre aparecieran nuevas categorías de análisis. Se recopiló información sociodemográfica con datos como la edad, el sexo, profesión y nivel de estudios alcanzado, tiempo de experiencia laboral fuera y dentro de METROSALUD. En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los participantes.

Las entrevistas tuvieron una duración entre 20 y 60 minutos, fueron grabadas en MP3 para su posterior transcripción literal en el procesador de texto Microsoft Word. El trabajo de campo se completó con notas de observación y reuniones del grupo investigador con el fin de precisar algunos aspectos encontrados durante las entrevistas.

Se realizó una revisión inicial con el fin de evaluar la calidad de las transcripciones y tras repetidas lecturas de los discursos se analizó y se identificó manualmente temas emergentes en los textos. Posteriormente, éstos fueron importados al software informático de análisis cualitativo (Atlas.Ti), con el cual se hizo un análisis narrativo de contenido (25), por medio de la identificación de fragmentos con similares significados.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes, Metrosalud, 2012

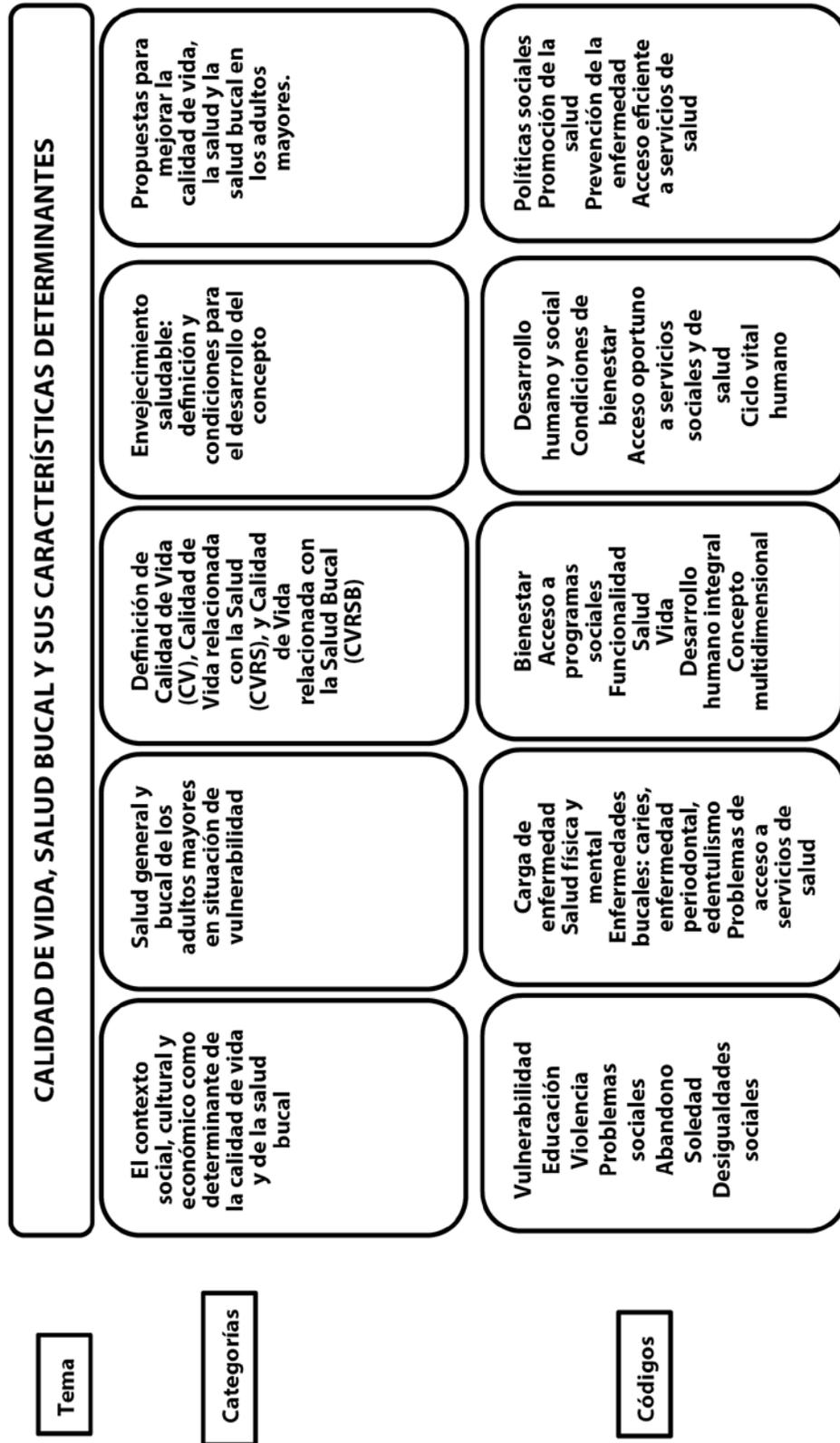
Características	Hombres	Mujeres	N
Edad			
20-40	1	8	9
41-60	12	13	25
Lugar de nacimiento			
Antioquia	13	17	30
Otras zonas del país	1	3	4
Tipo de servicio			
Odontología	7	12	19
Medicina	5	2	7
Enfermería	0	3	3
Psicología y trabajo social	1	3	4
Bacteriología y laboratorio clínico	0	1	1
Nivel de formación			
Técnico-auxiliar	0	6	6
Profesional	9	7	16
Posgrado	4	8	12
Tiempo de experiencia laboral (años)			
≤ 10	1	5	6
11-- 20	4	6	10
≥ 21	8	10	18
Tiempo de experiencia laboral en METROSALUD (años)			
≤ 10	4	10	14
11-- 20	5	4	9
≥ 21	4	7	11
Jornada laboral			
Medio tiempo	8	6	14
Tiempo completo	5	15	20
Total	13	21	34

