

Humanización en salud oral para pacientes en condición de discapacidad

**Leidy Diana Arévalo Valeriano
Patricia Peñaloza Quiñones**

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia en Salud

**Asesor
Dr. Víctor Vélez
Director de Especialización de Gerencia en Servicios de Salud**

**Colegio Universitario Colombiano
Facultad de Ciencias Económicas
Bogotá
2019**

Con toda gratitud a Dios, ese ser omnipotente que se hace presente en nuestras vidas, a nuestros padres que son seres de gran sabiduría y que vale la pena escuchar y recibir sus enseñanzas, son quienes nos han impulsado y motivado para seguir adelante, han sido nuestro apoyo y guía en este proceso.

Tabla de contenido

Lista de tablas

Lista de figuras

Glosario

Resumen

1. Introducción
2. Planteamiento del problema
3. Justificación
4. Objetivos
5. Marco Teórico.
 - 5.1 Estrategias de cooperación de la OMS para fortalecer el sistema de salud en Colombia
 - 5.2 Odontología y el paciente discapacitado
 - 5.3 La atención odontológica con necesidades especiales
 - 5.4 Cómo funciona el sistema nacional de discapacidad
 - 5.5. Conformación de los comités departamentales
 - 5.6 Funcionamiento de los Comités Territoriales de Discapacidad
 - 5.7 Acciones que avala el Comité Territorial de Discapacitados
 - 5.8 Datos de los municipios Barbosa –Santander y San José de pare (Boyacá)
 - 5.9 Humanización de los servicios de salud oral
 - 5.10 Percepción familiar ante la necesidad de la atención en odontología.
- 6 Metodología
- 7 Resultados
- 8 Conclusiones

9 Referencias bibliográficas

Lista de Tablas

Tabla 1. Población con registro para la localización y caracterización de las personas con Discapacidad.

Tabla 2. Población con registro para la localización y caracterización de las personas con Discapacidad Sexo, según estrato de la vivienda (municipios de Barbosa y San José de Pare)

Tabla 3. Población con registro para la localización y caracterización de las personas con Discapacidad según tipo de afiliación

Lista de figuras

Figura 1. Funcionamiento del sistema nacional de discapacidad

Figura 2. Niveles del sistema nacional de discapacidad

Figura 3. Estado de conformación de los Comités Departamentales y Distritales de Discapacidad

Figura 4. Distribución porcentual del funcionamiento de los Comités Territoriales de Discapacidad

Figura 5. Distribución porcentual de acciones que avala el Comité Territorial de Discapacidad

GLOSARIO

APS	La atención primaria de <i>salud</i> es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos Los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables
CND	Consejo Nacional de Discapacidad
CDD	Comités Departamentales y Distritales de Discapacidad
CMD	Comité Municipal de discapacidad
CLD	Comité Local de discapacidad
Discapacidad	Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.
Humanización	Es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud .
OMS	Organización mundial de la salud.
RISS	“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para Prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población Definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados Clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”
SND	Sistema Nacional de discapacidad.

1. INTRODUCCION

La OMS (2011) define discapacidad como “un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”.

La humanización en la atención en salud, constituye un pilar fundamental para la calidad brindada a los pacientes que presentan alguna discapacidad. Por su parte, el manejo odontológico para este grupo de personas con condiciones especiales, evidencia la presencia de barreras al momento de la atención y la falta de experiencia de los profesionales en el manejo de este tipo de pacientes y una orientación adecuada a sus cuidadores.

En la actualidad, el comportamiento y la actuación de algunos profesionales de salud, podría decirse que están carentes de sensibilización, aunque no sólo en el área de odontología, sino también en otros campos de la salud, tanto es así que en las instituciones públicas y privadas, los casos éticos legales son numerosas, las demandas por falta de atención oportuna y eficaz, y además de lo anteriormente mencionado, no se les asigna los recursos que le corresponden y que el gobierno acredita para la discapacidad, limitando a que en zonas rurales se vea con mayor dificultad el acceso a tener una vida digna.

Por lo anterior, se hace referencia que humanizar es enfocarse no sólo en la enfermedad sino en la persona que está a su cuidado y permitir que los sentimientos hacia los demás se vean reflejados en la atención a los pacientes. Este proyecto está dirigido a la situación de pacientes discapacitados

en el área rural de municipios en (Barbosa) Santander y San José de pare (Boyacá), y sus condiciones que no permiten que se le facilite la atención y humanización en salud oral.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien algunos problemas de salud oral vinculados con la discapacidad acarrearán mala salud y grandes necesidades de asistencia. Todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que la población en general y, en consecuencia, necesitan tener acceso a los servicios corrientes de asistencia en salud.

