



UNIVERSIDAD ANDRES BELLO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIRECCION DE INVESTIGACION Y POSTGRADO

**COBERTURA EFECTIVA PROGRAMA GES ODONTOLÓGICO PACIENTE 60
AÑOS. CENTRO DE SALUD FAMILIAR PENCO – LIRQUEN.
AÑOS 2012 - 2014.**

Tesis para optar al Grado de Cirujano – Dentista y
Grado de Magister en Ciencias Odontológicas.

Alumno: Licenciado Daniel Octavio Pedreros Cruces.
Profesor Guía: Dr. Pedro Henríquez Zenteno.
Profesor Responsable: Dra. Alexandra Torres.

Concepción – Chile
2015.

ÍNDICE

Página

RESUMEN

ABSTRACT

1.	Presentación	9
	Fundamentación del estudio	11
2.	Marco Referencial	12
	2.1 Adulto Mayor	12
	2.2 Salud Oral	14
	2.3 Cobertura Efectiva	17
	2.4 Programas de Protección en Salud Oral	20
	2.4.1 Régimen de Garantías Explícitas en Salud	20
	2.4.2 GES Odontológico Adulto Mayor 60 años	23
	2.4.3 Alcance del Programa ODT Paciente 60 años	24
	2.4.3.1 Examen Extraoral	24
	2.4.3.2 Examen Intraoral	24
	2.4.3.3 Diagnostico	27
	2.4.3.4 Tratamiento	27
	2.5 Desdentamiento	28
	2.5.1 Clasificación de Kennedy	29
	2.6 Prostodoncia	30
3.	Marco Empírico	32
4.	Formulación Problema de Investigación	37
5.	Objetivos del Estudio	37
	5.1 Objetivo General	37
	5.2 Objetivos Específicos	37
6.	Hipótesis de trabajo	38
7.	Variables del Estudio	38

8.	Metodología de la investigación	42
	8.1 Tipo de Estudio	42
	8.2 Lugar de realización	42
	8.3 Población de estudio	42
	8.3.1 Unidad de Análisis	42
	8.3.2 Universo	42
	8.3.3 Muestra	43
	8.4 Recolección de datos	44
	8.4.1 Técnica de recolección de datos	44
	8.4.2 Resguardo en recolección de datos	44
	8.4.3 Descripción y aplicación de los instrumentos	45
	8.5 Procesamiento y análisis de datos	46
9.	Plan de trabajo y equipo	47
	9.1 Aprobación y autorización comité de ética	47
	9.2 Equipo de trabajo	47
10.	Consideraciones Éticas	48
11.	Presentación Resultados	50
12.	Discusión	57
13.	Conclusión	59
14.	Recomendaciones	61
15.	Referencias Bibliográficas	62

INDICE DE ANEXOS	Página
Anexo 1: Ficha Clínica Odontológica Paciente 60 Años.	69
Anexo 2: Carta de Autorización dirigida al Director de Escuela.	71
Anexo 3: Carta de Autorización dirigida al Profesor Guía de Tesis.	72
Anexo 4: Carta de Autorización dirigida al Director(a) del Centro de Salud.	73
Anexo 5: Carta dirigida al Comité de Ética.	75
Anexo 6: Cronograma Proyecto de Tesis.	76
Anexo 7: Protocolo presentación comité de trabajos con manejo de datos en proyectos científicos.	77
Anexo 8: Carta de compromiso del Investigador al Comité de Bioética de la Facultad de Odontología.	80

RESUMEN

Antecedentes: Una de las características demográficas a nivel mundial es el aumento significativo de la población de adultos mayores. En Chile existe un programa de atención en salud oral dirigido a este grupo, y denominado "Programa GES Odontológico paciente 60 años", cuya finalidad es entregar salud integral a estos pacientes. A nivel nacional es importante evaluar la cobertura efectiva entre la demanda potencial del paciente y la oferta entregada por parte del programa.

Justificación: No existe una evaluación de la cobertura efectiva del Programa GES odontológico paciente 60 años, lo que establece la necesidad de determinar brechas de atención, relacionadas con la demanda odontológica integral de los pacientes, según condiciones orales iniciales, y el tratamiento dental recibido.

Objetivo: Evaluar la cobertura efectiva del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, programa odontológico 60 años, en Centro de Salud Familiar Penco-Lirquén, entre los años 2012 y 2014.

Material y Métodos: Investigación de tipo cuantitativa, observacional, transversal, analítica. Se trabajó con la totalidad de historias clínicas, correspondiente a pacientes atendidos en el programa GES odontológico en el Centro de Salud Familiar Penco – Lirquén, Servicio de Salud Talcahuano, años 2012 - 2014. Para determinar la cobertura efectiva del programa GES se evaluó la asociación entre las condiciones de salud oral al momento del ingreso y los tratamientos realizados, así como también, cobertura en salud oral respecto a la demanda, cobertura respecto a la adherencia y utilización de servicios. Los análisis estadísticos fueron analizados con el software estadístico SPSS 22.0. Para su evaluación se utilizaron métodos estadísticos descriptivos e inferenciales, con utilización de métodos no paramétricos basados en el análisis chi – cuadrado de independencia y análisis V de Cramer para cuantificar asociación.

Resultados: La investigación muestra que de los pacientes beneficiarios, la patología más prevalente al momento de ingreso al programa correspondió a Caries dental con un 84,6% y de ellos, el 97,2% recibió tratamiento restaurador definitivo. La enfermedad Periodontal se presentó en un 26,6%, de los cuales el 75,4% recibió tratamiento periodontal. El test de chi – cuadrado demostró una asociación fuerte y significativa, entre enfermedad y tratamiento, lo cual indica que existe una cobertura efectiva en ambos casos.

Se observó además que al momento del ingreso al programa un 95,8% presentó algún grado de edentulismo, de los cuales el desdentado parcial bimaxilar corresponde al mayor porcentaje con 51,4%, seguido por desdentado parcial superior (15%). En relación a aparatología protésica de los pacientes, se tuvo que el 76,2% registra ausencia de prótesis.

Palabras claves: Adulto mayor, Cobertura efectiva, Salud oral.

ABSTRACT

Background: One of the demographic characteristics around the world is the significant increase in the population of older adults. In Chile, there is an oral health care program to this group, and called "GES program dental patient 60 years", whose the purpose is to give these patients overall health. Nationally, it is important to assess the effective coverage between the potential demand of the patient and the offer delivered by the program.

Justification: To assess the effective coverage of the "GES program dental patient 60 years", is based on the need to identify gaps in care, comprehensive dental patients, according to initial oral conditions demand, and received dental treatment related.

Purpose: To assess the effective coverage of the regime of guarantees explicit in health, dental program 60 years, at family health center Penco - Lirquen, between the years 2012 and 2014.

Material and Methods: Quantitative research, observational, cross-sectional, analytical type based on the review of all medical records, corresponding to patients seen in the dental GES program in Center of Family Health Penco – Lirquén, Talcahuano Health Service, years 2012-2014. To determine the effective coverage of the program GES association between oral health conditions upon admission and treatments performed was evaluated, as well as, oral health coverage over demand , coverage regarding adherence and utilization of services. Statistical analyzes were analyzed with SPSS 22.0 statistical software. For evaluation descriptive and inferential statistical methods were used, with use of nonparametric methods based on analysis chi - square of independence and V of Cramer analysis to quantify association.

Outcomes: Research shows that the beneficiaries of patients, the most prevalent at the time of admission to the program pathology corresponded to dental caries and 84.6 % of them, 97.2 % received final restorative treatment. Periodontal disease was present in 26.6 %, of which 75.4 % received periodontal treatment. The chi - square showed a strong and significant association between illness and treatment, indicating that there is an effective hedge in both cases.

It also noted that upon admission to the program 95.8 % had some degree of edentulous, of which corresponds to the partial toothless bimaxilar highest percentage with 51.4%, followed by toothless upper part (15%). Regarding prosthetic appliance of patients it had to 76.2% recorded absence of prosthesis.

Keywords: Ederly, Effective Coverage, Oral Health.

1. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

La población mundial, experimenta un proceso denominado transición demográfica, caracterizado por un envejecimiento sostenido y considerable, con un aumento significativo de la población de adultos mayores de 60 años de edad ⁽²⁾.

A nivel sudamericano, Chile no es la excepción, y datos evidencian un proceso de envejecimiento, relacionado con una mayor esperanza de vida, pero a su vez, una menor calidad en la salud oral de estos pacientes, determinado por una elevada prevalencia de enfermedades orales y ausencia de piezas dentales, entre otros problemas ⁽²⁾.

El aumento del aporte porcentual histórico de la población adulta mayor en Chile, muestra un crecimiento desde el año 1952 a la fecha, según información extraída a partir del Censo de 1992 ⁽⁴⁾. Desde el año 1952 se registran valores porcentuales de adultos mayores de un 4 por ciento; en 1960 un 4,3 por ciento; 1970 un 5 por ciento; 1982 un 5,8 por ciento; 1992 un 6,6 por ciento ⁽⁴⁾. Datos del Censo del año 2002 ratifican un aumento porcentual de adultos mayores, representando el 11,4 por ciento ⁽⁵⁾ y en el Censo del año 2012 esta cifra aumenta a un 14 por ciento ⁽³⁾.

Según datos del INE, (Chile: Proyecciones y estimaciones de la población, año 2007) ⁽³⁾, al igual que países desarrollados, estamos viviendo una etapa avanzada de transición al envejecimiento demográfico de la población. En los años 60 se produce una modificación de la estructura de la población, disminuyendo el aporte porcentual de menores de 15 años y aumentando el de los adultos mayores. En el año 2007, 2.005.684 personas en Chile corresponden a mayores de 60 años, de ellos, el 56% son mujeres

(1.122.547) y el 44% hombres (883.137), teniendo así que una de cada diez personas pertenecen al grupo Adulto Mayor. Para el 2015, los mayores de 75 años se estima que sean el 4% de la población, medio punto porcentual más que el 2007 y para el año 2025 la proporción debería aumentar a un adulto por cada cinco habitantes ⁽³⁾.

Es de conocimiento en el área de la odontología como la calidad de vida se ve afectada en los adultos mayores debido al daño acumulativo que un paciente puede experimentar durante décadas en lo que respecta a su salud oral, pudiéndose presentar patologías que afectan su cavidad bucal y a su vez, su estado de salud general, esto, entre otras cosas, por no recibir cuidados preventivos ni tratamientos adecuados u oportunos, que busquen recuperar su salud bucal, perdurando así en el tiempo secuelas negativas⁽¹⁰⁾.

La incorporación de los adultos mayores dentro del Régimen de Garantías Explícitas en Salud demuestra la necesidad de atención odontológica que existe en este grupo. Por lo anterior, es de suma importancia la evaluación lo más exacta posible de la cobertura efectiva de este programa, con el propósito de determinar si cubre la real demanda poblacional y protección de su salud, considerando la salud oral como un componente fundamental y de suma importancia en la salud general, tal como es citado por la OMS; entendiéndose por salud no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, teniendo así la estructura bucal una estrecha relación con la calidad de vida de los adultos mayores ⁽⁸⁾.

FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO

Evaluar la cobertura efectiva del Programa GES odontológico paciente 60 años, se fundamenta en la necesidad de determinar brechas de atención, relacionadas con la demanda odontológica integral de los pacientes, según condiciones orales iniciales, y tratamiento dental recibido.

Considerando un porcentaje de adultos mayores cada vez más significativo, se hace necesario para el personal de salud, específicamente administrativos y cirujanos dentistas, determinar la condición de salud oral en las cuales los pacientes ingresan al programa GES de 60 años y las necesidades de atención odontológica integral que estos pacientes requieren.

Desde el punto de vista de la salud pública, la importancia del presente estudio, es elaborar un diagnóstico de la situación de estos pacientes, con el propósito de elaborar programas efectivos y eficientes que logren cambios positivos en la salud.

Esta investigación se sustenta en el hecho de que, no se dispone de antecedentes estadísticos que permitan conocer la cobertura efectiva del programa; condiciones de ingreso y egreso; resultados del programa, así como el nivel de cumplimiento de este, tomando como referencia los últimos tres años.

Sin duda es relevante conocer esta información a partir de un trabajo de investigación en esta área, cuyos resultados quedarán a disposición de ser analizados por futuros investigadores y puestos en práctica por el personal de salud.

2. MARCO REFERENCIAL

El presente proyecto de investigación se fundamenta principalmente en cuatro ejes teóricos, los cuales corresponden a: Adulto mayor, Cobertura efectiva, Salud Oral y Régimen de Garantías Explicitas en Salud.

