



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE  
CONSERVADORA

**PERCEPCION DE ACTORES SOCIALES RELEVANTES RESPECTO DE LAS  
POLITICAS DE SALUD ORAL PARA PERSONAS MAYORES EN CHILE**

**Matías Patricio Esteban Leiva Ross**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO  
DE CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL**

**Dr. Mauricio Enrique Baeza Paredes**

**TUTOR ASOCIADO**

**Dra. Gisela Ivonne Jara Bahamonde**

**Dra. Sussane Marie Krämer Strenger**

**Adscrito a Proyecto FONDEF ID18I10044  
Santiago – Chile  
2021**





**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE  
CONSERVADORA

**PERCEPCION DE ACTORES SOCIALES RELEVANTES RESPECTO DE LAS  
POLITICAS DE SALUD ORAL PARA PERSONAS MAYORES EN CHILE**

**Matías Patricio Esteban Leiva Ross**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO  
DE CIRUJANO-DENTISTA**

**TUTOR PRINCIPAL**

**Dr. Mauricio Enrique Baeza Paredes**

**TUTOR ASOCIADO**

**Dra. Gisela Ivonne Jara Bahamonde**

**Dra. Sussane Marie Krämer Strenger**

**Adscrito a Proyecto FONDEF ID18I10044  
Santiago – Chile  
2021**

## DEDICATORIA

*A mi madre, Bárbara Liliana Ross Zeballos y a mi padre, Patricio Jorge Leiva Sanhueza, quienes me han acompañado a lo largo de la vida en cada uno de mis pasos, con amor y apoyo incondicional.*

## AGRADECIMIENTOS

A mis profesores tutores, que me han guiado en la última etapa de mi formación en Pregrado, la Dra Gisela Jara Bahamondes y el Dr Mauricio Baeza Paredes quien además de mis 6 años de carrera, me ha acompañado y motivado en cada una de las iniciativas en investigación que me he propuesto. A un gran profesor, guía y amigo, muchísimas gracias.

Al Dr. Gonzalo Rodríguez y a todos los profesores de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, quienes de una u otra forma han incidido de manera determinante en mis aspiraciones como futuro profesional del área de la salud.

Al equipo de docentes y profesionales a cargo del proyecto EDePAM, que con su iniciativa y dedicación hicieron posible la realización de este trabajo. Al Dr. Jorge Gamonal, investigador principal del proyecto FONDEF, que con su experiencia ha brindado apoyo cercano a cada una de las aristas que componen la iniciativa de creación del examen dental preventivo para el adulto mayor, y a Leslie Henríquez, quien se ha encargado de grabar y transcribir las entrevistas utilizadas para la recolección de la información.

A mis amigos, parientes y cada una de las personas que me han acompañado a lo largo de mi vida universitaria y que me han apoyado en cada etapa de este proceso de crecimiento personal y profesional.

A todas aquellas personas que por un u otro motivo ya no forman parte de mi vida, pero que me han dejado grandes aprendizajes y vivencias que sin duda han contribuído de manera importante en mi formación personal.

A mi familia: mis hermanas Valentina e Ignacia, quienes me han extendido una mano en los momentos de necesidad, y a mis padres, que con su incondicionalidad han hecho posible este y cada uno de mis proyectos. A mi gran compañero de vida, que extraño día a día. A todos y cada uno de ustedes, les agradezco por formar parte de este proceso, de mi vida y por hacerme enormemente feliz.

## INDICE

<b>I.</b>	<b>RESUMEN</b>	<b>8</b>
<b>II.</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
	2.1 Introducción	9
	2.2 Transición demográfica: Envejecimiento de la población a nivel Mundial, Latinoamericano y en Chile	10
	2.3 Salud Oral para personas mayores en el contexto chileno: Datos epidemiológicos	11
	2.4 Sistema de Salud en Chile	13
	2.5 Servicios odontológicos y adultos mayores en Chile	15
	2.5a Salud Oral Integral para adultos de 60 años	17
	2.5b Salud Oral para personas mayores en el Plan de Salud Familiar (PSF) de Atención Primaria	18
	2.6. Estudios Cualitativos en investigación científica	19
	2.6a Análisis de datos	21
	2.6b Salud Pública: Métodos cualitativos	22
	2.7. Justificación del estudio	23
<b>III.</b>	<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>24</b>
<b>IV.</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>24</b>
<b>V.</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>24</b>
<b>VI.</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>25</b>
	6.1 Participantes	25
	6.2 Entrevistas y recolección de datos	26
<b>VII.</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>27</b>
	7.1 Caracterización de los participantes	27
	7.2. Percepción de odontólogos y Directivos respecto de políticas de Salud Oral para personas mayores en Chile	29
	A. Percepción general sobre políticas de Salud Oral para personas mayores	29

<i>B. Cobertura y Barreras de Acceso de programas de Atención Odontológica destinados a personas mayores</i>	32
<i>C. Facilitadores identificados en programas odontológicos actuales y Posibles propuestas para mejorar la atención dental de personas mayores</i>	41
7.3. Percepción de pacientes (personas mayores), respecto de las políticas en Salud Oral para adultos mayores en Chile	46
<i>A. Autopercepción de la salud bucal en el adulto mayor y calidad de vida asociada</i>	46
<i>B. Conocimientos sobre Garantías Explícitas en Salud (GES) y sobre la existencia del GES de Salud Oral Integral del Adulto de 60 años</i>	48
<i>C. Percepción respecto a las posibilidades de tratamiento dental para adultos mayores que ofrece el Sistema de Salud chileno</i>	50
<b>VIII. DISCUSIÓN</b>	<b>55</b>
8.1 Limitaciones del estudio	67
<b>IX. CONCLUSIONES</b>	<b>69</b>
<b>X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>71</b>
<b>XI. ANEXO 1. CARTA APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE.</b>	<b>79</b>
<b>XII. ANEXO 2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A PERSONAS MAYORES.</b>	<b>81</b>
<b>XIII. ANEXO 3. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A ODONTÓLOGOS Y DIRECTIVOS DE SALUD</b>	<b>82</b>

## I. RESUMEN

Introducción: Durante las últimas dos décadas ha habido un aumento porcentual de la población adulta mayor en Chile, población en la cual existe una prevalencia de caries dental casi en el 100%, con una pérdida promedio de 16 dientes y un 25% desdentamiento. Actualmente, el GES de Salud Oral Integral del Adulto de 60 años es el único Programa de Salud Oral destinado exclusivamente a personas mayores, dejando sin posibilidad de atención odontológica a un número importante de ellos. A pesar de que se ha cuantificado y observado que las políticas públicas de Salud Oral, con sus respectivos programas para adultos mayores, presentan una escasa cobertura, se desconoce la percepción de los actores involucrados respecto a los reales alcances que estos planes y programas en salud tienen para las personas mayores en Chile.

Objetivo: Explorar las percepciones que tienen las personas mayores, odontólogos y Directivos de Salud, respecto de las políticas públicas en Salud Oral para personas mayores en Chile.

Metodología: Se realizó un estudio cualitativo, de tipo fenomenológico hermenéutico, que utilizó el análisis crítico del discurso y el método marco para el análisis y categorización, respectivamente, de la información recopilada a través de entrevistas semiestructuradas. Utilizando el principio de saturación teórica se decidió entrevistar a 22 participantes: 8 personas mayores, 8 odontólogos y 6 profesionales en cargos Directivos de Salud, todos los anteriores provenientes de cuatro Centros de Salud distintos. Se elaboraron dos entrevistas semiestructuradas, de 5 preguntas cada una: La primera de ellas, dirigida a personas mayores, y la segunda dirigida a odontólogos y Directivos de Salud.

Resultados: Los participantes consideran que los actuales Programas de Salud Oral destinados a personas mayores son escasos, poco conocidos, limitados y de baja cobertura de atención. Se identificaron distintas barreras de acceso a estos



programas, como también se identificaron, escasamente, facilitadores, y finalmente posibles propuestas de mejoramiento a los planes actuales.

Conclusiones: Los establecimientos de atención primaria pertenecientes a la Red Asistencial de Salud de Chile no están preparados para hacer frente al daño bucal acumulado en las personas mayores. En consecuencia, se requieren implementar políticas públicas en Salud Oral enfocadas en el adulto mayor y mejorar los Programas Odontológicos que los benefician actualmente, como el programa GES Odontológico de 60 años.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Introducción

La Odontología, como práctica clínica, debe enfrentarse diariamente a una gran cantidad de desafíos para poder mantener la Salud Oral de la población, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial (Petersen, 2003).

Por su parte, los pacientes enfrentan distintas barreras de acceso a la atención odontológica. La literatura identifica aquellas que son propias del individuo que busca la atención tales como la falta de percepción de necesidad, problemas de comunicación, razones económicas, etc., y otras barreras externas a él como el grupo familiar y cuidadores, dentistas (distribución geográfica inadecuada, falta de entrenamiento), médicos (desconocimiento sobre patologías bucales, no saben hacia dónde derivar) o el gobierno (voluntad política, disponibilidad de fondos) (Scully y cols., 2007).

Estos desafíos responden a una suma de factores biológicos, socio-comportamentales, psicosociales, sociales y políticos que en su interacción determinan “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” o sea, determinantes sociales de la salud (Watt y cols., 2016). Adicionalmente, es necesario recordar que el grupo etario al cual pertenece el individuo dicta lineamientos y abordajes específicos para lograr mantener un adecuado estado de salud bucodental. Así, la edad como determinante social fundamental en salud representará, por sí misma, un desafío importante en términos de atención en Salud Oral, tanto para el equipo profesional como para las personas.

## **2.2 Transición demográfica: Envejecimiento de la población a nivel Mundial, Latinoamericano y en Chile**

A nivel mundial, las personas mayores se han transformado en un grupo etario cada vez más importante para el desarrollo de políticas públicas debido a diversos factores (Tsakos, 2011). Durante los últimos dos siglos, en el mundo entero se ha observado un importante cambio demográfico, caracterizado por el aumento de la esperanza de vida al nacer y el descenso en las tasas de natalidad en la población general (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE], 2003) y en consecuencia a un aumento porcentual de la población adulta de 60 años y más. Entre 2000 y 2050, se estima que la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. Esto significa un aumento desde alrededor de 600 millones de personas mayores a 2.000 en el transcurso de medio siglo. A su vez, para el mismo periodo, se espera que la cantidad de personas mayores de 80 años aumentará casi cuatro veces hasta llegar a la cifra de 395 millones de personas (OMS, s.f.).

En América Latina, igualmente, se proyecta esta transformación demográfica de largo alcance. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) proyecta que el porcentaje de la población latinoamericana de 65 años o más se triplicará para mediados de este siglo, creciendo desde 6,3 por ciento en 2005 hasta 18,5 por ciento en 2050. Producto de lo anterior, se estima que algunos países latinoamericanos como México, Chile y Brasil podrían llegar a tener poblaciones más envejecidas que la de los Estados Unidos (Jackson y cols., 2009).

En el caso de Chile, la población ha ido evolucionando aceleradamente hacia el envejecimiento. El Instituto Nacional de Estadística (INE) considera que una tasa de fecundidad a la baja, un aumento en la esperanza de vida y una estabilización de la inmigración en torno a los 11.000 migrantes en años futuros proyectan un envejecimiento en la población chilena que se acentúa a medida que avanza hacia el 2050 (INE, 2018). El Censo del 2017 nos muestra que la población adulta mayor ha aumentado al 16,2% correspondiendo a 2.8 millones de personas, un 78% más

que la población de adultos mayores de hace 25 años atrás (Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2017). Actualmente, Chile es considerado uno de los países con “envejecimiento avanzado” y se espera que para el año 2025 tenga el índice de envejecimiento más alto de la región (Jackson y cols., 2009).

Para hacer frente a este panorama actual y previendo que la situación de envejecimiento seguiría una tendencia similar en los próximos años, Chile desarrolló una Política Integral de Envejecimiento Positivo para el período 2012-2025. Esta política de Estado provee un marco normativo a partir del cual se diseñan e implementan políticas públicas para el mejoramiento efectivo de la calidad de vida de las personas mayores. En ese contexto, la importancia del fenómeno de envejecimiento, con sus múltiples dimensiones políticas, económicas y sociales, adquiere gran relevancia y plantea importantes desafíos para el presente y futuro, entendiendo este proceso no solo como un cambio demográfico, sino como una transformación radical de la sociedad (SENAMA, 2016). En el área de la salud, los desafíos son múltiples, siendo uno de los más relevantes por su alto impacto biológico, económico y social, mejorar el estado de Salud Oral de los adultos mayores en Chile. Sin embargo, desafortunadamente las políticas públicas en Odontología para este grupo de la población son escasas e insuficientes (León y Giacaman, 2016). La mayor expectativa de vida de la población y la carencia de cobertura odontológica actual hará que se acreciente el daño bucal en la población, afectando la apariencia social, funcionalidad, salud general y calidad de vida de las personas mayores en Chile. En consecuencia, el Estado tiene la tarea de implementar políticas públicas que hagan frente a este urgente desafío social.

### **2.3 Salud Oral para personas mayores en el contexto chileno: Datos epidemiológicos**

Si bien, en Chile el término “Adulto mayor” o “Persona mayor” hace referencia a toda persona que ha cumplido los 60 años, sin distinción entre hombres y mujeres (SENAMA, s.f), los datos epidemiológicos nacionales de prevalencia e incidencia de

problemas de Salud Oral presentados a continuación corresponden a la población de 65 años y más, debido a la ausencia de estudios epidemiológicos, a nivel nacional, de la población de 60 a 64 años.

Según el análisis de situación bucal en Chile en periodo 2007-2010, la prevalencia de caries de la población entre 65-74 años alcanza casi un 100%, cuya severidad, medida a través de índice COPD para este grupo etario, alcanza un promedio de 19,7 de dientes permanentes cariados, obturados y perdidos (Ministerio de Salud [MINSAL], 2010). La población adulta también muestra un alto daño periodontal, ya que la pérdida de inserción clínica mayor o igual a 4 mm, está presente en el 93.5% en el grupo etario 35-44 años, y abarcando casi al 100% de la población entre 65-74 años. Solamente un 1% de la población mantiene su dentadura completa, con una pérdida promedio de 16 dientes y una cantidad de desdentados totales que bordea el 25% de la población (Gamonal y cols., 2010). La cantidad de chilenos sin dientes es un reflejo del daño producido por la alta prevalencia, severidad y extensión de las enfermedades periodontales y caries dental (Urzúa y cols., 2012). La Encuesta Nacional de Salud del 2017 indica que un 59% de la población entre 65 años y más percibe su salud bucal como regular o mala y un 82% presenta dentición no funcional, mientras que un 57% presenta caries cavitadas y un 66% usa prótesis dental removible. Además, en cuanto a morbilidades, un 66% presenta un alto riesgo cardiovascular y un 61% de este grupo etario presenta síndrome metabólico (MINSAL, 2017a).

En Latinoamérica, pocos son los países que cuentan con estudios exhaustivos disponibles que determinen la prevalencia de enfermedades bucales en adultos, especialmente personas mayores con muestras de representación nacional. Lo anterior demuestra la necesidad de que los estados, incluyendo a Chile, levanten información epidemiológica actualizada de Salud Oral con representación nacional para fundamentar el desarrollo de políticas públicas (Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento, Unidad de Redes Transdisciplinarias, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile, 2019).

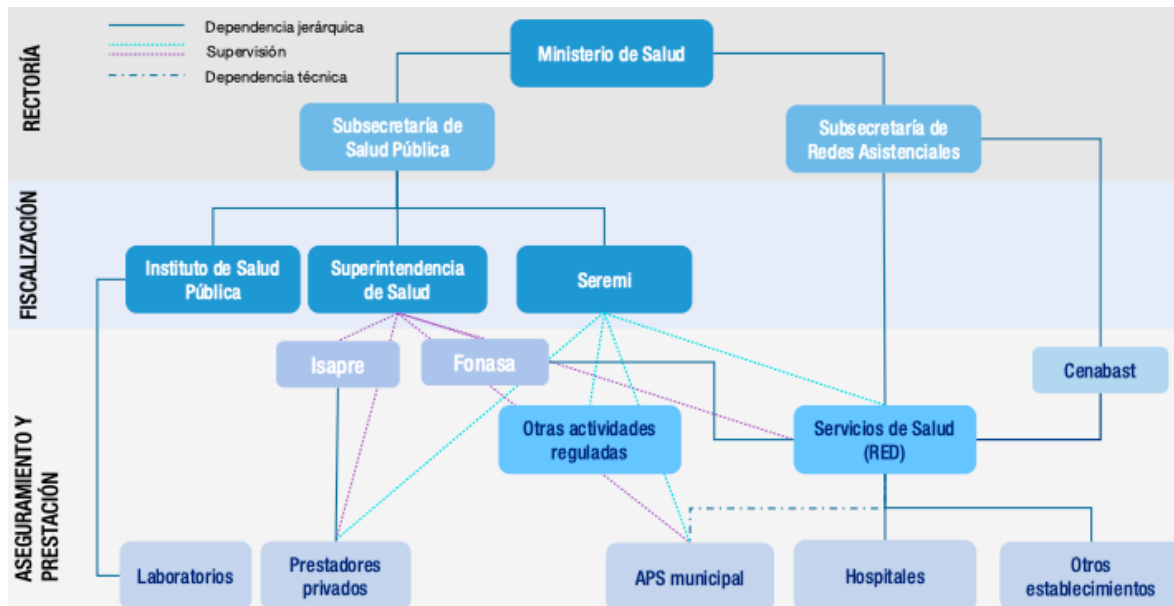
## 2.4 Sistema de Salud en Chile

La estructura funcional del sistema de salud chileno está constituida por tres componentes principales, como se muestra en la Figura 1. El primero corresponde al rol de Rectoría y regulación, que compete a la Autoridad Sanitaria encabezada por el Ministerio de Salud (MINSAL) en conjunto con la Subsecretaría de Salud Pública y el Instituto de Salud Pública (ISP), quienes deben formular, fijar y controlar las políticas de salud. Este ministerio está compuesto por dos subsecretarías: La de Salud Pública, compuesta por 16 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIs) distribuidas 1 por cada región del país, cada una a cargo del Secretario Regional Ministerial correspondiente, y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a cargo de la articulación y desarrollo de la red asistencial del sistema, de la regulación de la prestación de acciones de salud, así como de la definición de normas que determinen niveles de complejidad y de calidad de la atención en salud. Para ello, este último debe formular políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por los 29 Servicios de Salud en el país, la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) y otros organismos que integren el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

El segundo componente corresponde a la Fiscalización, a cargo de las Seremis, el Instituto de Salud Pública y de la Superintendencia de Salud, cuya funciones, en general, son vigilar el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales.