Las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de asistencia en salud que quienes no padecen discapacidad, y también tienen más necesidades insatisfechas en este campo.

Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades solo raras veces tienen como destinatarias a las personas con discapacidad.

En los municipios mencionados se observa que las personas con discapacidad conforman uno de los grupos más marginados, y los recursos que asigna el gobierno no son suministrados de forma correcta para los pacientes con alguna en condición de discapacidad, adicional a esto no se realizan programas que ayuden a mejorar la calidad en salud oral.

3. JUSTIFICACION

Las personas con discapacidad conforman uno de los grupos más marginados de la salud en Colombia, y si hablamos de salud oral encontramos en esas personas que no presentan óptimos resultados en cuanto atención y humanización de los servicios, y registran tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidades.

Hoy en día la discapacidad se considera una cuestión de derechos humanos. Las personas están discapacitadas por la sociedad, no solo por sus cuerpos o su patología. Estos obstáculos se pueden superar si los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, los profesionales y las personas con discapacidad y sus familias trabajan en colaboración, además que se evalué que los recursos asignados con patologías antes mencionadas se entreguen para mejorar un poco su situación actual.

El Informe mundial sobre discapacidad publicado por la OMS/el Banco Mundial nos muestra el camino a seguir.

4. OBJETIVOS

Disponer de un instrumento práctico, sensibilizado y humanizado a los pacientes que presentan demandas expresadas y latentes del paciente en el servicio de salud oral, obteniendo una calidad de diseño y humanización excelente, para ser aplicado al sector salud oral en los municipios mencionados con anterioridad y en concreto a las instituciones prestadoras de salud en Barbosa y San José de Pare, que sea pertinente y susceptible de ser aplicado en apoyo a los procesos de mejoramiento continuo.

Con el documento se busca mejorar la calidad de vida en el futuro de las familias del sector rural de los municipios de Barbosa (Santander) y San José de Pare (Boyacá) a través de la salud oral, de analizar la percepción familiar de la necesidad de atención odontológica en pacientes con trastornos neurológicos e identificar los motivos de realizar una consulta, como así también los fundamentos de no realizarla, y conocer que tan difícil es la situación para poder transportar estos pacientes a una consulta odontológica

5. MARCO TEORICO

5.1. ESTRATEGIAS DE COOPERACION DE LA OMS PARA FORTALECER EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Apoyar el fortalecimiento del sistema de salud colombiano basado en Atención Primaria en Salud (APS) para mejorar el acceso, oportunidad, calidad, sostenibilidad económica y el impacto sanitario.

Fortalecer la capacidad institucional para el diseño y la implementación de modelos basados en APS y enfoque diferencial, que mejoren el acceso, la calidad y la oportunidad de la atención, en el marco del aseguramiento en salud.

Desarrollar lineamientos técnicos para la reglamentación, que permitan un marco normativo para la implantación de modelos de atención basados en APS renovada y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

5.2 ODONTOLOGIA Y EL PACIENTE DISCAPACITADO

Dar a las personas con discapacidad una buena asistencia odontológica se está convirtiendo en los últimos años en una necesidad de humanizar y sensibilizar el servicio en el área de odontología. De todas las personas que acuden a la consulta odontológica una parte importante son pacientes que padecen algún tipo de discapacidad. El problema odontológico es uno de los problemas de salud que afectan a un alto porcentaje la población a nivel rural en Colombia, con algún tipo de

discapacidad, habiendo por tanto una alta demanda de tratamientos y subsidios del gobierno nacional, y poca oferta de servicios para las personas que presentan alguna discapacidad, en torno a ello se ve afectado el núcleo familiar.

Aún queda mucho camino por recorrer, siendo necesario desde nuestro punto de vista ofrecer a las entidades que trabajan en pro de las personas con discapacidad a nivel rural en programas de prevención odontológica para sus usuarios, que aborden este problema de una forma global, eficaz y oportuna.

La discapacidad física requiere tratamiento odontológico bajo anestesia general y acá se abarca la situación de algunos de los pacientes que por su situación hablaríamos de algunos casos como

1. retraso mental
2. síndrome de Down
3. alteraciones de parálisis, por mencionar algunas, requieren un manejo cuidadoso, e integral y humanizado por parte de los odontólogos.

