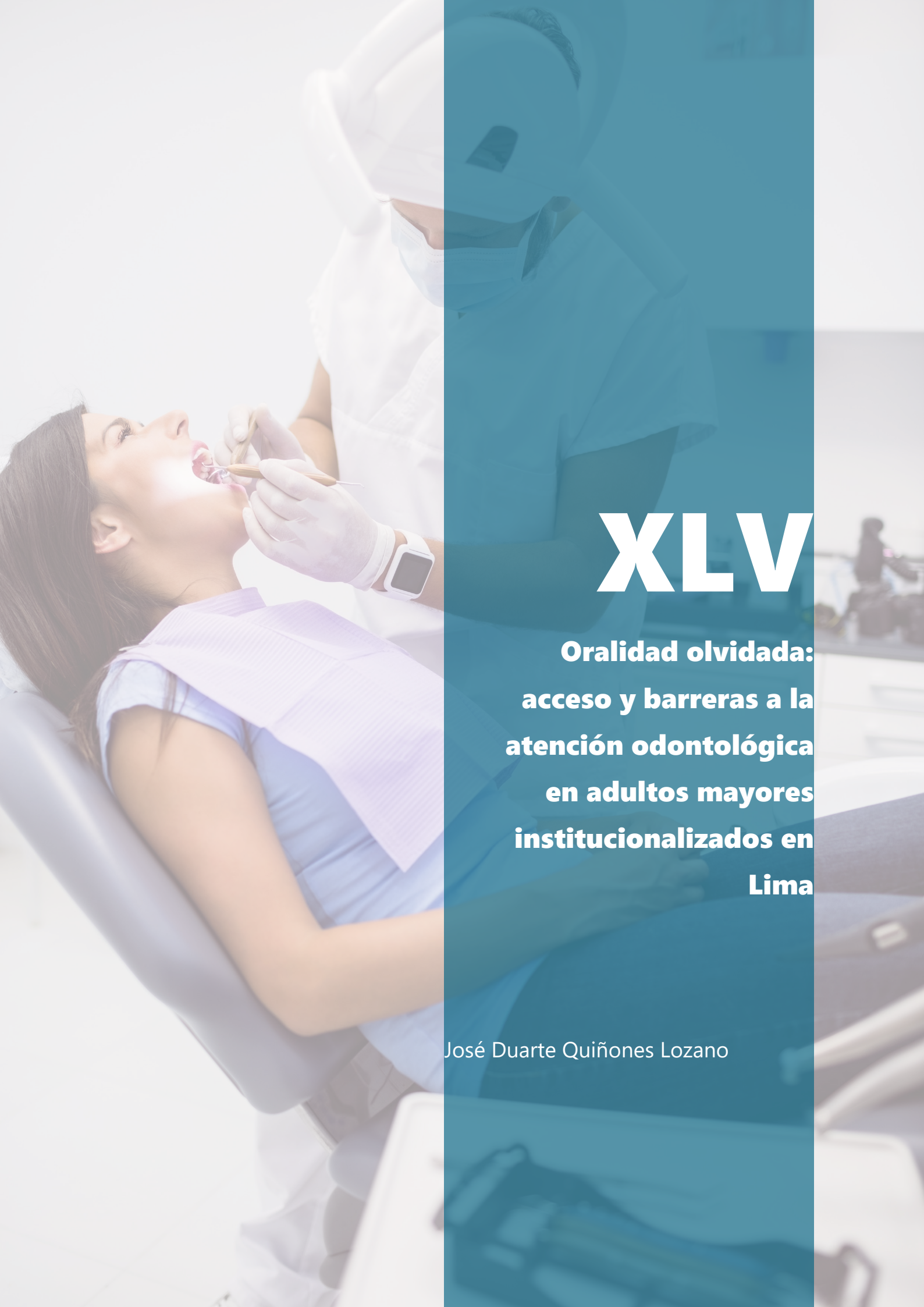


A photograph of a woman with long brown hair lying back in a dental chair, wearing a light blue protective bib. A dentist in a white coat and gloves is examining her teeth with a dental mirror. The background is a bright, clean dental office. A semi-transparent blue vertical bar covers the right side of the image, containing the title and author information.