2.1 Adulto Mayor

Este concepto es definido por parte de la Organización de Naciones Unidas, como toda persona que ha cumplido los 60 años de edad, sin distinción entre hombres y mujeres. Criterio asumido por el Gobierno de Chile, establecido por medio de la promulgación de la Ley N° 19.828, el 17 de Septiembre de 2002, que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. Desde SENAMA se ha promovido la utilización del término adulto mayor, como aquella persona mayor, en reemplazo de “tercera edad”, “anciano”, “abuelo”, “senescente”, entre otros, que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez. Es común en la sociedad pensar y relacionar que el aumento de la edad trae consigo cambios sobre todo negativos en lo que respecta a la salud mental, oral, estilos de vida, dependencia, etc.; y que envejecer significa en lo que respecta a la Salud Bucal perder dientes; esto es evitable en un futuro si se toman medidas que busquen fomentar el cuidado y la prevención en forma precoz ⁽¹⁾.

El proceso de envejecimiento es común a todos los órganos y sistemas del cuerpo, sin embargo, no en todos se presenta de forma simultánea. Parte de este envejecimiento orgánico son los cambios morfológicos y funcionales de la cavidad oral, conociéndose que un número importante de ancianos presenta

enfermedades en los tejidos de sostén y en el aparato estomatognático en general ⁽¹⁾.

Actualmente la sociedad experimenta un proceso de envejecimiento acelerado y sin precedentes históricos, en la cual se registra un aumento en el número de individuos pertenecientes al grupo etario entre 60 años y más ⁽²⁾. Este cambio demográfico, se debe al aumento significativo de la población adulta mayor, paralelo a la disminución del grupo etario menor de 25 años ⁽³⁾.

Datos históricos de la población adulto mayor extraídos a partir del Censo del año 1992 demuestran un aumento del aporte porcentual ⁽⁴⁾. En el año 1952 se registra un valor porcentual de adultos mayores de un 4 por ciento; en el año 1960 un 4,3 por ciento; en 1970 un 5 por ciento; año 1982 un 5,8 por ciento, llegando al año 1992 a un valor del 6,6 por ciento. En el Censo del año 2002 ⁽⁵⁾, se ratifica el aumento porcentual de las personas mayores de 60 años, las cuales representan un 11,4 por ciento del total de la población, y en el Censo del año 2012 esta cifra aumentaría a un 14 por ciento ⁽³⁾.

De acuerdo a datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) año 2006, las personas mayores de 60 años alcanzaban al 13% de la población total del país ⁽⁶⁾. La Encuesta CASEN 2009 reporta que un 15% del total de la población son adultos mayores. En los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento del 3,7% anual para este grupo ⁽⁷⁾, por lo que se proyecta para el año 2025, una población de 3.825.000 adultos mayores, representando el 20% de la población del país, ocurriendo así entonces, un fenómeno denominado, movimiento hacia una "transición demográfica" ⁽⁸⁾.

Nuestro país, desde la década de los 90's se inserta en el grupo de transición demográfica avanzada, y la disminución del ritmo de crecimiento de

la población ubica a Chile al comenzar el siglo XXI, entre los cuatro países de menor crecimiento poblacional de América Latina ⁽⁵⁾.

En la década de los 70's, la expectativa de vida era de 64 años para ambos sexos, en los años 80's ascendió a 71 años, mientras que en los años 1995-2000 es un poco mayor a 75 años, siendo 72 años para los hombres y 78 años para las mujeres ⁽⁹⁾.

2.2 Salud Oral

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal ⁽¹¹⁾.

La salud oral es un pilar fundamental en la calidad de vida de las personas; más allá del aspecto estético y su relación estrecha con la autoestima, cobra relevancia fundamental en el estado nutricional y de salud de los adultos mayores, sin embargo, las enfermedades que afectan la cavidad oral no son vistas por la población en general, frecuentemente, como un asunto que ponga en riesgo su vida, pero si afectan en gran medida la capacidad de los individuos para enfrentar otras enfermedades, reducen la buena percepción de sí mismo y con ello generan un impacto negativo en la calidad de vida de las personas y las relaciones interpersonales ⁽¹²⁾.

Actualmente existe evidencia clínica que demuestra que un estado negativo de salud bucal es tan riesgoso para la salud general como lo es una enfermedad crónica sistémica ⁽¹²⁾.

En nuestro país ha existido desde hace muchos años una gran deuda en temas relacionados a la salud en general, especialmente en lo que respecta a la salud oral, por ello, es que se ha ido avanzando en políticas públicas sanitarias que cubran las necesidades de atención odontológica en grupo de pacientes determinados, como lo es en este grupo etario.

Se ha demostrado, una asociación positiva entre las enfermedades de la cavidad bucal y otras condiciones sistémicas, tales como: neumonía, alteraciones cerebrovasculares y enfermedades cardiovasculares, diabetes, deficiencias nutricionales, enfermedad renal crónica, entre otras ⁽¹³⁻¹⁶⁾.

La Encuesta Nacional de Salud, Chile del año 2003, demostró que la situación de desdentados totales comienza a experimentar una mayor frecuencia en el grupo mayor de 65 años, alcanzando una prevalencia de 33,4% al considerar ambos maxilares. Se destaca además, que el maxilar superior es más afectado que el maxilar inferior. En relación a género, al considerar el maxilar superior, inferior y ambos maxilares, las mujeres fueron consistentemente y significativamente más desdentadas que los hombres ⁽¹⁷⁾.

Según datos recolectados a partir de la entrevista realizada en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, se extrae que el 4,3% de la población nunca ha tenido una evaluación por un profesional odontólogo, transversal a todos los grupos etarios. En los últimos 5 años, el porcentaje de personas que no visita al odontólogo, es mayor en los grupos etarios entre 45 y 64 años (27,1%), y entre 65 años y más (31,1%), esto en comparación con pacientes entre los 15 a 24 años (16,4%). Respecto al Nivel Socioeconómico, tenemos que, en el estrato alto el 15,1% de las personas declara no haber visitado nunca al odontólogo o no haberlo hecho entre los últimos 5 años, en el nivel

educacional medio, este porcentaje se eleva al 27,5% y en el nivel bajo aumenta significativamente, llegando a un 44,6% ⁽⁷⁾.

A partir de esta encuesta, se extrae además que el 22,9% de los encuestados es portador de prótesis dental, y de éstos el 21,1% se manifiesta como “poco conforme” o “nada conforme” con sus actuales prótesis, debido principalmente a la falta de adaptación en el uso de prótesis removibles convencionales ⁽⁷⁾.

Muchos de los pacientes no se adaptan con facilidad a las prótesis removibles, especialmente a la prótesis mandibular ^(18, 19). Esto debido principalmente a que la resorción ósea de la cresta residual continúa durante toda la vida, especialmente a nivel mandibular donde la atrofia ósea puede llegar a ser muy importante, lo cual genera un tremendo desafío al momento de la rehabilitación protésica de pacientes desdentados ⁽²⁰⁾.

Al igual que como ocurre a nivel mundial, las enfermedades y trastornos bucodentales son catalogados como un problema de salud pública. En forma transversal, tenemos a todas las edades, que la caries dental y enfermedades periodontales son las enfermedades bucales más prevalentes en los seres humanos, patologías, que sin tratamiento llevan inevitablemente a la pérdida de piezas dentarias ⁽¹²⁾.

Es en general el grupo etario correspondiente a los adultos mayores, el que presenta un estado de salud bucal mucho más vulnerable y deteriorado, la pérdida total de los dientes induce a la atrofia de los procesos alveolares, lo que puede tener serias consecuencias en los resultados satisfactorios de una terapia rehabilitadora ^(21, 12).

La salud bucodental como se mencionó anteriormente, es percibida y tratada por la población en general, como una entidad separada del resto del organismo humano en la práctica clínica, sin embargo se asocia no sólo en el aspecto fisiológico con el resto del organismo, sino que influye psicológicamente en la autopercepción que tienen los individuos acerca de su salud y de la capacidad de enfrentarse a las distintas situaciones diarias ⁽²²⁾. La Salud oral por lo tanto, está definida por la condición de la cavidad bucal que le permite al individuo comer, hablar, y socializar libre de dolor, enfermedad y vergüenza social, siendo un componente vital del bienestar general, el cual puede evaluarse mediante la confección de una anamnesis acabada, examen clínico intraoral y complementado con un examen radiográfico, lo cual permitirá llegar a un Diagnóstico, y así concluir el estado real de salud oral que el paciente presenta y los alcances que este tiene en el individuo ⁽²³⁾.

2.3 Cobertura efectiva

La Organización Mundial de la Salud ha presentado la cobertura efectiva como un indicador útil para evaluar el desempeño de las intervenciones del sistema de salud. La cobertura efectiva es una métrica que permite conocer “la fracción de ganancia potencial en salud que un sistema de salud puede aportar a través de una intervención disponible”. En otras palabras, la cobertura efectiva se refiere a la cobertura cruda ajustada por calidad, puede definirse con respecto a un individuo, a una población y al sistema de salud ⁽²⁴⁾.

La cobertura efectiva sintetiza e integra la información sobre el acceso de la población a los servicios de salud requeridos, con la medición de la calidad de estos. La cobertura de las intervenciones de los sistemas de salud mide la proporción de la población con una necesidad en salud y que recibe una

determinada intervención (cobertura cruda). Es un indicador que se relaciona con tres conceptos discutidos en la literatura: 1) la cobertura de las acciones en salud; 2) la utilización de atención y 3) el acceso a los servicios ⁽²⁴⁾.

Los indicadores mediante los cuales se aplica el concepto de cobertura efectiva se caracterizan por su sensibilidad para mostrar a quiénes deberá dirigirse la detección, atención y tratamiento de los problemas de salud y a dónde deben dirigirse los recursos y esfuerzos adicionales. Además sirven para orientar las decisiones de políticas públicas en salud ⁽²⁴⁾.

La información necesaria para estimar la cobertura efectiva se ubica en la realización de pruebas diagnósticas, demanda satisfecha de intervenciones y tratamientos ⁽²⁴⁾.

Para la construcción de la cobertura efectiva se requiere de cierta información que puede ser considerada como un producto. Esta información es la siguiente: identificación de necesidades de intervención en salud, personas que necesitaban de alguna intervención en salud y la recibieron, así como calidad de la intervención recibida ⁽²⁴⁾.

Para el cálculo de los indicadores, las estrategias de medición para cada intervención contemplan: a) la medición de la necesidad de salud; b) la medición de utilización; y c) medición de la calidad ⁽²⁴⁾.

Respecto a la propuesta de Shengelia y colaboradores, en relación a cobertura efectiva del individuo. Esta definición contiene, como ya se mencionó, tres componentes principales: la calidad, la utilización y la necesidad. Así, la cobertura efectiva para un individuo se define como: ⁽²⁴⁾.

$$EC_{ij} = Q_{ij} \bullet U_{ij} \mid (N_{ij} = 1)$$

Dónde:

- **Q_{ij}**: Es la calidad de la intervención “j” que recibiría una persona “i” dada por sus proveedores de salud. Varía entre 0 y 1.
- **U_{ij}**: Es un indicador binario que toma el valor de 1 cuando el individuo “i” recibe la intervención “j” por los proveedores de salud, y 0 en caso contrario.
- **N_{ij}**: es un indicador binario que toma el valor de 1 cuando el individuo “i” tiene necesidad real (y no una necesidad percibida) de la intervención “j”, y 0 en caso contrario. La necesidad se define como la capacidad de beneficiarse con la intervención.

2.4 Programas de Protección en Salud Oral

2.4.1 Régimen de Garantías Explícitas en Salud

En la actualidad rige en Chile, el Régimen General de Garantías en Salud, el cual es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4º de la ley N° 18.469 (Ley N 19.966, Ministerio de Salud, República de Chile, Establece un Régimen de Garantías en Salud) ⁽²⁵⁾.

Las Garantías Explícitas en Salud se sustentan en dos leyes que se detallan a continuación:

Régimen de Prestaciones de Salud

El 23 de Noviembre del año 1985, en el Diario Oficial es publicada la Ley N° 18.469, la cual regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, comprendiendo el libre e igualitario acceso a las acciones en salud. ⁽²⁶⁾.

Régimen de Garantías en Salud

La Ley N° 19.966, promulgada el 25 de Agosto del año 2004 y publicada en el Diario Oficial el 03 de Septiembre del año 2004, establece un Régimen de Garantías en Salud, el cual es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte del Régimen de Prestaciones de Salud ⁽²⁵⁾.

Las Garantías Explícitas en salud (GES), corresponde a aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y

protección financiera con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud determinados y que están obligados a asegurar a sus respectivos beneficiarios el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional ⁽²⁵⁾.