5.3. LA ATENCION ODONTOLOGICA CON NECESIDADES ESPECIALES

En la actualidad existe un gran movimiento que lucha para mejorar la calidad de vida y lograr la integración social de las personas que presentan algún tipo de discapacidad o necesidad especial.

El tratamiento odontológico que se ofrece a estos pacientes es, en la mayoría de los casos, el mismo que se le brinda a cualquier otra persona, pero se pone énfasis en los métodos preventivos de control de enfermedades, como la caries dental y la enfermedad periodontal.

Sin embargo, la realidad nos demuestra situaciones de negligencia, descuido y falta de humanización extremo en los que recibimos al paciente con dolor intenso, abscesos de origen

ontogénico, múltiples lesiones cariosas con una pérdida importante de la estructura dentaria, periodontitis severa con gran movilidad de las piezas dentales.

Por tal motivo resaltamos las normas que existen en el territorio colombiano para garantizar los derechos de las personas con discapacidad.

- 361 de 1997, considerada la ley marco de discapacidad, por medio de la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación;

- 1145 de 2007, organiza el Sistema Nacional de Discapacidad SND.

- 1618 de 2013, ley estatutaria por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

En materia de salud, el artículo 66 de la ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estipula que las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud de las personas con discapacidad, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial.

De igual manera el Artículo 18, determina la gratuidad de los servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas, de Sisbén 1 y 2.

Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social efectúa anualmente una distribución de recursos del presupuesto de gastos de inversión, para apoyar los planes territoriales de atención a la discapacidad, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad priorizando situaciones de mayor vulnerabilidad, desde el enfoque diferencial y en el marco del Sistema Nacional de Discapacidad.

5.4. QUE ES Y COMO COMO FUNCIONA EL SISTEMA NACIONAL DE DISCAPACIDAD?

Es un conjunto de normas, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad contenidos en la Ley 1145 de 2007.

La articulación de un Sistema Nacional es un elemento sistémico fundamental por cuanto la complejidad del Sistema es muy alta.

GRAFICO FUNCIONAMIENTO NACIONAL DE DISCAPACIDAD

Figura 1



Fuente del grafico sistema nacional de discapacidad

5.5. NIVELES DEL SISTEMA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (SND).

El Ministerio de Salud y Protección Social o el ente que haga sus veces como el organismo rector del SND.

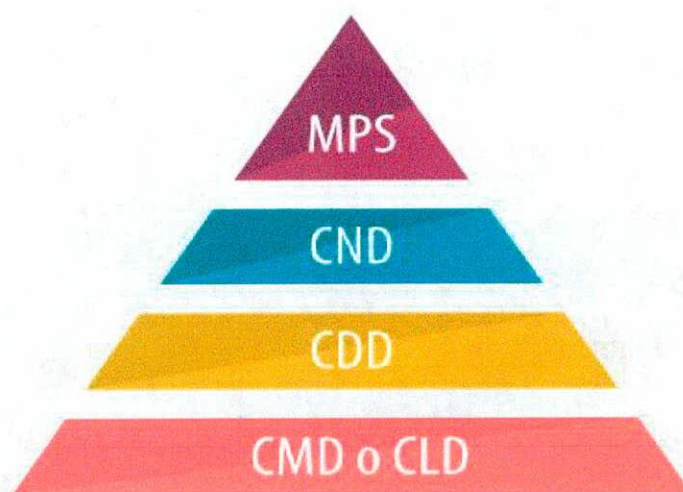
El Consejo Nacional de Discapacidad (CND), como organismo consultor, de Salud y Protección Social o el ente que haga sus veces como SND, asesor institucional y de verificación, seguimiento y evaluación del Sistema y de la Política Pública Nacional de discapacidad.

Los Comités Departamentales y Distritales de Discapacidad (CDD), como niveles intermedios de concertación, asesoría, consolidación y seguimiento de la Política Pública en discapacidad.

Los Comités Municipales y Locales de Discapacidad (CMD o CLD) como niveles de deliberación, construcción y seguimiento de la política pública de discapacidad.

NIVELES DE SISTEMA NACIONAL DE DISCAPACIDAD

Figura 2



Fuente de grafico Sistema nacional de discapacidad

5.6. CONFORMACION DE LOS COMITES DEPARTAMENTALES

El estado de conformación de los Comités, corresponde a la descrita en los formatos que se solicita diligenciar a quienes ejercen el rol de Secretaría Técnica de los Comités Departamentales y Distritales de Discapacidad. Estos formatos son diligenciados de acuerdo a la instrucción dada por el ente rector del sistema (Ministerio de Salud).

