



Acta Odontológica Colombiana
ISSN: 2027-7822
actaodontologiacol@gmail.com
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

Ordoñez, Dora; Osorio Ruiz, Karoll; Moreno, Freddy
Atención odontológica de pacientes oncológicos desde la
perspectiva de actores institucionales en Cali, Colombia, 2019
Acta Odontológica Colombiana, vol. 10, núm. 1, 2020, -Junio, pp. 71-83
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582362326007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Atención odontológica de pacientes oncológicos desde la perspectiva de actores institucionales en Cali, Colombia, 2019

Dora Ordoñez 1

Karoll Osorio Ruiz 2

Freddy Moreno 3

Dental care in cancer patients from

the perspective of institutional
actors in Cali, Colombia 2019

RESUMEN

Objetivo: caracterizar la atención odontológica de los pacientes oncológicos desde la perspectiva de diferentes actores institucionales en Cali, durante el año 2019. **Métodos:** estudio de tipo cualitativo, descriptivo que empleó la entrevista semiestructurada como herramienta de recolección de datos. Las preguntas de la entrevista incluyeron las siguientes categorías: atención, acceso, integralidad, limitaciones, fortalezas y recomendaciones. Participaron quince actores institucionales relacionados con la atención del paciente con cáncer. Además, se realizó una revisión documental en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las preguntas. **Resultados:** los hallazgos significativos con los que se cuentan son: la identificación de la ausencia de guías de atención odontológica para los pacientes con cáncer, la presencia de barreras personales, económicas, organizacionales, sociales y culturales en el acceso al servicio y la no inclusión del profesional de odontología en las rutas de atención de cáncer en el Ministerio de Salud y Protección Social. Como limitaciones se identificaron el fraccionamiento del servicio y la priorización de la patología de base; mientras que como fortaleza principal se reconoce la capacidad instalada. Así, las recomendaciones, dirigidas a los diferentes sectores, procuran por el establecimiento de guías de atención, una mayor articulación entre entidades y la visibilización de la problemática. **Conclusión:** aunque la ciudad tiene suficiente capacidad instalada, los entrevistados manifestaron que no cuentan con una directriz desde el ente rector, por lo tanto, se evidencian barreras en la atención odontológica. Asimismo, se determina la falta de articulación entre las diferentes instituciones que impide el cumplimiento de la atención integral y equitativa.

Palabras Clave: atención odontológica; integralidad en salud; accesibilidad a los servicios de salud; instituciones oncológicas; mucositis; radioterapia.

ABSTRACT

Objective: To characterize dental care in cancer patients from the perspective of different health institutional actors in Santiago de Cali, Colombia, 2019. **Methods:** This is a qualitative, descriptive study. Semi structured interviews were used as a research technique, oriented to fifteen institutional health actors who play a role in cancer care in Cali, Colombia. The questions included the following six axial categories: oral care in cancer patients, access, comprehensive care, restrictions, strengths, and suggestions for improvement from the institutional actors. A textual transcription was done after the interviews. **Results:** There are no Guides of oral care in cancer patients from the Ministry of health and social protection. Access to oral care service has personal, economical, organizational, social, and cultural barriers. Cancer care routes from de Ministry of Health do not include dentists as part of the multidisciplinary teams. Restrictions such as fragmentation of the service and prioritization of the primary pathology were described. Installed capacity for oral health services was mentioned as a strength; and the main recommendations were to establish Guides for oral care, better coordination between health entities and highlighting the lack of oral care in cancer patients. **Conclusions:** Even though Cali has a sufficient installed capacity, the interviewees stated that they don't have a guideline from the Ministry of Health and therefore evident barriers in oral care in cancer patients are found. Lack of articulation between Health entities prevents compliance of a comprehensive and equitable care. Recommendations to different sectors were made by respondents in order to improve dental care in cancer patients.

Key words: dental care; integrality in health; health services accessibility; cancer care facilities; mucositis; radiotherapy.