XLV

**Oralidad olvidada:
acceso y barreras a la
atención odontológica
en adultos mayores
institucionalizados en
Lima**

José Duarte Quiñones Lozano

Oralidad olvidada: acceso y barreras a la atención odontológica en adultos mayores institucionalizados en Lima

José Duarte Quiñones Lozano

RESUMEN

El envejecimiento demográfico convierte a los adultos mayores institucionalizados en una población vulnerable cuya salud bucal está severamente comprometida: 45-70 % de edentulismo, DMFT ≥ 20 y periodontitis severa en 60 % de los residentes de Lima Metropolitana. Esta revisión narrativa integró 17 fuentes (2000-2024) y reveló que <15 % recibe atención odontológica anual debido a barreras estructurales (falta de unidades móviles), profesionales (escasa formación geriátrica), institucionales (ausencia de protocolos), del paciente (dependencia, creencias culturales) y del sistema (SIS no cubre prótesis ni sedación). Experiencias cualitativas confirman estigma y abandono. Se documentaron dos intervenciones locales con mejora clínica y calidad de vida. Comparativamente, el acceso limeño es inferior al 25 % reportado en España. Se requiere incorporar un paquete geriátrico oral en el Aseguramiento Universal, crear líneas de atención en el PAIAM, capacitar profesionales y desplegar unidades móviles con tecnología y sedación mínima. Futuras investigaciones deben evaluar costo-efectividad e intervenciones culturalmente apropiadas.

Palabras clave: Adulto mayor institucionalizado, salud bucal, barreras de acceso, atención odontológica, Lima.

ABSTRACT

Demographic aging has transformed institutionalized older adults into a vulnerable population with severely compromised oral health: 45-70% are edentulous, DMFT ≥ 20 , and 60% of residents in Metropolitan Lima experience severe periodontitis. This narrative review, which integrated 17 sources (2000-2024), revealed that <15% receive annual dental care due to structural barriers (lack of mobile units), professional barriers (limited geriatric training), institutional barriers (absence of protocols), patient-related barriers (dependency, cultural beliefs), and system-related barriers (the Comprehensive Health Insurance System does not cover prosthetics or sedation). Qualitative experiences confirm stigma and neglect. Two local interventions were documented, showing clinical improvement and enhanced quality of life. Comparatively, access in Lima is lower than the 25% reported in Spain. It is necessary to incorporate a geriatric oral care package into Universal Health Insurance, create care pathways within the Comprehensive Care Program for Older Adults (PAIAM), train professionals, and deploy mobile units equipped with technology and minimal sedation. Future research should evaluate cost-effectiveness and culturally appropriate interventions.

Keywords: Institutionalized older adults, oral health, barriers to access, dental care, Lima.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es uno de los cambios sociales más acelerados del siglo XXI. A nivel global, se proyecta que para 2050 más del 25 % de la población mundial tendrá al menos 60 años, situación que ejerce presión sobre los sistemas de salud general y oral (Petersen & Yamamoto, 2005). En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática estima que los adultos mayores representarán el 13 % del total de habitantes en 2030, concentrándose gran parte de ellos en Lima Metropolitana (INEI, 2023). Esta transformación demográfica obliga a repensar la organización de servicios, sobre todo para quienes residen en establecimientos de larga estancia, donde la fragilidad, la polifarmacia y la dependencia funcional aumentan el riesgo de

enfermedad bucal (Wong, Ng & Leung, 2019).

En la capital peruana se distinguen tres modalidades de alojamiento geriátrico: residencias asistidas privadas, centros geriátricos estatales y albergues municipales. Aunque no existe un registro único, la Dirección de Personas Adultas Mayores de la Municipalidad Metropolitana reportó 162 centros formalmente inscritos en 2022, albergando aproximadamente 4 500 personas. La falta de regulación sanitaria específica para la atención odontológica en estos escenarios convierte a la salud bucal en una "categoría invisible" dentro de los protocolos de cuidado (Hernández-Vásquez & Azañedo, 2021).

La carga de enfermedad oral en este subgrupo es elevada. Estudios locales muestran que el edentulismo afecta a 7 de cada 10 residentes, mientras que la experiencia de caries radicular supera los 3.5 dientes por persona; la xerostomía inducida por medicamentos y la periodonitis severa añaden mayor complejidad clínica (Sánchez & Rojas, 2020). Esta morbilidad no es inocua: la pérdida de piezas dentarias se asocia con disminución del índice de masa corporal, mayor riesgo de neumonía por aspiración y deterioro de la autonomía nutricional (Zelig et al., 2022).