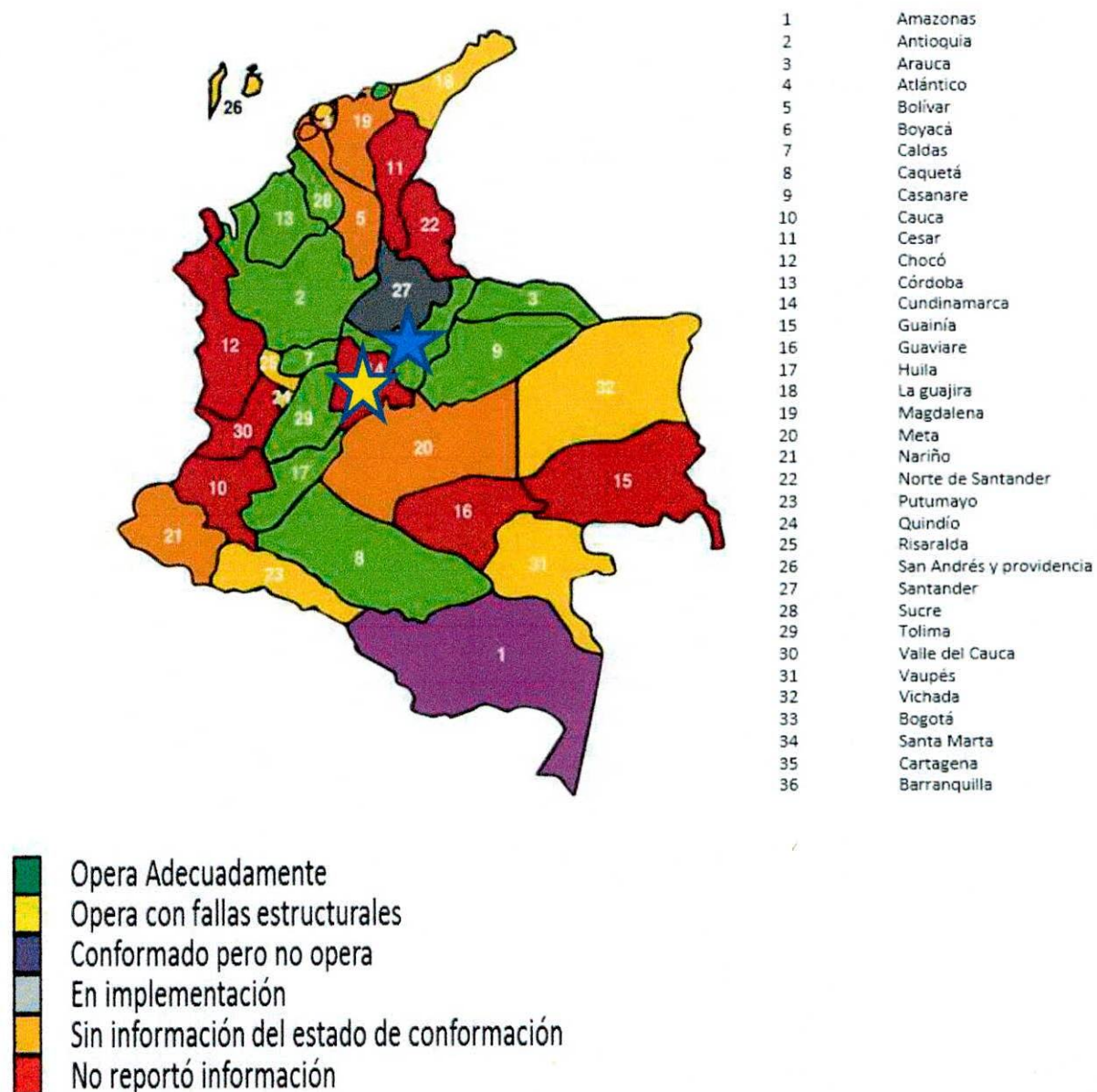
La Secretaría de Salud Departamental es quien se encarga de ejercer la Secretaría Técnica de los Comités, con una representación del 83,3% con respecto a las demás Secretarías.

En el Nivel Municipal, la Secretaría Técnica de los Comités la ejerce principalmente la Secretaría de Salud (34,6%).