1 Magíster en Salud Pública. Universidad Javeriana Cali, Colombia.

Contacto: dora.ordonez@correounivalle.edu.co
 <https://orcid.org/0000-0002-7939-4334>

2 Magíster en Salud Pública. Universidad Javeriana Cali, Colombia.

Contacto: karolloosorio@javerianacali.edu.co
 <https://orcid.org/0000-0002-0975-5413>

3 Profesor Investigador. Facultad de Salud. Universidad Javeriana Cali, Colombia.

Contacto: fmorenog@javerianacali.edu.co
 <https://orcid.org/0000-0003-0394-9417>

CITACIÓN SUGERIDA

Ordóñez Daza DE, Osorio Ruiz K, Moreno F. Atención odontológica de pacientes oncológicos desde la perspectiva de actores institucionales en Cali, Colombia, 2019. *Acta Odont Col* [en línea] 2020 [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 10(1): 71 - 83. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/83197>

DOI <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n1.83197>

Recibido

27/10/2019

Aprobado

05/12/2019

Publicado

01/01/2020

Introducción

El cáncer hace parte del conjunto de enfermedades de alto costo que tienen implicaciones económicas, sociales y emocionales. Los pacientes con cáncer son sometidos a diversas terapias para controlar su enfermedad, como la quimioterapia y la radioterapia, las cuales producen efectos colaterales en diferentes órganos y sistemas, incluida la cavidad oral.

La incidencia del cáncer está aumentando en el mundo y se calcula que para el año 2025 se van a presentar 20 millones de casos nuevos principalmente en países de bajos y medianos ingresos (1). Con base en la información suministrada por el Registro Poblacional de Cáncer de Cali (RPCC) y teniendo en cuenta la información de mortalidad por cáncer, el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC) estimó que, en el país, para el periodo 2007-2011, se presentaron alrededor de 63.000 casos nuevos y 33.000 muertes por cáncer cada año, de tal forma que el cáncer se representa como un problema de salud pública creciente (2).

En Cali, según el RPCC, se presentaron 10.204 casos en hombres y 12.277 en mujeres, en todas las localizaciones primarias entre el 2008 y el 2012; en los hombres las principales localizaciones fueron próstata, estómago, pulmón, colon-recto y ano, y linfomas, mientras que en mujeres se identificó en mama, cuello del útero, colon-recto y ano, tiroides y estómago (3). Como se conoce, es complejo tratar una enfermedad como el cáncer sin producir efectos secundarios indeseables, pues, aunque se tenga como objetivo eliminar células cancerosas sin afectar a las sanas, hay efectos colaterales sobre otros tejidos y órganos, inclusive de la cavidad oral. Lo anterior, dado que el tratamiento va a actuar de manera indiscriminada sobre todas las poblaciones celulares, alterando con ello su capacidad de renovación. De acuerdo a las cifras, por cada millón de niños con cáncer hasta 400.000 pueden presentar complicaciones bucales (4).

En relación al cáncer en la cavidad oral, se tiene que entre los efectos secundarios más frecuentes a causa de la radioterapia y/o quimioterapia se encuentran la mucositis, la xerostomía, la osteoradionecrosis, la disgeusia y la fibrosis/trismus. Las mucositis severas son las complicaciones más frecuentes, ya que pueden modificar o interrumpir el tratamiento de cáncer entre el 10% al 25% en todos los pacientes. Aunque, se han reportado interrupciones hasta en un 47% de los tratamientos de cáncer por esta causa (5). Se encontró que más del 25% de las septicemias en los pacientes con cáncer podrían ser de origen odontogénico (6).

En Colombia, las 13 guías de práctica clínica para el manejo de los pacientes oncológicos, publicadas entre los años 2013 al 2017, no evidencian explícitamente la atención odontológica como parte del tratamiento de estos pacientes, a diferencia de las guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas del 2001, que contaban con un capítulo de "manejo de la cavidad oral en el paciente con cáncer" (7). Sobre esto, es preciso reconocer que existen diferentes publicaciones en el mundo que abordan el manejo odontológico del paciente oncológico respecto a la educación (8, 9), a las ventajas y desventajas de los equipos multidisciplinarios en la atención del paciente con cáncer (10, 11). Otro tipo de estudios divulgados plantean la no visualización del odontólogo en los grupos de atención del cáncer (12, 13), así como también la presentación de revisiones sistemáticas acerca de los equipos multidisciplinarios, donde se evidencia la escasa participación del

odontólogo (14,15). En general, la literatura resalta la necesidad de que los pacientes con cáncer sean abordados con apoyo de un equipo oncológico multidisciplinario, con el fin de lograr una atención integral.

El objetivo general de este estudio fue caracterizar la atención odontológica de los pacientes oncológicos desde la perspectiva de los diferentes actores institucionales en Cali (Colombia) durante el año 2019.

Métodos

Tipo de estudio

Se planteó y realizó un estudio de tipo cualitativo a abordar desde una perspectiva descriptiva, utilizando para ello el método deductivo. El análisis de contenido se realizó a partir de la experiencia de los actores institucionales.