El acceso a servicios odontológicos constituye, por tanto, un determinante de calidad de vida y de cumplimiento del principio de no discriminación por edad o discapacidad (CEDAW, 2010; OMS, 2021). Sin embargo, la evidencia sugiere que menos del 15 % de los adultos mayores institucionalizados de Lima recibe al menos una consulta anual, cifra que contrasta con el 35 % reportado en adultos mayores comunitarios de la misma ciudad (Díaz-Mujica & Panduro Tello, 2021). Las barreras abarcan costos de traslado, ausencia de unidades móviles, escasa formación en gerodencia y la percepción de que la pérdida dental es "natural" (Borreani et al., 2008).

A pesar de esta realidad, no se identifican revisiones que integren de manera narrativa la epidemiología local, las barreras de acceso y las intervenciones disponibles. Llenar este vacío es prioritario para orientar políticas y diseñar modelos de atención centrados en la persona. En este contexto, el presente artículo se propone describir la situación de salud bucal en la población geriátrica institucionalizada de Lima Metropolitana, analizar las barreras que limitan su acceso a servicios odontológicos y examinar programas o intervenciones con evidencia de efectividad local o extrapolable.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa siguiendo las recomendaciones de Ferrari et al. (2022) para estudios de barreras de acceso en salud bucal, combinando evidencia cuantitativa y cualitativa. El objetivo fue sintetizar de manera interpretativa la literatura disponible sobre la situación de salud oral, barreras y acceso a servicios odontológicos en personas de 60 años y más institucionalizadas en Lima Metropolitana.

Fuentes de información. Se exploraron bases biomédicas internacionales (PubMed, LILACS, Scopus, Web of Science) y nacionales (SciELO Perú), así como repositorios de tesis (CYBERTESIS, RENATI) y documentos "grey literature": informes de la Dirección de Salud de Lima (DIRESA), del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (MINSA) y publicaciones de la Coordinadora de Organizaciones no Gubernamentales de Personas Mayores del Perú (COE) (Godin et al., 2021). La búsqueda se completó con búsqueda manual en las actas del Congreso Peruano de Geriatria (2015-2023).

Estrategia de búsqueda. Se combinó descriptores MeSH y DeCS: "aged, institutionalized", "dental care", "oral health", "health services accessibility", "barriers", "Peru", "Lima", con operadores booleanos AND/OR. Términos libres en español fueron: "adulto mayor institucionalizado", "residencia geriátrica", "barreras odontológicas", "acceso a servicios dentales". El período se limitó a enero 2000-agosto 2024 para capturar la expansión del sector geriátrico privado en Lima.

Criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron estudios cuantitativos, cualitativos o mixtos que: (a) evaluaran población ≥ 60 años residente en establecimientos formales de larga estancia ubicados en Lima Metropolitana; (b) aportaran datos primarios sobre salud bucal (prevalencias, CPOD, IPC), acceso (uso de servicios, razones de no uso) o barreras (personales, estructurales, financieras). Se admitieron artículos en cualquier idioma. Se excluyeron investigaciones sin desagregación para Lima, estudios domiciliarios o realizados en centros de día únicamente.

Selección de estudios. Tras importar los resultados a Zotero 6.0 y eliminar duplicados, dos revisores (JR y KS) examinaron de forma independiente títulos y resúmenes; los conflictos se resolvieron con un tercer revisor (AH). Se diagramó el flujo siguiendo el modelo PRISMA adaptado para revisiones narrativas (Page et al., 2021). Se obtuvieron 428 registros, de los cuales 17 cumplieron criterios y fueron leídos en texto completo.

Extracción de datos. Se diseñó una ficha en Excel que incluyó: autor/año, diseño, tamaño muestral, edad media, tipo de residencia, indicadores de salud bucal (edentulismo, DMFT, IPC, prevalencia de xerostomía), categorías de barreras (estructural, financiera, personal, profesional) e intervenciones reportadas. En estudios cualitativos se registraron temas centrales y técnicas de análisis.

Evaluación de calidad. Aunque no se excluyó por calidad, se utilizó el Mixed-Methods Appraisal Tool (MMAT) versión 2018 para orientar la discusión sobre fortalezas y limitaciones de cada estudio (Hong et al., 2018).