Se establecen prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación, paliativo, y programas que el Fondo Nacional de Salud debe cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional ⁽²⁷⁾.

Las Garantías Explícitas en Salud constituyen un derecho para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Así mismo, las Garantías Explícitas en Salud, determinan un listado de condiciones de salud prioritarias, considerando situación de salud de la población, efectividad de intervenciones, contribución a la extensión o a la calidad de vida, y relación costo efectividad.

Las Garantías exigibles son ⁽²⁵⁾:

- **Garantía Explícita de Acceso:** Obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes n° 18.469 y n° 18.933, respectivamente, en la forma y condiciones que determine el decreto que contiene las GES, es decir, FONASA y las ISAPRES deberán dar cumplimiento obligatorio a las GES que contemple el régimen que regula la ley para sus respectivos beneficiarios.

- **Garantía Explícita de Oportunidad:** Tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto que las contiene. Dicho plazo considera, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por FONASA o las ISAPRES, cuando hubiera sido atendido por el primero y en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario.
- **Garantía Explícita de Protección financiera:** Es la contribución que debe efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones que corresponde a un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen. No obstante lo anterior, FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta a las personas pertenecientes a los grupos C y D.
- **Garantía Explícita de Calidad:** Otorgamiento de las prestaciones de salud entregadas de acuerdo a los protocolos que establecen los estándares, y garantizadas por un prestador acreditado o certificado de acuerdo a la ley n° 19.937, es decir, registrado o acreditado en la Intendencia de Prestadores de Salud dependiente de la Superintendencia de Salud.

Al Ministerio de Salud le corresponde establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Estos estándares se fijan de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. También al Ministerio le compete fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones ⁽²⁵⁾.

2.4.2 GES Odontológico focalizado al Adulto Mayor de 60 años

La incorporación de esta garantía, desde el año 2007 entre las garantías AUGE-GES del programa de tratamiento odontológico “Salud Oral Integral del Adulto de 60 Años”, surge junto a programas de atención médica con garantías explícitas para los adultos mayores en Chile ⁽¹⁰⁾.

El Programa de Salud Oral Integral del Adulto de 60 años, consiste en una atención odontológica realizada por parte del cirujano dentista, según necesidades específicas del paciente, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años ⁽²⁸⁾.

Garantía de acceso: Todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso a tratamiento dental. La solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras la persona tenga 60 años. El alta se otorga cuando se ha completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo ⁽²⁸⁾.

Garantía de oportunidad. Tratamiento: Inicio dentro de 90 días desde la solicitud de atención ⁽²⁸⁾.

2.4.3 Alcance Programa Odontológico paciente 60 años

Todo aquel paciente adulto de 60 años que ingresa al programa GES debe recibir por parte del profesional de salud, Odontólogo, un completo examen de salud oral y sus componentes ⁽¹⁰⁾.

Es en esta etapa inicial de atención donde se solicitarán, si son requeridos por el profesional; exámenes complementarios que consisten en: exámenes de laboratorio, radiografías, entre otros ⁽¹⁰⁾.

2.4.3.1 Examen Extraoral.

Contempla un examen de componentes externos a la cavidad bucal, tales como: Cuello, ganglios, musculatura perioral, ATM, piel, parámetros estéticos, presencia de patologías, como por ejemplo Queilitis angular, entre otras ⁽²⁹⁾.

2.4.3.2 Examen Intraoral.

Se destaca la importancia de la evaluación de ciertos aspectos:

a. Características de la mucosa oral.

Chequear el estado de la mucosa oral de adultos: Aspecto, punteado gingival, resistencia a las presiones y capacidad para responder a influencias externas.

Estas estructuras pueden verse alteradas por diversas lesiones: candidiasis, estomatitis subprotésica, hiperqueratosis, penfigoide benigno, hiperplasias, sensación de ardor bucal, mucositis oral y otras ⁽³⁰⁾.

b. Trastornos témporo-mandibulares.

Se debe constatar si existe remodelación de las estructuras articulares producto de discrepancias en el complejo cóndilo–disco debido a cambios en la posición mandibular. En pacientes ancianos con disfunción témporo-mandibular no se recomienda insistir en recuperar la posición ideal, pues es más sano realizar la rehabilitación en la posición de acomodación adquirida por el paciente ^(29, 10).

c. Examen dentario:

Importante registrar en el odontograma, la presencia de lesiones de caries, piezas ausentes, y agregar en estos pacientes si son portador de prótesis, especificar el tipo de esta y su estado ^(29, 10). (Ver Anexo 1)

Importante diagnosticar la presencia de recesión gingival en pacientes de este rango etario, lo cual favorece la aparición de caries de cuello del diente y cemento. Lo cual es necesario para la planificación del tratamiento recuperativo que asegure la permanencia de la pieza dentaria en boca.

d. Alteraciones mucogingivales.

Al igual que el resto de la cavidad bucal, los tejidos gingivales también experimentan cambios; pierden queratina y se adelgazan, por lo cual se expone el tejido de cemento al medio bucal el cual es de menor dureza que el esmalte, siendo una estructura, más susceptible a la caries ⁽²⁹⁾.

e. Enfermedades gingivales y periodontales.

Su diagnóstico se basa en una estimación visual y radiográfica de los tejidos periodontales, como también, mediciones del espacio entre diente y encía. Normalmente, este espacio mide entre 1 y 3 mm de profundidad, se hace mayor en casos de perdiendo del hueso de soporte. Además es importante evaluar la cantidad de placa supragingival, cálculo, sangrado gingival y exudado.

Las radiografías dentales permiten evaluar la cantidad de soporte óseo e identificar otras condiciones patológicas ⁽³¹⁾.

f. Pérdida del reborde alveolar:

Producto del envejecimiento, el paciente sano presenta pérdida de hueso alveolar; acentuándose aún más en pacientes sometidos a exodoncias múltiples y aquellos que presentan enfermedades periodontales, gran causante de pérdida de soporte óseo; procesos patológicos locales como quistes periapicales, lesiones tumorales; patologías sistémicas como hiperparatiroidismo y osteoporosis.

Durante el climaterio la disminución de los niveles de estrógenos y la consecuente alteración del balance del calcio, acelera el proceso de reabsorción ósea ^(29, 10).

g. Problemas Estéticos.

Pacientes presentan aumento de pliegues periorales, oscurecimiento de los dientes, alteraciones de forma, color y textura de los dientes por caries, desgastes fisiológicos, pérdida del soporte labial, etc.; alterando la armonía del arco dentario ⁽¹⁰⁾.

2.4.3.3 Diagnostico

A partir de los datos recogidos, tanto clínicos como radiográficos se procede a realizar el diagnóstico del paciente. Se analizarán otros factores, tanto médicos como psicológicos, motivación del paciente, capacidad para mantener el tratamiento y tolerancia ⁽¹⁰⁾.

Clasificación de los tipos de paciente, según categorías ^(29, 10):

- Tipo I: Desdentado total con prótesis funcionales o dentado parcial o total, sano sin necesidad de prótesis.
- Tipo II: Dentado en riesgo, sin necesidad de prótesis.
- Tipo III: Dentado parcial o total con daño y sin necesidad de prótesis.
- Tipo IV: Dentado parcial con daño y con necesidad de prótesis.
- Tipo V: Desdentado total con necesidad de prótesis.
- Tipo VI: Desdentado parcial sano y con necesidad de prótesis.

2.4.3.4 Tratamiento

Realizado el diagnóstico, es necesario establecer un Plan de Tratamiento específico para cada paciente. Según la categoría, el paciente puede recibir los siguientes tipos de tratamientos ⁽¹⁰⁾:

1. Requiere solo educación. (Tipo I)
Pacientes reciben un alta odontológica Educativa.
2. Requiere educación y tratamiento preventivo. (Tipo II)
Pacientes reciben un alta odontológica Preventiva.
3. Requiere educación, tratamiento preventivo y recuperativo. (Tipo III)

4. Requiere educación, tratamiento preventivo, recuperativo y rehabilitador (Tipo IV)
5. Requiere educación y tratamiento rehabilitación (Tipo V-VI)

En el caso de pacientes Tipo III, IV, V y VI: Pacientes reciben un alta odontológica integral ⁽¹⁰⁾.

2.5 Desdentamiento

A nivel nacional, la Encuesta Nacional de Salud 2003, mide el desdentamiento de la población adulta de nuestro país. Mientras que por su parte, la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 registra la situación de uso de prótesis dental y su demanda potencial, pero no se incluyó el examen clínico dental. Se destaca que entre un 35% a un 50 % de los individuos mayores de 60 años, son desdentados totales y se observa una considerable prevalencia de lesiones de la mucosa oral y de enfermedad periodontal ^(32, 33).

En el grupo etario entre los 35 y 44 años un 20% conserva su dentición natural completa mientras que este porcentaje baja a un 1% en los adultos de 65 a 74 años. La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 6,5 dientes perdidos mientras en la población de 65 a 74 años este promedio es de 15,8 ^(34, 35).

La cifra de adultos mayores chilenos que se atienden en los Servicios Públicos de Salud es de 77,8%. Existen cifras que demuestran que un 25% de los individuos mayores de 60 años son desdentados totales y de éste, al año 2006, el 18,6% no contaba con prótesis ⁽³⁶⁾. La rehabilitación realizada en estos pacientes, para un gran porcentaje de ellos incluye; confección de prótesis dentales removibles, parciales o totales según sea el caso, ya sea,

reemplazando un tratamiento previo en malas condiciones o para sustituir la pérdida de piezas dentarias ⁽³⁷⁾.

En relación al cambio estético experimentado por los pacientes debido al desdentamiento se encuentran; La musculatura peribucal, la cual se encuentra soportada por las piezas dentarias y el tejido alveolar adyacente. Posterior a la pérdida de piezas dentarias se produce una reabsorción de hueso en zonas no activas, proceso que se pronuncia más en maxilar que en la mandíbula y que se constituye en una entidad crónica, irreversible, acumulativa y progresiva, generando así, una constante transformación de la morfología facial. Al presentarse una menor cantidad de tejido óseo en el maxilar superior se ve disminuida la altura facial y trae consigo, que la mandíbula se vea más prominente ^(38, 39).

2.5.1 Clasificación de Kennedy.

Es una clasificación comúnmente utilizada, que permite categorizar los pacientes desdentados parciales, de acuerdo a la localización de los espacios desdentados en relación a los dientes remanentes y que será de uso en el presente trabajo de investigación. La clasificación es la siguiente ⁽⁴⁰⁾:

- Clase I: Desdentamiento bilateral posterior a los dientes remanentes en boca.
- Clase II: Desdentamiento unilateral posterior a los dientes remanentes en boca.
- Clase III: Desdentamiento unilateral con dientes remanentes en boca tanto en la zona anterior como posterior.

- Clase IV: Desdentamiento anterior que cruza la línea media de localización anterior a los dientes remanentes en boca.

2.6 Prostodoncia

Rama de la odontología correspondiente a la restauración y mantenimiento de la función oral, bienestar, aspecto, salud integral del paciente, todo esto a través de la restauración de piezas naturales, restitución de piezas perdidas y tejidos con sustitutos artificiales ⁽⁴⁰⁾.

Es un tipo de rehabilitación fisiológica, debido a que se involucran funciones tales como: La masticación, fonética, deglución, estética y adaptación psíquica ⁽⁴¹⁾.

La edentación influye en forma desfavorable en el equilibrio social y orgánico del ser humano, dado que, experimenta transformaciones del aspecto facial, alteración del lenguaje, altera nutrición, expresión, y por sobre todo un componente mental y social, repercutiendo así en su calidad de vida ⁽⁴¹⁾.

El tratamiento protésico incluye un proceso de evaluación y diseño previo de un dispositivo externo físico-mecánico, llamado prótesis. Es importante considerar en su confección que este dispositivo deberá convivir en un medio biológico oral, actuando como un sustituto de tejidos orales humanos vitales que se encuentran ausentes, por lo cual debe actuar en armonía con el complejo estomatológico e interrelacionado con procesos biológicos y otros sistemas, buscando recuperar el equilibrio perdido ⁽⁴¹⁾.

Existe relación entre la ausencia de dientes con el incremento de la edad, y la persistencia de ciertas piezas en boca, así como también, varía la pérdida de dientes según la arcada, de esta manera se observa que piezas maxilares se pierden antes que las piezas mandibulares, y en esta arcada son las piezas anteriores las que persisten en boca por más tiempo, siendo estos, específicamente los caninos ⁽⁴⁰⁾.