Participantes

El fenómeno estudiado fue la atención odontológica al paciente oncológico. El criterio para la selección de los participantes fue intencional, esto es por conveniencia de acceso a la información. En total fueron 15 los entrevistados clave, que por su rol y diferentes perspectivas tenían la información necesaria para entender el proceso de atención odontológica al paciente oncológico.

Los actores institucionales entrevistados fueron:

- Profesionales de la salud que laboran en servicios de oncología de 2 Instituciones Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de Cali: 2 médicos oncólogos; 1 profesional de enfermería del servicio de oncología y 1 odontólogo
- Referentes de salud oral de 2 Entidades Promotoras de Salud (EPS).
- Referente de salud oral y del programa de cáncer de la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSPM).
- Directores de programas de odontología pertenecientes a 3 universidades de Cali.

Técnicas de recolección de información

Se aplicó la entrevista semiestructurada y el análisis documental. La primera tuvo en cuenta siete preguntas y se realizó con el propósito de recoger información respecto a la atención odontológica de los pacientes oncológicos, mientras que el análisis documental se implementó para triangular la información. Asimismo, se consideró solicitar las guías de atención de los servicios de oncología de las IPS seleccionadas, con el fin de realizar una lectura crítica de estas. Los instrumentos propuestos para llevar a cabo el trabajo de campo fueron la guía de entrevista y guía de revisión de documentos, los cuales fueron validados por 2 jueces expertos, en términos de pertinencia, suficiencia y redacción adecuada.

Análisis de la información

Para proceder con el análisis de la información recolectada se realizó una transcripción textual de las entrevistas, que habían sido grabadas en audio; luego, se organizaron los datos teniendo en cuenta la información proveniente de todas las fuentes. Para la codificación de los datos y categorización se utilizó el software ATLAS.ti, versión 8.4.0. Posteriormente, para examinar las entrevistas de forma sistemática y replicable se llevó a cabo el análisis de contenido utilizando como categorización axial la disponibilidad de atención odontológica en los servicios de oncología en Cali, la accesibilidad y la integralidad de dicha atención, las limitaciones, las fortalezas y las recomendaciones por parte de los actores institucionales entrevistados.

Consideraciones éticas

Confidencialidad de los datos: los autores declaran que siguieron los protocolos descritos en la metodología y todos los participantes incluidos en el estudio recibieron información suficiente. Derecho a la privacidad y consentimiento informado: los autores declaran que han obtenido el consentimiento informado de los participantes incluidos en el estudio.

Resultados

La identificación y descripción de los resultados que se recopilan aquí, se realiza según las categorías de análisis propuestas, para lo cual es importante precisar que no se presentaron categorías emergentes. Así, la primera categoría fue la atención odontológica al paciente oncológico. Referentes en la SSPM manifestaron que a pesar de que existe la Ley 1384 de 2010 que establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia y se cuenta con la capacidad instalada para la atención odontológica al paciente con cáncer, aún no existe un protocolo o una guía de atención establecidos desde el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Por su parte, los entrevistados de las EPS afirmaron que cuentan con una red de servicios suficiente para esta atención, por lo que cuando el paciente es remitido, es atendido con oportunidad y sin restricciones en autorizaciones. Sin embargo, señalaron que esta atención está supeditada a la remisión del oncólogo. Al respecto, profesionales de las IPS señalaron que algunas EPS no ofrecen un servicio odontológico oportuno para atender a los pacientes ambulatorios con diagnóstico de cáncer, lo que prolonga los tiempos de atención.

En cuanto a los protocolos de atención odontológica del paciente oncológico, los profesionales que laboran en una de las IPS manifestaron tener un protocolo y argumentar que este está patentado ante el MSPS. La segunda IPS cuenta, también, con un protocolo de atención odontológica al paciente con cáncer que está siendo actualizado.

En la segunda categoría relacionada con el acceso, los entrevistados identificaron las siguientes barreras que dificultan el acceso de los pacientes con cáncer a los servicios de odontología:

- Personales: los pacientes dan prioridad al tratamiento del cáncer y no ven la salud oral como parte fundamental de la atención integral.