Es decir que, la participación del gobierno en los Comités Territoriales de Discapacidad se da principalmente a través de la Gobernación o Alcaldía y de las Secretarías de Salud, Planeación y Educación.

REPORTE TERRITORIAL 2013

Figura 3. Estado de conformación de los Comités Departamentales y Distritales de Discapacidad



Fuente: Reportes Territoriales Resolución 3317 de 2012. Octubre de 2013

5.7. FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS TERRITORIALES DE DISCAPACIDAD

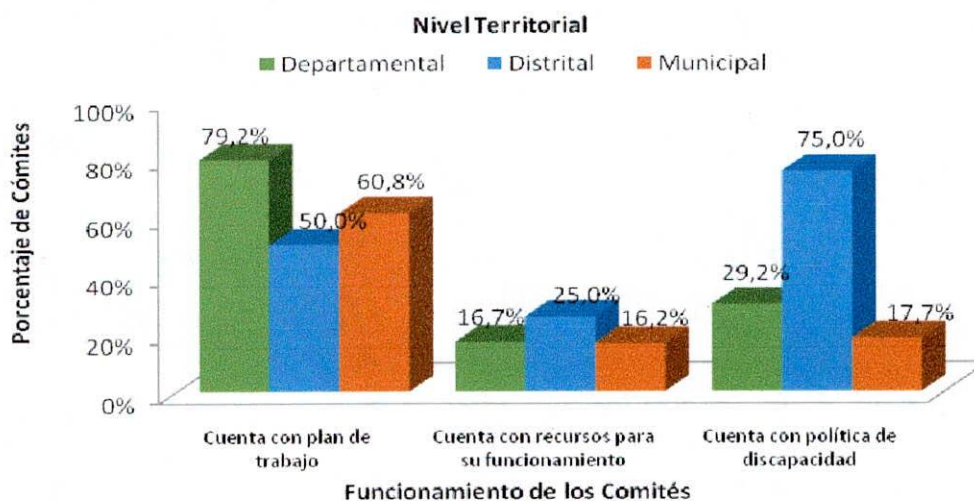
La mayoría de los Comités Departamentales de Discapacidad cuentan con Plan de Trabajo, el 29,2% cuenta con una política pública Departamental de discapacidad y el 16,7% cuenta con recursos para su funcionamiento.

Con respecto a los Comités Distritales de Discapacidad, el 75,0% cuentan con una Política pública de discapacidad, el 25,0% de los Comités cuentan con recursos para su funcionamiento y el 50,0% tiene plan de trabajo.

En el Nivel Municipal, el 16,2% de los Comités cuenta con recursos para su Funcionamiento, el 60,8% cuenta con plan de trabajo y el 17,7% del total de CMD Analizados cuentan con una política Municipal de Discapacidad.

Distribución porcentual del funcionamiento de los Comités Territoriales de Discapacidad. Año 2013.

Figura 4



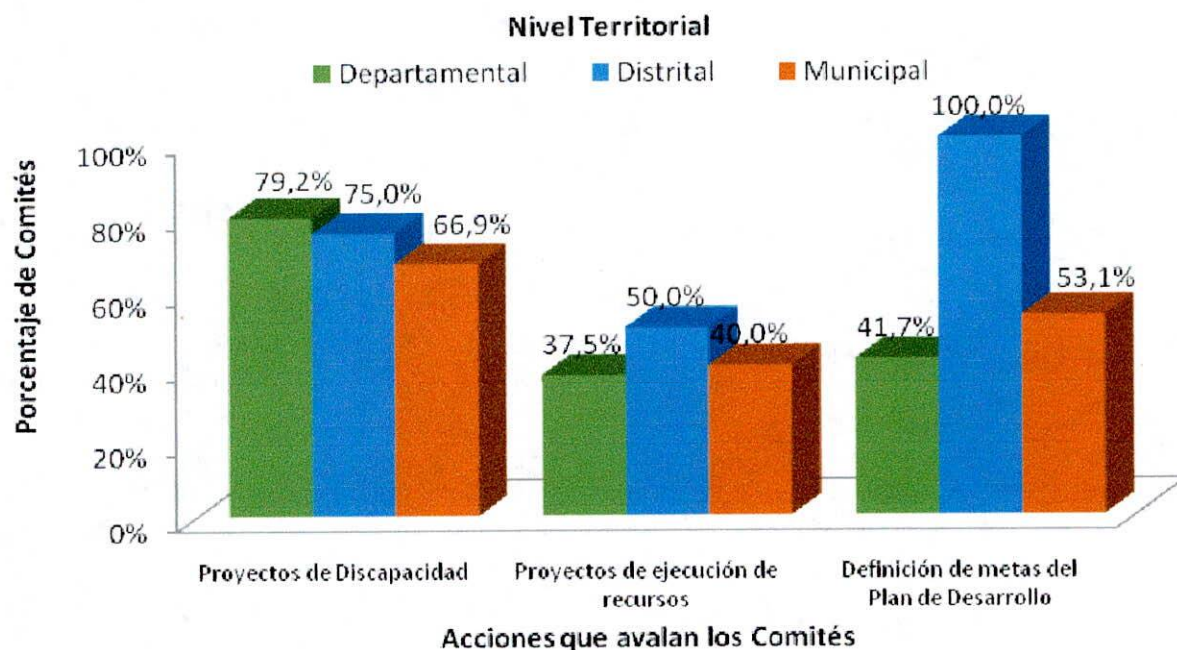
Fuente: Reportes Territoriales Resolución 3317 de 2012. Octubre de 2013