La pérdida de piezas dentarias tiene impactos asociados significativos, tales como ⁽⁴⁰⁾:

- Transformación en mucosa oral. Encía adherida del hueso alveolar se reemplaza por mucosa menos queratinizada y menos resistente a trauma.
- Impacto estético, que en ocasiones puede llegar a causar más daño que la propia pérdida de función.
- Alteración funcional.
- Cambios secundarios en características faciales, debido a una disminución de la dimensión vertical oclusal, experimentando una alteración en el soporte labial y una reducción de la altura facial.

3. MARCO EMPIRICO

A continuación se presentan investigaciones relevantes como apoyo empírico para la presente investigación:

El año 2009, Arteaga O, Urzúa I, Espinoza I, Muñoz A. y Mendoza C. ⁽⁴²⁾. Estudiaron la Prevalencia de caries y pérdida de dientes en población de 65 a 74 años de Santiago, Chile. El objetivo de este estudio fue medir prevalencia de caries y pérdida de dientes en adultos mayores de nivel socioeconómico medio bajo y bajo, correspondiente a 8 de las 32 comunas de la provincia de Santiago, Región Metropolitana. Se seleccionó una muestra probabilística estratificada, con criterio proporcional. La cual se realizó en 109 personas (74 mujeres; 35 hombres) entre 65 y 74 años de edad. Se obtuvo que el promedio COPD fue de 24,9 (IC: 23,83; 25,96). El 100% de individuos presentaba historia de Caries; 45,9% de las personas presentaban lesiones cavitarias no tratadas. El promedio de piezas obturadas es 3,47; más de la mitad de los individuos de la muestra (55,9%) tienen piezas obturadas. Entre ellos, 31,2% tienen entre 1 y 5 obturaciones, el 11,9% tiene entre 6 y 10, y 12,8% tiene entre 11 y 16 obturaciones. El promedio de dientes perdidos por individuos en la muestra es de 20,52 y es significativamente mayor en hombres que en mujeres, diecisiete individuos tienen entre 27 a 32 piezas perdidas. La totalidad de las 109 personas de la muestra tiene perdidas de piezas dentarias, siendo 2 dientes el mínimo de piezas perdidas. El maxilar superior tiene un número mayor de piezas perdidas. En la muestra, quince personas son edéntulas, lo que corresponde a un 13,76%. Un 38,53% de la muestra (42 personas) eran portadores de prótesis removibles. Entre ellas, el 42,86% usa prótesis parcial, en tanto el 57,14% de las personas usa prótesis total, en uno o ambos maxilares. Dado que hay personas que usan más de una prótesis dental, el

número total de prótesis es de 67. Se concluyó, que la magnitud de la brecha y la importancia del entorno social en la generación del daño de la salud oral, obliga a enfrentar el problema desde una perspectiva amplia de determinantes sociales de la salud, paradigma que nos orienta en un cambio en la promoción de la salud oral, lo que se traduce en que, sin abandonar los esfuerzos por mejorar la equidad de acceso a la atención, las intervenciones sanitarias que se implementen consideren el entorno social en lugar de enfocarse sólo en cambios del comportamiento individual.

Estudio de Quezada P, Muñoz A, Cueto U, Barraza S. ⁽⁴³⁾. En el año 2013, evaluaron la garantía explícita en salud oral en población de 60 años, Valparaíso – Chile. El objetivo del estudio fue comparar la salud bucodental y la satisfacción entre pacientes beneficiarios del GES salud oral integral 60 años y no beneficiarios. Se realizó un estudio caso-control. Los participantes se dividieron en casos (n=48) y grupo control (n=28). Los individuos se seleccionaron de manera aleatoria de acuerdo a la proporción de cada centro de salud en la población total (CORMUVAL, 2009). Se realizó un examen clínico recogiendo las variables: sexo, edad, enfermedades sistémicas declaradas, nivel educacional, uso de prótesis, índices COPD y O’Leary. Para medir la satisfacción se utilizó la escala multidimensional SERVPERF no ponderado. En las mediciones bucodentales se encontraron diferencias significativas sólo en cariados y COPD. No hubo diferencias en las necesidades de tratamiento periodontal entre los grupos (p-valor=0.615). La presencia de prótesis removible es estadísticamente mayor en el grupo de casos. Los principales hallazgos de este estudio fueron que la reforma en salud a través del GES Salud Oral Integral de 60 años, demuestra variar los parámetros clínicos de los pacientes beneficiarios, enfocado a la restauración con un aumento significativo de prótesis y una disminución de las caries, sin embargo, no demuestra capacidad para mejorar el daño periodontal, manejo de los

factores de riesgo, ni los niveles de higiene. La satisfacción del usuario es buena en los beneficiarios del GES.

Según, Taboada O, Cortez X. ⁽⁴⁴⁾. En el año 2014, estudiaron la Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo, Mexico. El objetivo fue determinar la autopercepción de caries y la enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal y descriptivo en 102 adultos mayores de ocho comunidades rurales del estado de Hidalgo, a los cuales se les aplicó el “Geriatric Oral Health Assessment Index”, (GOHAI) para contrastar su percepción con su estado de salud bucodental. El estudio fue desarrollado en 102 adultos mayores de ocho comunidades rurales del estado de Hidalgo. Se obtuvo una mala percepción en lo físico, en lo psicosocial, así como la presencia de malestar o dolor, y una salud bucodental deficiente. Esta población se ubica en un nivel socioeconómico bajo, y esto podría explicar por qué el 73.5% de ellos percibe su condición de salud bucal como mala, el 12.7% regular y el 13.7% como buena. En el análisis de las variables demográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; en los índices de salud bucodental y necesidades de atención se observó que los adultos mayores con una mala higiene bucal tienen tres veces más la percepción de que su salud bucal es deficiente. Se concluye, que sin importar la edad, sexo o el nivel educativo del adulto mayor, el estudio muestra que la salud bucodental en este grupo etario tiene una gran influencia en su calidad de vida.

En el año 2012, Moreno J, Montoya A, Gomez D, Arboleda A, Zea F, Agudelo A. ⁽⁴⁵⁾. Evaluaron la situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar, Universidad de Antioquia, Colombia. El objetivo de

este estudio fue analizar la situación de salud bucal y el estado protésico en una muestra de pacientes edentados bimaxilares atendidos en la clínica del adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Se realizó un estudio descriptivo en 54 pacientes que consultaron a la institución en el periodo comprendido entre los años 2008 y 2010. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, frecuencia de cepillado, utilización de enjuagues, limpieza de la mucosa, remoción nocturna de la prótesis, presencia de estomatitis, úlceras, aumento fibroso, pigmentaciones, cálculos, fracturas, dientes caídos, desgaste dentario y grado de satisfacción con el aparato protésico. Se describieron las variables mencionadas por sexo y pruebas Chi cuadrado para observar significancias estadísticas. Se obtuvo que la mayoría de la población estudiada pertenece a estratos socioeconómicos y niveles educativos bajos. El 48% presentó algún tipo de estomatitis en el arco superior. El 46% de los estudiados se retiran ambas prótesis en la noche, con mayor proporción en las mujeres (58%). El cálculo fue el hallazgo más importante en cuanto al estado protésico, presentándose en el 79% en la prótesis inferior. Casi el 80% de la población examinada estaba satisfecha con la prótesis total superior y el 44% con la inferior. Se concluye que los resultados encontrados reflejaron la falta de mantenimiento y control de la situación de estos pacientes, así como deficiencias en los hábitos de higiene bucal y de las prótesis, situación que no concuerda con la alta satisfacción encontrada.

Duque V, Tamayo J, Echeverri P, Gutiérrez A, Sepúlveda D, Giraldo O, et al. ⁽⁴⁶⁾. En el año 2013, evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores, Medellín, Colombia. Este estudio busca analizar la relación existente entre la calidad de vida relacionada con la salud bucal, con indicadores de salud general y salud bucal autopercibida en la población adulta mayor consultante. Se desarrolló un estudio transversal en 100 adultos mayores

que consultaron servicios de salud en el año 2012, mediante encuesta con información sociodemográfica, salud general y bucal. Como resultado se obtuvo que las mayores respuestas se concentraron en las opciones nunca o casi nunca, ocupando porcentajes superiores al 70%. Los peores indicadores de prevalencia se presentaron en mujeres, mayores de 75 años, bajo nivel educativo, estratos socioeconómicos bajos y en la población soltera. En general un poco más de la tercera parte reportaron 1 o más impactos en las dimensiones de la calidad de vida. Aunque en la mayoría de la población encuestada, su condición bucal no ejercía una influencia negativa en su calidad de vida, al analizar en profundidad se encontraron gradientes de desigualdad según factores sociodemográficos.

4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la cobertura efectiva del Programa GES odontológico paciente 60 años, según demanda poblacional y atención del programa?

5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la cobertura efectiva del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, programa odontológico 60 años, en relación a la demanda odontológica integral real de los pacientes, según condiciones orales de ingreso, y el tratamiento dental recibido.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el estado de salud oral inicial que presentan los pacientes que ingresan al programa GES Odontológico 60 años.
- Caracterizar necesidades de atención, según necesidades de salud dental presentadas por los pacientes del programa GES.
- Evaluar la atención de salud oral recibida en relación a tratamientos específicos.
- Identificar necesidad de tratamientos específicos, en relación a su real condición de salud oral.
- Evaluar la cobertura en salud oral respecto a la utilización de servicios.
- Determinar la brecha existente entre la necesidad en salud y la

intervención disponible.

6. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La demanda efectiva del programa GES odontológico relacionado con la demanda real de atención en pacientes de 60 años, es mayor a la oferta otorgada por el programa.

7. VARIABLES DEL ESTUDIO

a) Condición de ingreso en salud oral:

Dimensión	Definición nominal	Definición Operacional	
Caries	<ul style="list-style-type: none">• Piezas dentarias con presencia de patología de lesión de caries activa y que requieren tratamiento rehabilitador.	0. Ausencia de caries 1. Caries activa 2. Caries inactiva	
Enfermedad Periodontal	<ul style="list-style-type: none">• Corresponde a la detección por diente de: Pérdida de inserción y pérdida ósea; profundidad de sondaje aumentada (igual o mayor a 4mm, considerado saco periodontal), hemorragia y presencia de cálculo	1. Presencia de registro. 2. Ausencia de registro.	

Desdentamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Piezas dentarias permanentes que al momento del registro de ingreso no se encuentren en boca, ya sea por extracción indicada y/o programada; o por urgencia 	0. Dentado 1. Desdentado parcial Sup 2. Desdentado parcial Inf. 3. Desdentado total Sup 4. Desdentado total Inf. 5. Desdentado Total. 6. Desdentado Parcial bimax. 7. Desdentado Total sup. y Parcial inf. 8. Desdentado Total inf. y Parcial sup.
----------------	---	---

Portador de prótesis	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia o ausencia de aparatos protésicos removibles instalados que sustituyan zonas edéntulas, tanto en arcada superior e inferior. 	1. Presencia Unimaxilar Sup. 2. Presencia Unimaxilar Inf. 3. Presencia bimaxilar 4. Ausencia protésica
Tipo de prótesis	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de prótesis dental removible que presenta el paciente, dependiendo si es desdentado total o parcial, en este último caso puede estar confeccionado en material acrílico o en base metálica 	0. No posee 1. Portador de prótesis total . 2. Portador de PP Acrílica. 3. Portador de PP Base Metálica. 4. Portador PT y PP base metálica

b) Cobertura Salud oral respecto a la demanda

Dimensión	Definición nominal	Definición Operacional
Ex. Salud oral	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación integral del paciente, tanto de tejidos blandos y duros que permitan realizar un diagnóstico. 	<ol style="list-style-type: none"> Se realiza No se realiza
Tratamiento endodontico	<ul style="list-style-type: none"> Es la rama de la odontología que trata de la morfología, fisiología, y patología de la pulpa dental y los tejidos perirradiculares. 	<ol style="list-style-type: none"> Se realiza No se realiza
Tratamiento periodontal	<ul style="list-style-type: none"> Especialidad de la Odontología que estudia la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones que afectan los tejidos que dan soporte a los órganos dentarios. 	<ol style="list-style-type: none"> Se realiza No se realiza
Tratamiento Implantología	<ul style="list-style-type: none"> Rama de la odontología encargada de sustituir dientes naturales perdidos mediante la colocación quirúrgica de un implante en el hueso maxilar o mandibular 	<ol style="list-style-type: none"> Se deriva No se deriva
Tratamiento Rehabilitador	<ul style="list-style-type: none"> Especialidad de la Odontología encargada de restaurar piezas dañadas gracias a la utilización de diversos materiales. 	<ol style="list-style-type: none"> Restauración material definitivo Restauración material provisorio No obturada
Patología oral	<ul style="list-style-type: none"> Dedicada al diagnóstico y manejo terapéutico de los trastornos que puedan afectar a la cavidad oral en general, abarcando tanto lesiones de base inmunitaria, como infecciones, cuadros malformativos y/o neoplásicos, entre otros. 	<ol style="list-style-type: none"> Presencia lesión Ausencia lesión

c) Cobertura respecto a la adherencia

Dimensión	Definición nominal	Definición Operacional
Adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Corresponde a un paciente que estando afectada su salud cumple con el régimen terapéutico prescrito	<ol style="list-style-type: none">1. No es adherente al tratamiento.2. Si es adherente al tratamiento.

d) Utilización de servicios

Dimensión	Definición nominal	Definición Operacional
Alta tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Corresponde a la finalización del tratamiento por parte del paciente	<ol style="list-style-type: none">1. Alta completa2. Alta incompleta

8. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

8.1. Tipo de Estudio

Estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico, de corte transversal.