Se cumplieron los requisitos éticos para investigación en seres humanos de acuerdo a la normativa internacional (26) y nacional (27), solicitando el consentimiento informado para participar en el estudio al personal que voluntariamente colaboró en la investigación, garantizando la confidencialidad y el respeto por la dignidad. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación (CEI) de la institución METROSALUD, según acta 09-2011.

Resultados

El análisis de las entrevistas permitió identificar 5 categorías generales de análisis, con un tema transversal: Calidad de vida, salud bucal y factores determinantes (Figura 1). Estas categorías se detallan a continuación:

Figura 1. Categorías, tema y principales códigos identificados en las entrevistas, Metrosalud, 2012 (n=34)



El contexto social, cultural y económico como determinante de la calidad de vida y de la salud bucal en la población adulta mayor

La E.S.E Metrosalud, se constituye como una red prestadora de servicios de salud de primero y segundo nivel de atención. Sus unidades hospitalarias y sus centros están localizadas en sectores de estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, o de niveles económicos bajos. Los prestadores comentaron que existen problemas moderados de seguridad en sus zonas circundantes, ya que en muchos de ellos existen problemáticas asociadas a la situación de violencia estructural que vive el país. No obstante, en estos sectores, disponen de una buena red de servicios públicos (agua potable, energía eléctrica, alcantarillado y saneamiento), al igual que de una adecuada red vial y de transporte público, lo cual permite un buen acceso geográfico para acceder a las instituciones de salud:

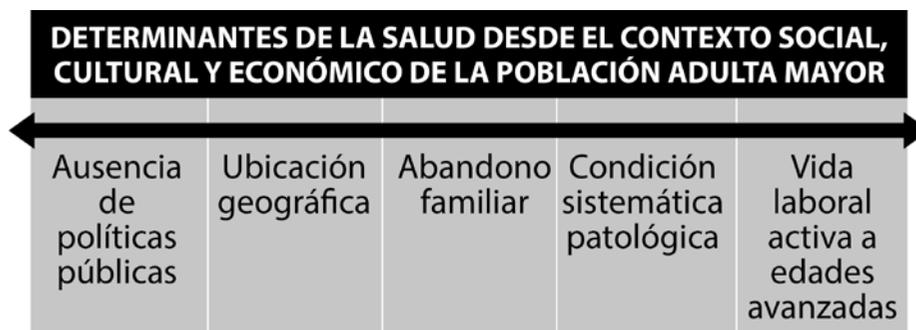
"A ver, sí, yo estuve en el centro de salud de XXXX, también muy buenos servicios públicos, buena vivienda, buena, hay escuelas, hay colegios por esa zona, o sea hay una condición digna de vivienda por esa zona..." [E1, Odontóloga]

"(...) en general son personas de estrato máximo 3, según la clasificación que hace el SISBEN..." [E9, Odontólogo]

"A nivel social, en XXX en este momento hay mucha violencia, ellos, eh, es fácil encontrarse que llegan a la consulta a contarle no me mataron un nieto o mi hijo se tuvo que ir de la casa porque está amenazado, entonces ellos están preocupados por la situación de violencia" [E5, Odontóloga]