5.8. ACCIONES QUE AVALA EL COMITÉ TERRITORIAL DE DISCAPACIDAD.

En el Nivel Municipal, entre el 50 y el 60% de los Comités Municipales de Discapacidad definen metas para el plan de desarrollo y avalan proyectos de discapacidad, mientras que el porcentaje de CMD que avalan proyectos de ejecución de recursos fue del 40,0%. Ver figura 26.

Figura 26. Distribución porcentual de las acciones que avalan los Comités Territoriales de Discapacidad. Año 2013.

Figura 5



Fuente: Reportes Territoriales Resolución 3317 de 2012. Octubre de 2013

Tabla 1

Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad

Área de residencia y sexo, según municipios

Municipios	Total			Cabecera municipal			Centro poblado			Rural disperso		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
68 077 BARBOSA	172	95	77	135	68	67	34	24	10	3	3	0
15 664 SAN JOSÉ DE PARE	94	60	34	12	7	5	0	0	0	82	53	29

Tabla 2

Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad Sexo, según estrato de la vivienda

Barbosa (Santander) y San José de Pare (Boyacá)

BARBOSA

Estrato	Total	Hombres	Mujeres
Total	172	95	77
Estrato 1	75	44	31
Estrato 2	73	36	37
Estrato 3	23	14	9
Estrato 4	1	1	0

Fuente: DANE Marzo 2010 -
Dirección de Censos y Demografía

SAN JOSÉ DE PARE

Estrato	Total	Hombres	Mujeres
Total	94	60	34
Estrato 1	18	9	9
Estrato 2	66	42	24
Sin Estrato	10	9	1

Fuente: DANE Marzo 2010 -
Dirección de Censos y Demografía

Tabla 3

Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad según tipo de afiliación

Barbosa (Santander) y San José de Pare (Boyacá)

BARBOSA

Tipo de afiliación	Total	Hombres	Mujeres
Total	124	70	54
Contributivo	39	19	20
Subsidiado	84	51	33
Régimen especial	1	0	1

**Fuente: DANE Marzo 2010 -
Dirección de Censos y
Demografía**

SAN JOSÉ DE PARE

Tipo de afiliación	Total	Hombres	Mujeres
Total	69	44	25
Contributivo	5	5	0
Subsidiado	64	39	25

**Fuente: DANE Marzo 2010 -
Dirección de Censos y
Demografía**

5.9. HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS EN SALUD ORAL

La calidad y la humanización de la atención buscan dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, logrando iniciar la vida en las mejores condiciones, mantenerse saludable en familia, vivir en la comunidad sana e informada de sus derechos y deberes en salud, detectar oportunamente la enfermedad y recuperar la salud, vivir con la enfermedad o la diversidad funcional con autonomía y respeto y enfrentar el final de la vida con dignidad.

Se debe tener en cuenta que el Ministerio de Salud y Protección Social ha dispuesto para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los elementos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, los cuales pretenden convertir en temas prioritarios la humanización de los servicios, la seguridad, coordinación y transparencia, así como algunas orientaciones para la calidad y humanización de la atención integral en salud a gestantes, niños, niñas, y la implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes.

Para lo anterior se requiere de líderes que se caractericen por generar cambios en los comportamientos y actitudes de las personas, promoviendo el bienestar integral a partir del trato humanizado, se debe orientar la actuación del personal de la salud hacia el servicio del enfermo considerándolo en su globalidad, ofreciendo una asistencia integral con calidez y competencia, que responda a las dimensiones física, emocional, social y espiritual de las personas.