- Económicas: muchos pacientes son de bajos ingresos, por lo que es difícil que puedan acceder a medicamentos y aditamentos recomendados por el odontólogo.
- Organizacionales: no hay comunicación entre los profesionales de las IPS, o de IPS con EPS, lo que genera que se aumenten los tiempos de espera para los pacientes.
- Sociales y culturales: los pacientes del régimen subsidiado tienen menor adherencia al tratamiento odontológico, por lo que son más susceptibles a presentar complicaciones odontológicas debido a que su salud oral de base por lo general es deficiente.
- Resultados en materia de salud: las rutas de atención del Ministerio de Salud y Protección Social no incluyen al odontólogo en los equipos de atención multidisciplinaria del cáncer y no se conocen indicadores para evaluar el beneficio de la atención odontológica al paciente oncológico en las IPS.

Los resultados hallados y analizados en cuanto a la integralidad, tercera categoría, presentan los siguientes aspectos:

- Integralidad de la atención odontológica con el paciente oncológico: los entrevistados en las IPS manifestaron que la atención odontológica se está prestando a los pacientes de pediatría, de cáncer de cabeza y cuello y, de hematooncología (hicieron énfasis en pacientes que van a recibir trasplante de médula). Frente a pacientes con otro tipo de cáncer se presta la atención cuando existe una urgencia odontológica. Según la opinión de los entrevistados en IPS, EPS y en la SSPM existe una dualidad entre ofrecer el servicio de odontología para los pacientes en el nivel I o III de atención. Sobre esto, dos de los tres directores del plan de estudios estuvieron de acuerdo en que los odontólogos generales tienen las competencias para atender a los pacientes oncológicos. Por otra parte, los jefes del servicio de odontología, en las IPS, resaltaron la importancia de que estos pacientes sean atendidos por odontólogos especialistas en un nivel III, donde van a poder estar en contacto con el oncólogo tratante y tomar decisiones en conjunto, según los estados de inmunosupresión del paciente.
- Atención odontológica en IPS: se evidenciaron diferencias en las áreas de atención en las IPS participantes. Así, mientras que en una IPS el servicio de atención odontológica al paciente con cáncer está a cargo de una sola odontóloga que cuenta con el apoyo de una higienista, una auxiliar de consultorio, y una psicóloga; en otra IPS hay un servicio de odontología integral que cuenta con especialistas en todas las ramas de la odontología, el cual incluye: dos cirujanos maxilofaciales, un odontólogo general, docentes especialistas y estudiantes de pregrado y posgrados de endodoncia, periodoncia, y odontopediatría. Se precisa que dicho servicio funciona así gracias a un convenio docente asistencial.
- Fraccionamiento del servicio: los profesionales de las IPS manifestaron que en muchas ocasiones la atención es prestada en diversos sitios, así como también refirieron fallas en la comunicación entre los profesionales tratantes de las diversas disciplinas, problema que se hace más notable cuando los pacientes son ambulatorios.

En la cuarta categoría, los entrevistados manifestaron seis limitaciones para la atención odontológica de los pacientes con cáncer. Al respecto, es importante precisar que dichas limitaciones dependen del tipo de cáncer que se atiende. Así, de manera general los participantes refirieron que:

- Desde el MSPS no existe un documento, ya sea un protocolo o una guía de atención odontológica dirigida al paciente oncológico
- Existe un fraccionamiento del servicio, ya que no se evidencia una adecuada articulación entre EPS e IPS.
- Hay una falta de conocimiento o interés por parte del profesional tratante y del paciente para asistir al servicio de odontología, ya que se suele priorizar la patología de base.
- Se identifica temor o falta de competencias de los odontólogos generales para atender estos pacientes.
- Se reconocen limitaciones sociales y culturales por parte de los pacientes para recibir tratamiento odontológico.
- El costo de insumos para higiene oral implica una afectación a los gastos de bolsillo.

En cuanto a la quinta categoría, 12 de los 15 entrevistados mencionaron como fortaleza la red de servicios de salud de la ciudad, ya que esta cuenta con una capacidad instalada suficiente para ofrecer atención odontológica.

En la sexta y última categoría, las recomendaciones estuvieron dirigidas hacia diferentes actores de la siguiente manera:

- Academia: formar profesionales de medicina y odontología integrales que cuenten con las capacidades de ofrecer un abordaje holístico al paciente.
- Sistema de salud: establecer una guía de atención integral al paciente con cáncer que incluya el servicio de odontología.
- EPS e IPS: promover una articulación que incluya convenios claros, mayor comunicación, el fortalecimiento de equipos multidisciplinarios y el establecimiento de la atención odontológica integral en las IPS de tercer nivel para alcanzar una atención oportuna y de calidad.
- Pacientes: empoderarse de su proceso y de la integralidad que se debe manejar.
- Investigadoras: socializar esta problemática para visibilizar la falta de atención odontológica al paciente oncológico ante los especialistas, los odontólogos y los pacientes.