La población entrevistada coincide en que la población adulta mayor se encuentra en una situación de vulnerabilidad social. Ante esto, manifestaron varios factores que podrían estar influyendo en esta situación: 1) la ausencia de políticas públicas que los incluya en los planes de salud, 2) Dificultades económicas por la falta de una pensión de jubilación digna, y teniendo en cuenta que muchos de los adultos mayores se encuentran laborando en trabajos informales (vendedores ambulantes, empleadas domésticas, modistería, entre otras), estas profesiones son de menor cualificación y por tanto con menor remuneración. En otros casos, se sustentan económicamente por la ayuda de la familia, amigos más cercanos y/o vecinos que les brindan su ayuda; 3) Una buena parte de estos adultos mayores, llegan solos y desorientados a su consulta médica u odontológica ya que residen en habitaciones tomadas en alquiler o cedidas en viviendas de vecinos, y viven una situación de abandono por parte de su núcleo familiar primario, obligándolos a valerse por sí mismos. Estos factores se resumen en la Figura 2.

Figura 2. Caracterización de los factores determinantes de la salud y la salud bucal para la población adulta mayor que consulta a Metrosalud desde la perspectiva de los profesionales (n=34).



"(...) Entonces los viejitos también, y casi todos son solos, uno no los ve acompañados por nadie, a uno le da un pesar, ellos vienen solitos, a pedir la citas a las citas, es muy poquito el que viene acompañado pues, es uno el que les dice pues vea tiene que venir con una persona pues que los acompañe

porque se les va a hacer esto porque se necesita saber esto, y ellos son no es que mi hija trabaja en una casa, no está, no puede salir si no los domingos, soy yo sola con los muchachitos, entonces, son muy solitos" (...) [E21; Auxiliar de Odontología]

“(...) Porque aquí hay mucha gente que necesita de verdad, por ejemplo adultos mayores que no tienen nada, que no tienen ni siquiera una ayuda del gobierno, de pronto también estamos como mal repartidas las cosas, cierto, y es un poquito difícil porque no tienen acceso a muchas cosas que deberían tener por ser adultos mayores” (...) **[E24; Auxiliar de Higiene Oral]**

“(...) el abandono por la familia, por la sociedad, en que es una población a la que no se le da pues como mayor importancia, cierto, si porque lo digo, pues desde las mismas políticas que tiene la empresa, las prioridades, es una población que está como en un tercer plano” (...) **[E3, Odontólogo]**

Salud general y bucal de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad

Al indagar sobre las necesidades y problemas de salud en la población adulta mayor, los entrevistados comentan que esta población padece enfermedades crónicas que son adquiridas a lo largo de su vida (diabetes e hipertensión). De igual manera expresan que existen desgastes típicos de este grupo etáreo, que no son tratados con la atención que merecen, puesto que no están dentro de las poblaciones priorizadas por el sistema de salud (madres gestantes, infantes y adolescentes); aunque en los servicios médicos si hay mayor disponibilidad de programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y curación cuando se compara con los servicios de salud bucal.

“Generalmente son multiconsultores, cierto, generalmente también por su misma condición crónica, se han visto en unos programas, por ejemplo de riesgo cardiovascular, que yo no los veo en esos programas, cierto, yendo cuatro veces en el año, dentro del programa, cierto, pero dentro del servicio de urgencias, porque se descompensó eso, la diabetes entonces consultan a la urgencia, cierto, por fuera de la cita que normalmente tiene, cierto, o se descompensó de su hipertensión, el dolor precordial, el paciente que es asmático y hoy tiene su crisis, cierto, pero también hay mucha señora que consulta por dolor de cabeza, y sin ser hipertensa ni tener ninguna enfermedad crónica, hablando pues de la población que es adulta mayor, no cierto” **[E34, Médico]**

En cuando a salud bucal, tanto el personal de odontología como el de otras áreas, reconoce en

la población adulta mayor, alta prevalencia de enfermedad periodontal, edentulismo parcial o total (en su mayoría sin la rehabilitación indicada para éste), y caries y restos radiculares. Al indagar por las posibles causas, los prestadores manifestaron que podría ser debido a sus estilos de vida nómadas, su dieta rica en carbohidratos, el consumo de licor y cigarrillo durante su adultez temprana y media, y su bajo nivel educativo. Es importante mencionar que algunos hablan de la salud bucal como una expresión de las necesidades y limitaciones que han tenido a lo largo de su vida.