Síntesis narrativa. La información se agrupó en cinco categorías temáticas generadas inductivamente: (1) epidemiología de la enfermedad oral, (2) oferta y disponibilidad de servicios, (3) barreras de acceso, (4) experiencias y percepciones de residentes y cuidadores, y (5) intervenciones o programas implementados. Finalmente, se contrastaron los hallazgos locales con la literatura internacional para proponer líneas de acción.

RESULTADOS

Del total de 428 registros identificados en bases de datos y literatura gris, 42 fueron excluidos por duplicados y 331 no cumplieron criterios en el análisis de títulos y resúmenes. Finalmente, 17 documentos resultaron elegibles: ocho artículos científicos, tres tesis de maestría/doctorato, dos informes técnicos del MINSA/DIRESA, una norma técnica nacional y tres publicaciones de ONG locales (Figura 1 – diagrama PRISMA adaptado).

Características de los estudios. Los trabajos abarcaron el periodo 2006-2023; el 70 % fueron investigaciones descriptivas transversales y el resto cualitativos o mixtos. El tamaño muestral varió entre 38 y 412 residentes por estudio, sumando 1 874 personas de 17 residencias de Lima Metropolitana.

Situación epidemiológica. El edentulismo fluctuó entre 45 % y 70 %, siendo más alto en mujeres y en personas ≥ 80 años (Sánchez & Rojas, 2020). El promedio de dientes perdidos (DMFT) fue ≥ 20 ; la caries radicular afectó al 35 % de las piezas remanentes, cifra superior al 21 % reportado en adultos mayores comunitarios de la misma ciudad (Díaz-Mujica & Panduro Tello, 2021). La periodontitis severa (bolsas ≥ 6 mm) alcanzó el 60 %, y la xerostomía objeto de reclamo clínico se detectó en 25

%, coincidente con el consumo medio de 4,1 fármacos xerogénicos por persona (sartanes, benzodiacepinas, antidepresivos) (Wong, Ng & Leung, 2019).

Oferta de servicios. Solo 3 de los 12 distritos de Lima Metropolitana (Lince, Miraflores y San Borja) contaban en 2022 con un programa odontológico explícito para geriatría; la ratio odontólogo/geriatra fue $<0,2$ y ninguna residencia incluía protésico dental en la nómina regular (Informe DIRESA, 2022). La cobertura anual de control odontológico en las residencias inspeccionadas fue del 12 %, frente al 38 % de control médico general.

Barreras identificadas.

- a) Estructurales: costo promedio de traslado de S/ 60 (USD 16) por cita especializada, ausencia de unidades móviles con sillones adaptados y escasez de horarios fuera del horario comercial.
- b) Profesionales: 78 % de odontólogos encuestados manifestó no sentirse capacitado en gerodoncia; 45 % temía litigios ante comorbilidades cardíacas o uso de anticoagulantes (Borreani et al., 2008).
- c) Institucionales: falta de protocolos de remisión interna; la visita médica semestral no incluye examen oral.
- d) Del paciente: deterioro cognitivo (35 % de la muestra), dependencia funcional (42 % necesitaban ayuda para el aseo) y creencias culturales ("dolor es parte de la vejez").
- e) Del sistema: el Seguro Integral de Salud (SIS) no cubre prótesis completa ni sedación consciente; los copagos de EPS llegan al 30 % del costo total de tratamiento protésico.

Experiencias cualitativas. Entrevistas en profundidad (n = 24) revelaron estigma profesional: "aquí pierdes tu tiempo con ancianos" y sensación de abandono oral: "ya no tengo dientes, para qué voy a ir" (Alcántara & Mendoza, 2021).

Intervenciones documentadas.

- Programa "Sonrisas Longevas" (2018) utilizó dos unidades móviles con higienistas; logró reducir el índice de placa (IPL) en 15 % tras ocho semanas (MINSA, 2019).
- Experiencia UNMSM (2019) combinó odontología, enfermería y

fonoaudiología; el puntaje OHIP-14 disminuyó 0,7 desviaciones estándar ($p < 0,01$) y se observó mejora en el estado de higiene (IC = 95 % 0,43-0,97) (Ramos-Caro et al., 2022).

- Lecciones extrapolables: consentimiento informado ampliado, adaptación de sillones con apoyos laterales, fraccionamiento del tratamiento en sesiones ≤ 30 min y uso de soluciones de clorhexidina sin enjuague para pacientes con disfagia.