5.10. PERCEPCION FAMILIAR ANTE LA NECESIDAD DE LA ATENCION EN ODONTOLOGIA

Para analizar la percepción de los usuarios se tomó una muestra de 60 pacientes que asisten a odontología en los municipios mencionados, donde se evaluaron por medio de la siguiente encuesta.

La discapacidad o trastornos del desarrollo es una patología que se presenta con cierta frecuencia en la población infantil. En algunos casos varias funciones están severamente afectadas: la interacción social, el lenguaje, el comportamiento, funciones cognitivas o de motricidad.

Estas características son consideradas factores de riesgo para su salud bucal. Con el objeto de mejorar su calidad de vida en el futuro a través de la salud oral, de analizar la percepción familiar de la necesidad de atención odontológica en pacientes con trastornos neurológicos e identificar los motivos de realizar una consulta, como así también los fundamentos de no realizarla, y conocer que tan difícil es la situación para poder transportar estos pacientes a una consulta odontológica

**ENCUESTA REALIZADA EN LOS MUNICIPIOS SAN JOSÉ DE PARE (BOYACÁ) Y
BARBOSA (SANTANDER), EN SALUD ORAL**

1. ¿Considera que los programas de rehabilitación en salud oral del estado, llegan a todas las personas con discapacidad? SI ___ NO ___
2. ¿Considera que las personas de los servicios de salud oral están suficientemente sensibilizadas para dar un trato a las personas con discapacidad? SI ___ NO ___
3. ¿Considera que los recursos que son asignados por el estado, llegan para satisfacer las necesidades de pacientes discapacitados? SI ___ NO ___
4. ¿Considera que las personas con discapacidad tienen acceso a servicios de salud oral con calidad? SI ___ NO ___
5. ¿Cuenta usted con los recursos necesarios para poder trasladar a su familiar a su tratamiento odontológico? SI ___ NO ___
6. ¿Le han negado alguna vez, el servicio de salud oral? SI ___ NO ___
7. ¿Dificultad que cuenta usted para el traslado de su familiar a un servicio de salud? Califique de 1 a 5 Donde 1 significa que no tiene dificultad y 5 posee extrema dificultad 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___
8. ¿Le respetan sus derechos como paciente cuando asiste a una consulta odontológica? SI ___ NO ___
9. ¿Los medicamentos que le ordena el odontólogo al paciente, las ips se los entregan a tiempo? SI ___ NO ___
10. ¿El municipio cuenta con programas de ayuda para personas con discapacidad en salud oral? SI ___ NO ___
11. ¿Qué seguridad social tiene usted? Contributivo ___ subsidiado ___ no tiene ___
12. Los consultorios cuentan con la dotación necesaria? Responda sí o no

Rx___ Materiales___ Área de esterilización___ Sala de espera___

13. ¿Es de fácil acceso el consultorio para su atención odontológica? Sí___ No___
14. El consultorio se encuentra ubicado en 1 piso ___ 2 piso ___ 3 piso o mas___
15. ¿A cuántos km de su casa se encuentra el servicio de salud oral? De 1 a 5 Km___
más de 5 Km___
16. El proceso de atención en odontología para pacientes discapacitados en su municipio cuenta con los programas de operatoria___cirugía___periodoncia___promoción y prevención___
17. ¿Son asequibles los horarios de atención? Si___No___
18. ¿A su paciente lo atienden en el área de salud oral en su municipio, o lo remiten a un hospital segundo nivel?, marque con una X
Municipio___ Remiten___

6. METODOLOGIA

Pese a algunas dificultades, aunque menos de las imaginadas antes de empezar el trabajo, la posibilidad de llegar hasta los municipios (veredas), hasta los espacios de la vida cotidiana de las familias y personas, y de tener un encuentro cara a cara con las usuarias/os, fue altamente valiosa y constituyó un escenario ideal para el trabajo de educación para la salud y humanización del servicio en salud oral.

La información recolectada se realizó entre los meses de agosto, septiembre y octubre del 2019.

La metodología utilizada está basada inicialmente en una revisión bibliográfica, de la cual se toma como base los factores que permiten una atención humanizada en salud oral.

Finalmente se realizó la aplicación de una encuesta de 18 preguntas, donde se evaluó la percepción de 65 pacientes y sus cuidadores, de un total de 266 pacientes en los dos municipios, frente a cada una de las etapas de atención en salud oral, adicional se tomaron evidencia fotográfica.