“(...) Si claro, a veces van los pacientes y tienen un problema de salud oral y uno los remite, pero yo pienso que eso es un problema muy grande, porque el POS limitó mucho la parte de servicios odontológicos y la atención es muy básica, y los pacientes ya están sin dientes, infecciones periodontales, entonces yo pienso que debe ser más grave la cosa, porque hay más restricciones, cuando yo entre a la empresa que apenas se fue implementando la ley 100, y habían menos restricciones y a medida que fue pasando habían más restricciones”. **[E8; Médica]**

“El mayor motivo de consulta es por problemas de origen pulpar y periodontal, pero también hay pacientes que consultan por necesidad de prótesis tanto parcial como total”. **[E6, Odontólogo]**

Definición de Calidad de Vida (CV), Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), y Calidad de Vida relacionada con la Salud Bucal (CVRSB)

Al preguntar por los conceptos de CV, CVRS y CVRSB, se encontraron respuestas más o menos homogéneas entre todos los prestadores entrevistados. La CV comprende todas las herramientas con las que deberían disponer las personas para satisfacer sus necesidades básicas (vivienda, educación, alimentación, trabajo y recreación). Se basan principalmente en estrategias que promueven estilos de vida saludables, oportunidades y políticas públicas, que intervienen directamente en la problemática de las

poblaciones, y permiten desarrollar óptimamente su potencial humano tanto individual como colectivo. Tener una buena o mala CV, comprende también una parte importante de la percepción por parte del sujeto, de sus prioridades, metas e ideales, y de su valoración individual y sus múltiples significados en esta valoración.

“Para mí calidad de vida sobretodo es tener acceso al bienestar, pero el bienestar en un sentido amplio mmm por eso la calidad de vida no solamente son los derechos como tal sino que también implica una dimensión más amplia del bienestar, ahora hay teorías pues muy bonitas, yo no las conozco todas, pero lo poco que he leído sobre el tema me hace pensar pues que ahora es un concepto mucho más rico, no hace referencia solamente a la satisfacción de las necesidades básicas, sino que ya tiene que ver con el buen vivir por decirlo de alguna manera, es decir toca muchas otras esferas del desarrollo, como la esfera afectiva, la esfera de las posibilidades en cuanto a constituir redes sociales y redes de apoyo eh a la posibilidad de tener una vida digna y satisfactoria en general”. [E19; Odontóloga]

“Calidad de vida son todas esas situaciones que determinan un nivel de vida especial, si hablamos de calidad siempre estamos inclinándonos al termino de cosas buenas, mejoramiento en todos los niveles, de salud, de educación, diversión” (...) [E5 Odontóloga]

Por otra parte, al conceptualizar respecto a la CVRS, se encontró que no solamente se entiende como el acceso oportuno, eficaz y eficiente a los servicios de salud que deben ser brindados en su totalidad para quien los requiera, sea con fines preventivos, promocionales y/o terapéuticos, sino que también se relaciona con la salud entendida como elemento indispensable para que exista calidad de vida, y como derecho fundamental y parte infranqueable del desarrollo de las personas y las poblaciones.

“(…) Que la condición de salud de ese paciente sea tan optima que eso le genere bienestar, que él esté contento así como está, no está relacionado el dolor con la felicidad o el bienestar (...)”. [E7; Odontóloga]

“Calidad de vida en salud es tener derecho a todos los servicios, que yo pueda tener derecho a exámenes, derecho

a los medicamentos derecho a una atención digna, que haya una cama que no tenga que esperar en un pasillo, que no tenga que estar en una camilla mucho tiempo, pienso yo”.

[E20; Auxiliar de Enfermería]

Atendiendo a la CVRSB se encontró en los discursos, el planteamiento de la boca como un componente importante para el ser humano, que cumple funciones biológicas (masticatorias, deglución, respiración), sociales (herramienta comunicativa primaria por su capacidad fonatoria y expresiva), estéticas (autopercepción y nivel de autoestima del sujeto), y eróticas (bagaje cultural, sexual y de expresión que presenta la estructura bucal), que debe ser atendida multi e interdisciplinariamente, pues al garantizar su salud, se garantiza parte importante de la calidad de vida del individuo.