El tercer componente del sistema de salud del país corresponde a la Financiación, aseguramiento y provisión de los servicios de salud, que para el caso de Chile está conformado por un sistema mixto (público y privado). Los ciudadanos, de acuerdo a sus recursos económicos y motivaciones, se adscriben a alguno de estos subsistemas. Toda persona puede acceder a alguno de los seguros, pero la orientación del seguro público (Fondo Nacional de Salud o FONASA) es colectiva e independiente de los riesgos de salud que pueda presentar el solicitante, mientras que los seguros privados (Instituciones de Salud Previsional o ISAPRE) funcionan

en base a planes que se tarifican según los riesgos o preexistencias (Facultad de Medicina Clínica Alemana, 2019).



**Figura 1.** Estructura funcional del Sistema de Salud chileno categorizado por sus 3 componentes principales e instituciones encargadas de cada rol.

Fuente: Facultad de Medicina Clínica Alemana, Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. (2019). Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Serie de Salud Poblacional N°2.

El 78% de la población chilena es asegurado por FONASA, cuyos fondos provienen de aportes del Estado (impuestos) y de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores. Por su parte, las ISAPRES aseguran al 14,4% de la población chilena, mientras que una menor parte de la población es asegurada por las Fuerzas Armadas de Chile (FFAA) (2,8%), que incluye a todos los funcionarios, y sus familiares directos, del Ejército, Fuerza Aérea y Armada. (Ministerio del Desarrollo Social y Familia, 2018).

Por otra parte, la provisión de los servicios corresponde a la entrega de intervenciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación o paliación. Estos pueden ser individuales (asistenciales) o poblacionales (colectivos o de salud

pública). Los servicios asistenciales son aquellos que se entregan a través de centros de salud, hospitales, clínicas o consultas privadas, mientras que los de salud pública son aquellos cuyo objetivo es crear condiciones para que las personas sean saludables. Estos son realizados a nivel central por entidades gubernamentales como el Ministerio de Salud, las Seremis, el ISP o la Superintendencia de Salud (Facultad de Medicina Clínica Alemana, 2019). De esta forma, entidades como la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) perteneciente al Ministerio de Salud, lidera la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de prevención y control de enfermedades, ejerciendo un rol rector y regulador considerando los enfoques de derechos, equidad, género, participación y que atienda los determinantes sociales y necesidades de salud de la población en base a la mejor evidencia disponible (DIPRECE, 2018).

Cabe destacar que los establecimientos de atención presentes en las redes asistenciales de salud se clasifican por el nivel de complejidad de las prestaciones que pueden ofrecer: centro de nivel 1 (considerado un centro de baja complejidad y con una alta cobertura de atención), centro de nivel 2 (considerado un centro de mediana complejidad y con una mediana cobertura de atención) y centro de nivel 3 (considerado un centro de alta complejidad y con una baja cobertura de atención) (Facultad de Medicina Clínica Alemana, 2019).

## **2.5 Servicios odontológicos y adultos mayores en Chile**

En la actualidad, la provisión de servicios odontológicos que el Sistema de Salud chileno (ya sea de carácter público o privado) ofrece a personas mayores está dado principalmente por los “Programas con Garantías Explícitas en Salud (GES) Odontológicos”. El GES es conjunto de beneficios en salud garantizados por ley para personas afiliadas al sistema de salud público (FONASA) y privado (ISAPRES). El GES comenzó a funcionar en Abril del 2006 bajo el nombre AUGE, cubriendo inicialmente 25 problemas de salud. Más tarde aumentó a 56, luego a 80 en 2013,



llegando actualmente a 85 patologías. Dentro de éstas, solo se encuentran 5 problemas de Salud Oral, las cuales, según orden de incorporación al plan corresponden a: Fisura Labio Palatina, Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años, Urgencias Odontológicas Ambulatorias, Salud Oral Integral del Adulto de 60 años y Salud Oral Integral de la embarazada (MINSAL, s.f; Monsalves, 2012). En cuanto a los servicios que entrega el “GES Odontológico”, los adultos mayores chilenos pueden acceder a dos de ellos: Programa GES de Salud Oral Integral del Adulto de 60 años, al cual solo tienen acceso las personas de 60 años de edad, y el Programa GES de Urgencias ambulatorias, que si bien no está destinado exclusivamente para adultos mayores, si entrega atención odontológica a personas de este grupo etario (básicamente extracciones dentarias y tratamientos pulpares de urgencia), dejando sin cobertura al resto del universo de personas mayores que no tengan la edad de 60 años o no tengan una urgencia dental.

Adicionalmente, se han implementado algunas estrategias para aumentar la cobertura odontológica tanto para adultos como para adultos mayores, denominados como Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria (PRAPs), entre los cuales encontramos: 1. Programa Odontológico Integral, actualmente con 4 componentes (Hombres de Escasos Recursos, Más Sonrisas para Chile, Atención Odontológica Integral a estudiantes de Cuarto Año de Educación Media y/o su equivalente, Atención Odontológica Integral Domiciliaria) (MINSAL, 2019a) 2. Programa mejoramiento del acceso a la atención odontológica, con 4 componentes (Resolución de atención odontológicas en APS, Acercamiento de atención odontológica a través de clínicas móviles a poblaciones de difícil acceso, Promoción y Prevención de Salud Bucal en CECOSF, Atención Odontológica de Morbilidad en el Adulto) (MINSAL, 2019b). Todos en general, según Valenzuela (2015), con un efecto marginal frente a la alta demanda de necesidad odontológica en adultos mayores.

### **2.5a Salud Oral Integral para Adultos de 60 años**

El Ges de Salud Oral Integral del adulto 60 años incorporado el año 2007 como problema GES n°47 es la principal política pública orientada a las personas mayores. Brinda atención odontológica principalmente en la atención primaria, por parte de un cirujano dentista, según necesidades, dirigido a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años dando resolución a un total de 20 enfermedades/condiciones que puedan estar presentes. La garantía de acceso indica que todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso al tratamiento y que la solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras la persona tenga 60 años (Superintendencia de Salud, s.f). Con fecha 2018 presenta una cobertura del 25%, indicador que incluye número de altas integrales realizadas según las altas comprometidas a comienzos de cada año, definidas bajo el criterio de pacientes que han finalizado su tratamiento, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde, y contempla las siguientes prestaciones: examen de salud, destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, vidrio ionómero y/o composite, radiografías periapicales, destartraje y pulido radicular, endodoncia unirradicular, endodoncia bi o multirradicular, exodoncias y prótesis removible acrílica o metálica con sus respectivos controles, todo lo anterior, según indicación del cirujano dentista tratante (MINSAL, 2019).

A pesar de lo anteriormente descrito, el programa presenta francas limitaciones que, sumada a la baja cobertura, ofrece una cartera de prestaciones sin enfoque de riesgo y con ausencia de otros diagnósticos de patología oral, con un tratamiento sin enfoque integral, sin derivación a nivel secundario y un aparente desconocimiento del impacto en la calidad de vida de la población (Valenzuela, 2015).

### **2.5b Salud Oral para personas mayores en el Plan de Salud Familiar (PSF) de Atención Primaria**

El Plan de Salud Familiar (PSF) de Atención primaria está estructurado bajo el modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que ha sido definido como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente”.

En relación al principio Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. El eje del proceso de atención está centrado en las personas, “en su integralidad física, mental, espiritual y social”. La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural (MINSAL, 2020).

Referido a la atención odontológica de personas mayores, el PSF incluye, en primer lugar, la atención odontológica GES de urgencia odontológica ambulatoria, la cual corresponde a un conjunto de patologías buco maxilofaciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención. En segundo lugar, se incluye la atención de morbilidad, anteriormente registrada como urgencia odontológica No-Ges.

De esta forma, de todos los programas anteriormente descritos, el GES de Salud Oral Integral del Adulto de 60 años es el único beneficio en Salud Oral que el estado garantiza de manera irrevocable para la población adulta mayor en Chile, a través del cual, sólo las personas de 60 años pueden hacer solicitud y uso de dicha garantía en salud. Por otro lado, programas como el GES de urgencia odontológica

ambulatoria y los PRAPS, no son programas dirigidos exclusivamente para personas mayores, si no que están orientados a toda la población, y que incluye dentro de sus beneficiarios a adultos mayores de 60 años y más.

## 2.6. Estudios Cualitativos en investigación científica

En cuanto a la investigación científica, Pérez (1994) refiere la existencia de tres distintos tipos de paradigmas epistemológicos: positivista (cuantitativo); interpretativo (cualitativo); Crítico (socio-crítico). De ellos, el paradigma interpretativo es aquel que utiliza métodos cualitativos en el proceso de la obtención de los datos (tabla 1). Así, la investigación de tipo cualitativa tiene como componente básico considerar que el mundo social está constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de las personas. La realidad es subjetiva y múltiple, susceptible de verse desde distintas perspectivas. Estos estudios buscan descubrir, interpretar y conocer las circunstancias del comportamiento humano, cuyos significados se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con contextos sociales.

**Tabla 1.** Paradigmas en investigación científica y su relación con siete componentes.

Componente	Positivista	Interpretativo	Socio-crítico
<b>Supuestos básicos</b>	El mundo está constituido por hechos observables. La realidad es objetiva, independiente del investigador.	El mundo está constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de las personas. La realidad es subjetiva y múltiple, susceptible de verse desde distintas perspectivas.	El mundo social es gobernado por las relaciones de poder que influyen en los actos y las percepciones. Se negocia la realidad, que difiere según la posición social y el poder.
<b>Fuentes de datos</b>	Hechos revelados a través de procesos científicos, libres de contexto.	Los significados se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con contextos sociales.	Se puede percibir la influencia de factores de poder, de control y del contexto en las descripciones personales que reflejan las distintas versiones de la realidad.
<b>Métodos</b>	Cuantitativos.	Cualitativos.	Cualitativos.

	Ejemplos: Encuestas, ensayos clínicos, escalas de medición, observaciones estructuradas.	Ejemplos: Entrevistas, grupos focales, observación participante, historias de casos.	Ejemplos: Técnicas participativas de acción, escucha reflexiva, análisis crítico de barreras políticas.
<b>Propósito de la investigación</b>	Los estudios cuantitativos buscan la explicación, verificación y predicción del comportamiento humano mediante relaciones causales o asociativas.	Los estudios cualitativos buscan descubrir, interpretar y conocer las circunstancias del comportamiento humano.	Los estudios socio-críticos buscan conocer a fondo la influencia del poder en el comportamiento humano, en una agenda de acción para el cambio.
<b>Rol del investigador</b>	Neutral, objetivo, "aséptico". Controlando todos los sesgos.	Participante, involucrado, transformado en sujeto de la investigación. Explicitando todos sus sesgos.	Participante, involucrado, facilitando a los sujetos su participación. Explicitando todos los sesgos.
<b>Grado de participación de los sujetos de estudio</b>	Los sujetos responden a preguntas específicas predeterminadas en un formato de respuestas estructuradas.	Los sujetos son "socios" del investigador en la recolección de datos y responden de la manera menos estructurada posible.	Los sujetos tienen relativa libertad para dirigir el proceso de recolección de datos y definir la acción posterior.
<b>Impacto en los participantes del estudio</b>	El impacto es neutral. Los sujetos de la investigación pueden obtener nueva información o conocimiento a partir de los resultados.	Los participantes tienen conciencia de que están involucrados en el proceso de la investigación; pueden obtener conocimientos acordes a sus propias perspectivas y comportamientos, así como acerca del tema de la investigación.	La participación otorga poder. Los resultados pueden conducir a una agenda de acción definida por los participantes y a obtener poder de decisión para iniciar o participar en el cambio de la política.

Fuente: Parada y Bobenrieth (2013). Metodología cualitativa de investigación científica. En: Cómo investigar con éxito en ciencias de la salud. EASP.

Por tanto, la investigación cualitativa nos permite acceder a otro nivel de información no cuantificable, referida a aquellos espacios simbólicos que rodean a los hechos de la vida a través del conocimiento de los discursos, es decir, lo que se dice acerca de las cosas que ocurren, lo que se dice de los fenómenos de la vida. Se trata de investigar a través del carácter comunicativo del lenguaje, como mediador y formador de las experiencias y necesidades sociales, las producciones significativas de los sujetos, discursos, imágenes, relatos, etc., generadas por los actores, en un

diálogo directo y en sus propios contextos situacionales, socioculturales e históricos (Parada y Bobenrieth, 2013). De esta forma, al referirnos al campo de los hechos, estos configuran los actos humanos y acontecimientos físicos considerados independientemente de la conciencia interna de los actores que los producen o sufren. En cambio, en los discursos nos encontramos con significaciones culturales de la comunicación simbólica, estructurada por el lenguaje (sistema de signos intersubjetivo) y mediatizado por el sentido subjetivo del hablante. De este modo, la producción y análisis de discursos contribuye a la contextualización significativa de los hechos observados para lograr una mayor comprensión fenomenológica de la realidad social (Gil y cols., 2002).

### **2.6a Análisis de datos**

Una de las herramientas de recolección de datos que utiliza el método cualitativo son las entrevistas. Las entrevistas semiestructuradas, particularmente, abren paso a la generación de un diálogo entre los sujetos participantes y el entrevistador, del cual posteriormente se hace un análisis circunstancial crítico y subjetivo. Esta metodología de análisis es conocida como el análisis crítico del discurso, la cual a través de la fenomenología hermenéutica (interpretativa), permite comprender el significado de los fenómenos a través de la interpretación de las percepciones que generan en los sujetos estudiados.

En la investigación en salud, este método es útil para comprender cómo diferentes hablantes usan el lenguaje para enmarcar un asunto problemático o un debate y cómo posicionan sus propios intereses en dicho debate, haciendo uso del lenguaje. De esta manera se analiza desde una perspectiva social los usos del lenguaje, interpretando las entidades sociales a partir del análisis del significado de los actores participantes que poseen dimensiones intrínsecamente cognitivas, emocionales, sociales y culturales (Van Dijk, 1999; Mercado y Martínez, 2002; Smith, 2007; McIntyre y cols., 2012; Russel y Bernard, 2006). El análisis del discurso propiamente tal, consiste, en una primera instancia, en la lectura línea por

línea de la información recolectada, con el objetivo de que el investigador pueda familiarizarse con las percepciones globales de los sujetos estudiados referente a un fenómeno en particular. En una segunda y tercera lectura de los discursos, el investigador comenzará a interpretar desde una perspectiva multidimensional, cómo, a partir del lenguaje, se crean y determinan realidades, explicadas desde las propias vivencias, con el fin último de generar nueva información, valiosa desde una interpretación intrínseca de los relatos y experiencia de los actores.

Cabe mencionar que existen variadas metodologías de análisis de datos cualitativos obtenidos a partir de las distintas herramientas de recolección de datos, como lo son grupos focales o entrevistas semiestructuradas. Otro método ampliamente utilizado con éxito en investigación cualitativa en servicios de salud general y odontológica (Fulop y cols., 2001; Finch y cols., 1998; Gallagher y cols., 2007; Borreani y cols., 2010) corresponde al método marco. La primera etapa de este método (“gestión de datos”) trata de la lectura general de todas las entrevistas con el fin de explorar y familiarizarse con el discurso de los participantes, reconociendo temas recurrentes. En una segunda etapa (“cuentas descriptivas”), se detectan dimensiones similares en un mismo tema, se establecen categorías y se clasifican los temas en categorías más amplias y refinadas. En la tercera y última etapa (“cuentas explicativas”) se desarrollan análisis asociativos y explicativos entre los fenómenos identificados para un entendimiento más profundo del tema en cuestión. (Ritchie y cols., 2003).

### **2.6b. Salud Pública: Métodos cualitativos**

En cuanto a la utilidad del estudio cualitativo en materia de Salud Pública, se rescata la siguiente cita de Mirta Roses, Directora Panamericana de Salud (OPS), de la versión en español del libro *“Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos (2006)”*: “La salud depende de una serie de factores determinantes entre los que se incluyen las condiciones de vida y los comportamientos de las personas y de los grupos. Los métodos cualitativos de investigación son un instrumento formidable a disposición de la salud pública para estudiar e intervenir sobre tales

factores determinantes. Ellos nos permiten abordar las interpretaciones culturales de la salud y la enfermedad y conocer los comportamientos, creencias, actitudes y percepciones de los problemas de salud por parte de la población de una manera más adecuada y completa que usando exclusivamente métodos cuantitativos. Los métodos cualitativos son muy valiosos a la hora de poner en marcha nuevos programas de salud pública y tomar decisiones sobre temas tales como planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual, relaciones de género y otras cuestiones fundamentales de salud” (Ulin y cols., 2006).

## **2.7. Justificación del estudio**

En el análisis de la realidad social, no sólo nos encontramos con hechos, sino también con discursos de individuos y grupos. Para ser explicados los hechos se registran, cuantifican y correlacionan; para ser comprendidos, los discursos se interpretan y analizan. Ambos: hechos y discursos, configuran la realidad social y a pesar de ser complementarios y claves para el diseño de políticas públicas, corresponden a dimensiones diferentes en el estudio de esa realidad (Gil y cols., 2002).