Finalmente, en lo que tiene que ver con la revisión documental es importante acotar que en una de las IPS no se realizó, puesto que esta argumentó tener el documento solicitado bajo reserva al estar patentado ante el MSPS. Favorablemente, en la segunda IPS nos proporcionaron la guía de atención “*Manejo General Sala Hematoncológica*”, en la que se evidenció que el servicio de odontología hace parte del apoyo psicosocial al paciente, además refirieron que los demás documentos institucionales se encuentran en revisión y actualización. Ahora bien, las directrices desde el MSPS en las 13 guías de práctica clínica para el manejo de los pacientes oncológicos solamente mencionan la valoración por odontología en las Guías de Práctica Clínica del linfoma no Hodgkin, de las leucemias y del cáncer de mama.

Discusión

En este apartado se discutirán las seis categorías de análisis definidas para este estudio, las cuales se desarrollarán de acuerdo al orden en el que se presentaron los resultados. La primera, se refiere a la atención odontológica al paciente oncológico.

Los entrevistados de la SSPM expresaron regirse por la Ley 1384 de 2010, que establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, por medio “de la prestación de todos los servicios requeridos para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo” (16). Lo anterior se enmarca en el Sistema General de Seguridad Social, mediante expedición de la Ley 100 en 1993, actualmente reformado por la ley estatutaria, Ley 1751 de 2015, la cual establece que no es suficiente una atención a los pacientes, sino que además se debe garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad (17). Aunque en general, la norma define la necesidad de un tratamiento integral para los pacientes con cáncer a fin de mejorar su calidad de vida, se evidencia que la atención se ha ido fraccionando de tal forma que actualmente existen guías de atención oncológica para cada tipo de cáncer, pero ninguna de ellas incluye la atención odontológica.

En cuanto a disponibilidad de atención odontológica en los servicios de oncología, en el presente estudio los entrevistados manifestaron que probablemente la mayoría de pacientes que padecen cáncer de cabeza y cuello son remitidos a odontología. No obstante, no se realiza un seguimiento a los pacientes ambulatorios, por lo tanto, no hay cifras que evidencien el porcentaje de pacientes atendidos.

A su vez, en un contexto internacional se evidenciaron aspectos similares a los hallados en Cali con respecto a la atención odontológica del paciente oncológico. Por una parte, en Inglaterra se encontró un estudio retrospectivo acerca del acceso a servicios odontológicos generales de pacientes con cáncer de cabeza y cuello que iban a ser sometidos a radioterapia; el 52% no habían sido valorados por un odontólogo en los últimos 12 meses (18). Esto es algo que llama la atención, teniendo en cuenta que en Inglaterra el 90% de los pacientes que son diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello tienen enfermedades dentales preexistentes, y la mayoría de ellos tienen una salud oral inadecuada antes de dar inicio a sus tratamientos de cáncer (18, 19).

Por otra parte, en España es notable, como en Cali, que las instituciones usan sus propios protocolos y no un documento establecido por el ente rector. En España, Lanzós *et al.* hicieron una evaluación crítica de los protocolos de cuidados orales para pacientes irradiados, cuyos resultados de sus análisis señalaron una gran heterogeneidad en los protocolos de cuidados orales para los pacientes con cáncer (20).

Para la segunda categoría se tomó la definición de acceso brindada por Arrivillaga *et al.* (21), perspectiva desde la cual la promoción de la salud oral toma relevancia como parte integral del tratamiento oncológico. Al respecto, los entrevistados de las dos IPS mencionaron que cuentan con un profesional de salud para hacer demanda inducida, teniendo en cuenta que los pacientes adultos son muy renuentes a ir al odontólogo.

El grupo European Oral Care in Cancer Group (EOCC por sus siglas en inglés) manifiesta que en muchos escenarios clínicos la atención a los pacientes con cáncer se realiza cuando se presenta una urgencia odontológica (22), situación similar a la evidenciada en Cali. Es importante resaltar la clasificación del riesgo de complicaciones orales en pacientes con cáncer según el EOCC, que tiene una perspectiva de atención integral e incluyente, ya que se orienta según el tipo de cáncer y el estado de salud oral al momento del diagnóstico.