“Yo pienso que eso está muy relacionado pues de, o sea (...), yo pienso que la calidad de vida en salud, empieza con la salud oral, porque de ahí comemos, o sea, masticamos, digerimos bien, y de eso depende todo, todo, o sea, como toda la digestión, todo lo otro, o sea la ingestión de los nutrientes, todo lo otro, o sea empieza por la cavidad oral y de ahí continua”. [E33; Enfermera]

“(…), la salud bucal es un margen de la salud general entonces por lo tanto es también es parte de la calidad de vida general. Y ustedes me piden que lo hable solo desde lo bucal, pero es que es imposible, porque es un todo, y pues es general (...), entonces la calidad de vida bucal, es, en forma muy puntual, la expresión de la calidad de vida general” [E1, odontóloga]

“Bueno ya a nivel bucal, son muchas partes, no solamente de que yo esté bien y no sienta ningún dolor, sino también la parte de que yo pueda masticar bien los alimentos, la parte estética también es súper importante y ahora creo que tiene mucho énfasis que yo pueda dar una buena imagen a través de mis dientes, entonces que no sea solamente la ausencia de dolor sino que también podas masticar bien, que podas interactuar bien con las demás personas.” [E2, Odontóloga]

Finalmente, al relacionar la percepción de los actores entrevistados sobre CV, CVRS y CVRSB y su aplicabilidad en la población adulta mayor que ellos atendían, aunque no era concluyente la respuesta, una buena parte coincidía en que la

calidad de vida en salud y salud bucal no era la mejor, debido al contexto de vulnerabilidad social y las barreras de acceso a servicios de salud y sociales.

“Yo veo la calidad de vida muy afectada, primero porque hay condiciones de pobreza en general, segundo por ejemplo a lo referente a la salud bucal yo me atrevería decir que es uno de los aspectos que más les afecta la calidad de vida actualmente, porque sus relaciones personales se ven afectadas, la comunicación, que todas esas son esferas importantes del desarrollo y de una calidad de vida adecuada, y entonces todos ellos en general tienen ya problemas de salud oral avanzados, y eso, eso, aparte de todo lo que puede implicar en su salud general, es muy especialmente o se relaciona muy especialmente ya con las dificultades que tengan que ver con sus problemas a nivel personal para integrarse socialmente” (...) [E19, Odontóloga]

Envejecimiento saludable: definición y condiciones para el desarrollo del concepto

“Envejecer saludablemente” comprende, una serie de condicionantes que son dadas por el individuo, la comunidad y el Gobierno, que le permiten a la persona llegar a su adultez mayor, reduciendo al máximo, o al menos controlando, sus condiciones sistémicas inherentes, dando a esta población una estabilidad económica para asegurar sus necesidades básicas, brindando un acompañamiento familiar y social importante, y un acceso adecuado a los servicios sociales y de salud cuando lo requiera.

“Vea me parece novedoso el termino, pero a ver, suena hasta bonito porque el ser humano tiene un ciclo vital pues si venimos aquí nacemos crecemos nos reproducimos y morimos, pero me parece hasta rico porque pues sería como cumplir con el ciclo vital de manera armónica, sin que se vea afectado por cosas pues que se pueden haber prevenido o intervenido a tiempo... si muy bonito ese término”. [E18, Odontóloga]

“un envejecimiento en el cual no me tenga que preocupar como que me falta dinero pa’ comer, un techo donde dormir, donde poder recrearme, un buen acompañamiento, como lo hablaba del abandono pues de familia o de un grupo de amigos que lo acompañen a uno, que tenga salud, que no esté

como, que tenga pues como el desgaste normal del cuerpo, pero no una enfermedad como grave una enfermedad terminal o que me impida realizar mis actividades diarias.” [E3, Odontólogo]

“(…) un envejecimiento saludable es esa recopilación de sueños cumplidos y que sus proyectos los haya podido cumplir y que haya sido y sea feliz. Que esté tranquilo, hay cosas que por lo menos en el desarrollo actual de la ciencia y la tecnología no se pueden detener, como personas que tienen oncogenes y con el tiempo les va a dar un cáncer, pero lo importante es que eso no afecte en lo que es la calidad de vida como que la persona no se pueda mover, no pueda compartir, no pueda sonreír, y eso no solo depende de las condiciones externas, sino del sujeto psíquico y de la capacidad de ser feliz.” [E8, Médica]

Propuestas para mejorar la calidad de vida, la salud y la salud bucal en los adultos mayores

Al preguntar al personal prestador por el planteamiento de propuestas que busquen mejorar la calidad de vida para esta población, los discursos apuntaron hacia la formulación de políticas gubernamentales incluyentes y efectivas para la priorización de este grupo dentro del Sistema General de Seguridad Social; enfatizando en el Sistema de Salud y en la prestación de servicios óptimos y eficientes para satisfacer sus necesidades en salud. Se plantearon también estrategias educativas y participativas, para empoderar la población adulta mayor en su desarrollo humano y de salud, y adquieran herramientas para practicar hábitos que les permitan tener un estilo de vida saludable y una mejor CV en todas sus dimensiones.