A pesar de que se ha cuantificado y observado que las políticas de Salud Oral para las personas mayores presentan una escasa cobertura, se desconoce la percepción de los actores involucrados respecto a los reales alcances que estos planes y programas de salud tienen para las personas mayores en Chile. Considerando la transición demográfica actual del país y su acelerado proceso de envejecimiento, la alta carga de enfermedades orales en personas de 60 años en adelante y la escasez de políticas en Salud Oral para la población adulta mayor, es de alta relevancia explorar las percepciones de los principales actores involucrados; personas mayores, odontólogos y Directivos de salud, tienen sobre las políticas de Salud Oral en personas mayores en Chile.



### **III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo perciben las personas mayores, odontólogos y Directivos de Salud, las políticas públicas en Salud Oral destinadas a personas mayores en Chile?

### **IV. OBJETIVO GENERAL**

Explorar las percepciones que tienen las personas mayores, odontólogos y Directivos de Salud, respecto de las políticas públicas en Salud Oral destinadas a personas mayores en Chile.

### **V. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Conocer la percepción de personas mayores respecto de las políticas públicas en Salud Oral destinadas a personas mayores en Chile.
2. Conocer la percepción de odontólogos respecto de las políticas públicas en Salud Oral destinadas a personas mayores en Chile.
3. Conocer la percepción de Directivos de Salud respecto de las políticas públicas en Salud Oral destinadas a personas mayores en Chile.

## VI. MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio está adscrito al proyecto FONDEF ID18I10044 correspondiente a una serie de investigaciones que tienen como objetivo crear un examen dental preventivo para el Adulto Mayor (EDePAM) con control del riesgo y de las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles, que logren mejorar la calidad de vida del adulto mayor chileno. El presente cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente (Anexo 1).

Se realizó un estudio cualitativo de tipo hermenéutico, haciendo uso del método de análisis crítico del discurso en conjunto con el método marco. El primero se centra en el análisis de los textos orales o escritos con el objetivo de interpretar cómo el lenguaje opera en contextos determinados, mientras que el segundo permite una categorización de los fenómenos descritos por los sujetos de estudio, para permitir una explicación asociativa entre los tópicos descritos.

El presente estudio, se centra en la representación de la atención odontológica con sus respectivos programas en pacientes adultos mayores en Chile, profundizando sobre las causas, facilitadores y barreras asociadas a la oportunidad y acceso a dicha atención en salud desde la mirada o percepción de diferentes actores sociales.

### 6.1 Participantes

Utilizando un muestreo teórico (Kuzel, 1992) se seleccionaron tres tipos de hablantes: usuarios actuales o potenciales de la atención odontológica de 60 años y más, profesionales de atención odontológica y personas en cargos Directivos de Salud. A través del principio de saturación teórica se seleccionaron 8 personas mayores, 8 odontólogos y 6 Directivos de salud, todos provenientes de cuatro Centros de Salud participantes: Centro de Referencia en Salud (CRS) Cordillera Oriente, Centro de Especialidades Médicas y Odontológicas (CEMO) Villa Sur

Pedro Aguirre Cerda, Servicio de Salud Metropolitano Norte y Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

La participación de los diferentes actores fue voluntaria y bajo consentimiento informado registrado en la grabación de la entrevista. Los hablantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: Para el caso de personas mayores, estar afiliados a alguno de los subsistemas de previsión de salud en el país y tener al menos 60 años de edad. Para el caso de odontólogos, haber atendido pacientes del grupo etario de 60 años o más en sus respectivos Centros de Salud. Y en el caso de Directivos de Salud, haber otorgado atención odontológica a pacientes del grupo etario de 60 años o más en sus respectivos centros de trabajo y/o tener un cargo vigente dentro del Ministerio de Salud de Chile.

Criterios de exclusión: Para el caso de personas mayores, que al momento de la realización de la entrevista sean actuales o potenciales usuarios de atención odontológica en Centros de Servicio de Salud distintos a los anteriormente mencionados. Y para el caso de odontólogos y Directivos de Salud, que al momento de la realización de la entrevista no tengan un cargo activo como odontólogos en los centros anteriormente mencionados o en las oficinas del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL).

## **6.2 Entrevistas y recolección de datos**

Se elaboró una entrevista semiestructurada de 5 preguntas dirigida a personas mayores (Anexo 2). Se elaboró también una entrevista semiestructurada de 5 preguntas dirigida tanto a odontólogos como a Directivos de Salud (Anexo 3). La duración de la entrevista fue de 15-20 minutos y se llevó a cabo en los Centros de Salud mencionados y en las oficinas del Ministerio de Salud (MINSAL). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas por 1 solo operador. Se contó con 2 entrevistadores calibrados entre ellos para la recolección de datos.

## VII. RESULTADOS

### 7.1 Caracterización de los participantes

Se entrevistaron a 22 participantes (8 personas mayores, 8 odontólogos y 6 Directivos de Salud). La caracterización de los actores relevantes según género, rango de edad, previsión de salud y atención dental recibida por programa GES integral de 60 años, se encuentra descrita en la Tabla 2, mientras que la distribución de entrevistados según Centro de Salud de procedencia, se encuentra señalada en la Tabla 3.

**Tabla 2.** Caracterización de los actores relevantes

	<b>Personas Mayores</b>	<b>Odontólogos tratantes</b>	<b>Directivos*</b>
<b>Género (n)</b>	Hombres (5)	Hombres (4)	Hombres (3)
	Mujeres (3)	Mujeres (4)	Mujeres (3)
<b>Rango de edad</b>	60 – 83 años	35 – 53 años	41 – 58 años
<b>Previsión de salud de persona mayor (n)</b>	FONASA** (8)	-	-
<b>Atención dental a través de beneficio GES de 60 años</b>	Ha(n) recibido (1)	-	-
	No ha(n) recibido (7)		

\*Directivos. Odontólogos Responsables de Programas de Salud Oral: Nivel Primario, Secundario y Central.

\*\*FONASA. Fondo Nacional de Salud

**Tabla 3.** Distribución de entrevistados según Centro de Salud de procedencia

Entrevistado/Lugar de atención	Establecimiento de Nivel primario**	Establecimiento de Nivel Secundario***	Clínica Universitaria	MINSAL: SRA_DIVAP****	Fuera del establecimiento de salud (En lista de espera)
<b>Personas Mayores</b>	2	2	1	-	3
<b>Odontólogos tratantes</b>	3	3	2	-	-
<b>Directivos*</b>	2	2	-	2	-

\*Directivos. Odontólogos Responsables de Programas de Salud Oral: Nivel Primario, Secundario y Central.

\*\*Centro de Salud Villa Sur: Centro de Especialidades Médico-Odontológicas (CEMO) municipalidad de Pedro Aguirre Cerda.

\*\*\*Centro Odontológico Maruri 272, Centro de referencia en Salud (CRS)

\*\*\*\*MINSAL: SRA\_DIVAP. Ministerio de Salud de Chile: Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria.

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la lectura de las transcripciones de las entrevistas realizadas a los respectivos participantes de este estudio, organizados en categorías principales y subcategorías secundarias según el método marco, las cuales fueron elaboradas en base a la correlación entre los distintos fenómenos identificados tras un reiterado análisis de los discursos de un solo investigador.

## 7.2. Percepción de odontólogos y Directivos respecto de políticas de Salud Oral para personas mayores en Chile

### **A. Percepción general sobre políticas de Salud Oral para personas mayores**

Tanto odontólogos tratantes como Directivos, consideran que las políticas de Salud Oral para este grupo etario carecen de un componente promocional o preventivo. El principal propósito de estos programas sería mas bien curativo/rehabilitador.

*“(...) no hay mayor componente promocional o preventivo en el adulto mayor, sino que es más bien curativo, o sea, en el fondo ya tienes un daño acumulado en donde, o bien, los dientes se hacen la extracción, terminan con un desdentamiento y una rehabilitación no más posterior como funcional principalmente, pero no hay ninguna política de algún tratamiento más preventivo” (J.F, Directivo, hombre).*

Bajo esta misma línea de pensamiento, los actores tratantes consideran que las políticas en Salud Oral enfocadas en adultos mayores que existen actualmente son insuficientes, debido a que se utiliza una cartera de prestaciones que no logra cubrir los requerimientos funcionales en Salud Oral que existen en este grupo producto del gran daño acumulado en el tiempo.

*“Son insuficientes porque la demanda asistencial supera con creces la cobertura y también y el tipo de prestaciones que se brindan en atención pública de salud no necesariamente cubren las necesidades que tienen los adultos mayores o dan una solución funcional adecuada sobre todo en ese grupo etario a los requerimientos y a los problemas de salud bucal que presenta la población y más aún existe una carencia mucho más notoria todavía políticas de prevención al respecto (...) (C.C, Odontólogo, hombre).*

*“Cubren una parte bien básica que es la parte de operatoria y de prótesis bien, pero estos pacientes vienen con un daño muy grande desde hace muchos años con pérdida de dientes hace muchos años (...)”*

*“Es escasa sí, porque son pacientes, y aparte son pacientes como han perdido su mesa posterior generalmente no tienen molares, tienen mucho daño en las piezas anteriores perdida de vertical. No hay, lamentablemente tenemos mucha dificultad para derivar a oclusionistas para que nos ayuden porque son pacientes con mucho estrés también y de un alto grado de bruxismo en mayores, entonces son pacientes con mucho daño (...)” (N.C, Odontólogo, hombre)*

No se ha priorizado como se debería a las personas mayores en cuanto a políticas públicas en Salud Oral; se ha dejado de lado a este grupo etario. Además, los programas existentes cubren a una acotada parte de esta población, debido a las restricciones etarias que impone el acceso al beneficio.

*“ (...) no se han priorizado estos grupos en cuanto a programas o políticas de salud, salvo los que son atención para recuperar el daño que hay, el daño bucal que hay en la población (...)” (J.S, Directivo, hombre).*

*“Creo que los adultos mayores han sido postergados durante mucho tiempo en cuanto a salud bucal. Si analizamos las garantías de salud explícitas dirigidas a este grupo etario, sólo está el GES de 60 años. El otro GES que puede incluir a personas mayores es la Urgencia Odontológica Ambulatoria, pero no está focalizado a ellos en particular” (R.B, Odontólogo, mujer)*

*“Bueno, claramente estamos en deuda con eso, existen bien pocas prestaciones que no satisfacen la necesidad actual del adulto mayor, paciente que en su tercera edad se ve beneficiado de manera bien selectiva a los 60 años (...)” (D.A, Odontólogo, mujer)*

En la tabla 4 se presenta un cuadro resumen, categorizado a través del método marco, de las percepciones generales mayormente referidas sobre las políticas y Programas en Salud Oral para personas mayores de 60 años y más.

**Tabla 4.** Percepción general de odontólogos y Directivos respecto políticas y Programas en Salud Oral para personas mayores.

Cita e identificación del participante	Fenómeno identificado	Categoría principal
<p><i>... no hay mayor componente promocional o preventivo en el adulto mayor, sino que es más bien curativo, o sea, en el fondo ya tienes un daño acumulado en donde, o bien, los dientes se hacen la extracción, terminan con un desdentamiento y una rehabilitación no más posterior como funcional principalmente, pero no hay ninguna política de algún tratamiento más preventivo.</i></p> <p><b>J.F, Directivo, hombre</b></p> <p><i>Son insuficientes... el tipo de prestaciones que se brindan en atención pública de salud no necesariamente cubren las necesidades que tienen los adultos mayores o dan una solución funcional adecuada sobre todo en ese grupo etario a los requerimientos y a los problemas de salud bucal que presenta la población y más aún existe una carencia mucho más notoria todavía políticas de prevención al respecto.</i></p> <p><b>C.C, Odontólogo, hombre</b></p> <p><i>Cubren una parte bien básica que es la parte de operatoria y de prótesis bien, pero estos pacientes vienen con un daño muy grande desde hace muchos años con pérdida de dientes hace muchos año...</i></p> <p><b>N.C, Odontólogo, hombre</b></p>	<p>Programas actuales sin enfoque preventivo.</p> <p>Programas actuales son limitados ya que las acciones odontológicas que ofrecen no incluyen tratamientos de rehabilitación que permitan devolver la salud ante la gran destrucción y compromiso funcional de la salud bucodental de esta población.</p>	<p>Percepciones generales sobre políticas y Programas en Salud Oral para personas mayores.</p>
<p><i>... no se ha priorizado estos grupos en cuanto a programas o políticas de salud, salvo los que son atención para recuperar el daño que hay, el daño bucal que hay en la población...</i></p> <p><b>J.S, Directivo, hombre</b></p> <p><i>Creo que los adultos mayores han sido postergados durante mucho tiempo en cuanto a salud bucal. Si analizamos las garantías de salud explícitas dirigidas a este grupo etario, sólo está el GES de 60 años. El otro GES que puede incluir a personas mayores es la Urgencia Odontológica Ambulatoria, pero no está focalizado a ellos en particular.</i></p> <p><b>R.B, Odontólogo, mujer</b></p> <p><i>... bueno, claramente estamos en deuda con eso, existen bien pocas prestaciones y que no satisfacen la necesidad actual del adulto mayor, paciente que en su tercera edad se ve beneficiado de manera bien selectiva a los 60 años</i></p> <p><b>D.A, Odontólogo, mujer</b></p>	<p>No se ha priorizado el grupo etario de personas mayores en cuanto a políticas públicas que desarrollen Programas en Salud Oral destinados a esta población.</p>	



## ***B. Cobertura y Barreras de Acceso de programas de Atención Odontológica destinados a personas mayores***

Los actores tratantes refieren que el programa GES de atención odontológica integral para adultos de 60 años y los programas a través de los cuales personas mayores de 65 años pueden acceder a atención dental, tienen una muy baja cobertura, reconociendo una amplia variedad de barreras de acceso a la atención que podrían explicar el bajo valor de este indicador.

### ***B.1. Reducida capacidad económica y física que tienen personas mayores para movilizarse relacionado a la distribución geográfica del Centro de Salud***

*“En esta comuna las coberturas siempre son bajas, aquí es mucha la necesidad y la verdad es que no alcanzamos a atenderlos a todos sobre todo lo que tiene que ver con el adulto mayor (...)”*

*“Aquí tenemos una barrera que es penosa pero es verdad o sea aquí el recurso económico que de pronto ellos no tienen como llegar hasta acá, nosotros estamos en el extremo digamos de lo que es la comuna y ellos tienen que cruzar toda la comuna para llegar a este centro, entonces, de repente eso, de repente personas menores de 60 años podrían venir caminando incluso o en bicicleta como llegan muchos pero ellos no po, ellos necesitan tomar una micro necesitan tomar un colectivo y plata para eso no tienen, la plata que puedan gastar en una micro, es el pan que ellos comen en el día o el remedio que se tiene que tomar, porque acá la población nuestra es una población pobre, es pobre y envejecida”*

**(N.R, Directivo, mujer)**

*“el promedio de cobertura del GES de 60 años es cercana al 23%, lo estuvimos mirando hace poco, entonces, ahí uno diría, la cobertura es muy mala, muy baja si tú lo comparas con los otros (...)”*

*“(...) pueden ser barreras como de acceso, porque hay gente que está lejos de los centros de salud o que no tiene incluso plata para movilizarse (...)”* **(S.C, Directivo, mujer)**

*“(...) en relación con los adultos mayores la mayor dificultad es el acceso de los adultos mayores a la atención, básicamente como el adulto mayor se desplaza a la atención odontológica, muchos de ellos, dada su edad, ya no estamos hablando de 60 años estamos hablando de gente mayor tienen dificultad para movilizarse, muchos de ellos necesitan un cuidador que los ayude (...)” (J.C, Odontólogo, mujer)*

## **B.2 Escasa promoción y difusión de programas existentes, y subsecuente desinformación sobre la existencia y oportunidad de acceso a los mismos**

*“(...) problemas de salud GES, no está el 100% de la población al tanto, entonces no llega mucho el usuario a solicitar la atención, sino que uno tiene que estar rescatando esos usuarios y eso hace que también las coberturas no sean de repente las más deseadas... un tema es cómo se promocionan estas atenciones (...)”*

*“Poca difusión en cuanto a los tipos de atención que pueden acceder los usuarios (...)”*  
**(J.S, Directivo, hombre)**

*“El desconocimiento que tienen posibilidad de ser cubiertos, o sea, no, muchos de ellos no, no van a pedir atención, no van a, no la solicitan, o sea, no tienen como la inquietud (...)”*

*“Dentro de las barreras, ahora no hay mucha publicidad... Oye yo que soy Isapre, yo creo que ni las Isapres se hacen propaganda con los GES de lo odontológico, no dicen nada, están calladitas (...)” (O.S, Directivo, mujer)*

*“(...) barreras de acceso principalmente de los pacientes de 60 años creo que la principal es la desinformación... no hay difusión de la estrategia... De 65 y más es quizás, en el fondo, más generalizado con lo que es la atención global, que, en el fondo, lo mismo, falta de información” (C.C, Odontólogo, hombre)*

## **B.3. Acceso a Programas Odontológicos restringido a un rango etario muy acotado**

*“Siento que es súper valorable el hecho de que exista hoy en día, una, que esté garantizado el acceso a los pacientes de 60 años, pero no es el único grupo etario que existe (...)”*

*“No, mal, o sea, garantizamos el acceso y una atención oportuna a un paciente de un grupo etario muy específico, pero no abarcamos al resto como lo había dicho antes, entonces que es lo que pasa, por ejemplo, cosas que me pasan todos los días, paciente de 59 años no, no puede ser, de 60 años si, paciente de 61 no, no puede ser, pero ¿cuál es la diferencia? No hay una diferencia (...)” (C.R, Odontólogo, hombre)*

*“ (...) estamos al debe porque de todas maneras existen otros programas como son el GES de 60, pero que está solamente priorizado para un grupo y una edad solamente, donde dejamos de lado personas de otras edades, adultos mayores que pueden tener mayor o igual daño que un paciente de 60”(J.S, Directivo, hombre)*