7. RESULTADOS

A través de la encuesta realizada se dimensionan 3 ejes fundamentales para la atención en salud oral en pacientes en condición de discapacidad, como son el factor socioeconómico, la familia y finalmente la estructura organizacional que es quien establece una cultura de servicio humanizado.

En la identificación de factores para la atención humanizada en salud oral, se logró observar que los factores influyentes, para la prestación de servicios en los municipios mencionados requieren de compromiso y entrega de los recursos asignados, para la evolución de estos pacientes, de los cuales el 33.6% opina que no se encuentra sensibilizado el personal que lo atiende.

Se observa que los recursos asignados para los pacientes en condición de discapacidad no llegan a satisfacer las necesidades en los municipios mencionados.

Se identifica que el factor económico a la hora de poder realizar un tratamiento fuera de su lugar de residencia es imposible, pues no se cuenta con recursos propios para poder tomar un tratamiento en un 2 nivel o 3 nivel de complejidad, donde son remitidos la mayoría, aunque estos nunca han sido negados para su atención.

En muy bajo porcentaje manifestaron que los derechos como usuarios no se respetan, aunque los medicamentos que son ordenados por el profesional los entregan en su lugar de atención, con buen acceso y excelente dotación y ubicación.

En los diferentes municipios se cuentan con programas para la población en situación de discapacidad, pero sus recursos no son asignados a esta población.

8. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos se puede concluir que para el paciente y su familia, los factores económicos identificados resaltan a la hora de poder tener más facilidad de poder darle una mejor atención en salud oral.

Para hablar de una atención humana en los diferentes escenarios del área de la salud oral, es importante contemplar los agentes que participan en ella, esto es, odontólogos, médicos, enfermeras, terapistas, nutricionistas, entre otros, instituciones prestadoras de servicio y formadoras, y los atributos que deben caracterizar dicha atención.

Respecto a los profesionales su responsabilidad se centra en garantizar la calidad de su desempeño a quienes reciben sus servicios. Esto implica velar por la continuidad y actualización permanente en su formación; así como velar porque se pueda contar con la infraestructura necesaria a nivel de recursos humanos y materiales, a la vez las instituciones responderán por proveerlos, motivar a sus profesionales en su desempeño y en su capacitación competente.

Esta medición permitió conocer si los factores propuestos y las estrategias están encaminadas a generar humanización y calidad en la atención de salud oral.

El análisis de la información contenida en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad en los municipios mencionados, demuestra que tales personas están

concentradas en los estratos más bajos; lo que pone de manifiesto la reducida capacidad de movilidad que ellas tienen dentro de la estructura social.

Existe una relación entre pobreza y discapacidad, en la medida en que los hogares con personas en situación de discapacidad tienden a tener menores ingresos por absorción laboral, por dependencia económica y para las actividades cotidianas, así como bajo nivel de estudio.

Las personas en situación de discapacidad no reciben rehabilitación. A ello se le suma que un alto porcentaje de quienes no asisten a rehabilitación, refieren como razones la inaccesibilidad de los servicios debido a la dificultad para desplazarse en largos trayectos y a que requieren compañía para el traslado.

La dependencia de una persona en situación de discapacidad conlleva a que otro miembro de la familia vea reducida su participación laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Colombia. .Ministerio de protección social. Salud/publica/PI/Paginas/Calidad-humanización-atención. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>.

Organización mundial de la salud. Discapacidades Canal de documentación, en línea.

(Consultado 2015 agosto) Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización para la excelencia de la salud. Humanización de la atención en salud. Disponible en:

<https://oes.org.co/producto/humanizacion-de-la-atencion-en-salud-factor-transcendental-en-la-experiencia-del-paciente/>.

:

Organización panamericana de la salud. Inclusión del plan de acción para las personas con discapacidad. Disponible en: <https://www.paho.org/col>.

Observatorio de calidad de la atención en salud. [Consultado Abril 2015]. Disponible en:

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>.

Rodríguez A. Hacia la humanización en salud. ARS Médica. 2003; 10(10).

AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer sinceramente a aquellas personas que compartieron sus conocimientos con nosotras para hacer posible la conclusión de esta tesis. Especialmente agradecemos al Dr. Víctor Vélez, por su asesoría siempre dispuesta aún en la distancia. A los docentes que siempre tuvieron la disponibilidad de ayudarnos y orientarnos en cada asignatura.