“Buena, yo creo que mmm, pues las estrategias no solamente se dan pues desde el tema de la salud, no solamente desde los hospitales...hacer actividades digamos ahí grupales dónde tengan un acompañamiento del médico, la psicóloga, la nutricionista y ahí se, se hace la educación de una vez a todas las personas, se revisan pues digamos cada uno de los, de los pacientes y ese es un espacio también donde ellos pueden interactuar, compartir, escuchar experiencias de los otros, bueno, creo que la, las mmm, se necesita pues como la, la, no solamente desde, desde la parte de salud sino como de todas las organizaciones a nivel comunitaria en, en, en todas las secretarías de la ciudad donde se utilicen muchas estrategias...” [E26, Trabajadora social]

“Lo que pasa es que para mejorar todas esas cosas habría que hacer primero cambios políticos y sociales porque pues en este país hay una diferencia muy marcada en clases sociales y la pobreza de todas maneras es un obstáculo muy grande que no permite accesibilidad a muchas cosas que podría de pronto una persona de un estrato superior” (...)

[E22, Bacteriología]

Discusión

Los prestadores de servicios de salud reconocen en sus discursos que la población adulta mayor se encuentra en estado de vulnerabilidad social. Esta situación está determinada por factores individuales y del contexto social y político que tienen repercusión negativa sobre la calidad de vida (CV) y su expresión en el proceso salud enfermedad. La calidad de vida y su relación con la salud general y la salud bucal, es de carácter multidimensional, puesto que no solo está determinada por la percepción del individuo en su contexto social y cultural, sino que existen determinantes sociales que influyen en la expresión de las desigualdades sociales para este grupo poblacional.

Los adultos mayores atendidos por la red hospitalaria pública se caracterizan por ser de bajos recursos económicos, bajo nivel educativo (la mayoría tienen su educación primaria incompleta), no han tenido acceso a oportunidades y presentan un acompañamiento social mínimo; además que sus necesidades básicas están insatisfechas o poco satisfechas. Al respecto, algunos estudios previos en población vulnerable, dan cuenta como en la población adulta mayor existe una relación directa entre los estilos de vida, la cultura propia, las oportunidades a las que tienen acceso durante su proceso vital humano y las experiencias vividas a lo largo de su vida, y que se expresan como desigualdades en el componente bucal del proceso salud enfermedad cuyo impacto se refleja en una calidad de vida deficiente (28).

Uno de los elementos del contexto social y geográfico donde se ubican las unidades y

centros de salud y que han sido expresados por los discursos de los prestadores, lo constituyen los hechos de violencia que coexisten en algunos barrios y comunas que afectan a la población general pero que también impactan en la población adulta mayor. No puede desconocerse, el rol que ha jugado el conflicto armado que vive el país y que se expresa en el desplazamiento forzado hacia las áreas urbanas. Un informe de la anterior Secretaría de Bienestar Social de Medellín con datos acumulados a septiembre de 2010 (29), muestra como el 6% de la población desplazada son mayores de 60 años. Esto guarda relación con la calidad de vida, en tanto se constituye como un importante determinante del acceso a los servicios sociales y tiene repercusiones en el estado de salud y bienestar de los individuos.

El estado de soledad y abandono de los adultos mayores fue un elemento encontrado en los discursos como determinante social de la salud general y bucal y el bienestar. Un estudio realizado en Medellín (30), evidenció una mayor soledad familiar y crisis de adaptación en el hombre y soledad conyugal en la mujer. Los adultos mayores que no tienen pareja manifiestan más soledad y; a medida que se incrementa el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad, disminuyen los niveles en los distintos tipos de soledad. Ese sentimiento de abandono y desprotección que viven los adultos mayores, incrementa su vulnerabilidad social al no contar con elementos necesarios para llevar a cabo numerosas acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al no contar con redes sociales y familiares de apoyo para llevarlas a cabo.