*“Mi percepción es que el GES de 60 debería enfocarse en una, en mayor, a ser más amplio ser 60 -65 por ejemplo, porque lamentablemente el paciente viene una vez a los 60 y después ese centro no tiene otro programa que lo cubra y queda desprotegido”*

- ¿y la cobertura en pacientes mayores de 65 años? –

*“Es escasa en realidad, si porque el programa cubre solo 60 y si no hay un programa anexo como el “Mas sonrisas” como en el caso de las mujeres quedan sin ninguna cobertura y son pacientes que en la mayoría son desdentados parciales y tú los ves años después y ya llegan desdentados totales porque se pierde esa conexión (...)” (N.C, Odontólogo, hombre)*

#### **B.4. Gran volumen de personas mayores aún laboralmente activas a los 60 años**

*“(...) uno pensaría que el GES de los 60, cuando se pensó, era porque la persona iba a estar jubilada y tendría todo el tiempo disponible como para atenderse, pero en la práctica eso no pasa, entonces pero cuando tu estas en el consultorio y los llamas y empiezas a llamarlos, no, está trabajando no, no le interesa, también hay que hacer una revisión un poco de ese grupo y eso podría justificar las coberturas muy bajas (...)” (S.C, Directivo, mujer)*

*“El GES de 60 años, yo siento que ahí tiene que ver principalmente porque todavía probablemente el adulto mayor tiene una vida activa laboral y eso genera que, o el desconocimiento de esa garantía, porque a mí me llama la atención que haya poco, nosotros tenemos que ir a buscar a esos pacientes, no es que tengamos una alta demanda (...)” (J.F, Directivo, hombre)*

*“Lo primero, lo laboral ... Sí, porque muchos trabajan, especialmente esta comuna tenemos mucha gente que trabaja hasta muy pasado su edad de jubilación, ya sea porque la mayoría o están cuidando a sus nietos o son única entrada económica en la casa entonces, le tienen mucho miedo a perder el trabajo, entonces les cuesta mucho venir (...)” (N.C, Odontólogo, hombre)*

*“Dentro de la atención pública, el funcionamiento de las prestaciones digamos coinciden con el horario en que esta población es productiva, vale decir, en su trabajo, entonces cuando uno ve que tiene mejoras en los tratamientos es precisamente en el horario después de las 5, en la extensión horaria, los sábados, porque si yo tengo que priorizar, poniéndome en el caso de esta población, entre acceder a un tratamiento integral si es que tengo la oportunidad que ya es escasa, claramente no puedo preferir eso versus mi jornada laboral, entonces el horario de atención es una barrera o una limitante (...)” (D.A, Odontólogo, mujer)*

*“El trabajo, la gente no viene porque trabaja, y de hecho nosotros llamamos, nosotros, bueno, este centro por lo menos la estrategia que usa es la llamada telefónica, y, de hecho, tenemos una persona que está todo el día prácticamente llamando a las personas de 60 años, sacamos nomina por nuestra agenda electrónica Rayen, nos permite tener una nómina de los pacientes de 60 años y ella llama, está prácticamente, está en eso todo el día, y no sé po, hay mucha gente que por un tema de trabajo no puede venir, no pueden venir porque no pueden pedir permiso, porque no les dan permiso, otros porque recién encontraron un trabajo si piden permiso los van a echar, o sea, entonces eso se repite muchísimo, muchísimo, el tema de la inasistencia o porque no pueden venir por el tema laboral (...)” (N.R, Directivo, mujer)*

**B.5 El estado chileno prioriza las prestaciones odontológicas enfocadas a otros grupos de personas. Incentivos en atención odontológica solo existen para otras prestaciones GES distintas al del adulto mayor**

*“(...) el promedio de cobertura del GES de 60 años es cercana al 23%, ... muy baja si tú lo comparas con los otros, eso puede ser porque no tiene incentivos como el de 6 años o embarazadas que tienen las lucas asociadas, por lo tanto, los equipos de salud trabajan para que la población se atienda y se cumpla con lo establecido, en este caso tú ves inmediatamente que no hay incentivo, por lo tanto se atiende lo que llega y en base a eso funciona el GES de los 60 (...)”*

*“En el otro grupo de los adultos mayores, como te decía anteriormente, no hay una política establecida y definida, así como que uno diga, que haya un grupo priorizado o una meta, ni un cumplimiento definido para ellos, eh... pero también las coberturas son súper bajas nosotros tenemos cobertura, por ejemplo, de los PRAPS, programas de reforzamiento, en ese grupo puntualmente es de cero y algo los que acceden (...)”*

*“Difusión de los programas por parte de los equipos. Tampoco hay mucha motivación por difundir, con esto de los incentivos perversos que tienen algunos programas, entonces el GES de 60 yo creo que va por ese lado”*

- ¿El GES de 60 no tiene esos incentivos? -

*“Son como las metas sanitarias que están cruzadas, por ejemplo, el de 6 y el embarazadas tienen metas sanitarias asociadas, por lo tanto, tú ves los cumplimientos como de libro en el fondo” (S.C, Directivo, mujer)*

*“La puerta de entrada para la atención de salud bucal son los consultorios, el APS, y el APS no tiene disponibilidad de horas exclusivas para ese tipo de pacientes porque están centrados principalmente en programas donde se atiende a niños, adolescentes, a las madres embarazadas (...)” (C.C, Odontólogo, hombre)*

*“Me parece que, al menos en salud pública, es más difícil acceder a una hora dental, ya que los CESFAM dan prioridad a personas menores de 20 años. Adultos mayores pueden ir dentista a través de urgencias, morbilidades o programas “Mas Sonrisas Para Chile” y*

*“Hombres de escasos recursos”, pero los cupos son muy limitados” (R.B, Odontólogo, mujer)*

***B.6. Manejo, gestión y distribución de recursos (tecnológicos, humanos y financieros) orientados a atención odontológica de personas mayores en los Centros de Atención Primaria***

*“(...) si yo lo comparo con otras comunas que mientras no te lleguen los recursos no hay acceso a la atención”*

- Porque se trabaja como un programa de reforzamiento -

*“Porque se trabaja como un programa de reforzamiento, por lo tanto, mientras el convenio según la comuna y la política local que tenga la comuna, no llega el recurso, es hasta aquí no más llegamos, o también si de repente la demanda sobrepasa al recurso que llega, también sorry, quedan quizás para el próximo programa que haya o quizás la próxima atención, entonces el manejo de los recursos que tenga cada comuna depende mucho de cómo pueda acceder el usuario a la atención, ya sea de 60, o para el resto de los programas” (J.S, Directivo, hombre)*

*“(...) también tenemos una barrera nuestra, como del sistema, que así, por ejemplo la confirmación de las citas por call center, que es un sistema se supone bastante amigable en general, pero para el adulto mayor todavía es complicado salir de la pantalla del celular cuando le dicen, porque lo llaman al celular o al teléfono que dejen, y muchos dejan celular, que dice “marque 1 si viene, marque 2 si no va a venir” todavía el viejo se confunde con eso (...)” (B.C, Odontólogo, mujer)*

*“Nosotros por lo menos acá en este centro tratamos de darle atención a todo el mundo, no siempre están los recursos para poder garantizarles la atención a todo el mundo, entonces tenemos que pensar muy bien cómo distribuir estos recursos que nosotros tenemos para que todos en el fondo quedemos lo más felices posible (...)”*

*(...) esta diferencia en los criterios de tratamiento en los pacientes que vienen de forma espontánea, creo yo que genera una complicación en el tratamiento en general de los*

*pacientes, ya, o sea, sería ideal, ojalá, que en el fondo los pacientes pudieran siempre ser atendidos por el mismo profesional, pero también te entiendo que es difícil porque la agenda y la cantidad de personas que vemos es muy grande (...)* (C.R, Odontólogo, hombre)

*“(...) puede mencionarse que los recursos en servicio público son limitados y en los consultorios no se logra atender a toda la población que desea atención dental (obturaciones, prótesis, endodoncias, etc.) por un tema netamente monetario, de infraestructura o de poco personal”* (R.B, Odontólogo, mujer)

### **B.7. Escasa comunicación y trabajo interdisciplinario entre profesionales de un mismo centro de Atención de Salud Primaria**

*“(...) el poco complemento que hay con el resto de los programas a nivel de atención primaria con el usuario, o sea, que exista, que sepa el médico, oiga usted está viendo un paciente de adulto, adulto mayor, que tiene derecho, usted tiene 60 puede ir a solicitar su hora porque usted tiene una garantía en este aspecto, o si el paciente le puede decir tengo otro problema cardiovascular que el medico también se preocupe de que existe quizás algún programa odontológico donde pueda derivarlo”* (J.S, Directivo, hombre)

En la tabla 5 se presenta un cuadro resumen, categorizado a través del método marco, de la categoría de Cobertura y Barreras de acceso mayormente identificadas en los actuales programas de atención odontológica destinado a personas mayores de 60 años y más.

**Tabla 5.** Cobertura y Barreras de acceso identificadas por odontólogos y Directivos respecto a los actuales Programas de Salud Oral destinados a personas mayores.

Cita e identificación del paciente	Fenómeno identificado	Categoría principal
<i>Siento que es súper valorable el hecho de que esté garantizado el acceso a los pacientes de 60 años, pero no es el único grupo etario que existe... mal, o sea, garantizamos el acceso y una atención</i>	Restringido rango etario para acceder a los Programas Odontológicos que ofrecen	Cobertura y Barreras de acceso identificadas en los actuales

<p><i>oportuna a un paciente de un grupo etario muy específico, pero no abarcamos al resto...</i></p> <p><b>C.R, Odontólogo, hombre</b></p> <p><i>... estamos al debe porque de todas maneras existen otros programas como son el GES de 60, pero que está solamente priorizado para un grupo y una edad solamente, donde dejamos de lado personas de otras edades, adultos mayores que pueden tener mayor o igual daño que un paciente de 60.</i></p> <p><b>J.S, Directivo, hombre</b></p>	<p>atención dental a personas mayores.</p>	<p>programas de atención odontológica destinados a personas mayores.</p>
<p><i>... problemas de salud GES, no está el 100% de la población al tanto, entonces no llega mucho el usuario a solicitar la atención, sino que uno tiene que estar rescatando esos usuarios y eso hace que también las coberturas no sean de repente las más deseadas... Poca difusión en cuanto a los tipos de atención que pueden acceder los usuarios...</i></p> <p><b>J.S, Directivo, hombre</b></p> <p><i>El desconocimiento que tienen posibilidad de ser cubiertos, o sea, no, muchos de ellos no, no van a pedir atención, no van a, no la solicitan, o sea, no tienen como la inquietud...</i></p> <p><i>... Dentro de las barreras, ahora no hay mucha publicidad... Oye yo que soy ISAPRE, yo creo que ni las ISAPRES se hacen propaganda con los GES de lo odontológico, no dicen nada, están calladitas.</i></p> <p><b>O.S, Directivo, mujer</b></p> <p><i>... barreras de acceso principalmente de los pacientes de 60 años creo que la principal es la desinformación... no hay difusión de la estrategia... de 65 y más es quizás en el fondo, más generalizado con lo que es la atención global.. en el fondo, falta de información.</i></p> <p><b>C.C, Odontólogo, hombre</b></p>	<p>Escasa promoción y difusión de programas existentes, y subsecuente desinformación sobre existencia y oportunidad de acceso a los mismos por parte de personas mayores.</p>	
<p><i>... uno pensaría que el GES de los 60, cuando se pensó, era porque la persona iba a estar jubilada y tendría todo el tiempo disponible como para atenderse, pero en la práctica eso no pasa, entonces pero cuando tu estas en el consultorio y los llamas y empiezas a llamarlos, no, está trabajando, no, no le interesa. También hay que hacer una revisión un poco de ese grupo y eso podría justificar las coberturas muy bajas...</i></p> <p><b>S.C, Directivo, mujer</b></p> <p><i>El GES de 60 años, yo siento que ahí tiene que ver principalmente porque todavía probablemente el adulto mayor tiene una vida activa laboral...</i></p> <p><b>J.F, Directivo, hombre</b></p> <p><i>Lo primero, lo laboral ... Sí, porque muchos trabajan, especialmente esta comuna tenemos mucha gente</i></p>	<p>Gran volumen del universo de personas mayores aún se encuentra laboralmente activas a los 60 años.</p>	



que trabaja hasta muy pasado su edad de jubilación...

**N.C, Odontólogo, hombre**

*Dentro de la atención pública, el funcionamiento de las prestaciones digamos coinciden con el horario en que esta población es productiva, vale decir, en su trabajo, entonces cuando uno ve que tiene mejoras en los tratamientos es precisamente en el horario después de las 5, en la extensión horaria, los sábados, porque si yo tengo que priorizar, poniéndome en el caso de esta población, entre acceder a un tratamiento integral si es que tengo la oportunidad que ya es escaza, claramente no puedo preferir eso versus mi jornada laboral...*

**D.A, Odontólogo, mujer**

*el promedio de cobertura del GES de 60 años es cercano al 23%, ... muy baja si tú lo comparas con los otros, eso puede ser porque no tiene incentivos como el de 6 años o embarazadas que tienen las lucas asociadas, por lo tanto, los equipos de salud trabajan para que la población se atienda y se cumpla con lo establecido...*

*...en el otro grupo de los adultos mayores, como te decía anteriormente, no hay una política establecida y definida, así como que uno diga, que haya un grupo priorizado o una meta, ni un cumplimiento definido para ellos, eh... pero también las coberturas son súper bajas nosotros tenemos cobertura de los PRAPS, programas de reforzamiento, en ese grupo puntualmente es de cero y algo los que acceden...*

**S.C, Directivo, mujer**

*La puerta de entrada para la atención de salud bucal son los Centros de Atención Primaria, y estos no tienen disponibilidad de horas exclusivas para ese tipo de pacientes porque están centrados principalmente en programas donde se atiende a niños, adolescentes, a las madres embarazadas.*

**C.C, Odontólogo, hombre**

*... me parece que, al menos en salud pública, es más difícil acceder a una hora dental, ya que los Centros de Salud Familiar dan prioridad a personas menores de 20 años. Adultos mayores pueden ir dentista a través de urgencias, morbilidades o programas "Mas Sonrisas Para Chile" y "Hombres de escasos recursos", pero los cupos son muy limitados.*

**R.B, Odontólogo, mujer**

El estado prioriza la atención odontológica de otros grupos. Se mencionan los incentivos económicos que entrega el gobierno al personal de salud por el cumplimiento de metas sanitarias asociadas la atención de pacientes de otros programas GES (programa GES Odontológico de niños y niñas de 6 años y GES Odontológico de mujeres embarazadas).

### **C. Facilitadores identificados en programas odontológicos actuales y Posibles propuestas para mejorar la atención dental de Personas Mayores**

Cuando se pregunta a los odontólogos tratantes y Directivos, sobre facilitadores identificados en los Programas Odontológicos en Chile destinados a adultos mayores, son pocos los que pueden reconocer la actual existencia de estos. Mas bien, muchos responden con posibles propuestas, que permitan eventualmente mejorar y/o complementar los Programas Odontológicos existentes que beneficien a personas mayores a través del Sistema de Salud en Atención Primaria.

*“Yo creo que, mira, una cosa bastante sencilla es el que cada servicio de salud converse con sus comunas que tiene a cargo y que dentro del proceso de programación se haga cargo de un porcentaje de la atención odontológica del adulto mayor (...)”*

*“(...) incluirlos dentro de un control de salud o de un examen de medicina preventiva en que yo pueda hacer un examen de salud bucal y ahí determinar si es que necesitan tratamiento o no” (C.C, Directivo, hombre)*

*“Uno tendría que ser la difusión, lo otro es que el resto del equipo de profesionales que atienden a un usuario de 60 quede grabado en la memoria que ese usuario tiene acceso al programa GES de 60 y que sea el quien notifique ese usuario”*

- ¿Otro personal de salud, parte del equipo extra oral odontológico? -

*“Claro, o sea, en definitiva, tanto incluso a la embarazada también la debiera notificar la matrona y no el dentista, porque al final la que notifica que la mujer está embarazada es la matrona y es necesario que usted con este estado usted tiene acceso por garantizado un tratamiento de atención dental, y lo mismo el resto de los profesionales, incluso administrativos, usuario de 60, chuta ya, usted tiene acceso a atención odontológica, y lo notificara el mismo” (J.S, Directivo, hombre)*

*“Creo que ahí el tema es siempre un tema que me hace ruido, es el tema de los incentivos ya porque eso es lo que te digo yo, les pone un chip de trabajo y es como que te deja a la mitad de las personas que puedan ser atendidas fuera, entonces habría que hacer una revisión y poner incentivos, por ejemplo, en pensar en mantener población sana más que en este concepto de altas que existe (...) (S.C, Directivo, mujer)*

*“(...) implementar ocupar los espacios que hay de, por parte del equipo de salud, ya, ocupar, o sea, por ejemplo, del mismo EXFAM que es el examen funcional del adulto mayor ocupar un aspecto de salud bucal, o sea, que la enfermera pregunte por la cavidad bucal, que el fondo se hagan preguntas con respecto a eso, ocupar los espacios de los distintos grupos que hay de adultos mayores que están yendo al CESFAM continuamente y ahí ocupar esos espacios como para dar prioridad o como para tipificar al tipo de paciente para indicar el riesgo que pueda tener” (J.F, Directivo, hombre)*

*“Como que dentro de las políticas públicas o de las políticas de los lineamientos ministeriales, la priorización de la atención del adulto mayor entregándoles cupos especiales a lo mejor y horarios especiales de atención, porque ellos son muy lábiles... nosotros podríamos poder llegar a diferenciar el adulto mayor autovalente del que no es autovalente y quizás otorgarles cupos especiales en horarios especiales, o sea, hacer ese tipo de gestiones (...)” (O.S, Directivo, mujer)*

*“(...) en primer lugar, es aumentar el grupo etario de la cobertura GES, creo que puntualmente 60 años es muy poco, poquito, ya, en segundo lugar, creo que también parte por un tema de lo que es la prevención, pero también en adulto mayor, porque muchas veces los adultos mayores por no tener conocimiento de muchas cosas súper sencillas cometen errores, cometen errores con su prótesis, cometen errores con los dienteitos que les van quedando (...)”*