8.2. Lugar de Realización

Centro de Salud Familiar Penco – Lirquén perteneciente al Servicio de Salud Talcahuano, Comuna de Penco, Región del Bío-Bío, Chile.

8.3. Población de Estudio

8.3.1 Unidad de Análisis

Correspondió a cada una de las historias clínicas de pacientes beneficiarios del Programa GES Odontológico en Centro de Salud Familiar Penco – Lirquén, entre los años 2012 y 2014.

8.3.2 Universo

Correspondió al total de historias clínicas de pacientes de 60 años de edad, que consultaron y accedieron al Programa entre los años 2012 y 2014, equivalente a 214 historias clínicas.

8.3.3 Muestra

Correspondió al total del universo, equivalente a la revisión de 214 historias clínicas, que deben cumplir los siguientes criterios:

a) Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas de pacientes notificados para ser atendidos dentro del Programa del Régimen de Garantías Explícitas en Salud Odontológico, Paciente 60 años, en el CESFAM Penco - Lirquén.
- Historias clínicas de pacientes atendidos bajo esta garantía, en el periodo comprendido entre el 01 de Enero del año 2012 y el 31 de Diciembre del año 2014, ambas fechas inclusive.
- Se incluyen dentro del estudio historias clínicas de pacientes, con al menos, una acción clínica realizada incluida en la prestación GES odontológico.
- Se considerará como válido para el estudio, aquellas historias clínicas de pacientes que reúnan como mínimo los siguientes requisitos: RUT y fecha de nacimiento.

b) Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas de pacientes que fueron notificados pero no asistieron a la atención odontológica.
- Historias clínicas de pacientes sin registro de atención ni de procedimientos.

- Procedimientos odontológicos realizados con anterioridad o posterioridad a las fechas estipuladas dentro del rango de la investigación.
- Historias clínicas de pacientes que no se encuentren con registro de alta integral o cierre de casos.

8.4. Recolección de Datos

8.4.1 Técnica de recolección de datos.

Para llevar a cabo este proceso se creó una planilla Excel que permitió recolectar los datos y que posteriormente fueron procesados en un paquete estadístico SPSS v.22.

La recolección de datos se inició en el mes de Octubre, una vez aprobado el proyecto de investigación por parte del comité de ética de la Universidad junto con los permisos correspondientes por parte del Centro de Salud (Ver Anexo 4). La recopilación de datos se llevó a cabo mediante la revisión de la totalidad de fichas clínicas, correspondiente a pacientes consultantes al programa GES odontológico 60 años, entre el mes de Enero del 2012 y Diciembre del año 2014. Previa autorización por parte de la Dirección del Centro de Salud Familiar Penco-Lirquén.

8.4.2 Resguardo en la recolección de datos.

Esta investigación se desarrolló mediante la revisión de datos existentes a través de fichas clínicas, que corresponde a un instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas

relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en el proceso asistencial de cada paciente.

El presente trabajo de investigación resguardó la información de datos sensibles de la investigación, contenida en historias clínicas y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas. En virtud de lo cual se declara que el estudio se rigió bajo la Ley N° 20.584 relativa a “Derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, y Ley N°. 19.628 respecto a la “Protección de la vida privada”.

8.4.3 Descripción y Aplicación de los Instrumentos recolectores de datos.

Revisión de la totalidad de historias clínicas correspondiente a pacientes adscritos al Régimen General de Garantías Explícitas en Salud del Programa Odontológico, Paciente 60 años del Centro de Salud Familiar Penco – Lirquén, entre Enero del 2012 y Diciembre del año 2014.

A través de la revisión de la totalidad de historias clínicas se rescató información respecto a: exámenes solicitados, diagnósticos, plan de tratamiento, interconsultas; Así como también la presencia de enfermedades bucales, tales como: Enfermedad de Caries, Enfermedad Periodontal, Piezas ausentes o perdidas; Identificar pacientes portadores de prótesis al momento del ingreso, todo esto con la finalidad de concluir que condiciones son las que presenta este grupo de pacientes en lo que respecta a su salud oral y que demanda de atención real es la que requieren, determinando así el alcance de este programa.

Además, una vez seleccionados los pacientes con fichas clínicas, se procedió a tabular la información y determinar cuántas de estas fichas clínicas registran datos completos, de las cuales se extrajo información. Se dejaron fuera aquellas fichas clínicas que no reunían los criterios de inclusión mencionados anteriormente, lo cual permitió conocer el total de la muestra.

Una vez recopilada y extraída información, a partir de las fichas clínicas, se ingresó y sistematizó en una planilla Excel con la finalidad de ser posteriormente interpretada y rescatar de ella datos útiles que respondan a objetivos específicos planteados.

8.5. Procesamiento y Análisis de los datos

Los datos estadísticos recolectados producto de la investigación, fueron analizados en software estadístico, SPSS versión 22; realizado en 3 etapas:

- a) Análisis descriptivo con utilización de medidas de frecuencias y medidas de resumen: de tendencia central, de dispersión o variabilidad.
- b) Calculo de indicadores de cobertura efectiva.
- c) Análisis inferencial para establecer asociaciones entre demanda real y atención recibida.

9. PLAN DE TRABAJO Y EQUIPO

9.1 Aprobación y Autorización:

- El protocolo fue aprobado por la comisión de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello sede Gran Concepción.
- Se tuvo autorización por parte de la Dirección de escuela de Odontología (Ver Anexo 2), así como, del profesor guía de Tesis (Ver Anexo 3).
- Se tuvo autorización para dar inicio a la investigación en el Centro de Salud Familiar Penco - Lirquén una vez emitida la carta a las autoridades (Ver Anexo 4).
- El trabajo de campo se realizó a partir del mes de Octubre del año 2015.

9.2 Equipo de trabajo:

- El trabajo de campo se llevó a cabo por parte del autor de este estudio.
- Correcciones a nivel metodológico fueron realizadas, tanto por el Profesor Guía, como el Profesor Responsable de tesis.

10. CONSIDERACIONES ETICAS

Se cumplió con requisitos que hacen de esta investigación en particular un trabajo ético:

- Valor Social o Científico: La investigación evalúa un tratamiento, una intervención que conduzca a mejoras en la salud o al bienestar de la población.
- Validez Científica: Donde se postula una hipótesis clara, utilizar principios y métodos científicos aceptados, que incluyen las técnicas estadísticas, para producir datos confiables y válidos.
- Selección equitativa de sujetos: Se justifica por el principio de la equidad distributiva, el concepto de que los beneficios y las cargas de la vida social deben ser distribuidos equitativamente.
- Razón Riesgo- Beneficio favorable: Minimizar riesgos y daños potenciales, maximizando beneficios potenciales con el fin de que los riesgos a los sujetos sean proporcionales a los beneficios del mismo y a la sociedad.

Se pidió autorización formal a la directora del centro de salud familiar de Lirquén, mediante la entrega de una carta dirigida a su persona y a los jefes de programa solicitando colaboración (Ver Anexo 4), y a quienes se estime conveniente. Se presentó el protocolo al comité de ética en investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello sede Gran

Concepción. Al personal directivo del CESFAM Penco - Lirquén se le hizo entrega un documento solicitando su colaboración, donde se explicó la finalidad del estudio y que los datos referentes a los pacientes fueron tratados confidencialmente.

Se utilizaron los RUT de los pacientes para identificar los episodios, pero una vez consolidados los datos, se eliminó aquella información para dar cumplimiento a la Ley N° 20.584 relativa a “Derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, y Ley N°. 19.628 respecto a la “Protección de la vida privada”.

Por último cabe mencionar que se resguardó la objetividad del estudio, ya que, el investigador no realizó atenciones durante el período de tiempo a estudiar en estos pacientes.

11. PRESENTACION DE RESULTADOS

El capítulo a continuación muestra los principales resultados de la investigación:

11.1. Análisis Descriptivo.

Se evaluaron 214 fichas clínicas pertenecientes a igual número de pacientes, donde se observa que del total, el 61,7% pertenecía a fichas de sexo femenino y el 38,3% a fichas clínicas del sexo masculino.

A. Condiciones de Ingreso en Salud Oral

En relación a las condiciones de ingreso de estos pacientes, se destacan las siguientes características:

a) Patologías prevalentes al momento del ingreso.

Tabla 1. Patologías en salud oral prevalentes al momento del ingreso		N=214 (%)
Características	+	-
Caries	84,6	15,4
Enf. Periodontal	26,6	73,4

Fuente: Fichas Clínicas. Tesis de pregrado "Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de salud familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014." D. Pedreros UNAB 2015.

La tabla número 1 muestra la prevalencia de Caries y Enfermedad Periodontal, donde se destaca que el 84,6% de los pacientes ingresados presentaba caries y el 26,6% registró presencia de enfermedad periodontal.

b) Evaluación de Edentulismo para propósito de tratamiento.

Tabla 2. Evaluación de Edentulismo para propósito de tratamiento		N=214 (%)
Características	n	%
Dentado	9	4,2
Desdentado Parcial Superior	32	15
Desdentado Parcial Inferior	21	9,8
Desdentado Total Superior	1	0,5
Desdentado Total	18	8,4
Desdentado Parcial Bimaxilar	110	51,4
Desdentado Total Superior y Parcial Inferior	17	7,9
Desdentado Total Inferior y Parcial Superior	6	2,8
Total	214	100

Fuente: Fichas Clínicas. Tesis de pregrado “Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de salud familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014.” D. Pedreros UNAB 2015.

La tabla número 2, muestra los resultados de la evaluación de edentulismo para propósito de tratamiento, de ellos se observa que solamente un 4,2% corresponden a pacientes dentados. De los desdentados, el mayor porcentaje corresponde a pacientes desdentados parcial bimaxilar con 51,4%, seguido por desdentado parcial superior (15%) y desdentado parcial inferior con un 9,8%.

Cabe destacar que para la medición en el caso de pacientes considerados como “desdentados parciales”, los cuales solamente registraban edentulismo de 1 o 2 piezas dentales en arcada antagonista, esta fue considerada por parte del odontólogo tratante como arcada dentada completa, debido a que no ameritaban rehabilitación protésica.

Respecto a la aparatología protésica tenemos que de estos pacientes, el 76,2% registra ausencia de prótesis; un 13,6% presencia de prótesis unimaxilar superior; un 6,1% prótesis unimaxilar inferior y prótesis bimaxilar solamente un 4,2%. En aquellos pacientes portadores de prótesis, tenemos que la tabla número 3 muestra a qué tipo de prótesis corresponden, siendo el mayor porcentaje, prótesis de tipo parcial con base metálica con un 8,9%, seguido de prótesis parcial acrílica y prótesis total, ambas con un 6,5%. Los gráficos 1 y 2 muestran las características enunciadas.

Tabla 3. Tipo de Prótesis al momento del ingreso		N=214
		(%)
Características	n	%
No posee	163	76,2
Total	14	6,5
Parcial Acrílica	14	6,5
Parcial Base Metálica	19	8,9
Total y Parcial Base Metálica	4	1,9
Total	214	100

Fuente: Fichas Clínicas. Tesis de pregrado “Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de salud familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014.” D. Pedreros UNAB 2015.

Gráficos 1. Desdentamiento.