Ahora bien, el enfoque del EOCC contrasta con el del Departamento de Salud y Servicios Humanos en los Estados Unidos (HHS, United States Department of Health and Human Services por sus siglas en inglés), en donde tienen una clasificación del riesgo similar a la que pudimos percibir en las IPS incluidas en el presente estudio. Ellos clasifican el riesgo en alto y bajo, de acuerdo al tipo de cáncer y el tratamiento a recibir, pero no tienen en cuenta el estado de salud oral inicial del paciente (23). Para el caso colombiano, el protocolo que existía en el 2001 (7) no hacía una clasificación del riesgo, así como tampoco la Guía Práctica Clínica en Salud Oral para el paciente con compromiso sistémico, de la Secretaría Distrital de Salud en Bogotá, del 2010 (24) incluye una clasificación del riesgo de las complicaciones orales en los pacientes con cáncer.

La tercera categoría, tiene en cuenta la integralidad, como la prestación continua y con calidad desarrollada por el sector salud, la sociedad y otros sectores sociales, que requiere el trabajo de equipos multidisciplinarios y de una atención continua en todos los niveles (25). Epstein *et al.* hicieron referencia a la integralidad cuando mencionaron la importancia de una comunicación efectiva entre odontólogo y oncólogo tratante. Los investigadores manifestaron que muchos odontólogos generales no están preparados para atender este tipo de pacientes complejos y recomendaron que estos pacientes sean atendidos por odontólogos especialistas (26). Las opiniones de Epstein *et al.* concuerdan con la de los dos odontólogos entrevistados en las IPS y contrastan con las de dos de los directores de las facultades de odontología en Cali.

En la cuarta categoría, que se refiere a las limitaciones, algunos entrevistados mencionaron el fraccionamiento del servicio. Rocha *et al.* manifestaron que a pesar de estar incluido el manejo odontológico en el Plan Obligatorio de Salud (POS), suele posponerse o restringirse la adecuada integralidad del proceso terapéutico debido a la normatividad existente (27), ya que el tratamiento odontológico está pensado para ser atendido en IPS de baja complejidad y el cáncer en IPS de alta complejidad. Sánchez *et al.* (28) hicieron alusión a la fragmentación de los servicios ofrecidos por las aseguradoras, que según la red establecida autorizan la prestación en diferentes instituciones. De esta manera, ambos estudios complementan los resultados de la presente investigación al involucrar como causa del fraccionamiento en la prestación de los servicios la normatividad existente y las autorizaciones por parte de las EPS.

En relación a la falta de conocimiento o interés para remitir al paciente al servicio de odontología, Reyes en un estudio previo, sobre la perspectiva y expectativas de la odontología frente al cáncer oral, manifestó que muchas personas han olvidado que la cavidad oral se ha considerado receptor importante de efectos adversos clínicamente significativos (29). Esto coincide con lo que manifestaron la mayoría de los entrevistados de este estudio.

En la quinta categoría es importante mencionar que, en cuanto a la fortaleza de la capacidad instalada con la que cuenta la red de servicios de salud en la ciudad para la atención odontológica al paciente con cáncer, actualmente se está llevando a cabo el Plan C/Can 2025 que involucra a diversos participantes relevantes del ámbito urbano en el diseño, planificación e implementación de las soluciones para el tratamiento del cáncer. Según Bravo *et al.* (30), esta representa una oportunidad para modernizar la red de servicios oncológicos públicos y privados de Cali.

Para finalizar, en la sexta y última categoría de recomendaciones, los entrevistados concuerdan con Reyes *et al.* (31) al centrar sus recomendaciones en dos aspectos.

El primero orientado a lograr, por medio de políticas integrales, que se reconozca al individuo como unidad y el segundo, que sugiere el establecimiento de servicios de estomatología que brinden evaluación, diagnóstico y tratamiento odontológico para eliminar o minimizar complicaciones orales como parte esencial de todos los centros oncológicos.

En Heidelberg, Alemania, Epstein *et al.* (26), recomendaron a los pacientes con cáncer acudir como primera opción a los centros de atención oncológica, a los hospitales que cuenten con programas de odontología y, por último, a odontólogos de la comunidad en general. Esa recomendación va de acuerdo con lo que plantearon los odontólogos en las dos IPS participantes en Cali.

Otra recomendación para evaluar el impacto de la atención odontológica del paciente oncológico a largo plazo fue establecer indicadores que permitan hacer seguimiento de los casos. Como menciona Lalla *et al.* (9), es importante documentar y medir indicadores como el flujo salivar, apertura bucal, caries, enfermedad periodontal, pérdida dentaria, grado e incidencia de mucositis y desarrollo de osteoradionecrosis.