- Claro, pero para ese acceso oportuno, ¿Que solución darías? -

*“¿Cómo yo podría solucionar? Es compleja la pregunta, a mí lo primero que se me ocurre, es que quizás debería existir algún sistema, primero de evaluación solamente ... que a lo mejor hubiese un profesional que estuviera únicamente especificado al diagnóstico” (C.R, Odontólogo, hombre)*

*“El facilitador puede ser que la mayor parte de los adultos mayores están inscritos en un consultorio (...)”*

*“(...) yo creo que quizás lo más importante es trabajar en la calidad de las prestaciones que se realizan y salvaguardar que esas prestaciones sean realizadas con un estándar alto de calidad, basado en la evidencia actual y luego puedan crearse algún sistema de mantención y de seguimiento a esos tratamientos” (C.C, Odontólogo, hombre)*

*“El hecho de que este en la agenda, preocuparse de los adultos mayores ya es un facilitador, que mejora o pone en la mesa los indicadores que se podrían mejorar (...)”*

*“Mejorar ese GES, mejorarlo, ya sea en coberturas, ya sea en prestaciones, que no sean tan básicas digamos, podríamos como decía antes, a lo mejor, incluir las prótesis implanto soportadas, y también incluir una parte preventiva..., ya, lo otro que yo haría concretamente incluir una meta de adultos o adultos mayores como indicador, una meta sanitaria ... concretamente yo incluiría una meta, meta sanitaria de este grupo etario y mejoraría la cobertura, mejoraría este GES que tenemos ya a los 60 años” (D.A, Odontólogo, mujer)*

*“El hecho de que exista o que este la gente pensando en al adulto mayor y esté considerando al adulto mayor dentro de las políticas de salud es un tremendo facilitador.”*

*“(...) me gustaría que esta prestación adulto mayor garantizada, que es el GES de los 60, se ampliara en el rango, me gustaría que se cambiara la visión en relación a no solo entregar funcionalidad, que es súper importante sino que también en la promoción ... me gustaría ampliar las prestaciones, ampliar las prestaciones en relación a la prevención, ampliar las prestaciones en relación a los tipos de tratamiento que se le dan a estos pacientes y me gustaría la integralidad, me gustaría que las políticas públicas de los 60 años que existen en otros programas, por ejemplo, programa cardiovasculares, programa para el manejo de la diabetes incorporaran también salud oral” (J.C, Odontólogo, mujer)*

*“El envejecimiento de la población chilena requiere de una urgente implementación de políticas de prevención y promoción de salud de adultos y personas mayores, para llegar de mejor manera a la tercera edad... Nosotros mismos como profesionales de la salud somos agentes de cambio y debemos fomentar la promoción y prevención, desde siempre” (R.B, Odontólogo, mujer)*

En la tabla 6 se presenta un cuadro resumen, categorizado a través del método marco, de la categoría de Facilitadores identificados en los actuales programas odontológicos utilizados por personas mayores, y propuestas descritas por los actores tratantes para mejorar dichos programas y con ello la salud bucal de este grupo etario.

**Tabla 6.** Facilitadores y propuestas descritas por odontólogos y Directivos para mejorar la salud bucal de la población adulta mayor.

Cita e identificación del participante	Fenómeno descrito	Categoría principal
<p><i>... incluirlos dentro de un control de salud o de un examen de medicina preventiva en que yo pueda hacer un examen de salud bucal y ahí determinar si es que necesitan tratamiento o no.</i>  <b>C.C, Odontólogo, hombre</b></p> <p><i>... debería existir algún sistema, primero de evaluación solamente ... que a lo mejor hubiese un profesional que estuviera únicamente especificado al diagnóstico...</i>  <b>C.R, Odontólogo, hombre</b></p> <p><i>... del mismo EXFAM que es el examen funcional del adulto mayor ocupar un aspecto de salud bucal, o sea, que la enfermera pregunte por la cavidad bucal, que el fondo se hagan preguntas con respecto a eso, ocupar los espacios de los distintos grupos que hay de adultos mayores ... ocupar esos espacios como para dar prioridad o como para tipificar al tipo de paciente para indicar el riesgo que pueda tener...</i>  <b>J.F, Directivo, hombre</b></p>	<p>Implementar un sistema de evaluación diagnóstica inicial en Salud Oral en los servicios de Atención Primaria del país.</p>	<p>Facilitadores identificados y propuestas descritas por los actores para mejorar la salud bucal de la población adulta mayor.</p>
<p><i>...en primer lugar, es aumentar el grupo etario de la cobertura GES, creo que puntualmente 60 años es muy poco.</i>  <b>C.R, Odontólogo, hombre</b></p> <p><i>Mejorar ese GES, mejorarlo, ya sea en coberturas, ya sea en prestaciones, que no sean tan básicas digamos, podríamos como decía antes, a lo mejor, incluir las prótesis implanto soportadas, y también incluir una parte preventiva...</i>  <b>D.A, Odontólogo, mujer</b></p> <p><i>...me gustaría que esta prestación adulto mayor garantizada, que es el GES de los 60, se ampliara en el rango...</i>  <b>J.C, Odontólogo, mujer</b></p>	<p>Mejorar el Programa Odontológico GES de atención en salud oral integral a personas de 60 años: Ampliar el rango etario para el acceso y mejorar la canasta de acciones odontológicas permitiendo rehabilitaciones más complejas.</p>	
<p><i>Creo que ahí el tema es siempre un tema que me hace ruido, es el tema de los incentivos ya porque eso es lo que te digo yo, les pone un chip de trabajo y es como que te deja a la mitad de las personas que puedan ser atendidas fuera, entonces habría que hacer una revisión y poner incentivos, por ejemplo, en pensar en mantener población sana más que en este concepto de altas que existe...</i>  <b>S.C, Directivo, mujer</b></p>	<p>El Gobierno debe establecer la entrega de incentivos económicos por cumplimiento de metas sanitarias asociada a atención odontológica de personas mayores en los servicios de atención primaria del país.</p>	

<p><i>...concretamente incluir una meta de adultos o adultos mayores como indicador, una meta sanitaria.</i></p> <p><b>D.A, Odontólogo, mujer</b></p>		
<p><i>El hecho de que este en la agenda, preocuparse de los adultos mayores ya es un facilitador, que mejora o pone en la mesa los indicadores que se podrían mejorar...</i></p> <p><b>D.A, Odontólogo, mujer</b></p> <p><i>El hecho de que exista o que este la gente pensando en al adulto mayor y esté considerando al adulto mayor dentro de las políticas de salud es un tremendo facilitador.</i></p> <p><b>J.C, Odontólogo, mujer</b></p>	<p>El solo hecho de comenzar a preocuparse y considerar a las personas mayores para la creación de políticas públicas orientadas a este grupo, es un actual facilitador.</p>	
<p><i>El envejecimiento de la población chilena requiere de una urgente implementación de políticas de prevención y promoción de salud de adultos y personas mayores, para llegar de mejor manera a la tercera edad... Nosotros mismos como profesionales de la salud somos agentes de cambio y debemos fomentar la promoción y prevención, desde siempre.</i></p> <p><b>R.B, Odontólogo,mujer</b></p> <p><i>... me gustaría que se cambiara la visión en relación con no solo entregar funcionalidad, que es súper importante, sino que también en la promoción... ampliar las prestaciones en relación con la prevención.</i></p> <p><b>J.C, Odontólogo, mujer</b></p> <p><i>...un tema de lo que es la prevención, pero también en adulto mayor, porque muchas veces los adultos mayores por no tener conocimiento de muchas cosas súper sencillas cometen errores, cometen errores con su prótesis, cometen errores con los dienteitos que les van quedando...</i></p> <p><b>C.R, Odontólogo, hombre</b></p>	<p>Implementar un mayor enfoque de promoción y prevención en las políticas públicas y Programas de en Salud Oral dirigidos a personas mayores.</p>	

### 7.3. Percepción de pacientes (personas mayores), respecto de las políticas en Salud Oral para adultos mayores en Chile

#### **A. Autopercepción de la salud bucal en el adulto mayor y calidad de vida asociada**

En general, las personas mayores relataron que su estado actual de salud bucal actual era malo y que afecta en su diario vivir, abarcando dimensiones funcionales, estéticas, sociales y psicológicas.

*“Yo la encuentro que estaba mal, mal porque se me han caído la mayoría de los dientes de arriba, entonces tiene que ser algo que está mal de la salud bucal (...)”*

*“(...) pero cuando uno va a comer, cosas así, entonces molesta y lo otro es que los dientes se comienzan a caer y ya uno no es la misma este de que al estar con sus dientes ... empiezan a este las personas, a no, uno por lo menos no tiende a estar igual como a cuando tiene los dientes a cuando uno no los tiene, ya es diferente la este que uno tiene que tratar de no venir y por lo menos yo nunca me rio tanto y abrir tanto la boca, así que no es tan notorio”*

**(Hombre, 71 años, Atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario)**

*“Pésima... Y aun viajando todos los meses al dentista...”*

- Ya y ¿Le afecta o le afectaba la calidad de vida? -

*Evidentemente que sí”*

**(Hombre, 83 años, Atención dental en Clínica Universitaria)**

*“Dentro de lo que tengo yo, no estoy bien... que digamos el tratamiento que me voy a comenzar a hacer lo necesito realmente ... me están faltando una piezas y realmente claro, me molesta, y necesito un cambio... ando con una molestia al lado derecho que ya me faltan muelas y entre masticar por un lado estoy forzando el otro lado”*

**(Hombre, 64 años, Atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario)**

Por otro lado, alguno de los adultos mayores que recibieron atención dental actual, perciben su estado de salud bucal como bueno, pero refieren que previo a la atención, no lo era, producto de la ausencia de múltiples dientes a lo largo de su vida.

- ¿Cómo lo diría usted, como apreciaría usted su salud bucal en este momento, el estado de su salud bucal, bueno, malo, muy bien, regular? -

*“Bueno.”*

- Bueno, ¿y le ha afectado o le afecta en su calidad de vida diaria? -

*“Me afectó mucho antes, antes, más atrás digamos, desde los 30 a los 50 una cosa así porque ahí me faltaban piezas dentales y no tenía los recursos... me daba vergüenza hablar... Me olvidé de sonreír, porque me cuesta mucho, pero es debido a eso a que me vieran que no tenía dientes y eso me hacía más retraída no me gustaba hablar mucho con la gente”*

**(Mujer, 61 años, Atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario)**

*“Yo pienso con lo que me hicieron ahora, ya estoy bien... pienso que buena porque me operaron a corazón abierto y me revisaron y si el dentista no me daba el alta no me podían operar”*

- Ya, ya y en ese sentido, ¿no se veía afectada su vida cotidiana por causa de alguna lesión, de algún problema en su boca? -

*“Gracias a Dios no, bueno lo normal no más que de repente me dolían las muelas y me las tenía que sacar porque no había otra, pero nada más, gracias a Dios ninguna infección”*

**(Hombre, 60 años, Atención dental GES 60 años en Establecimiento de Nivel Primario)**



**B. Conocimientos sobre Garantías Explícitas en Salud (GES) y sobre la existencia del GES de Salud Oral Integral del adulto de 60 años**

En general, las personas mayores no saben de la existencia del sistema GES propiamente tal, ni tampoco sobre la existencia de un GES dental que beneficie a personas de su grupo etario. También reconocen que, de tener la posibilidad actual de atención dental a través de un programa estatal, harían uso de ese beneficio, el cual consideran que mejoraría su calidad de vida.

*“A este consultorio vine cuando me dolía la muela y me la tuvieron que sacar, fueron varias veces... yo creo que en el año 2017 más o menos”*

- 2017 y después volvió el 2019 en enero -

*“Exacto, en el asunto de los 60 años... lo que pasa es que me llamaron por teléfono por cumplir 60 años ... entonces por eso tuve que venir”*

- ¿y usted conoce el GES, el plan GES, Garantías Explícitas en Salud? -

*“Por eso me operé yo creo, del AUGE ¿de eso no estamos hablando? me operé en el Hospital del Tórax”*

- y el GES dental, el GES dental, ¿lo conoce?

*“Ahora no más”*

**(Hombre, 60 años, Atención dental GES 60 años en Establecimiento de Nivel Primario)**

*“El AUGE sí, lo he escuchado hablar, pero no sé muy bien de que se trata, que es lo que es...”*

- No, no sabe bien, por lo tanto, ¿no sabe que hay un AUGE, un GES dental de odontología digamos? -

*“No, no, he escuchado el nombre y este, pero no tengo claro de qué se trata, ¿qué es lo que es?”*

- Si hoy tuviera la posibilidad de atención dental, si en este momento usted tuviese la posibilidad de atención dental, digamos en el sentido amplio, ya porque aquí viene por un tema puntual, no es cierto, pero quisiera hacerse otras cosas, ¿usted haría uso del beneficio de recibir una atención dental integral? -

*“Ah, sí poh, quien no va a querer... me gustaría eso del implante, ¿por qué? porque eso yo encuentro que es más seguro que una prótesis”*

- No, no le gusta mucho la idea de la prótesis, ya, y dígame ¿considera que ese tratamiento, el que usted me acaba de mencionar, mejoraría su calidad de vida?-

*“Si, yo creo que si... En primer lugar, la persona se siente mucho mejor si está con su dentadura bien, con su dentadura buena, por ende, pa ir a cualquier parte donde vaya pa conversar para hablar pa todo, es mucho mejor tener la dentadura que andar sin dientes”*

**(Hombre, 71 años, Atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario)**

*“No lo sabía, pero, no, no. Pero me estoy enterando ahora que existe. Posiblemente porque antes no tuve información (...)”*

**(Hombre, 64 años, Atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario)**

**C. Percepción respecto a las posibilidades de tratamiento dental para adultos mayores que ofrece el Sistema de Salud chileno**

Los pacientes refieren, principalmente, que las posibilidades actuales de tratamiento dental para personas mayores son limitadas y poco eficientes. En general, son atenciones que involucran muchas sesiones clínicas, lo que les complica por la movilización hacia los centros. También, refieren que es demoroso adquirir una hora para atenderse en el área dental. En general, mejorarían la rapidez con la que son citados y la calidad de los tratamientos realizados una vez que ya logran ser atendidos.

- ¿Qué opina respecto a la posibilidad de tratamiento dental para los adultos mayores en el sistema público de salud? -

*“Claro, yo no me lo he hecho, pero sí conozco gente cercana, mi hermano se lo hizo y le quedó súper bueno, mi tía también se lo hizo y le fue bien... mi hermano tiene 59 años en este momento y mi tía 83”.*

- Y de eso que usted supo, que atendieron, ¿qué mejoraría de ese sistema, qué le mejoraría usted al sistema público para tratamiento dental? -

*“Claro, que sea más rápido” cuesta, o sea, por lo que me contaba ella, como le digo yo no he tenido el tiempo de ir ni he ido, los inscriben y después al tiempo los llaman, mi hermano siempre se quejaba que no llamaban muy rápido, no sé cuánto es la demora, no le podría decir, pero eso es lo que él se quejaba”*

**(Mujer, 61 años, Paciente en Lista de Espera para recibir atención dental)**

*“Pocas posibilidades, porque se demora mucho en el tratamiento, en una hora, que le den la hora para ir, para verse, hacerse el tratamiento o lo que sea, entonces se demora mucho ...porque a veces cuando uno está trabajando uno tiene que pedir permiso para venir y cuanto se llama e ir a atenderlo y si se demora mucho entonces a veces después dice ah ya mejor no me atiendo ya se pierde lo este, la ilusión que tenía de ir a verse (...)”*

- Bien, y ¿qué mejoraría entonces, o qué cosas le gustaría que se incluyera, cómo le gustaría que fuese el asunto en una situación? -

*“Yo creo que si es por parte de este que tiene la posibilidad de atenderse más rápido, que la atención fuera más rápida, supongamos si va uno, consulta, le dieran hora pa más rápido la hora. La otra, que si a lo mejor muchos necesitan que por parte del haya una ayuda de parte del gobierno o de lo que sea, una ayuda para hacerse un tratamiento, un este, como un implante ... que haiga por parte de este un implante, a lo mejor tendría que pagar un poco, pero a lo mejor menos que en un particular, entonces que haiga esa posibilidad también”*

**(Hombre, 71 años, Atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario)**

*“A ver, donde yo me he controlado hasta hoy día, no he tenido problemas, ninguno, ninguno, ninguno”*

- ¿Y qué le mejoraría? -

*“De repente que queden buenas, que queden buenas porque de repente quedan sueltas, a mí la otra me quedó muy suelta, muy suelta. Pasa que yo tiempo atrás me hice, una acá”*

- ¿Una prótesis? -

*“Y no me quedó buena, no... vine muchas veces, me la arreglaban, me decían que ya, que está, bien yo me iba a mi casa con el dolor, me la sacaba, no la pude usar nunca... porque después a la final el caballero que me la hizo que es uno grandote macizo le tuve que decir ya que me quedó bien, ya, porque ya era mucho estar, yo tengo que pagar locomoción a mí las micros no me traen gratis”*

**(Mujer, 68 años, Atención dental en Establecimiento de Nivel Primario)**

En la tabla 7 se presenta un cuadro resumen, categorizado a través del método marco, de la información obtenida de entrevistas realizadas a participantes personas mayores. Las categorías establecidas fueron: Autopercepción de salud

bucal y calidad de vida asociada, Conocimientos sobre GES y GES dental del adulto de 60 años y Conocimientos y percepciones sobre posibilidad de acceder a tratamiento dental a través de programas estatales.

**Tabla 7.** Autopercepción salud bucal y calidad de vida, Conocimientos sobre programas GES y otros programas para acceder a tratamiento dental referidos por personas mayores.