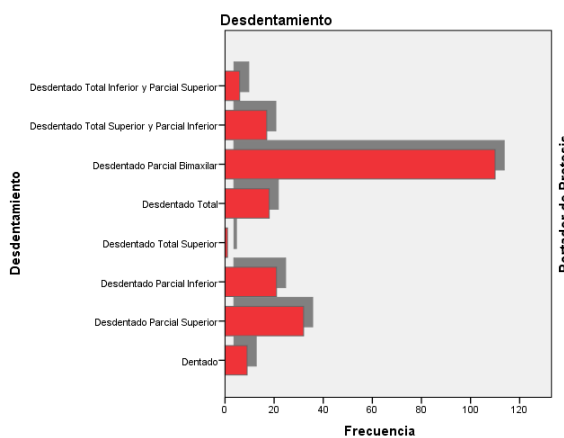
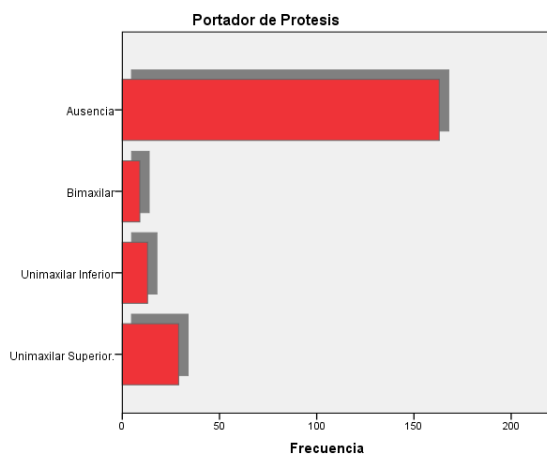


Gráfico 2. Portador de Prótesis



Fuente: Fichas Clínicas. Tesis de pregrado “Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de salud familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014.” D. Pedreros UNAB 2015.

B. Cobertura de Salud Oral Respecto a la Demanda

a) Tratamientos recibidos según cobertura en Salud Oral.

Tabla 4. Tratamiento recibido según Cobertura en Salud Oral		N=214 (%)
Tipo de Tratamiento	Realizado (%)	No realizado (%)
Ex. Salud Oral	100	-
Endodoncia	0,9	99,1
Implantología	-	100
Patología Oral	-	100
Rehabilitación Oral		
Definitivo	84,1	
No obturado	15,9	

Fuente: Fichas Clínicas. Tesis de pregrado "Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de salud familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014." D. Pedreros UNAB 2015.

En la tabla número 4 se observan los tratamientos recibidos, donde se destaca el examen de salud oral realizado en la totalidad de los pacientes, seguido por el tratamiento rehabilitador, el cual es realizado en el 84,1%. No obstante es posible apreciar que los tratamientos de Implantología o pesquisas de patología oral no fueron realizados, según los datos recogidos a partir de las fichas clínicas.

C. Cobertura respecto a la Adherencia

Tabla 5. Adherencia al tratamiento		N=214 (%)
Adherencia	n	%
Si	204	95,3
No	10	4,7
Total	214	100

Fuente: Fichas Clínicas. Tesis de pregrado "Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de salud familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014." D. Pedreros UNAB 2015.

La tabla número 5 destaca la alta tasa de adherencia que experimentaron los pacientes en lo que respecta a su tratamiento, la cual alcanza el 95,3% y la totalidad de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les pudo dar el alta completa, finalizando su tratamiento.

11.2. Análisis Inferencial.

A continuación se presentan los resultados del análisis Inferencial.

A. Cobertura de atención en Enfermedad Periodontal.

Tabla 6. Enfermedad Periodontal según atención en salud			N=214 (%)
Tratamiento Periodontal		Presencia Enfermedad Periodontal	
Realiza	n	43	
	%	75,4	
No realiza	n	14	
	%	24,6	
Total	n	57	
	%	26,6	

$\chi^2 = 148.22$
 Valor = p = 0,00*
 Coef. Contingencia: 0,832

Fuente: Fichas Clínicas. Tesis de pregrado "Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de salud familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014." D. Pedreros UNAB 2015.

La tabla 6 muestra la cobertura de atención en relación a la enfermedad periodontal. De ella se observa que de las historias clínicas analizadas (n=214), tenemos que el 26,6% de los pacientes presentó enfermedad periodontal. De

quienes presentaron enfermedad periodontal, el 75,4% recibió tratamiento de periodoncia y un 24,6% no lo recibió. El test de chi – cuadrado con la finalidad de ver si existe una asociación entre la enfermedad y tratamiento, se realizó un análisis de chi - cuadrado y se obtuvo un valor de 148.22, valor $p=0.00^*$, lo que demuestra que existe una asociación significativa entre enfermedad periodontal y tratamiento, el coeficiente V de Cramer, con valor de 0,832 muestra que esta asociación es fuerte y estadísticamente significativa e indica que existe una cobertura efectiva en este caso.

B. Cobertura efectiva de atención en Enfermedad de Caries.

Tabla 7. Enfermedad de Caries según atención en salud			N=214 (%)	
Tratamiento Rehabilitador			Enfermedad de Caries	
			+	-
Realiza	n		176	4
	%		97,2	12,1
No obturada	n		5	29
	%		2,8	87,9
Total	n		181	33
	%		84,6	15,4

$X^2 = 151.315$
 Valor = $p = 0,00^*$
 Coef. Contingencia: 0,644

Fuente: Fichas Clínicas. Tesis de pregrado “Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de salud familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014.” D. Pedreros UNAB 2015.

Respecto a la evaluación de la cobertura efectiva de caries en relación a tratamiento rehabilitador se observa que de los pacientes que presentaron caries (84,6%), el 97,2% recibió tratamiento restaurador definitivo. El análisis

inferencial muestra que existe una asociación entre tratamiento y enfermedad de caries, se tuvo un coeficiente de contingencia con un valor de 0.644, lo cual muestra una asociación fuerte y valor chi – cuadrado 151.315, valor $p=0.00^*$, lo cual indica que existe cobertura efectiva.

Para efecto de tratamiento protésico recibido por parte de los pacientes no es posible realizar una relación dado que no existen los registros que permitan llevarlo a cabo, por lo tanto se sugiere para próximos estudios registrar en la totalidad de las fichas clínicas el tipo de prótesis que fue parte del tratamiento, con el fin de relacionar la demanda con el tratamiento otorgado.

12. DISCUSION

El propósito de este estudio consistió en evaluar la cobertura efectiva del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, programa odontológico 60 años, en relación a la demanda odontológica integral real de los pacientes, según condiciones orales de ingreso, y tratamiento dental recibido. Estudio realizado en el Centro de salud familiar Penco – Lirquén, mediante revisión de fichas clínicas comprendidas entre los años 2012 - 2014.

De la muestra de 214 fichas clínicas correspondiente a adultos mayores de 60 años que fueron incluidos en esta investigación, se tuvo que el 61,7% pertenecía a historias clínicas de sexo femenino y el 38,3% a fichas clínicas del sexo masculino.

Entre los aspectos a evaluar se consideraron 4 ejes fundamentales, entre los cuales se encuentran: Condición de ingreso en salud oral, Cobertura Oral respecto a la demanda, Cobertura respecto a la adherencia al tratamiento y Utilización de servicios.

Respecto a las condiciones de salud oral al momento del ingreso se tuvo que la patología más prevalente corresponde a Caries dental con un 84,6%, cifras que se relacionan con estudios realizados a nivel nacional, destacando la alta tasa de caries presentadas en los pacientes adultos mayores. Cabe destacar que de quienes presentaron esta patología, el 97,2% recibió tratamiento restaurador definitivo.

La enfermedad Periodontal se presentó en un 26,6%, de los cuales el 75,4% de ellos recibió tratamiento periodontal. Sin embargo, en el Primer Estudio Nacional de Salud Oral en Adultos Chilenos finalizado el año 2009 se

determinó que la prevalencia de enfermedad periodontal, afecta a más del 90% de la población adulto mayor ⁽⁴⁷⁾. Y que las formas más severas de periodontitis, es decir, aquellos con mayor destrucción del soporte del diente afectan al 69% del grupo de 65 a 74 años ⁽⁴⁷⁾.

Se pudo determinar que al momento del ingreso al programa un 95,8% presentó algún grado de edentulismo, de los cuales el desdentado parcial bimaxilar correspondió al mayor porcentaje con 51,4%, seguido por desdentado parcial superior (15%) y desdentado parcial inferior equivalente a un 9,8%, datos que demuestran un mayor grado de edentulismo en el maxilar superior, tal como es citado en el estudio realizado el año 2009 por Arteaga O, Urzúa I, Espinoza I, Muñoz A. y Mendoza C. ⁽⁴²⁾.

En relación a aparatología protésica de los pacientes, se tuvo que el 76,2% registra ausencia de prótesis, cifras cercanas al 61,4%, extraída del estudio anteriormente citado ⁽⁴²⁾.

Entre los tratamientos recibidos, se destacó el examen de salud oral realizado en la totalidad de los pacientes, seguido por el tratamiento rehabilitador, el cual se realizó en el 84,1% de los casos. No obstante es posible apreciar que los tratamientos endodónticos fueron realizados en un porcentaje de solo un 0,9%. Y por otra parte, tratamientos de Implantología o pesquisas de patología oral no fueron realizados, según los datos recogidos a partir de las historias clínicas.

Respecto a la adherencia al tratamiento, este alcanza el 95,3%. Destacando además que a la totalidad de los pacientes se les pudo dar el alta completa de tratamiento, cumpliendo de esta forma con el programa.

13. CONCLUSION

Los resultados de la investigación respecto a la cobertura efectiva entre enfermedad y tratamiento realizados a los pacientes, muestran que el 75,4% de quienes presentaban enfermedad periodontal recibió tratamiento oportuno. Situación similar a la ocurrida en pacientes que demandan tratamiento por enfermedad de caries, donde se tuvo que, del 84,6% que presentó esta patología, el 97,2% recibió tratamiento restaurador definitivo.

Los hallazgos de la investigación muestran que la cobertura efectiva de atención en el programa GES es variable de acuerdo a la patología, por lo tanto en relación a la hipótesis de la investigación, tenemos que, si bien es cierto que hay una mayor demanda, los porcentajes observados destacan un gran avance en el programa.

Importante destacar además, lo que dice relación con el tipo de prótesis al momento del ingreso, en donde tenemos que el 76,2% de los pacientes registra ausencia de prótesis, cifra preocupante considerando el impacto negativo que esto trae consigo en la calidad de vida de las personas, relaciones interpersonales, estado nutricional y de salud en general de los adultos mayores; dado que la salud oral es un pilar fundamental en la calidad de vida de las personas; más allá del aspecto estético y su relación estrecha con la autoestima.

En general, a partir de la información extraída de este estudio se observa que la calidad de salud oral al momento del ingreso en estos pacientes se encuentra deteriorada, datos que no sorprenden respecto a indicadores nacionales, en los cuales Caries dental, edentulismo, enfermedad periodontal registran altas tasas de prevalencia. Lo cual debe ser considerado como un

dato significativo , ya que, si bien la existencia de este programa y la cobertura que este brinda son relevantes en poder devolver salud oral a estos pacientes, también se hace necesario potenciar medidas preventivas, que de alguna manera cooperen con las medidas curativas existentes, de esta manera se esperaría ingresar pacientes con una mejor condición oral, más receptivos al tratamiento por un mayor empoderamiento, y quizás se tendrían que destinar menores recursos que los que se destinan actualmente.

Se observó además que respecto al tratamiento según cobertura, derivaciones tales como: Patología o Implantología no fueron realizadas en ningún paciente, por lo que, considerar estos registros en la ficha clínica por parte del personal sería de suma importancia con el fin de poder brindar diagnósticos integrales. En el caso de Endodoncia se registró en la historia clínica solo un 0,9% de los pacientes, quedando la interrogante si se presentaron casos que realmente requerían este tipo de tratamiento o simplemente no se fue riguroso en el registro de esta información, de ser así, con el fin de futuros estudios, se sugiere que esta información no sea obviada.

14. RECOMENDACIONES

Dada la diferencia que existe entre valores nacionales y lo encontrado en historias clínicas de los pacientes se sugiere hacer una revisión exhaustiva de los diagnósticos realizados, ya que, llama la atención que en una población de adultos mayores de 60 años se encuentre una prevalencia de enfermedad periodontal de tan solo 26,6%, siendo que en el Estudio Nacional de Salud Oral en Adultos Chilenos, año 2009, se observó que esta enfermedad afecta a más del 90% de la población adulto mayor y formas severas de periodontitis afectan a un 69%.

Se sugiere para próximos estudios registrar en las historias clínicas el tipo de tratamiento protésico recibido por los pacientes beneficiarios del programa, con el fin de relacionar la demanda con el tratamiento otorgado. Por lo que, no es posible realizar dicha relación dado que no existen los registros que permitan efectuarlo.