Entre las limitaciones de este estudio, se encontró la dificultad para acceder a todas las IPS que atienden pacientes oncológicos en Cali, las cuales por políticas internas no permitieron la realización de la investigación.

En conclusión, aunque la ciudad tiene suficiente capacidad instalada, los entrevistados manifestaron que no cuentan con una directriz desde el ente rector, por lo tanto, se evidencian barreras en la atención odontológica a los pacientes con cáncer, sumado a la falta de articulación entre las diferentes instituciones que impide el cumplimiento de la atención integral y equitativa. De ahí que los entrevistados hicieron recomendaciones a los diferentes sectores para mejorar la atención. Se debe agregar que, desde una perspectiva de priorización de la atención para la optimización de recursos, los sistemas de salud podrían plantearse la clasificación del riesgo de complicaciones orales sólo a partir del tipo de cáncer que sufre el paciente. Lo anterior, debido a que si se aborda el tema desde la equidad es posible que cada paciente diagnosticado con cáncer reciba atención odontológica, puesto que el proceso de inmunosupresión compromete a todos los pacientes oncológicos, y un mal estado de salud oral va a comprometer el estado de salud integral.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a las instituciones que permitieron llevar a cabo el estudio, a los informantes clave de este proceso, y a la Facultad de Ciencias de la Salud y Maestría en Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, por la asesoría del estudio.

Contribuciones de los autores

Los autores declaran que han aprobado la versión final del manuscrito y contribuido intelectualmente en su elaboración.

Conflictos de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Referencias

1. Uribe Pérez CJ, Hormiga Sánchez CM, Serrano Gómez SE. Cancer incidence and mortality in Bucaramanga, Colombia. 2008-2012. *Colombia Médica* 2018; 49(1): 73-80. <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v49i1.3632>
2. Bravo LE, García LS, Collazos P, Carrascal E, Ramírez O, Collazos T, et al. Reliable information for cancer control in Cali, Colombia. *Colombia Médica* 2018; 49(1): 23-34. <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v49i1.3689>
3. Universidad del Valle. Registro Poblacional de Cáncer en Cali [En línea]. Cali: Univvalle; 2008-2012. Disponible en: http://rpcc.univalle.edu.co/es/incidencias/Estadísticas/Tablas_Incidencia.php?periodo=18&genero=3
4. Mungi Castañeda S, Aguilar Gálvez, D. Manifestaciones orales en niños sometidos a tratamiento antineoplásico en el INEN de enero a marzo del 2013. *Revista Científica Odontológica* 2014; 2(1): 102-110.
5. Gussgard AM, Hope AJ, Jokstad A, Tenenbaum H, Wood R. Assessment of cancer therapy-induced oral mucositis using a patient-reported oral mucositis experience questionnaire. *PloS one* 2014; 9(3): e91733. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091733>
6. Hurtado Redondo DC, Estrada Montoya JH. Complicaciones orales en pacientes sometidos a radioterapia: revisión de literatura. *Universitas Odontológica* 2012; 31(67):111-129.