Cita e identificación del participante	Fenómeno descrito	Categoría principal
<p>a) <i>Yo la encuentro que estaba mal, mal porque se me han caído la mayoría de los dientes de arriba, entonces tiene que ser algo que está mal de la salud bucal...</i></p> <p>b) <i>...cuando uno va a comer, cosas así, entonces molesta y lo otro es que los dientes se comienzan a caer y ya uno no es la misma persona este de que al estar con sus dientes, uno no tiende a estar igual como a cuando tiene los dientes a cuando uno no los tiene, ya, es diferente la este que uno tiene que tratar de no venir y por lo menos yo nunca me rio tanto y abrir tanto la boca, así que no es tan notorio.</i></p> <p><b>Hombre, 71 años, atención dental en Establecimiento de salud de Nivel Secundario</b></p> <p>a) <i>Pésima... Y aun viajando todos los meses al dentista...</i></p> <p>b) <i>Evidentemente que sí...</i></p> <p><b>Hombre, 83 años, atención dental en Clínica Universitaria</b></p>	<p>Personas mayores auto reportan su estado de salud bucal actual como malo. Reconocen que un mal estado de salud bucal afecta negativamente la calidad de vida (funcional, estética y socialmente).</p>	<p>Autopercepción de salud bucal en el adulto mayor y calidad de vida asociada.</p> <p><u>Preguntas:</u></p> <p>a) <i>¿Cuál es la percepción de su salud bucal?</i></p> <p>b) <i>Si es regular o mala, ¿Le afecta en su vida diaria?, ¿Cómo?</i></p>
<p>a), b) <i>Dentro de lo que tengo yo, no estoy bien... que digamos el tratamiento que me voy a comenzar a hacer lo necesito realmente... me están faltando una piezas y realmente claro, me molesta, y necesito un cambio... ando con una molestia al lado derecho que ya me faltan muelas y entre masticar por un lado estoy forzando el otro lado.</i></p> <p><b>Hombre, 64 años, atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario</b></p> <p>b) <i>...me faltaban piezas dentales y no tenía los recursos... me daba vergüenza hablar... Me olvidé de sonreír, porque me cuesta mucho, pero es debido a eso a que me vieran que no tenía dientes y eso me</i></p>		

<p><i>hacía más retraída no me gustaba hablar mucho con la gente.</i></p> <p><b>Mujer, 61 años, atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario</b></p>		
<p>a) <i>...Por eso me operé yo creo, del AUGE ¿de eso no estamos hablando? me operé en el Hospital del Tórax, yo pienso que también, también me salió, y por el momento hasta ahora no he tenido que pagar nada</i></p> <p>b) <i>Ahora no más... lo que pasa es que me llamaron por teléfono por cumplir 60 años ... entonces por eso tuve que venir...</i></p> <p>c) <i>Ah, sí poh, quien no va a querer... me gustaría eso del implante, ¿por qué? porque eso yo encuentro que es más seguro que una prótesis”</i>  <i>...en primer lugar, la persona se siente mucho mejor si está con su dentadura bien, con su dentadura buena, por ende, pa ir a cualquier parte donde vaya pa conversar para hablar pa todo, es mucho mejor tener la dentadura que andar sin dientes.</i></p> <p><b>Hombre, 60 años, atención dental GES de 60 años en Establecimiento de nivel primario</b></p>	<p>En general, personas mayores no tienen conocimiento sobre el sistema GES y no están familiarizadas con el GES de Salud Oral Integral del Adulto de 60 años.</p> <p>De conocer la existencia de alguna opción para acceder a tratamiento dental a través de un programa del gobierno, las personas mayores accederían al servicio para mejorar su calidad de vida.</p>	<p>Conocimientos sobre las Garantías Explicitas en Salud (GES) y sobre la existencia del GES de Salud Oral Integral del adulto de 60 años.</p> <p><u>Preguntas:</u></p> <p>a) <i>¿Conoce el GES?</i></p> <p>b) <i>¿Conoce el GES dental de 60 años?</i></p> <p>c) <i>¿Si hoy tuviera la opción de acceder a atención dental, haría uso de ese beneficio?, ¿Cree que mejoraría su calidad de vida?</i></p>
<p>a) <i>No... ¿qué es lo que es?</i></p> <p>b) <i>... No, no, he escuchado el nombre y este, pero no tengo claro de qué se trata, ¿qué es lo que es?</i></p> <p><b>Hombre, 71 años, atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario</b></p> <p>a) <i>... No</i></p> <p>b) <i>No, ni idea de qué es...</i></p> <p><b>Mujer, 68 años, atención dental en Establecimiento de Nivel Primario</b></p> <p>b) <i>...no lo sabía, pero, no, no. Pero me estoy enterando ahora que existe. Posiblemente porque antes no tuve información...</i></p> <p><b>Hombre, 64 años, atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario</b></p>		
<p>a) <i>Claro, yo no me lo hecho, pero sí conozco gente cercana, mi hermano se lo hizo y le quedó súper bueno, mi tía también se lo hizo y le fue bien... mi hermano tiene 59 años en este momento y mi tía 83...</i></p> <p>b) <i>... que sea más rápido, cuesta, o sea, por lo que me contaba ella, como le digo yo no he tenido el tiempo de ir ni he ido, los inscriben y después al tiempo los llaman, mi hermano siempre se quejaba que no llamaban muy rápido.</i></p> <p><b>Mujer, 61 años, en lista de espera para atención odontológica</b></p> <p>a) <i>Pocas posibilidades, porque se demora mucho en el tratamiento; en una hora, que le den la hora para</i></p>	<p>La canasta de acciones que se ofrecen en los Programas Odontológicos actuales es limitada.</p> <p>La atención odontológica es poco efectiva en cuanto a la calidad de los tratamientos y poco eficiente en cuanto a la extensa cantidad de sesiones que involucra.</p>	<p>Conocimientos y percepción sobre las posibilidades de tratamiento dental que ofrece actualmente el sistema de salud chileno a personas mayores.</p> <p><u>Preguntas:</u></p> <p>a) <i>¿Qué piensa respecto a la</i></p>

*ir, para verse, hacerse el tratamiento o lo que sea, entonces se demora mucho... porque a veces cuando uno está trabajando uno tiene que pedir permiso para ir a atenderlo y si se demora mucho entonces a veces después dice "ah ya mejor no me atiendo", ya se pierde la ilusión que tenía...*

*b) ...que la atención fuera más rápida, supongamos si va uno, consulta, le dieran hora pa` más rápido la hora. La otra, que si a lo mejor muchos necesitan que haya una ayuda de parte del gobierno o de lo que sea, una ayuda para hacerse un tratamiento, un este, como un implante ... que haiga por parte de este un implante, a lo mejor tendría que pagar un poco, pero a lo mejor menos que en un particular...*

**Hombre, 71 años, atención dental en Establecimiento de Nivel Secundario**

*b) De repente que queden buenas, que queden buenas porque de repente quedan sueltas, a mí la otra me quedó muy suelta, muy suelta. Pasa que yo tempo atrás me hice una acá.... vine muchas veces, me la arreglaban, me decían que ya, que está, bien. Yo me iba a mi casa con el dolor, me la sacaba, no la pude usar nunca... porque después a la final el caballero que me la le tuve que decir ya que me quedó bien, ya, porque ya era mucho estar, yo tengo que pagar locomoción a mí las micros no me traen gratis...*

**Mujer, 68 años, atención dental en Establecimiento de Nivel Primario**

Las listas de espera para acceder a los programas son muy lentas.

Personas mayores ampliarían las opciones de tratamiento y mejorarían la calidad de estos. También harían más expedito el acceso a la atención acortando los tiempos de espera.

*posibilidad de tratamiento dental que ofrece el gobierno para adultos mayores?*

*b) ¿Qué mejoras haría a servicio de atención odontológico?*

## VIII. DISCUSIÓN

En nuestro país no existen estudios con enfoque cualitativo que busquen conocer la percepción que tienen las personas mayores, odontólogos o Directivos de Salud, respecto de las actuales políticas públicas o Programas Odontológicos orientados a la población adulta mayor, específicamente del rango etario de los 60 años y más.

En general, los resultados de este estudio muestran que tanto odontólogos tratantes, Directivos de Salud y personas mayores consideran que en Chile, actualmente, las políticas públicas en Salud Oral y Programas Odontológicos dirigidos a personas del rango etario de 60 años y más, son limitados; la cartera de prestaciones de los programas que nacen de ellos es reducida frente a las necesidades en Salud Oral que presenta el adulto mayor. Por otro lado, esta cartera de servicios o acciones odontológicas que ofrecen los programas tienen un carácter rehabilitador más que promocional-preventivo. Inicialmente, los actores tratantes (odontólogos y Directivos de Salud) entrevistados en nuestro estudio, refieren que existe una escasez de herramientas disponibles en los Centros de Salud del sector público para abordar el complejo escenario odontológico al que se enfrentan cuando se habla personas mayores: La ausencia de un gran número de piezas dentales a su avanzada edad en conjunto con un importante deterioro de los dientes remanentes, sin mencionar el compromiso funcional de las estructuras que componen el territorio buco-maxiloacilal. Este acercamiento realizado por los participantes puede respaldarse con los resultados de estudios como los de Gamonal et al. (2010), donde se observa un gran deterioro en la salud bucal de este grupo etario, con una pérdida promedio de 16 dientes y un volumen de 25% de desdentados en la población adulta entre 65 a 74 años. Ante esta situación, los participantes refuerzan el hecho que ante la ausencia del componente educacional-preventivo en los actuales Programas Odontológicos, es esperable y nada sorprendente el actual escenario al que se enfrenta un odontólogo en atención primaria al atender a un adulto mayor, en cuyo caso se requerirá en gran parte de una rehabilitación más compleja de la que se puede entregar en los programas



actuales, a través de los respectivos servicios de la Red de Atención de Salud en Chile, según indican los participantes. Bajo esta línea de pensamiento es que autores como León y Giacaman (2016) consideran, al igual que los participantes del estudio, que los actuales Programas Odontológicos destinados a personas mayores en Chile son escasos e insuficientes.

De esta manera, tanto odontólogos como Directivos refieren que no se ha priorizado al grupo de personas mayores en cuanto a políticas públicas o Programas en Salud Oral. Solo en el último tiempo es posible observar lo que parecen ser esfuerzos iniciales para instaurar políticas y programas en salud dirigidos especialmente a esta población, como es el caso de la Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025, que basado en el vigente Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, considera un trabajo intersectorial coordinado y basado en cuatro pilares fundamentales: Un “pilar saludable”, que facilite el acceso, oportunidad y calidad de atención de salud para personas mayores, un segundo “pilar seguro”, que consta de beneficios sociales orientados a personas mayores en situación de dependencia y con mayor necesidad de cuidados, un tercer “pilar institucional”, que fortalezca la institucionalidad mediante la creación de nuevas instancias de apoyo acordes a la realidad del envejecimiento en Chile y un cuarto “pilar participativo”, que favorezca la autonomía de personas mayores, fortaleciendo sus organizaciones, facilitando su participación laboral y la creación de espacios públicos amigables para ellos (SENAMA, 2016). Aún con todas estas preocupaciones, no existen resultados que indiquen una mejora concreta, particularmente en el estado de Salud Oral, de adultos mayores o evidencia de programas que faciliten el escaso acceso a la atención odontológica de este grupo.

También y sólo hace un par de años, surge la iniciativa de instaurar el Plan de Salud Bucal 2018-2030, que busca cumplir el objetivo nacional de mejorar el estado de salud bucal y reducir las desigualdades injustas en la población, a través de 4 macro-ejes estratégicos, subdivididos en 12 objetivos estratégicos, 34 estrategias y 70 metas y resultados esperados de responsabilidad del nivel central o regional. (MINSAL, 2017b). Lamentablemente, a pesar de todos estos componentes y

estrategias, no se han otorgado beneficios ni facilidades exclusivas a personas mayores en materia de salud bucal; no se observan medidas concretas que impacten en Programas Odontológicos actuales o nuevos programas que mejoren, faciliten o complementen el acceso atención dental del adulto mayor en Chile.

En cuanto a los Programas Odontológicos actuales que potencialmente benefician a personas mayores en nuestro país, tanto odontólogos como Directivos reconocen al programa GES de Salud Oral Integral del Adulto de 60 años como el único y principal programa enfocado en entregar atención dental al adulto mayor en Chile. Distinto es el caso de las personas mayores que participaron de este trabajo, que al no estar familiarizadas con el GES en general, según los resultados de este estudio, ignoran la existencia del programa con Garantía Estatal de Salud Oral Integral del Adulto de 60 años o cualquier programa estatal del que puedan ser beneficiarios en cuanto a salud bucal. Es más, los participantes refieren que de existir la posibilidad actual de atención dental a través de un programa estatal, harían uso de ese beneficio sin pensarlo, ya que mejoraría su calidad de vida.

En cuanto a la cobertura de los Programas Odontológicos que puede ofrecer actualmente el estado chileno a personas mayores, los actores tratantes reconocen que tanto para la población de 60 años (beneficiarias directa y mayoritariamente del GES de atención odontológica integral, e indirectamente del GES de Urgencias Odontológicas) como para la población de 65 años y más (beneficiarias indirectamente de los Programas Odontológicos de Reforzamiento en Atención Primaria (PRAPS) y del GES de Urgencias Odontológicas), la cobertura de los servicios es muy baja o prácticamente nula. Los actores reconocen que esta baja cobertura es un signo de alerta que nos indica que el país está al borde en cuanto a las políticas públicas/programas odontológicos enfocados a mantener la salud bucal de la población adulta mayor, lo cual es preocupante dado el escenario actual de envejecimiento poblacional en el que vivimos. Autores como Valenzuela (2015), aseguran que este escenario es alarmante dada la baja cobertura que podría entregar este único programa (GES de 60 años) ante un progresivo aumento de la población de personas mayores con el pasar de los años en nuestro país. En Chile, la

población adscrita a FONASA y beneficiaria del programa GES de Salud Oral Integral del adulto de 60 años alcanza los 148 mil usuarios para período 2019-2020. La cobertura alcanzada en los últimos años es baja, fluctuando entre 24-34% en los últimos 10 años, con una cobertura promedio del 29%.

Otro de los programas reconocidos por odontólogos tratantes y Directivos es el programa GES de Urgencia Odontológica Ambulatoria. Este programa corresponde al Problema n° 46 del GES, el cual no presta atención odontológica a un grupo etario en específico (como sería a personas mayores de 60 años, en este caso), si no que resuelve de manera ambulatoria patologías buco maxilofaciales, de aparición súbita y etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan demanda espontánea de atención en toda la población. Personas mayores presentan una baja atención a través de esta patología GES, con una cobertura promedio del 7% en los últimos 7 años, del total de las consultas odontológicas de urgencias ambulatorias.

Finalmente, el tercer programa reconocido por odontólogos tratantes y Directivos tampoco es un programa destinado exclusivamente a la atención de personas mayores, y corresponde al programa de Atención Odontológica de Morbilidad del adulto, perteneciente al Programa mejoramiento del acceso a la atención odontológica (MINSAL, 2019b), al cual tienen acceso personas de 20 años y más. Para el año 2018, la población de personas mayores presenta un bajo nivel de atención en este programa de mejoramiento, constituyendo solamente a un 13% de consultas en este grupo etario para el grupo de personas mayores de 65 años y más.

Con la información antes presentada, basada en un evidencia de carácter cuantitativa, se pueden respaldar y complementar las opiniones y acercamientos que tienen los participantes de este estudio cualitativo al manifestar su preocupación ante la baja cobertura referida que presentan los programas, tanto principales como secundarios, que pueden potencialmente beneficiar a las personas mayores en Chile, en materia de Salud Oral.

Por otro lado, los actores tratantes participantes de este trabajo identificaron una amplia variedad de barreras de acceso para que personas mayores de 60 años y más reciban atención dental a través de los Programas Odontológicos destinados a esta población en nuestro país. Estas barreras hacen referencia principalmente al programa GES dental de los 60 años, ya referido anteriormente como el principal programa, y el que ofrece mayor cobertura, para el acceso a la atención odontológica de la población adulta mayor.

En primer lugar, tanto odontólogos como Directivos, reconocen como una barrera importante en muchos casos, la localización geográfica de los Centros de Salud; la capacidad de traslado y movilización del adulto mayor es reducida debido principalmente a motivos económicos y funcionales, por lo que para este grupo etario significará una barrera física y económica importante que contribuye a la baja cobertura que tienen los programas actuales.

Otra barrera identificada por estos actores es la escasa promoción y difusión que existe actualmente de los Programas Odontológicos a los que puede acceder un adulto mayor en Chile. Aún existiendo un programa o puerta de entrada a esta atención garantizada por el estado, las personas mayores entrevistadas, en general, refieren no estar familiarizadas con las Garantías Explícitas en Salud, desconociendo así la existencia del programa GES de Salud Oral Integral del adulto de 60 años. Los actores tratantes consideran que la actual desinformación que tienen las personas mayores referente a la oportunidad de acceder, o incluso de la existencia de estos programas, tiene que ver principalmente con esta barrera. En relación a esto, otra barrera identificada fue la escasa comunicación y trabajo interdisciplinario entre los profesionales de un mismo centro de atención. Tanto odontólogos como Directivos refieren que actualmente los profesionales de otras áreas de la salud no informan a sus pacientes, en las respectivas consultas de cada especialidad, acerca del posible beneficio de acceso a un Programa Odontológico que pudiera tener una persona mayor al momento de cumplir los 60 años, por ejemplo. Así, consideran que tanto el personal de salud como administrativo de un Centro de Salud, debiera conocer, informar y derivar oportunamente a los pacientes

a los programas a los cuales puede acceder el adulto mayor que asiste a ese centro asistencial.