Con relación a las percepciones y opiniones sobre calidad de vida y su relación con la salud y la salud bucal; los análisis de los discursos las enfocan hacia conceptos inherentes al desarrollo del ser humano desde una perspectiva de ciclo vital. En cuanto a la calidad de vida, los resultados van en consonancia

con otros estudios sobre el tema realizados en la ciudad de Medellín (31,32); evidenciando resultados como la baja afiliación a pensiones, limitaciones físicas permanentes, dificultades en acceso a programas sociales, diferentes tipos de maltrato (físico, psicológico y económico) y problemas de salud física, depresión y estrés.

Los prestadores coinciden en que coexisten determinantes del estado de salud general y bucal, como por ejemplo, aquellos relacionados con la carga de enfermedad propia del proceso de envejecimiento, la no priorización de esta población vulnerable desde los programas en salud bucal colectiva, el abandono por parte del núcleo familiar cercano (lo cual tiene efectos sobre la salud psicológica del individuo manifestándose de manera física); y el nivel educativo bajo que tienen estas personas. Al respecto, Griffin y colaboradores (21), destacan como la salud es un elemento inherente a la CV, que al verse afectada la primera en cualquiera de sus dimensiones, repercute en el nivel de CV. Concretamente en la población adulta mayor, la CVRS y la CVRSB se encuentran disminuidas por las condiciones patológicas que padecen, y las prioridades en salud pública hacia otras poblaciones.

Con respecto a esas prioridades en salud pública, es importante mencionar también que al no ser una población prioritaria para el sistema sanitario, el acceso a los servicios de salud (citas médicas, odontológicas, promoción de la salud, dispensación de medicamentos) es lento, ineficiente, y no satisface la demanda de la población adulta mayor. Un estudio sobre inequidades en el acceso al servicio de salud bucal en Europa (33), señala como la pobreza o la riqueza intervienen en la utilización de estos servicios (entre mayor sea el nivel del pobreza, menor es el acceso), y/o en el servicio utilizado. Aunque se evidencian otros elementos que influyen en la prestación y en el perfil de acceso a servicios de salud bucal, que deben ser profundizados en estudios posteriores.

Entre las fortalezas de este estudio es importante destacar en primer lugar como se ha explorado el fenómeno de estudio desde la visión de quienes brindan asistencia a la población adulta mayor, desde la visión no solamente del personal odontológico, sino los prestadores de las áreas de medicina, enfermería, trabajo social y psicología, lo cual aporta elementos esenciales para comprender la calidad de vida desde aspectos interdisciplinarios y multidimensionales. En segundo lugar, la pertinencia de la investigación cualitativa permite analizar muchas situaciones desde la salud bucal colectiva y que en el tópico de interés de este estudio ha sido poco explorado en Colombia desde esta óptica.

De igual manera, es importante entender la interpretación de los resultados a la luz de las limitaciones. Un primer aspecto tiene que ver con la generalización de los resultados. Aunque este no es un objetivo de la investigación cualitativa, es importante tener en cuenta que se ha tenido en cuenta la percepción de los prestadores de salud en el sistema público. Nuevas investigaciones deberían estar enfocadas a prestadores del sector privado, así como cuidadores de hogares geriátricos de la ciudad para conocer otras percepciones, y complementar la información recogida. De otra parte, en un segundo momento de la investigación se conocerá la autopercepción de sobre CV, CVRS y CVRSB directamente indagando a la población adulta mayor, a través de otras metodologías, y a través de indicadores tomados por medio de instrumentos validados internacionalmente y por medio de examen clínico para poder cruzar y triangular la información. Se recomienda evaluar en próximos estudios la existencia y configuración de las redes familiares y sociales las cuales pertenecen los adultos mayores, con el fin de conceptualizar y describir con mayor profundidad los fenómenos que los caracteriza, con el fin de generar políticas que promuevan la integración social de las personas mayores, a las diferentes instituciones, como es el sistema de salud.

Conclusiones

La calidad de vida y sus derivaciones en salud y salud bucal desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud, se describen como conceptos multidimensionales, que no solo deben ser analizados desde la subjetividad de los individuos, sino que intervienen determinantes sociales y del contexto que influyen directamente en el componente bucal del proceso salud enfermedad en las comunidades.

Respecto a la población adulta mayor atendida en el sistema público sanitario de Medellín, existe vulnerabilidad social en esta población al evidenciar dificultades en la implementación de políticas públicas y estrategias en salud que

impacten directamente en los indicadores de morbilidad bucal. Así como se han priorizado otras poblaciones para dar atención, el reconocimiento de una perspectiva del ciclo vital humano garantiza la generación de capacidades para el desarrollo social de todos los ciudadanos, especialmente de esta población.