7. **República de Colombia - Ministerio de Salud.** Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Neoplásicas. 2001; Instituto Nacional de Cancerología. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Guias>
8. **Leuci S, Aria M, Nicolò M, Spagnuolo G, Warnakulasuriya K, Mignogna MD.** Comparison of views on the need for continuing education on oral cancer between general dentists and oral medicine experts: A Delphi survey. *J Int Soc Prev Community Dent* 2016; 6(5): 465-473. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.192944>
9. **Lalla RV, Long-Simpson L, Hodges JS, Treister N, Sollecito T, Schmidt B, et al.** Clinical registry of dental outcomes in head and neck cancer patients (OraRad): rationale, methods, and recruitment considerations. *BMC Oral Health* 2017; 17(1): 59. <https://www.doi.org/10.1186/s12903-017-0344-y>
10. **Taylor C, Shewbridge A, Harris J, Green J.** Benefits of multidisciplinary teamwork in the management of breast cancer. *Breast Cancer: Targets and Therapy* 2013; 5(1): 79-85. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S35581>
11. **Cohen E, LaMonte S, Erb N, Beckman K, Sadeghi N, Hutcheson K, et al.** American Cancer Society Head and Neck Cancer Survivorship Care Guideline. *A Cancer Journal for Clinicians* 2016; 66(3): 203-239. <https://doi.org/10.3322/caac.21343>
12. **Bernabeu J, Fournier C, Garcia-Cuena E, Moran M, Plasencia M, Prades O, Cañete A.** Atención interdisciplinaria a las secuelas de la enfermedad y/o tratamientos en oncología pediátrica. *Psicooncología* 2009; 6(2-3): 381-411.
13. **Mesquita Araújo, SN, Barros Araújo Luz, MH, Freitas da Silva, GR, Rangel Andrade, EML, Cunha Nunes, LC, Oliveira Moura, R.** El paciente oncológico con mucositis oral: desafíos para el cuidado de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2015; 23(2): 267-274. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0090.2551>
14. **Ellis P.** The importance of multidisciplinary team management of patients with non-small-cell lung cancer. *Current Oncology* 2012; 19(2012), S7-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3747/co.19.1069>
15. **González Arriagada WA, Santos Silva AR, Carvalho de Andrade MA, De Andrade ER, Lopes Marcio A.** Criterios de Evaluación Odontológica Pre-Radioterapia y Necesidad de Tratamiento de las Enfermedades Orales Post-Radioterapia en Cabeza y Cuello. *Int. J. Odontostomat* 2010; 4(3): 255-266. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2010000300008>
16. **República de Colombia - Congreso de la República.** Ley 1384 [En línea]; 2010. Disponible en: http://www.secretariosenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1384_2010.html
17. **República de Colombia - Congreso de la República.** Ley 1751 [En línea]; 2010. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

18. Lawrence M, Aleid W, McKechnie A. Access to dental services for head and neck cancer patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2013; 51(5): 404-407. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2012.10.004>
19. McCaul LK. Oral and dental management for head and neck cancer patients treated by chemotherapy and radiotherapy. *Dental update* 2012; 39(2):135-140. <https://doi.org/10.12968/denu.2012.39.2.135>
20. Lanzós I, Herrera D, Lanzós E, Sanz M. A critical assessment of oral care protocols for patients under radiation therapy in the regional University Hospital Network of Madrid (Spain). *Journal of clinical and experimental dentistry* 2015; 7(5): e613-e621 <https://doi.org/10.4317/jced.52557>
21. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gaceta Sanitaria* 2016; 30(6): 415-420. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>
22. Quinn B, Dargan S, Campbell F, Fulman L, Gemmill J, Harding J, et al. European Oral Care in Cancer Group Oral Care Guidance and Support. [En línea]. 2019. Disponible en: <http://www.ukomic.co.uk/documents/UKOMIC-Guidelines-3rd-Edition.pdf>
23. U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health National Institute of Dental and Craniofacial Research. Oral Complications of cancer treatment; what the dental team can do. [En línea]. 2009. Disponible en: <https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/oral-complications-cancer-oncology-team.pdf>
24. República de Colombia - Secretaría Distrital de Salud Bogotá. Guía de práctica clínica en salud oral: Paciente con compromiso sistémico. 2009. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%A1da%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20Compromiso%20Sist%C3%A9mico.pdf>
25. Acosta Ramírez N, Vega Romero R. El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia. *RGYPS* 2008; 7(14).
26. Epstein J, Güneri P, Barasch A. Appropriate and necessary oral care for people with cancer: guidance to obtain the right oral and dental care at the right time. *Supportive Care in Cancer* 2014; 22(7): 1981-1988. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2228-x>
27. Rocha-Buelvas A, Jojoa Pumalpa A. Manejo odontológico de las complicaciones orales secundarias al tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia. *CES Odontología* 2011; 24(2): 71-78.

28. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2014; 32(3): 305-313.
29. Reyes-Vivanco CA. Perspectiva y expectativas de la odontología frente al cáncer oral. *Cirugía y Cirujanos* 2009; 77(1): 1-2.
30. Bravo LE, Arboleda OI, Ramirez O, Durán A, Lesmes MC, Rendler-García M, et al. Cali, Colombia, Key learning City C/Can 2025: City Cancer Challenge. *Colomb Médica* 2017; 48(2): 39-40.
31. Reyes VCA, Gallegos HF, García HMA, Bustos TM, Nambo LMJ, Silva A. Prevención, tratamiento y rehabilitación oral en el paciente oncológico. Importancia del manejo integral y multidisciplinario. *Revista de la Asociación Dental Mexicana* 2010 [citado 03 de junio de 2019]; 67(5): 210-216.