Relacionado a este punto, los actores tratantes refieren que el estado prioriza a otros grupos de personas, distintos a personas mayores de 60 años y más, en cuanto a beneficios y programas para el acceso a la atención odontológica. Así, identifican como barrera de acceso la existencia de incentivos monetarios para las instituciones en atención primaria por el cumplimiento de metas sanitarias enfocadas a otras prestaciones, distintas al GES de 60 años, como lo son el GES de atención odontológica de niños y niñas de 6 años y GES de atención odontológica de mujeres embarazadas, principalmente. Los Centros de Atención Primaria en Salud (APS), como los CESFAM, entregarían prioridad a la atención de personas menores de 20 años, por ejemplo, estableciendo horarios y cupos adicionales destinando exclusivamente para esta población con el fin de cumplir las metas y objetivos establecidos anualmente en base al Programa Marco. Según odontólogos y Directivos, la baja cobertura en los programas destinados a pacientes adultos mayores puede deberse en gran medida a la falta de incentivos monetarios por el cumplimiento de metas sanitarias por atención odontológica de personas mayores. De esta manera, los Centros de Salud terminan por dirigir sus recursos y esfuerzos en la atención de la población a la que efectivamente existe una remuneración o reconocimiento asociado.

En Chile, este sistema de vincular el presupuesto en salud con información de desempeño de las instituciones a través de la utilización de incentivos económicos comienza a partir del año 2002, cuando se promulga la Ley 19.813 que otorga beneficios a la salud primaria por el cumplimiento de metas sanitarias anuales:

*“Establécese, para el personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de la ley N° 19.378, una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo. Dicha asignación estará asociada al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada*

*a los usuarios de la atención primaria de salud. Corresponderá esta asignación a los trabajadores que hayan prestado servicios para una entidad administradora de salud municipal, o para más de una, sin solución de continuidad, durante todo el año objeto de la evaluación del cumplimiento de metas fijadas, y que se encuentren además en servicio al momento del pago de la respectiva cuota de la asignación” (Ley 19.813, 2002, art.1)*

De esta forma es que para el año 2019, en el país, las metas sanitarias odontológicas establecidas consideraron el alta odontológica total en pacientes adolescentes de 12 años, alta odontológica total en mujeres embarazadas y egresos odontológicos en niños y niñas de 6 años. Por tanto, tal como refieren los actores tratantes, existe una carencia motivacional-económica de parte del estado orientada a la atención odontológica de personas mayores al no existir metas sanitarias de carácter odontológico en esta población.

Por otra parte, una barrera de acceso identificada por odontólogos y Directivos, específicamente en el programa GES de 60 años, es el acotado rango etario en el cual las personas mayores pueden acceder al beneficio, ya que ofrece una oportunidad de acceso al programa solamente a aquellas personas que al momento de consultar e iniciar su atención tengan exactamente 60 años. Esta condición inhabilita el acceso a atención a un gran universo de adultos mayores cuya edad supera esta cifra, lo cual es preocupante dado que este programa es el principal programa odontológico al cual puede acceder un adulto mayor en el país. Paralelo a esta limitación, los actores tratantes identifican otra gran barrera de acceso relacionada con la edad de los potenciales beneficiarios de este programa: Existe un gran volumen de personas mayores de 60 años que se encuentran laboralmente activos aún en edades en las que por ley, en el país, es posible jubilar (60 años para el caso de las mujeres y 65 años en el caso de los hombres). En Chile, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) se registra en el último trimestre del 2019 una tasa de participación económica (TPE) entre los 55 – 64 años del 68.8%. Lo que

significa que al menos dos tercios de la población de dicho rango etario, tiene una ocupación laboral formal o está buscando trabajo. Más aún, esta cifra no incluye el porcentaje de población en este rango de edad con ocupación laboral informal (INE, 2020).

Por su parte, las personas mayores entrevistadas refirieron que el horario de la atención dental coincide muchas veces con el horario en el que están laboralmente activos en sus respectivos trabajos, coincidiendo con los actores tratantes en que esto constituye un gran impedimento para poder acceder a un tratamiento odontológico en los centros de atención primaria de sus respectivas comunas.

Continuando con la línea de percepciones de personas mayores entrevistadas, estos actores refirieron no estar conformes con su condición de Salud Bucal actual, autoreportándolo como inadecuado, limitante y que afecta negativamente su calidad de vida, tanto en el aspecto estético, funcional y psicosocial, tal como se representa en la Encuesta Nacional de Salud bucal del 2007, donde un 59% de la población entre 65 años y más percibe su salud bucal como regular o mala (MINSAL, 2017). Así, es interesante observar cómo la salud bucodental de la población y su autopercepción repercuten en el bienestar psicosocial del individuo, siendo uno de los muchos aspectos que está relacionado directamente con la calidad de vida de las personas (León y Giacaman, 2016; Petersen, 2010; John y cols., 2002; Petersen y cols., 2010).

Los participantes de este estudio que refieren no estar conformes con su estado bucal actual, indican que la ausencia de múltiples piezas dentarias repercute diariamente en su calidad de vida, en cuyos relatos se reconocieron sentimientos de angustia y preocupación al referirse a ello. También fue posible observar que la mayoría de estos participantes tienden a normalizar al edentulismo y el mal estado de salud bucal dada su avanzada edad, lo cual refuerza el concepto de que existe una clara ausencia de conocimientos en Salud Oral en personas adultas mayores. Por su parte, odontólogos y Directivos refieren con preocupación que existe un bajo componente promocional y preventivo en los actuales Programas Odontológicos, y

en la atención primaria en general, referido al cuidado en salud bucal de personas mayores, que sumado al desconocimiento de los actuales programas o beneficios que ofrece el gobierno para acceder a atención odontológica termina por contribuir otro punto negativo al desfavorable escenario en el que se encuentra esta población.

Bajo esta línea, los pacientes adultos mayores refieren que las posibilidades de tratamiento dental que ofrecen los Servicios de Salud en Chile para personas mayores son limitadas y poco eficientes, al ser atenciones que involucran gran cantidad de sesiones clínicas, acentuando la barrera de movilización que tiene esta población por su reducida capacidad física y económica. Los participantes también refieren disconformidad en cuanto al largo tiempo de espera que existe para que sean contactados por los Centros de Salud de sus respectivas comunas, y en la calidad de los tratamientos protésicos realizados, que distan bastante de sus expectativas.

Finalmente, a través de este estudio cualitativo se buscó conocer la percepción que tenían los participantes respecto a los facilitadores de acceso identificados en los Programas Odontológicos actuales, junto a posibles propuestas para mejorar la atención dental de personas mayores en Chile. El principal facilitador identificado tanto por Directivos como odontólogos es el hecho de que actualmente se le este dando mayor importancia al fenómeno del envejecimiento y del cuidado y bienestar del adulto mayor. Esta preocupación, que según los tratantes estaría recién integrándose al escenario de salud actual, conformaría el punto de partida necesario para que las autoridades diseñen políticas públicas y Programas Odontológicos que beneficien a este grupo etario tan postergado en términos de Salud Oral.

De este modo, los hablantes describieron una serie de propuestas para mejorar el escenario actual relacionado a la atención dental de los adultos mayores del país. La primera de ellas es la implementación de un sistema o exámen de evaluación diagnóstico inicial en Salud Oral del adulto mayor. Los actores tratantes proponen



aprovechar las “herramientas y espacios” ya disponibles en los servicios de atención primaria del país, como el Examen Funcional del Adulto Mayor (EXFAM) al cual se podría adicionar una sección de Salud Oral con el fin de diagnosticar el estado inicial en salud bucal de las personas mayores que asisten a los centros por vez primera e identificar el tipo de tratamiento y rehabilitación que serán requeridos en cada caso.

El segundo aspecto mencionado en este punto y que coincide con ser la propuesta mayormente descrita tanto por odontólogos como por Directivos, fue la urgente necesidad de mejorar el programa Odontológico GES de atención en Salud Oral Integral del adulto de 60 años. Los participantes antes mencionados consideran que al ser un programa GES y la principal vía de acceso de adultos mayores a la atención odontológica a través del sistema de atención primaria, debiera abarcar una mayor cobertura del volumen total de personas mayores en Chile. Para esto, proponen ampliar el rango etario en el que la población puede consultar y acceder al beneficio, que actualmente solo se concentra en personas de 60 años. Algunos de los participantes consideran que sería una opción extender el rango de los beneficiarios entre los 60 y 65 años, por ejemplo. El otro aspecto que los hablantes cambiarían del programa es mejorar la canasta de acciones odontológicas actual priorizando un enfoque promocional y preventivo, por un lado, e incluyendo opciones de tratamientos rehabilitadores más complejos a los actualmente disponibles, por el otro. Esta mejora se relaciona con el escaso conocimiento en Salud Oral de personas mayores y con la limitada capacidad de resolución integral que otorgan los tratamientos rehabilitadores disponibles, respectivamente, ante el alto grado de deterioro y compromiso funcional de la salud bucal de esta población. Tanto odontólogos como personas mayores refieren que al incluir en los programas la opción de rehabilitación mediante implantes dentales o bien prótesis dentales fijas, aumentaría el alcance de los tratamientos, mejorando por un lado la efectividad de los mismos y por el otro la conformidad de los pacientes.

Como último punto del apartado de soluciones propuestas, Directivos de Salud consideran que el gobierno debe establecer metas y objetivos sanitarios vinculados

a la atención odontológica de personas mayores, tal como funciona actualmente con otros grupos (niños y niñas de 6 años y mujeres embarazadas), con el fin de “motivar” al equipo de salud a través de incentivos monetarios. De esta forma, se podrían reorganizar y redistribuir los recursos humanos y financieros, con tal de promover la atención dental de la población adulta mayor.

Al consultar la evidencia nacional disponible en la literatura, referente a estudios cualitativos que busquen conocer las percepciones de los actores sociales involucrados en la atención dental y la evaluación de las políticas y programas odontológicos para adultos mayores en Chile, lamentablemente no existen estudios previos de esta índole con los que se puedan contrastar nuestros resultados. Para el caso de la literatura internacional, nuestros resultados, referentes a la percepción de personas mayores particularmente, pueden contrastarse con los resultados del estudio cualitativo de Borreani y cols. (2010), que a través de la creación de grupos focales y entrevistas semiestructuradas individuales exploraron la autopercepción que tenía un grupo de 39 personas mayores de 65 años y más, todos habitantes de un área urbana en Londres desfavorecida socialmente, sobre su estado de salud bucal, y cómo esta percepción se relaciona con la utilización de los Servicios de Salud Odontológicos. Esta investigación se realizó como parte de un estudio mayor para identificar posibles estrategias que permitan minimizar las barreras de acceso al cuidado de la salud bucal de las personas mayores, a través de un análisis y categorización de datos que utiliza el método marco. En este estudio, los participantes identificaron 3 temas generales que afectaron sus creencias y actitudes hacia el cuidado de la salud bucal y con esto la probabilidad de que los entrevistados asistieran a los servicios: En primer lugar, la percepción de “salud bucal”, la cual se asoció con la presencia de dientes naturales y ausencia de dolor, con el funcionamiento práctico/social y preferiblemente respaldado por una valoración positiva por parte de un dentista. En segundo lugar, el ciclo de la vida y evolución de la salud bucal, entendiéndose como la acumulación de experiencias y eventos a lo largo de la vida del adulto mayor, en donde las experiencias negativas

del pasado, especialmente en la niñez, influyeron fuertemente en las actitudes actuales hacia odontólogos y personal odontológico. El tercer y último tema corresponde a la ciudadanía y el derecho a la salud, en el cual en todos los participantes prevalece la creencia universal del derecho irrevocable a la atención de la salud en su calidad de “ciudadanos británicos”, haciendo referencia a un estado e instituciones gubernamentales que no siempre brindan apoyo o información necesaria para el cuidado en salud bucal de personas mayores, y que el Servicio Nacional de Salud (sus siglas inglesas NHS) deberían apoyarlos en esta etapa de su vida. En este estudio cualitativo se observa que las personas mayores también tienen una autopercepción de salud bucal más bien negativa, reconociendo que afecta su calidad de vida. Por otro lado, también identifican barreras de acceso importantes a la atención de salud dental, ya sean barreras relacionadas con ellos mismos (experiencias pasadas, educación en salud oral) o relacionadas con agentes externos (apoyo y difusión de programas gubernamentales que permitan atención dental gratuita o al alcance de esta población). Finalmente, los participantes también consideran que debiese existir un mayor apoyo por parte del estado, en donde se vele en mayor medida por mantener la salud bucodental de sus ciudadanos a través de intervenciones y programas destinados a ese grupo etario, más bien desfavorecido respecto a otros grupos de la población.

En otro estudio de la misma línea de investigación, Borreani y cols. (2008) identificaron barreras de acceso a la atención odontológica de personas mayores de 65 años y sus implicaciones a través de la información recopilada en el estudio cualitativo principal, proponiendo a su vez posibles soluciones que enmarcaron en categorías principales tal como propone el método marco de categorización de datos utilizado en nuestro estudio. Los resultados del estudio del 2008 sugieren que hay 5 puntos claves que actuarían como barreras para que las personas mayores accedan a atención en Salud Oral, donde cada una de estas se identificó como un factor que haría que los participantes renunciaran por completo a acudir al servicio de salud en busca de tratamiento dental o se demoraran en solicitarlo hasta que

sintieran que era absolutamente necesario (atención por sintomatología dolorosa). Dentro de las barreras identificadas en este estudio del año 2008, se encuentran: 1.- El costo de los tratamientos, 2.- el miedo frente a los tratamientos dentales, 3.- la accesibilidad propiamente tal a los servicios (barreras físicas, estructurales, económicas), 4.- la baja difusión sobre la disponibilidad de atención (dado por la baja cantidad de dentistas que atienden en servicios públicos) y finalmente 5.- los factores relacionados directamente con la actitud y habilidades blandas de los dentistas, específicamente con la capacidad de generar una relación paciente – dentista efectiva. Adicionalmente se reconoció que existe una falta de percepción de necesidad de atención odontológica en personas portadoras de prótesis totales, es decir, pacientes con edentulismo completo. Dentro de las propuestas descritas, se mencionan principalmente consideraciones y actitudes que dependerán del dentista y del personal odontológico, como también de la voluntad política del gobierno al momento de habilitar los espacios y mejorar las condiciones en las que se entrega la atención en los centros de salud públicos.

### **8.1 Limitaciones del estudio**

Este estudio presenta limitaciones propias de la metodología cualitativa. Dentro de este marco, más bien flexible, podemos mencionar que la selección del número de participantes se llevó a cabo a través de la utilización del principio de saturación teórica, basado en la teoría fundamentada de investigación, el cual es un principio subjetivo. Si bien este principio ha sido ampliamente utilizado en investigación cualitativa de temas relacionados al sector de salud, el hecho de que recaiga en el investigador principal la responsabilidad de elegir el número de participantes, supone por si mismo un posible sesgo, ya que será él quien defina en qué punto, los nuevos datos recolectados en las entrevistas ya no representan un aporte o no contribuyen de manera adicional a la información ya disponible, obtenida a partir de las mismas entrevistas realizadas previamente a otros participantes (Cantero, 2014). El mismo fenómeno ocurre con el análisis de los datos obtenidos de las mismas; en este caso se realizó el análisis crítico del discurso a través del método

marco, que implica, por si mismo, un posible sesgo en la investigación, ya que la lectura y análisis de la información es investigador-dependiente, por lo que los fenómenos podrían ser descritos y categorizados de otra forma al ser analizados por otro investigador. Desde luego, estos dos puntos anteriormente descritos son propios de la investigación de carácter cualitativo, de manera que los resultados obtenidos no son extrapolables a todas las personas mayores y Odontólogos del país que han estado involucrados, directa o indirectamente, con atención dental recibida o entregada en los distintos programas odontológicos que ofrecen los servicios de salud, como tampoco representan a todos los odontólogos y funcionarios de salud, encargados de labores directivas en el Ministerio de Salud de Chile.

Este estudio sienta precedentes para conocer cómo los principales actores (personas mayores, odontólogos y Directivos de Salud) perciben la situación actual en Chile referente a las políticas públicas y a los Programas Odontológicos destinados para que personas mayores puedan acceder a la atención dental en sus respectivas comunas, con el fin de aportar información proveniente directamente de los participantes involucrados y que permitan complementar la evidencia existente, que principalmente corresponden a datos epidemiológicos propios de investigaciones cuantitativas realizadas en investigaciones nacionales. Este estudio abre una ventana de investigación bastante amplia: sería interesante observar un estudio cualitativo de esta índole que fuera representativo a nivel nacional, identificando en las distintas regiones las principales barreras de acceso y facilitadores descritos por los principales involucrados, con el fin de obtener información que permita la creación de Programas Odontológicos que refuercen, de manera específica, las políticas y beneficios odontológicos estatales en los lugares más desfavorecidos en el país.

## IX. CONCLUSIONES

Todos los actores participantes coinciden en que el sistema de salud chileno, a través de los establecimientos presentes en las redes asistenciales de salud primaria, no está preparado para hacer frente al elevado acúmulo de daño en Salud Oral que tienen las personas mayores de 60 años y más de nuestro país, escenario que se vuelve más preocupante dado las proyecciones demográficas que se han trazado para la población chilena en el futuro. Los participantes de este estudio coinciden en la identificación de una serie de barreras que dificultan el acceso a la atención dental de personas mayores a través de los Programas Odontológicos disponibles, que actualmente presentan una baja cobertura de acceso a los mismos. Los participantes reconocen al programa GES de Atención Integral en Salud Oral del Adulto de 60 años como el único programa destinado exclusivamente para adultos mayores, el cual presenta francas limitaciones en el acceso y en la cartera de acciones odontológicas ofertada. Frente a este escenario, todos los participantes refieren que se requiere una reformulación urgente de dicho programa, con tal que permita oportunidad de acceso a ciudadanos en un rango etario más amplio y que incluya rehabilitaciones acordes al gran daño en Salud Oral de esta población. Así también, se reconocieron otras barreras que limitarían el acceso a todos los programas odontológicos descritos, incluyendo aquellos que no están destinados exclusivamente a personas mayores, pero de los cuales sí podrían eventualmente hacer uso, si el caso lo permite. Dentro de estas, la baja difusión de información, los escasos estímulos a la captación por parte del personal de salud y el hecho de que exista una población adulta mayor económicamente activa, son aspectos en los cuales se debe trabajar a nivel país, en términos de políticas y planes de salud odontológicos dirigidos a esta población.