Agradecimiento

Los autores agradecen a los prestadores de salud de la red hospitalaria pública de Medellín, cuyos aportes contribuyen al conocimiento de una realidad social importante. Reconocimiento de financiación: E.S.E. Metrosalud. Medellín (Código C02 – ET1 – L3 – 01).

Referencias

1. Minayo MCdS, Hartz ZMdA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. [Quality of life and health: a necessary debate]. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(1):7-18.
2. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 2003;9(2):09-21.
3. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *Journal of epidemiology and community health*. 2001;55(10):693-700.
4. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade G, editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997. p. 11-24.
5. Locker D. Oral health and quality of life. *Oral health & preventive dentistry*. 2004;2 Suppl 1:247-253.
6. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1:40.
7. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(9):644.
8. Misrachi C, I. E. Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. *Revista Dental de Chile*. 2005;96(2):28-35.

9. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of dental education*. 1990;54(11):680-687.
10. Montero J. *Calidad de vida Oral en Población General*. Granada (España): Universidad de Granada 2006.
11. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Rev Clin Med Fam*. 2012;5(1):9-16.
12. Duque Duque VE, Tamayo Castrillón J, Echeverri Cadavid PA, Gutiérrez Osorio AY, Sepúlveda Correa D, Giraldo Ramírez O, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados [Oral health related quality of life in older adults assisting "IPS Universitaria" of Medellín and associated factors]. *Rev CES Odont*. 2013;26(1):10-23.
13. Concha Sánchez S, Camargo Lemus D. Análisis de la asociación entre la calidad de vida y la condición oral de las personas mayores vinculada a tres instituciones geriátricas de Bucaramanga: II Fase. [Evaluation of the association between oral conditions with quality of life in the oldest whom lived in three elderly institution of Bucaramanga]. *Revista Ustasalud Odontología*. 2007;6(2):75-86.
14. Chesnais J-C. Demographic transition patterns and their impact on the age structure. *Population and Development Review*. 1990:327-336.
15. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [cited 2014 09/02]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main>.
16. Colombia: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: ENDS 2010 [cited 2014 09/02]. Available from: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php>.
17. Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III, 1998. [III National Study of Oral Health]. Bogotá: Ministerio de Salud; 1998.
18. Ham Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México [Aging: A new dimension in health in Mexico]. *Salud Publica Mex*. 1996;38(6):409-418.
19. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2002;30(4):241-247.
20. Tsakos G, Demakakos P, Breeze E, Watt RG. Social gradients in oral health in older adults: findings from the English longitudinal survey of aging. *American journal of public health*. 2011;101(10):1892-1899.
21. Griffin SO, Jones JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *American journal of public health*. 2012;102(3):411-418.

22. Bower E, Scambler S. The contributions of qualitative research towards dental public health practice. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2007;35(3):161-169.
23. Vázquez M, Ferreira Da Silva M, Mogollón A, Fernández de Sanmamed M, Delgado M, I V. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas a la salud*. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.
24. Empresa Social del Estado (E.S.E) Metrosalud. Pagina Web con la descripción de la (E.S.E) Metrosalud. [cited 2014 02/09]. Available from: <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/>.
25. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-1288.
26. World Medical Association General Assembly. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal international de bioethique = International journal of bioethics*. 2004;15(1):124-129.
27. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución n° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 1993.
28. Shelley D, Russell S, Parikh NS, Fahs M. Ethnic disparities in self-reported oral health status and access to care among older adults in NYC. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2011;88(4):651-662.
29. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Bienestar Social. Gerencia para la coordinación y atención a la población desplazada. Desplazamiento forzado por la violencia en la ciudad de Medellín: Seguimiento descriptivo del fenómeno Medellín Alcaldía de Medellín; 2010 [16/05/2014]. Available from: [http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Bienestar Social/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/3 Desplazamiento Forzado en Medellin_Octubre 2010.pdf](http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Bienestar%20Social/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/3%20Desplazamiento%20Forzado%20en%20Medellin_Octubre%202010.pdf)
30. Cardona JL, Villamil MM, Henao E, Quintero Á. El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*. 2013;32(1):9-19.
31. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín [Quality of life and health conditions of the elderly population of Medellín]. *Biomédica*. 2006;26(2):206-215.
32. Cardona D. Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2010;28(2):149-160.
33. Listl S. Income-related inequalities in dental service utilization by Europeans aged 50+. *Journal of dental research*. 2011;90(6):717-723.