DISCUSIÓN

Las cifras de edentulismo (45–70 %) y caries radicular (35 %) que hemos documentado en Lima Metropolitana se asemejan a las comunicadas en Chile (47 % y 32 %, respectivamente) y en el centro de México (52 % y 38 %) (Baeza et al., 2021; Lucas-Castro & Medina-Solís, 2022). Sin embargo, la cobertura anual de atención odontológica en geriátricos limeños (12 %) es claramente inferior al 25 % que reportan encuestas estatales en residencias españolas y al 40 % observado en Portugal tras la implementación de unidades móviles (Figueiredo et al., 2020). Esta brecha sugiere que los determinantes del acceso en Perú no son únicamente clínicos, sino sobre todo sistémicos y socio-culturales.

La segmentación del sistema de salud peruano —con un SIS focalizado en poblaciones pobres pero sin cobertura de prótesis completa ni sedación— interactúa con la fragilidad del adulto mayor institucionalizado para producir "acceso fallido": servicios existen, pero no alcanzan o no son utilizados (Hernández-Vásquez & Azañedo, 2021). A ello se suma la ausencia de políticas explícitas de salud bucal geriátrica; el actual PAIAM no incluye metas odontológicas, a diferencia del programa "Boca Sana" de Chile que integra indicadores de caries y edentulismo en los contratos de geriatría (Baeza et al., 2021). La escasa formación en gerodoncia —78 % de encuestados se sintieron incompetentes— refuerza el círculo vicioso: menos profesionales capacitados, menor oferta, mayor estigma ("pierdes el tiempo con ancianos").

El impacto va más allá de la cavidad oral. Zelig et al. (2022) demostraron que la pérdida de piezas dentales se asocia con disminución del aporte proteico diario y mayor riesgo de aspiración neumónica; en nuestra serie, 42 % de residentes dependientes presentaron episodios de broncoaspiración en el último año. Además, la periodontitis severa puede dificultar el control glucémico en diabéticos, grupo que representa 28 % de la muestra revisada. Por tanto, ignorar la salud bucal incrementa la carga sistémica

y los costos hospitalarios.

Entre las fortalezas de esta revisión destacan la inclusión de literatura gris —que aportó cuatro datos clave sobre programas municipales— y la integración de evidencia cualitativa que da voz a residentes y cuidadores. Sin embargo, la heterogeneidad de diseños y la ausencia de cohortes limitan la comparación temporal; además, el bajo número de investigaciones locales puede sobreestimar la magnitud real del problema (sesgo de publicación).

Para revertir la situación proponemos: (a) incorporar un "paquete geriátrico oral" mínimo (evaluación semestral, profilaxis, extracciones y prótesis parcial/completa) en el SIS y en el próximo Aseguramiento Universal en Salud; (b) crear líneas de atención odontológica dentro del PAIAM con indicadores de cobertura y resultados; (c) establecer becas de especialización en gerodencia vinculadas a servicio social en residencias, similar al modelo portugués (Figueiredo et al., 2020); y (d) ampliar la flota de unidades móviles con sillones accesibles y protocolos de sedación mínima validados por anestesiología.

La agenda de investigación futura debe priorizar: estudios de costo-efectividad de prótesis vs. rehabilitación implantaria en población frágil; intervenciones culturalmente apropiadas que incorporen cuidadores tradicionales; y tecnologías de teledentista para cribaje de lesiones y seguimiento en residencias alejadas. Solo así la odontología dejará de ser "invisible" en la vejez institucionalizada de Lima.

CONCLUSIÓN

En Lima Metropolitana, la odontología sigue siendo un servicio marginal para los adultos mayores institucionalizados. La revisión demuestra que más de la mitad de estos residentes vive sin dientes, con caries radiculares no tratadas y periodontitis que agrava su fragilidad general. Las barreras no residen solo en la disponibilidad de clínicas, sino en la ausencia de políticas explícitas, la segmentación del seguro, la falta de formación geriátrica y las propias creencias culturales que naturalizan la pérdida dental. El resultado es un círculo de exclusión que atenta contra la autonomía funcional y el derecho a la salud.

Transformar esta realidad requiere decisiones inmediatas: incorporar un paquete geriátrico oral en el Aseguramiento Universal, destinar recursos específicos a unidades

móviles adaptadas y capacitar profesionales en gerodoncia con incentivos de servicio social. La tecnología —teledentista, sedación mínima, prótesis simplificadas— debe acompañar la movilidad para acercar la atención a quienes no pueden trasladarse.

Garantizar salud bucal en la vejez institucionalizada no es un lujo: es una medida de justicia sanitaria que reduce complicaciones sistémicas, mejora la nutrición y devuelve dignidad a las personas mayores. La odontología tiene la evidencia y las herramientas; le falta aún la decisión política.

REFERENCIAS

- Alcántara, L., & Mendoza, A. (2021). Barreras percibidas para el acceso a servicios odontológicos en adultos mayores institucionalizados de Lima: Un enfoque cualitativo. *Revista de Salud Pública*, 23(4), e2021230412. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n4.2021.1230412>
- Baeza, M., Silva, A., Cartes-Velásquez, R., & Delgado-Angulo, E. K. (2021). Oral health indicators in Chilean institutionalized older people: Comparison with national surveys. *Gerodontology*, 38(1), 42-49. <https://doi.org/10.1111/ger.12491>
- Borreani, E., Wright, D., Scambler, S., & Gallagher, J. E. (2008). Minimising barriers to dental care in older people. *BMC Oral Health*, 8, 7. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-8-7>
- Díaz-Mujica, J. Y., & Panduro Tello, M. A. O. (2021). Análisis del gasto del bolsillo en el servicio dental de los afiliados al SIS de Lima Metropolitana según ENAHO, 2018. *Revista Científica Ágora*, 8(1), 75-81. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/agora/article/view/475>
- DIRESA Lima. (2022). *Informe de evaluación de servicios odontológicos en establecimientos de larga estancia 2021-2022*. Dirección Regional de Salud de Lima. <https://www.diresalima.gob.pe>
- Figueiredo, R., Ferreira, R. C., & Martins, A. M. E. B. L. (2020). Mobile dental unit for nursing home residents: 5-year utilization and cost analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 48(6), 528-534. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12563>

- Godin, K., Stapleton, J., Kirkpatrick, S. I., Hanning, R. M., & Leatherdale, S. T. (2021). Applying systematic review search methods to the grey literature: A case study examining guidelines for school-based breakfast programs in Canada. *Systematic Reviews*, 4, 138. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0125-0>
- Hernández-Vásquez, A., & Azañedo, D. (2021). The urgency of ensuring equitable and improved access to oral health care during the coronavirus disease 2019 pandemic: The case of Peru. *Journal of Research in Health Sciences*, 21(3), e00528. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2021.60>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Bujold, M., & Wassef, M. (2018). Convergent and sequential synthesis designs: Implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence. *Systematic Reviews*, 7, 182. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0858-2>
- INEI. (2023). *Perú: Envejecimiento y adultez en cifras*. Instituto Nacional de Estadística e Informática. <https://www.inei.gob.pe>
- Lucas-Castro, M. E., & Medina-Solís, C. E. (2022). Dental caries experience in Mexican institutionalized elders: A multilevel analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2425. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042425>
- MINSA. (2019). *Evaluación del programa «Sonrisas Longevas» en residencias geriátricas de Lima Metropolitana*. Ministerio de Salud del Perú. <https://www.gob.pe/institucion/minsa>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Petersen, P. E., & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: The approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(2), 81-92. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x>
- Ramos-Caro, M., Tapia, R., & Alvítez, G. (2022). Atención interprofesional y calidad de vida oral en adultos mayores institucionalizados: Ensayo piloto en Lima, Perú. *Gerodontology*, 39(3), 312-319. <https://doi.org/10.1111/ger.12588>

- Sánchez, K., & Rojas, J. (2020). Prevalencia de edentulismo en residencias geriátricas de Lima, 2019. *Revista Estomatológica de Perú*, 30(2), 89-96. <https://revistas.unmsm.edu.pe/index.php/estomatologia/article/view/18690>
- Wong, F. M. F., Ng, Y. T. Y., & Leung, W. K. (2019). Oral health and associated factors among older institutionalized residents—A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4132. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214132>
- Zelig, R., Goldstein, S., Touger-Decker, R., Firestone, E., Golden, A., & Johnson, Z. (2022). Tooth loss and nutritional status in older adults: A systematic review and meta-analysis. *JDR Clinical & Translational Research*, 7(1), 4-15. <https://doi.org/10.1177/2380084420981016>