Por otro lado, son escasos los facilitadores de acceso a la atención odontológica de personas mayores que existen actualmente en dichos programas. Referente a las propuestas o mejoras al sistema actual que refieren los participantes, estas

dependerán de la voluntad política de los tomadores de decisiones para asignar los recursos necesarios que permitan implementar medidas que impacten significativamente en la Salud Oral y, en consecuencia, en la calidad de vida de las personas mayores en Chile. Dicho esto, los actores participantes coinciden en la actual falta de políticas públicas en Salud Oral destinadas a este grupo etario y en la necesidad de crear Programas Odontológicos que mejoren el estado de salud bucal del adulto mayor y logren mantenerlo en el tiempo.

Finalmente, el desarrollo de investigaciones en salud, tanto desde una perspectiva cuantitativa (en los hechos) como cualitativa (en la comprensión de un fenómeno social), constituirán la fuente necesaria para la toma de decisiones conscientes a la hora de diseñar dichas políticas sanitarias que logren mayor equidad y justicia social, especialmente a los grupos más desfavorecidos como lo son las personas mayores en Chile. Los datos y reflexiones derivados de este estudio, buscan este propósito.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bay, G., Macadar, D., Chakiel, J., Schkolnik, S., Guzmán, JM. (2003). Demographic Bulletin. Latin America and the Caribbean: Population Ageing 1950 – 2050 XXXVI (72), 13.

Borreani, E., Jones, E., Scambler, S., Gallagher, JE. (2010). Informing the debate on oral health care for older people: a qualitative study of older people`s views on oral health and oral health care. *Gerodontology*. 27(1): 11-18. Doi: 10.1111/j.1741-2358.2009.00274.x.

Borreani, E., Wright, D., Scambler, S., Gallagher, J. (2008). Minimising barriers to dental care in older people. *BMC Oral Health*. 8(1): 7. DOI: 10.1186/1472-6831-8-7.

Cantero, SM. (2014). Teoría fundamentada y ATLAS.ti: Recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa*. 16(1): 104-122.

Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda (2019). RESULTADOS DE CUMPLIMIENTO 2018 MECANISMOS DE INCENTIVO INSTITUCIONAL. Recuperado de: [https://www.dipres.gob.cl/598/articles-195204\\_doc\\_pdf.pdf](https://www.dipres.gob.cl/598/articles-195204_doc_pdf.pdf) (consultado 16/10/2020).

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2018). División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE). Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Presentaci%C3%B3n.-SSP-DIPRECE-Divisi%C3%B3n-de-Prevenci%C3%B3n-y-Control-de-Enfermedades.pdf>. (consultado 20/12/2020).

Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. (2019). ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO. Serie de Salud Poblacional N°2. Santiago:



Universidad del Desarrollo. Recuperado de: <https://medicina.udd.cl/centro-epidemiologia-politicas-salud/files/2019/12/ESTRUCTURA-Y-FUNCIONAMIENTO-DE-SALUD-2019.pdf>. (consultado 16/10/2020).

Finch H, Keegan J, Ward K, Sanyal Sen B. (1998). Barriers to the Receipt of Dental Care: A Qualitative Study. London: Social and Community Planning Research.

Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N. (2001). Issues in studying the organisation and delivery of health services. En: Fulop N, Allen P, Clarke A, Black N eds. Studying the Organisation and Delivery of Health Services. (pp. 1-23), London: Sage.

Gallagher J, Clarke W, Eaton K, Wilson NHF. (2007). Dentistry – a professional contained career in healthcare: a qualitative study of Vocational Dental Practitioners' professional expectations. *BMC Oral Health*; 7:16. Doi: 10.1186/1472-6831-7-16.

Gamonal, J., Mendoza, C., Espinoza, I., Muñoz, A., Urzúa, I., Aranda, W., et al. (2010). Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol*. 81(10):1403–10.

Gil Nebot MA, Estrada C, Pires ML, Aguirre M. (2002). La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 76(5): 451-459.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018). Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050.Total país. Metodología y principales resultados. Recuperado de: <https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/metodologia-estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-chile-1992-2050.pdf> (consultado 18/04/2020).

Instituto Nacional de Estadística (INE). Tasa de participación: *nacional y regional según tramo etario, trimestre móvil* (2020). Recuperado de: <https://stat.ine.cl/?lang=es#> (consultado 23.04.2020).

Jackson, R., Strauss, R., Howe, N. (2009). GLOBAL AGING INITIATIVE CENTER FOR STRATEGIC AND INTERNATIONAL STUDIES. El Desafío del Envejecimiento en América Latina Recuperado de: <https://www.globalaginginstitute.org/assets/client-assets/common/downloads/publications/2009-Latin-Americas-Aging-Challenge-ES.pdf>. (consultado 21/05/2020).

John, M., Patrick, D., Slade, G. (2002). The German version of the Oral Health Impact Profile-translation and psychometric properties. *Eur J Oral Sci.* 110 (6): 425-433.

Kuzel, AJ. (1992). Sampling in qualitative inquiry. En: Crabtree BF y Miller WL. Doing qualitative research. Newbury Park: Sage, 31-44.

León, S., Giacaman, R. (2016). Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría. *RevMed Chile*, 144: 496-502.

Marcel, M., Guzman, M., Sanginés, M. (2014). En *Presupuestos para el desarrollo en América Latina*. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Presupuestos-para-el-desarrollo-en-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>.

Mcintyre, M., Francis, K., Chapman, Y. (2012). Critical Discourse Analysis: Understanding Change in Maternity Services: Critical Discourse Analysis. En *International Journal of Nursing Practice* 18(1):36-43.

Mercado-Martínez, F J. (2002). Qualitative research in Latin America: Critical perspectives on health. *IJQM*, 1:1-26.

Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile - Cooperación Alemana GIZ, Departamento de Desarrollo Estratégico (2011). Diseño e implementación de una metodología de evaluación, seguimiento y acompañamiento de la reforma de la salud de Chile. Recuperado de: <https://www.paho.org/chi/images/PDFs/resumenejecutivo.pdf?ua=1>. (consultado 15/10/2020).

Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (18 de junio de 2002). Artículo 1 [Título I]. OTORGA BENEFICIOS A SALUD PRIMARIA [Ley 19.813 de 314].DO: 25.06.2002

Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2010). Análisis de situación de salud bucal en Chile. Recuperado de <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/An%c3%a1lisis%20de%20Situaci%c3%b3n%20Salud%20Bucal%20final%20pdf.pdf>. (consultado 30/04/2020).

Ministerio de Salud (MINSAL), Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile (2018). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Segunda entrega de resultados. Recuperado de: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf). (consultado 12/04/2020).

Ministerio de Salud (MINSAL), Departamento de Salud Bucal, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile (2017). Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030. Recuperado de: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%CBAblica-20\\_12\\_2017.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%CBAblica-20_12_2017.pdf). (consultado 14/10/2020).

Ministerio de Salud (MINSAL), División de atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Gobierno de Chile (2018). Orientaciones técnicas Metas Sanitarias 2019. Recuperado de: <https://www.ssmaule.cl/dig/ControlDeGestion/Metas%20APS/2019/definiciones/Ori>

entaci%C3%B3n%20T%C3%A9cnica%20Metas%20sanitarias\_2019.pdf.  
(consultado 08/11/2020).

Ministerio de Salud (MINSAL), División de Atención Primaria, Unidad Odontológica, Gobierno de Chile (2019). Orientaciones técnico-administrativas para la ejecución del programa Mejoramiento del Acceso 2019. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Mejoramiento-del-Acceso-2019.pdf>. (consultado 19/05/2020).

Ministerio de Salud (MINSAL), División de Atención Primaria, Unidad Odontológica, Gobierno de Chile (2019). Orientaciones técnico-administrativas para la ejecución del programa Ges Odontológico 2019. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-GES-Odontol%C3%B3gico-2019.pdf>. (consultado 01/05/2020).

Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2020). Orientaciones para la planificación y programación en Red 2021. Recuperado de: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908\\_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf). (consultado 10/12/2020)

Ministerio de Salud (MINSAL), Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. (s.f). Beneficiarios Fonasa, ¿Qué es el AUGE o GES?. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-4605.html>. (consultado 16/10/2020).

Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (s.f). Problemas de salud, Salud oral integral del adulto de 60 años. Recuperado de: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/47>. (consultado 03/05/2020) .

Ministerio de Salud (MINSAL), División de Atención Primaria, Unidad Odontológica, Gobierno de Chile (2019). Orientaciones técnico-administrativas para la ejecución

del programa Odontológico integral 2019. Recuperado de: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Odontol%C3%B3gico-Integral-2019.pdf>. (consultado 25/04/2020).

Ministerio del Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile. (2018). Encuesta Casen 2017, SALUD, Síntesis de resultados. Recuperado de: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados\\_Salud\\_casen\\_2017.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf). (consultado 17/10/2020).

Monsalves, MJ. (2012). Revista Chilena de Salud Pública. La odontología que vivimos y no queremos: Una crítica al escenario actual. 16 (2), 241-246.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y ciclo de vida: Datos interesantes acerca del envejecimiento. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>. (consultado 20/05/2020).

Parada L, Bobenrieth M. (2013). Metodología cualitativa de investigación científica. En: *Cómo investigar con éxito en ciencias de la salud. EASP*; 2013. p. 340–405  
 Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Recuperado de: [http://concreactraul.weebly.com/uploads/2/2/9/5/22958232/investigacin\\_cualitativa.pdf](http://concreactraul.weebly.com/uploads/2/2/9/5/22958232/investigacin_cualitativa.pdf)

Petersen P, WHO Oral Health Programme. (2003). The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme.

Petersen, PE., Kandelman, D., Arpin, S., Ogawa, H. (2010). Global oral health of older people-call for public health action. *Community Dent Health*. 27 (4 Suppl 2): 257-67

Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento, Unidad de Redes Transdisciplinarias, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile (2019). Policy paper “Salud oral en personas mayores: un desafío multidimensional para Chile”. Policy paper N°2. Serie Envejecimiento. Santiago, Chile: Universidad de Chile.

Ritchie J, Spencer L, O'Connor W. (2003). Carrying out qualitative analysis. En: Ritchie J, Lewis J eds. *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. (pp. 219-260), London: Sage.

Russell, B. (2006). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. 4th ed. Lanham, MD: AltaMira Press.

Scully, C., Diz, P., Kumar, N. (2007). Appropriate oral health care. En *Special Care in Dentistry Handbook of Oral Healthcare* (512. <5-25>), Londres. Elsevier.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. Noticias (miércoles 27 de diciembre, 2017): CENSO 2017 REVELÓ QUE MÁS DEL 16% DE LA POBLACIÓN CHILENA ES ADULTO MAYOR. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/noticias/censo-2017-revelo-que-mas-del-16-de-la-poblacion-chilena-es-adulto-mayor>. (consultado 10/04/2020).

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. (2016). *Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012*. Recuperado de: <http://omayor.cl/wp-content/uploads/2016/05/Pol-tica-Integral-de-Envejecimiento-Activo.pdf>. (consultado 04/04/2020).

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Ministerio de Desarrollo Social y Familiar, Gobierno de Chile. (s.f). *Quiénes somos: Servicio Nacional del Adulto Mayor*. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/servicio-nacional-del-adulto-mayor>. (consultado 18/10/2020).

Smith, J. (2007). Critical Discourse Analysis for Nursing Research. En *Nursing Inquiry* 14(1):60-70.

Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (s.f). Salud Oral Integral del Adulto del 60 años. Recuperado de: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-3697.html>. (consultado 19/12/2020)

Teun A. van Dijk. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos* (Barcelona), 186, septiembre-octubre 1999, 23-36.

Tsakos G. (2011). Inequalities in oral health of the elderly: rising to the public health challenge? *J Dent Res.* 90(6): 689-690.

Ulin P, Robinson E, Tolley E. (2006). Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos. Washington, D.C: OPS.; Family Health Internacional; (Publicación Científica y Técnica No. 614).

Urzua, I., Mendoza, C., Arteaga, O., Rodríguez, G., Cabello, R., Faleiros, S., et al. (2012). Dental caries prevalence and tooth loss in Chilean adult population: first national dental examination survey. *Int J Dent.* 2012:810170.

Valenzuela, M. (2015). Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿Es necesaria una reforma al GES de 60 años? *RevChil Salud Pública.* 19 (2), 181-187.

Watt, RG., Heilmann, A., Listl, S., Peres, MA. (2016). London Charter on Oral Health Inequalities. *J Dent Res,* 95(3): 245-247.

## XI. ANEXO 1. CARTA APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE.



COMITÉ ÉTICA CIENTÍFICA DE LA INVESTIGACIÓN  
DRA. MRM/au.

CARTA N° 60 /

REF.: Solicitud de Revisión Proyecto de Investigación. Dr. Jorge Gamonal A. Ingreso Código 41/2018

MAT: Remite resultado de la revisión del proyecto de investigación realizada por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente

SANTIAGO, 21 de diciembre del 2018

Dr. Jorge Gamonal A.

Universidad de Chile

Junto con saludar, por medio de la presente el Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, informa a UD. que en la sesión ordinaria N° 15 de fecha 20.12.2018 se resuelve revisión del estudio que se individualiza a continuación:

**"EXAMEN DENTAL PREVENTIVO DEL ADULTO MAYOR (EDePAM) CIN CONTROL DE RIESGO Y DE LAS COMPLICACIONES DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES: MEJORANDO LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN CHILE"**

El proyecto de investigación tenido a la vista, tiene registro de ingreso N°41/2018 y cumple con los requisitos de revisión del Comité.

Conforme a la misma, atendiendo el Artículo 22, numeral 2, del Reglamento Interno del Comité, aprobado por R.E. N°38 del 10.01.2018 y contando con la asistencia de los siguientes integrantes:



D. Mirza Retamal M.  
 D. Jorge Mena O.  
 D. Herman Würth C.  
 D. Nancy Rodríguez D.


El Comité ha el Comité ha decidido:

#### **APROBAR EL ESTUDIO PROPUESTO**


Felicitándole por su investigación, como parte del seguimiento que se realiza de todo protocolo llevado a cabo en esta red de salud, este Comité requiere que usted envíe informe final del proyecto una vez ejecutado.

En la eventualidad de querer incorporar nuevas modificaciones, como, por ejemplo, diseño o rediseño de instrumentos de recolección de datos, cambios en la muestra, personal responsable, procedimientos especificados en el protocolo aprobado, u otros, el investigador deberá notificarlo al Comité para ser sometido a una nueva evaluación, antes de que el investigador ejecute esos cambios.

Quedando a su entera disposición, se despiden cordialmente

  
**DRA. MIRZA RETAMAL MORAGA**  
**VICE-PRESIDENTE**  
**COMITÉ DE ÉTICA DE LA**  
**INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**  
**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO**  
**OCCIDENTE**



  
**DR. JORGE MENA ORDÓÑEZ**  
**SECRETARIO (S)**  
**COMITÉ DE ÉTICA DE LA**  
**INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**  
**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO**  
**OCCIDENTE**

#### **DISTRIBUCIÓN:**

- o Destinatario
- o Archivo CEC Occ.

## XII. ANEXO 2. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A PERSONAS MAYORES.



### Evaluación Cualitativa Proyecto EDEPAM

#### Entrevista Semiestructurada a Pacientes

Objetivo: Conocer la percepción del entrevistado (adulto mayor) respecto a la necesidades de atención, posibilidades de tratamiento y valorización de su estado de salud bucal.

Duración: 15 minutos aprox. (audio grabado)

#### Preguntas:

1. ¿Cuál es la percepción de su salud bucal?  
Si es regular o mala ¿Cómo le afecta en su vida diaria?
2. ¿Cuándo fue su última visita al dentista?  
¿En que establecimiento (tipo) recibió la última atención?  
¿Cuál fue el motivo de su consulta?
3. ¿Conoce el GES?  
¿Conoce el GES dental?  
¿Conoce el GES dental de 60 años?  
¿Ha sido atendido por el GES de 60 años?  
Si la última respuesta es afirmativa, ¿Cuál es su apreciación de la atención recibida?  
¿Cubrió sus expectativas?
4. ¿Qué opina respecto a las posibilidades de tratamientos dentales para adultos mayores que ofrece el sistema de salud en Chile?  
¿Qué mejoraría o incluiría?
5. Si hoy usted tuviera la posibilidad de atención dental, ¿haría uso de ese beneficio?  
¿Qué le gustaría solucionar?  
¿Qué tipo de tratamiento conoce y cual le gustaría para usted?  
¿Considera que ese tratamiento mejorará su calidad de vida?  
Si es afirmativo, ¿de que manera cree usted que podría mejorar su calidad de vida?

### XIII. ANEXO 3. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A ODONTÓLOGOS Y DIRECTIVOS DE SALUD.



#### **Evaluación Cualitativa Proyecto EDEPAM**

##### **Entrevista Semiestructurada a odontólogos o Directivos de Salud**

**Objetivo:** Conocer la percepción del entrevistado respecto a las políticas de salud bucal en el adulto mayor en Chile (incluyendo GES dental de 60 años).

**Duración:** 15 minutos aprox. (audio grabado)

##### **Preguntas:**

1. ¿Cuál es su percepción general respecto a las políticas de salud bucal para los adultos mayores en Chile?
2. ¿Qué opina usted respecto a la cobertura (cantidad de pacientes que se atienden al año) tanto de la atención dental del adulto mayor en general y del GES de 60 años en particular?
3. ¿Cuáles cree usted que son las barreras de acceso de la atención odontológica tanto de la atención dental del adulto mayor en general y del GES de 60 años en particular?
4. ¿Cuáles cree usted que son los facilitadores del acceso de la atención odontológica tanto de la atención dental del adulto mayor en general y del GES de 60 años en particular?
5. ¿Qué soluciones visualiza o propone para mejorar estas políticas de salud bucal?