Sería conveniente supervisar el desarrollo de los protocolos de atención del programa para este tipo de pacientes, así como también medir el nivel de satisfacción usuaria de los pacientes una vez finalizado su tratamiento y luego de 6 meses a partir de la fecha de alta o un año, con la finalidad de evaluar el nivel de funcionamiento del tratamiento realizado. Dado que no se cuenta con esta información, lo cual, no permite evaluar satisfacción usuaria v/s cobertura.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Servicio Nacional del Adulto Mayor. Gobierno de Chile ¿Qué es SENAMA? [cited May 28, 2015];

Available from: <http://www.senama.cl>

- 2 Escobar M. Vejez y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aspectos Sociales y de Salud. Vicerrectoría de Asuntos Académicos. Universidad de Chile. Santiago, 1996.
- 3 INE. Chile. Estimaciones y proyecciones de población. Total país. Periodo de información: 1950-2050. Ins. Nac. Estad. Chile, Santiago, 2007, (CEPAL); OI N° 208.
- 4 Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Informe demográfico de Chile. Resultados Generales Censo. Gob. Chile. 1992; 25-41.
- 5 Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de población y vivienda, Chile. Resultados Generales. Gob. Chile. 2002.
- 6 Ministerio de salud Chile. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile 2006. 133 p. Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria. Inscripción N° 162.710. I.S.B.N. 9789567711611;

Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/encavi/Informe-Final-Encuesta-de-Calidad-de-Vida-y-Salud-2006.pdf>

- 7 Ministerio de Salud de Chile, III Encuesta Nacional de Salud, 2009-2010.

Available from:

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>

- 8 Lolás, F. Vejez y envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aspectos biodemográficos y bioéticos. Vicerrectoría Académica y estudiantil. Universidad de Chile. Santiago, 1996.
- 9 Olivares P, Salazar E. Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002 – 2020. Departamento de Estudios y Desarrollo. 2006.
- 10 Ministerio de Salud Chile. Salud Oral Integral en Adultos 60 años. Serie Guías clínicas Minsal. 2010.
- 11 Organización Mundial de la Salud. Salud Bucodental. 2007. Nota informativa N°318.
- 12 Emami E, De Souza R, Kabawat M, Feine J. The Impact of Edentulism on Oral and General Health. International Journal of Dentistry, Vol 2013, Article ID 498305.
- 13 Awano S, Ansai T, Takata Y, Soh I, Akifusa S, Hamasaki T, et al. Oral Health and Mortality Risk from Pneumonia in the Elderly. Journal of Dental Research 2008; 87(4): 334-339.
- 14 Scannapieco F, Bush R, Paju S. Associations between periodontal disease and risk of atherosclerosis, cardiovascular disease, and stroke. A systematic review. Annals Periodontol 2003; 8(1):38–53.
- 15 Negrato CA, Tarzia O, Jovanović L, Chinellato LEM. Periodontal disease and diabetes mellitus. J Appl Oral Sci. 2013; 21(1):1–12.
- 16 Craig RG. Interactions between chronic renal disease and periodontal disease. Oral Diseases 2008; 14(1) 1–7.
- 17 Ministerio de Salud de Chile, I Encuesta Nacional de Salud, 2003.

Available from:

<http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>

- 18 Thomason JM. The Use of Mandibular Implant-retained Overdentures Improve Patient Satisfaction and Quality of Life. J Evid Base Dent Pract 2010; 10:61-63.

- 19 Carlsson G. Implant and root supported overdentures a literature review and some data on bone loss in edentulous jaws. *J Adv Prosthodont* 2014; 6:245-52.
- 20 Kremer U, Schindler S, Enkling N, Worni A, Katsoulis J, Mericske SR. Bone resorption in different parts of the mandible in patients restored with an implant overdenture. A retrospective radiographic analysis. *Clin. Oral Impl. Res.* 00, 2014, 1–6.
- 21 Carlsson GE, Omar R. The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2010; 37(2); 143–156.
- 22 Huang D, Chan KCG, Young B. Poor Oral Health and Quality of Life in Older U.S. Adults with Diabetes Mellitus. *J Am Geriatr Soc.* 2013; 61(10):1782–1788.
- 23 Kaufman L, Setiono T, Doros G, Andersen S, Silliman R, Friedman P, et al. An Oral Health Study of Centenarians and Children of Centenarians. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62(6):1168–1173.
- 24 Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, Gómez-Dantés H, Castro V, Arreola-Ornelas H, et ál. Red de Investigación sobre Cobertura Efectiva de las Intervenciones de Salud del Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2: 578-584.
- 25 Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Legislación chilena. Régimen de garantías en salud, Ley n° 19.966. [cited May 22, 2015];

Available from: <http://www.leychile.cl/N?i=229834&f=2004-09-03&p=>

- 26 Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Legislación chilena. Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud, Ley n° 18.469. [cited May 23, 2015];

Available from: <http://www.leychile.cl/N?i=29872&f=2004-09-03&p=>

27 Ministerio de Salud Chile. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile.
¿Qué es el GES?

Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/fo-article-4605.pdf>

28 Ministerio de Salud Chile. Superintendencia de Salud. Garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Decreto Supremo N° 44; 2007.

29 Hernández de Ramos. Rehabilitación Oral Para el Paciente Geriátrico. 1ª ed. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología. ISBN: 9587010132. 2001. 200 p.

30 Bokor-Bratic M. Prevalence of oral leukoplakia. Med Pregl. 2003 Nov-Dec; 56(11-12):552-555.

31 Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Newell WJ. Periodontal diseases. The Lancet. 2005; 366:1809-1820.

32 Aránguiz V. Prevención y cuidados de la salud bucal en tiempo nuevo para el adulto mayor, enfoque interdisciplinario. (Marín P. Ed.) Vicerrectoría académica, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1994, pg.:239-254.

33 Espinoza I. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en el adulto mayor de la provincia de Santiago, Región Metropolitana. (Tesis para optar al grado de magíster en ciencias odontológicas con mención en patología oral). Universidad de Chile, Facultad de odontología, 2001.

34 Colegio de Cirujano Dentistas de Chile. Capítulo Ejercicio liberal. Informe presente y futuro de la Odontología en Chile. Santiago; 2011.

35 Monsalves MJ. La odontología que vivimos y no queremos : una crítica al escenario actual. Rev Chil salud pública. 2012; 16(2): 241–246.

- 36 Misrachi C, Lamadrid S. "Salud Oral y Conductas Asociadas en Adultos Mayores de Bajos Recursos". Cuadernos Médico Sociales XXXVIII, 1997. 4: 79-86.
- 37 Barrientos M, Peric K, Sepulveda R, Von Marttens. Implantes y Prótesis Removible en la Tercera Edad. Rev Tecnología Dental. 2002: 71-79
- 38 Allen PF, McMillan AS. A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. J Can Dent Assoc. 2003; 69(10): 662.
- 39 Sveikata K, Balciuniene I, Tutkuvienė J. SVEIKATA, K. Factors influencing face aging. Literature review. Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal. 2011; 13(4): 113-116.
- 40 Carr AB, McGivney GP, Brown DT. McCracken. Prótesis parcial removible. 11 ed. Madrid; 2006.
- 41 Ozawa Deguchi. Prostodoncia total, 5ªEd, 1995.
- 42 Arteaga O, Urzúa I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. Prevalencia de caries y pérdida de dientes en población de 65 a 74 años de Santiago, Chile. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral. 2009; Vol. 2(3): 161-166.
- 43 Quezada P, Muñoz A, Cueto U, Barraza S. Reforma de salud en Chile: Evaluación garantía explícita en salud oral en población de 60 años. int. j. odontostomat; 2013; 7(2): 319-326.
- 44 Taboada O, Cortez X. Autopercepción de caries y enfermedad periodontal en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. Revista ADM. 2014; 71 (6): 273-279.
- 45 Moreno J, Montoya A, Gomez D, Arboleda A, Zea F, Agudelo A. Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar que acude a la facultad de odontología de la universidad de antioquia. Rev. Fac. Odontol. Univ. Antioq. 2012; 24 (1): 22-36.

- 46 Duque V, Tamayo J, Echeverri P, Gutiérrez A, Sepúlveda D, Giraldo 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. *Rev. CES Odont.* 2013; 26(1): 10-23.
- 47 Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, Carvajal P, Arteaga O. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol*, 2010; 81(10): 1403-1410.

ANEXOS

ANEXO 1: Ficha Clínica Odontológica Paciente 60 años

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

FICHA ODONTOLÓGICA 60 AÑOS

N° _____
FECHA SOLICITUD HORA _____
FECHA INGRESO _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	RUT
DIRECCIÓN		CALIDAD PREVISIONAL	NOMBRE ESTABLECIMIENTO	

EXAMEN INTEGRAL

1.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

ANAMNESIS: ANTECEDENTES FAMILIARES
 (0) SIN ANTECEDENTES TRASTORNOS CARDIOVASCULARES DIABETES
 (1) CON ANTECEDENTES CANCER OTRO

ANTECEDENTES MEDICOS ALÉRGICO (ESPECIFICAR)
 (0) NO CARDIOVASCULARES DIABETIS
 (1) SI ASMA
 FUMA
 OTROS
 EPILEPSIA
 DAÑO NEUROLOGICO

EXAMEN FISICO GENERAL NORMAL (1) ALTERADO ESPECIFICAR _____

EVALUACIÓN DE ANSIEDAD: SUDORACIÓN EMBLORES AUMENTO DE PULSO NAU

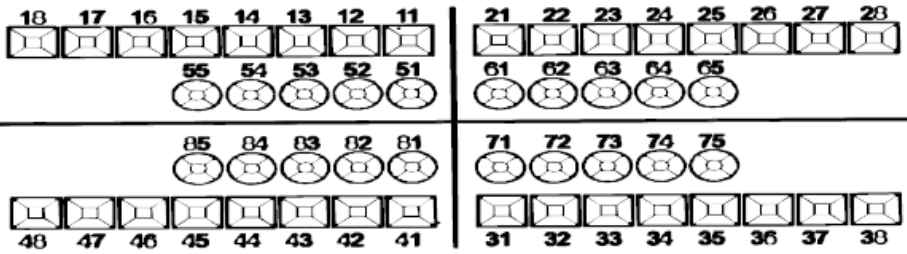
HABITOS (1) SI CEPILLADO DENTAL (2) NO USO SEDA DENTAL

EXAMEN INTRAORAL (0) NORMAL (1) ANORMAL
MUCOSAS: FARINGE PALADAR PISO DE BOCA LENGUA LABI

ENCÍAS: GINGIVITIS (0) AUSENTE (1) LOCALIZADA (2) GENERALIZADA

DESDESNTAMIENTO : (1) CLASE I (2) CLASE II (3) CLASE III (4) CLASE IV (5) TOTAL
 : Maxilar superior maxilar inferior

CARIES DENTAL: ODONTOGRAMA



<table border="1"> <tr> <td>C</td> <td>O</td> <td>P</td> <td>COP</td> <td>Fecha</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	C	O	P	COP	Fecha						EXAMEN PRIODONTAL BÁSICO Fecha: _____ Puntajes: _____ <table border="1"> <tr> <td>S1</td> <td>S2</td> <td>S3</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>S6</td> <td>S5</td> <td>S4</td> </tr> </table>			S1	S2	S3				S6	S5	S4					
	C	O	P	COP	Fecha																						
S1	S2	S3																									
S6	S5	S4																									
CONSUMO DIETA CARIOGENICA CANTIDAD DE VECES AL DIA QUE CONSUME ALIMENTOS O JUGOS AZUCARADOS ENTRE LAS COMIDAS (COLACION) <input type="checkbox"/> (0) NINGUNA (Sin Riesgo) (1) 1 VEZ (Bajo Riesgo) (2) 2 O MAS VECES (Alto Riesgo)	INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLION <table border="1"> <tr> <td>1.6V</td> <td>1.1V</td> <td>2.6V</td> <td>3.6L</td> <td>3.1V</td> <td>4.6L</td> <td>IHOS</td> <td>FECHA</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			1.6V	1.1V	2.6V	3.6L	3.1V	4.6L	IHOS	FECHA																
1.6V	1.1V	2.6V	3.6L	3.1V	4.6L	IHOS	FECHA																				

2.- EDUCACION EN TECNICA DE HIGIENE BUCAL

TECNICA DE CEPILLADO INDICADA
 (1) TECNICA BASS
 (2) TECNICA CHARTERS

FECHA

REFUERZO AUTOCUIDADO DE LA SALUD BUCAL

(1) ODONTOLOGO
 (2) PERSONAL PARAMEDICO DE ODONTOLOGIA

FECHA

TIPIFICACION PACIENTE

(1) SANO
 (2) BAJO RIESGO
 (3) ALTO RIESGO
 (4) CON DAÑO

La tipificación se realiza según el protocolo midiendo:

- Historia de caries
- Discapacidad Neuromotora o Mental
- Consumo de Hidratos de carbono
- Índice de Greene y Vermillion

TRATAMIENTO

	TRATAMIENTO	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	TRATAMIENTO	
18							28
17							27
16							26
15							25
14							24
13							23
12							22
11							21
41							31
42							32
43							33
44							34
45							35
46							36
47							37
48							38

Fl: Flúor Tópico
 RC: Resina Compuesta
 TI: Técnica Incremental
 SP: Sesión periodoncia

Pr: Profilaxis
 VI: Vidrio Ionómero
 Ex: Exodoncia
 E: Etapa Intermedia

Am: Amalgama
 RP: Restauración Preventiva
 TPDD:Terapia Pulpar Diente Definitivo
 DBT:Desinfección bucal total
 Rx: Radiografía

INTERCONSULTAS

Cirugia Rx

TTM-Dolor orofacial

Otros

ALTAS

(1) EDUCATIVA
 (4) POR ABANDONO
 (0) DISCIPLINARIA

(2) PREVENTIVA
 (3) INTEGRAL
 (5) POR CAMBIO PREVISIONAL

FECHA

SEGUIMIENTO

ANEXO 2: Carta de Autorización dirigida al Director de Escuela.



Universidad
Andrés Bello

Concepción, ____ de _____, 2015.

CARTA DE AUTORIZACION

Señor
Dr. Nelson Dinamarca
Facultad de Odontología
Presente

Estimado Director:

Por medio de la presente carta, solicito a usted autorización como interno de la carrera de Odontología, para la realización de mi proyecto de investigación titulado **“Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de Salud Familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014.**

Se llevará a cabo un estudio de tipo cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo, basado en el análisis de datos existentes en historias clínicas de pacientes.

Investigación que tiene por objetivo evaluar la cobertura efectiva del programa GES odontológico paciente 60 años, y que permitirá determinar la real brecha existente entre la demanda de salud oral por parte del paciente beneficiario y la oferta disponible por parte del programa de salud.

La investigación mencionada se registrará bajo la Ley N° 20.584 relativa a “Derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, y Ley N°. 19.628 respecto a la “Protección de la vida privada”.

Dicho estudio está siendo guiado por docentes de la Escuela de Salud Pública de la UNAB Sede Concepción, Dr. Pedro Henríquez Zenteno, Cirujano Dentista, Magister en Salud Publica; y la Doctora Alexandra Torres.

**Firma alumno tesista
Daniel Pedreros Cruces**

**Firma Profesor Guía de Tesis
Dr. Pedro Henríquez Zenteno**

ANEXO 3: Carta de Autorización dirigida al Profesor Guía de Tesis.



Concepción, ____ de _____, 2015.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Por medio de la presente, como Profesor guía del Alumno Tesista **Daniel Octavio Pedreros Cruces** de la carrera de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Gran Concepción, declaro estar en conocimiento del proyecto de investigación titulado **“Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de Salud Familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014.**

He sido informado de la metodología de recopilación de información para el desarrollo de esta investigación, de la confidencialidad en que ésta se mantendrá, así como también los resultados obtenidos.

La investigación mencionada se regirá bajo la Ley N° 20.584 relativa a “Derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, y Ley N°. 19.628 respecto a la “Protección de la vida privada”.

Autorizo como Profesor guía al alumno Daniel Octavio Pedreros Cruces a desarrollar el presente Proyecto de Tesis para optar al Grado de Cirujano – Dentista.

**Firma Dr. Pedro Henríquez Zenteno
Profesor Guía de Tesis**

ANEXO 4: Carta dirigida al Director(a) del Centro de Salud.



Universidad
Andrés Bello

Concepción, ____ de _____ de 2015.

CARTA DIRIGIDA A LA DIRECCION DEL CENTRO DE SALUD

Director(a)
Cesfam Penco-Lirquén
Presente:

Junto con saludarle, mediante la presente carta me dirijo a usted con el propósito de solicitar su autorización para que el Alumno Interno **Daniel Octavio Pedreros Cruces** de la carrera de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Gran Concepción, pueda realizar su proyecto de investigación titulado **“Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de Salud Familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014.**

En consideración de la Ley N° 20.584 que regula los Derechos y Deberes de los pacientes, la cual establece “que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención”, y “a ser incluidos en estudios de investigación solo si lo autoriza”, entre otros. Es por esto, la necesidad de una autorización para acceder a la información requerida en las fichas clínicas de pacientes atendidos a través del Programa GES Odontológico Paciente 60 años.

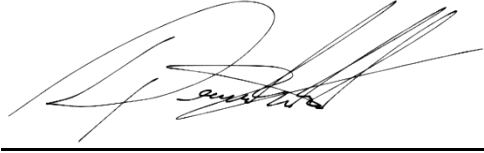
Los resultados de este estudio serán entregados a usted personalmente, luego serán publicados en la Revista “Journal of Oral Research” y expuestos en la Jornada Científica de la Universidad Andrés Bello a realizarse el presente año.

Cabe destacar que este estudio, no pretende causar inconveniente alguno ni alterar la dinámica normal del establecimiento y la de sus funcionarios.

Dicho estudio está siendo guiado por docentes de la Escuela de Salud Pública de la UNAB Sede Concepción, Dr. Pedro Henríquez Zenteno, Cirujano Dentista, Magister en Salud Publica; y la Doctora Alexandra Torres.

Agradeciendo su colaboración y esperando una buena recepción ante dicha actividad.

Saluda atentamente a usted.



Daniel Octavio Pedreros Cruces
Alumno Tesista de 6to año Odontología
Universidad Andrés Bello

Yo _____, RUT _____-____, Director(a) de Salud de _____ autorizo al Sr. Daniel Octavio Pedreros Cruces a acceder a la información solicitada de las fichas clínicas correspondiente a pacientes adscritos al Régimen General de Garantías Explícitas en Salud del Programa Odontológico, Paciente 60 años, del Centro de Salud Familiar Penco – Lirquén, entre Enero del 2012 y Diciembre del año 2014, con el fin de realizar el Trabajo de Investigación titulado “Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de Salud Familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014.

Reconozco que he sido informado(a) de la metodología de recopilación de información para el desarrollo de esta investigación, de la confidencialidad en que ésta se mantendrá, así como también los resultados obtenidos. Entiendo además, que una copia de esta carta de autorización me será entregada y que puedo solicitar información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.

Para mayor información puedo contactar al Sr. Daniel Octavio Pedreros Cruces, al siguiente correo electrónico: d.pedreros@aol.com

**Firma Alumnos Tesista
Daniel Pedreros Cruces**

**Firma Profesor Guía de Tesis
Dr. Pedro Henriquez Zenteno**

ANEXO 5: Carta dirigida al Comité de Ética.



CARTA COMITÉ DE ÉTICA

Estimados
Miembros Comité de Ética
Presente:

Junto con saludarles, mediante la presente carta me dirijo a ustedes con el propósito de solicitar autorización como alumno interno de la carrera de Odontología de la Universidad Andrés Bello, sede Gran Concepción, para realizar mi proyecto de investigación, titulado **“Cobertura Efectiva Programa GES Odontológico Paciente 60 años. Centro de Salud Familiar Penco – Lirquén. Años 2012 - 2014.**

En consideración de la Ley N° 20.584 que regula los Derechos y Deberes de los pacientes, la cual establece “que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención”, y “a ser incluidos en estudios de investigación solo si lo autoriza”, entre otros. Es por esto, la necesidad de una autorización para acceder a la información requerida en las fichas clínicas de pacientes atendidos a través del Programa GES Odontológico Paciente 60 años.

Cabe destacar que este estudio, no pretende causar inconveniente alguno ni alterar la dinámica normal del establecimiento y la de sus funcionarios.

Dicho estudio está siendo guiado por docentes de la Escuela de Salud Pública de la UNAB Sede Concepción, Dr. Pedro Henríquez Zenteno, Cirujano Dentista, Magister en Salud Pública; y la Doctora Alexandra Torres.

Les saluda atentamente,

**Firma Alumnos Tesista
Daniel Pedreros Cruces**

**Firma Profesor Guía de Tesis
Dr. Pedro Henríquez Zenteno**

ANEXO 6: Cronograma Proyecto de Tesis.

CRONOGRAMA PROYECTO DE TESIS

	Mayo		Junio		Julio		Ago		Sept		Oct		Nov		Dic						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
	ACTIVIDAD																				
Alumno: Daniel Pedreros Cruces																					
Profesor Guía: Dr. Pedro Henríquez Zenteno																					
Profesor Responsable: Dra. Alexandra Torres.																					
Fundamentación proyecto de tesis - Primer avance	X																				
Correcciones informe de tesis - Primer avance			X																		
Entrega de proyecto - Segundo avance				X																	
Correcciones informe de tesis - Segundo avance					X																
Entrega de proyecto - Tercer avance						X															
Correcciones informe de tesis - Tercer avance							X														
Presentación final Proyecto de Tesis								X													
Aprobación autoridades									X	X											
Recolección y procesamiento de datos										X	X										
Análisis e interpretación de datos												X									
Informe final para publicación en revista													X								
Presentación resultados														X							
Defensa de Tesis															X						

ANEXO 7:

PROTOCOLO PRESENTACIÓN A COMITÉ DE TRABAJOS CON MANEJO DE DATOS EN HUMANOS EN PROYECTOS CIENTÍFICOS

Investigador: Daniel Octavio Pedreros Cruces

A. ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS

Título del proyecto:

“Cobertura Efectiva Programa Ges Odontológico Paciente 60 Años.
Centro De Salud Familiar Penco – Lirquen. Años 2012 - 2014.”

Profesor responsable:

Dra. Alexandra Torres.

Profesor Guía:

Dr. Pedro Henríquez Zenteno.

Carrera:

Odontología

Asignatura:

Trabajo de Investigación

Teléfono/ Email:

+569 8 122 12 80 / d.pedreros@aol.com / d.pedreros.c@gmail.com

B. ANTECEDENTES DEL LUGAR DE OBTENCIÓN DE DATOS

Lugar donde se realizará el estudio:

Centro De Salud Familiar Penco – Lirquén. Servicio de Salud

Talcahuano. Comuna de Penco, Región del Bío-Bío, Chile.

C. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

1. Señale el propósito principal del proyecto (párrafo no superior a 12 líneas).

Evaluar respecto al Programa GES odontológico paciente 60 años, la demanda odontológica integral que presentan los pacientes, según condiciones orales iniciales, y la oferta entregada por parte de este programa.

Al no disponer de antecedentes estadísticos que permitan conocer la cobertura del programa, la presente investigación reviste tal importancia para la salud pública, con el propósito de otorgar datos que permitan elaborar programas efectivos y eficientes que logren cambios positivos en la salud.

D. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL EXPERIMENTO

1. Describa la metodología del trabajo:

Investigación cuantitativa, observacional, transversal, analítica, basada en la revisión de 200 historias clínicas, correspondiente a pacientes

atendidos en el programa GES odontológico. Los parámetros a evaluar serán: Adherencia al tratamiento; Condiciones de alta; Procedimientos realizados; Y brechas de atención entre diagnóstico y tratamiento. Los resultados se analizarán utilizando métodos estadísticos descriptivos e inferenciales, con utilización de indicadores de medición de cobertura efectiva, procesados en un paquete estadístico SPSS v.19.

ANEXO 8:

Carta Compromiso del Investigador, que presenta proyectos de investigación al Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Andrés Bello

Yo _____, Investigador del proyecto de Investigación _____ mediante la suscripción del presente documento declaro que:

La investigación propuesta no constituye una duplicación innecesaria de investigaciones previas.

Todas las personas bajo mi supervisión y responsabilidad que participan en los procedimientos con los sujetos de investigación, trabajarán de acuerdo con las normas y reglas éticas vigentes nacionales e internacionales.

No tengo conflictos de interés actual, y me comprometo a declarar ante el comité todos aquellos potenciales conflictos de interés que surjan durante el desarrollo de la investigación, con cualquiera de los involucrados.

He revisado la literatura científica y bases de datos pertinentes sin encontrar procedimientos válidos alternativos, y no estoy en condiciones de desarrollarlos.

Los antecedentes presentados en este Protocolo incluyen la totalidad de los procedimientos propuestos en el Proyecto para los sujetos de investigación humanos y/o animales.

Me comprometo a solicitar y obtener la aprobación del Comité de Bioética de la Facultad, antes de iniciar cualquier cambio al Protocolo aprobado, sea de procedimientos como de personal.

Comunicaré a la brevedad al Comité cualquier evento adverso que se presente durante la ejecución de la investigación propuesta.

Me comprometo a garantizar que los datos entregados sean íntegros y confiables, cumpliendo con el protocolo autorizado.

Firma.....Fecha:

