

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región
de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”**

Sebastián Xiao Lung Toledo Lay

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESOR GUIA DE TESIS: DR. MARCO CORNEJO OVALLE

Santiago, NOVIEMBRE 2022

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

Sebastián Xiao Lung Toledo Lay

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESOR GUIA DE TESIS: DR. MARCO CORNEJO OVALLE

Santiago, NOVIEMBRE 2022

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO	10
MARCO TEÓRICO	11
1. Salud Oral en Chile	11
1.1 Perfil Epidemiológico	11
1.2 Programas de Salud Oral en Marco del Ciclo Vital	13
1.3 Enfoque Promocional Preventivo	14
1.4 Respuesta del Sistema de Salud a Grupos Más Vulnerables	16
1.5 Salud Oral de la Mujer en Chile.	18
2. Programa Odontológico Más Sonrisas para Chile	19
3. Percepción de Tratamiento en Salud	22
3.1 Trato Usuario en Chile	23
3.2 Calidad de Vida Relacionado con Salud Oral (CVRSO)	24
3.3 Participación Social/Comunitaria	25
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	27
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO	28
METODOLOGÍA	29
1. Consideraciones Metodológicas Generales	29
2. Diseño Metodológico	29
3. Emplazamiento	29
4. Selección del Universo y Muestra	30
5. Recolección y Análisis de la Información	32
6. Análisis de la Información	33
7. Consideraciones Éticas	37
RESULTADOS	38
1. Perfil de Participantes	38
2. Percepción Usuaria del PMSC	42
3. Acción Intersectorial para la Salud	60
4. Adherencia a los Criterios de Priorización	66
5. Programa de Salud Multidisciplinario	72
DISCUSIÓN	79

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

FORTALEZAS Y LIMITACIONES	86
CONCLUSIONES	87
BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	97
Anexo 1: Protocolo de contacto	97
Anexo 2: Consentimiento Informado Entrevista	98
Anexo 3: Consentimiento Informado Grupo de Discusión	100
Anexo 4: Pauta de Entrevista	102
Anexo 5: Pauta Grupo de Discusión	104
Anexo 6: Compromiso de confidencialidad	105
Anexo 7: Aprobación Comité de Ética	107

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Muestreo teórico por criterios de perfiles de usuarias	30
Tabla 2. Tabla de Codificación	33
Tabla 3. Perfiles de usuarias entrevistadas	38
Tabla 4. Perfiles de actores claves participantes del grupo de discusión	39

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Programas de atención odontológica 2021 -2030	13
Ilustración 2. Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi	16
Ilustración 3. Categorías de Análisis	35
Ilustración 4. Percepción usuaria del PMSC	41
Ilustración 5. Acción Intersectorial para la Salud	59
Ilustración 6. Adherencia a los Criterios de Priorización	65
Ilustración 7. Programa de Salud Multidisciplinario	71

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi esposa María Fernanda por apoyarme en este proceso académico familiar, puesto que tomamos la decisión juntos para que yo postulara al Magister, y por cosas de la vida en pleno Magister (julio de 2019), nació nuestra Emma. Sin ti esto no podría haber sido posible (viajes a Santiago, conexiones eternas por Zoom, fines de semanas estudiando, etc.). También destacar el apoyo incondicional de mi familia en todos nuestros proyectos (mamá, papá, hermana, muchas gracias).

Agradecer a mis compañeros de Magister, a mi grupo de bases conceptuales y en especial a Andrea que siempre me apoyo cuando necesite ayuda (siempre).

Agradecer a mi tutor Marco Cornejo, por permitirme trabajar con él y orientarme en este arte de la salud pública, no solo odontológica. A pesar de la distancia siempre tuvo espacios para retroalimentar mis propuestas y estimular esta tesis con su gran visión y experiencia.

Agradecer a las 8 usuarias que enriquecieron esta tesis con sus experiencias personales, abriéndome las puertas de sus casas y trabajos a un actor desconocido. También agradecer a los actores claves del intersector por su participación y vocación.

Por último agradecer a José, Alfredo, Rudy y Rene, quienes siempre tuvieron una palabra de aliento y consejo en este largo camino.

RESUMEN

Antecedentes: La salud bucal pública en Chile está orientada a mejorar y mantener la salud de la población, mediante la Atención Primaria de Salud (APS). Las patologías bucodentales representan una alta carga de enfermedad, principalmente en los más desfavorecidas. Las políticas públicas en salud oral recogen la perspectiva de género el 2014 con el Programa Mas Sonrisas para Chile (PMSC).

Objetivos: Evaluar el PMSC desarrollado el año 2019 en la Región de Tarapacá, a través de la percepción de las usuarias y valoración de actores claves de instituciones del intersector.

Metodología: Metodología cualitativa con abordaje exploratorio, mediante un análisis narrativo de contenido. Se realizó un muestreo teórico por criterios de perfiles de usuarias y por conveniencia a los actores claves. La recolección de información se realizó mediante entrevistas y grupo de discusión. La información se codifico y categorizo en categorías de análisis.

Resultados-Conclusiones: La percepción usuaria del PMSC es positiva, ya que “funciona” y se adapta a las necesidades de las pacientes. Los actores claves del intersector reconocen el alto valor social del programa, pero acusan una descoordinación transversal del intersector. Se recomienda ajustar la canasta, la priorización, el seguimiento y los laboratorios para mejorar la calidad percibida por las usuarias.

INTRODUCCIÓN

La atención pública en salud bucal en Chile está orientada a mejorar y mantener la salud bucal de la población. Para mejorar y alcanzar estos objetivos los planes y programas que reflejan las políticas públicas deben tener un correcto diseño, monitoreo y evaluación de su implementación. Buscando favorecer y fortalecer la intersectorialidad, participación comunitaria, formación y desarrollo de equipos de salud acordes a las necesidades orales de las personas (1).

Los recientes esfuerzos para responder a las necesidades de la población se formalizaron mediante la construcción participativa del Plan Nacional de Salud Bucal 2018 – 2030, el cual identificó las prioridades sanitarias y desafíos, además trazó la hoja de ruta de mediano y largo plazo. Mediante la metodología de planificación estratégica se establecieron los principios valóricos, la misión y visión, los objetivos estratégicos y las acciones a seguir que el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Red Asistencial se propusieron para contribuir a elevar el nivel de salud oral de toda la población y reducir las desigualdades injustas (2).

El Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario establece un modo de hacer salud en nuestro país. El desafío para los equipos de salud es trabajar en un sistema basado en la Atención Primaria de Salud (APS), centrado en las personas, la integralidad de la atención y continuidad del cuidado (3). Por estas razones los programas de atención odontológica que se desarrollan en APS buscan fortalecer el acceso a la atención odontológica de la población más vulnerable (2), contribuyendo a la disminución de las grandes brechas de equidad existente (3).

A pesar de los avances a nivel mundial en la odontología, las patologías bucodentales representan una alta carga de enfermedad, principalmente en las comunidades más pobres y desfavorecidas, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. La mala salud oral tiene profundos efectos en la salud general (dolor, molestias, problemas para comer, comunicarse, sonreír, masticar, etc.), afectando la vida cotidiana de las personas (4, 5).

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son las condiciones en las que las personas se desarrollan. Dichas condiciones impactan en sus vidas y estado de salud (6). Nos

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

explican las causas o factores de desigualdad en salud como es el género, el cual es un determinante estructural de la salud, que no solo se define como un conjunto de roles sociales, su orientación debe ser más amplia (considerando relaciones de poder, normas, responsabilidades, expectativas, sexualidad, distribución de recursos, trabajo, etc.) para entender cómo funciona su relación con la salud (7). Y por ello, la formulación de políticas públicas en salud con perspectiva de género debe considerar (8):

- 1) Los determinantes de la salud relacionados con el género.
- 2) Las conductas en salud en función del género.
- 3) Las respuestas del sistema de salud en función del género.

Las políticas públicas en salud oral buscan acercar e implementar estrategias para mantener y mejorar el estado de salud de la población, recogiendo la perspectiva de género. Un ejemplo de política pública con perspectiva de género en salud oral es el Programa Mas Sonrisas para Chile (PMSC), implementado desde 2014, el cual se focalizo en las mujeres, población con mayor daño acumulado por falta de atención (justificación del enfoque de género) (2). Este programa nace inicialmente con el nombre Mujeres y Hombres de Escasos Recursos. Su objetivo inicial era recuperar integralmente la salud oral de hombres y mujeres, mediante acciones educativas de promoción y prevención en salud oral para contribuir a la calidad de vida individual y familiar (9).

La Dirección de Presupuesto (DIPRES) del Gobierno de Chile realizó el año 2005 el estudio “Evaluación en profundidad del Programa de Reforzamiento de Atención Primaria de Salud”, el cual incluyó al componente odontológico (periodo de evaluación 1999 – 2003) Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (9). Dicho informe entregó las siguientes recomendaciones:

- Determinar la validez del componente Odontológico como programa de salud.
- Reconsiderar la posibilidad de reactivar líneas de cooperación intersectorial.
- Revisar la ejecución de la focalización (¿Por qué no enfocarse en población general?).
- Mejorar el seguimiento de los pacientes.

El año 2017 la DIPRES realizó una evaluación al “Programa Más Sonrisas para Chile” (periodo de evaluación 2014-2016) (10). Dicho informe entregó las siguientes recomendaciones:

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

- Definir la población potencial, objetivo para medir cobertura y edad mínima de ingreso.
- Establecer canastas diferenciadas de acuerdo al grado y complejidad del daño.
- Evaluar factibilidad de efectuar compras de insumos al por mayor.
- Incorporar en los convenios criterios para garantizar calidad de los profesionales, materiales e insumos utilizados.
- Modificar el diseño y uso de las auditorías como herramientas de control de calidad.
- Evaluar el uso de la plataforma de control financiero que tiene la APS.

La recomendación de modificar el diseño y utilidad de las auditorías como herramientas de control llevaron a que los datos de las auditorías se subieran a la página odontoaps.minsal.cl (centralizar datos), lo cual justifica la necesidad de contar con un proceso formal de mejoramiento continuo que corrija las desviaciones detectadas en las auditorías (gestión de calidad) y que está siendo desaprovechado. Los informes por Servicio de Salud de las auditorías deben ser instrumentos de gestión e impacto para la mejora y evaluación de la continuidad de los convenios con las Municipalidades (9).

La finalidad de esta investigación es conocer la percepción usuaria de las participantes del PMSC 2019 realizado en la región de Tarapacá respecto al tratamiento recibido, integrando mecanismos de participación social/comunitaria (control ciudadano) a la gestión pública, fomentando la producción social de salud mediante el involucramiento activo de este (11). Buscando dar valor al cómo se perciben los tratamientos y no solo al número de tratamientos realizados.

JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

Dentro de los programas odontológicos que se realizan en Chile, el Programa Odontológico Integral en su componente PMSC y Hombres de Escasos Recursos cuenta dentro de sus indicadores con la auditoría del 5% de las altas de cada programa (12). Estas auditorías presentan como indicador “cumple” o “no cumple” el número de auditorías realizadas, lo que ocasiona una pérdida de información para la toma de decisiones, seguimiento y evaluación (1). Las auditorías están a cargo de los Servicios de Salud, quienes licitan las auditorías a terceros para que realicen la supervisión y control de las actividades llevadas a cabo. Dos evaluaciones realizadas por la DIPRES (8, 9) recomendaron que:

- Existen papeles difusos en la cadena de ejecución dado el rol de los Servicios de Salud, en lo referente a la supervisión y control de actividades llevadas a cabo por los municipios.
- La satisfacción percibida acerca de las prótesis dentales entregadas a los beneficiarios es buena o muy buena, pero del total de razones entregadas por los beneficiarios (25% de los que recibieron prótesis) para no utilizar la prótesis superior o inferior, el 82% se asocia a una percepción de mala calidad de la prótesis o del tratamiento.

Estas diferencias en la percepción requieren incluir la realidad social de los individuos, mediante la percepción del usuario en su propio contexto (13) para crear control y compromiso social en salud. En cuanto a la ejecución existen amplios espacios de acción dada la falta de especificación, lo que genera una amplia diversidad de calidad y cantidad de actividades odontológicas (restauraciones, prótesis dentales, tratamientos, etc.) desarrolladas entre distintos Servicios de Salud (9). Por lo que se debe modificar la forma en que están diseñadas y son utilizadas las auditorías como herramientas de control de calidad en la actualidad (10).

MARCO TEÓRICO

En el siguiente marco teórico se presentarán elementos conceptuales para el desarrollo de este trabajo de tesis. Se desarrollaran además 3 ejes temáticos: 1) Salud Oral en Chile, 2) Programa Odontológico Mas Sonrisas para Chile y 3) Percepción del Tratamiento en Salud.

1) Salud Oral en Chile

A lo largo de la historia el concepto de salud ha evolucionado desde la concepción mágica donde se consideraba a la salud un regalo y su ausencia un castigo divino, hasta la definición actual de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que considera la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (8). Asimismo la salud oral de las personas está estrechamente relacionada con la salud general, por esta razón la OMS definió la salud oral como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o 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”(14).

La Federación Dental Internacional (FDI) define la salud oral como “una salud polifacética que incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, sentir, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodidad ni enfermedad del complejo craneofacial”(15).

El Ministerio de Salud de Chile reconoce a la salud bucal como una de las prioridades de salud del país, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida (16).

1.1) Perfil Epidemiológico

Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, constituyendo un importante problema de salud pública (alta prevalencia, impacto negativo

en salud oral y sistémica, y alto costo de tratamiento). Las enfermedades bucales comparten factores de riesgo con otras enfermedades crónicas como cáncer y diabetes entre otras (2). Las enfermedades bucales más prevalentes son la caries y las enfermedades periodontales.

La caries dental se inicia desde los primeros años de vida y presenta un importante aumento a lo largo del ciclo vital. Estudios nacionales indican que la prevalencia de caries a los 2 años es de 17.5%, a los 4 años de 49.6%, a los 6 años de 70.4%, a los 12 años de 62.5% y en los adultos de 65 – 74 años aumenta hasta un 99.4%. La severidad en dentición temporal, medida por el índice ceod (índice que expresa los dientes cariados, obturados y extraídos por caries en dentición temporal) es de 0.5 a los 2 años, 2.3 a los 4 años y 3.7 a los 6 años. En dentición permanente, medida por el índice COPD (índice que expresa los dientes cariados, obturados y perdidos por caries en dentición permanente) es de 0.13 a los 6 años, 1.9 a los 12 años, 15.1 en adultos de 35 – 44 años y 21.57 en adultos de 65 -74 años. Las mujeres de 35 – 44 años presentan mayor severidad que los hombres del mismo grupo (COPD 15.86 y 14.1 respectivamente) (2).

Estudios nacionales e internacionales disponibles también muestran que existen inequidades en la prevalencia y severidad del daño por caries en la población infantil y adulta, afectando más a los más desfavorecidos por su nivel socioeconómico y ruralidad. Estas diferencias aumentan con la edad (16, 17, 19).

La prevalencia de gingivitis en niños de 2 años es de 32.6%, aumentando sostenidamente a 66.9% a los 12 años. Las enfermedades periodontales (medidas con el indicador pérdida de inserción clínica) fueron de 39% para el grupo de 35 – 44 años y de 69% para el grupo de 65 – 74 años.

Las principales causas de pérdida de dientes en Chile son la caries dental y la enfermedad periodontal. La población de 35 – 44 años tiene un promedio de 6.5 dientes perdidos mientras en la población de 65 – 74 años el promedio es de 15.8 dientes perdidos (2).

Considerando que los problemas en salud oral afectan a la población chilena de todos los grupos etarios de forma transversal, las políticas públicas en salud oral deben estar

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

inmersas en todo el ciclo vital, desarrollando acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la salud bucal.

1.2) Programas de Salud Oral en marco del Ciclo Vital

Los programas de salud oral tienen un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital. Su objetivo es lograr identificar los procesos biológicos, comportamentales y psicosociales fundamentales que intervienen a lo largo de la vida en la salud oral de nuestra población (20).

Las etapas del desarrollo del ser humano están representadas en el ciclo vital de cada persona (infancia, adolescentes y jóvenes, persona adulta y personas adultas mayores), los cuales tienen características y necesidades específicas en salud. Durante el ciclo vital existen periodos críticos en donde la exposición a ciertos factores ambientales puede ser nocivos para la salud y afectar el potencial de salud a largo plazo. La infancia y la adolescencia son identificadas como fases sensibles del desarrollo en las cuales las aptitudes sociales y cognitivas, los hábitos y los valores se adquieren con mayor facilidad que otros periodos. Esto nos ofrece la oportunidad de implementar la atención de salud oral con enfoque en la promoción, prevención y detección temprana desde la primera infancia (20).

En el marco de la provisión de servicios odontológicos de calidad, el Estado de Chile a través del Plan Nacional de Salud Bucal 2021-2030 busca responder a las necesidades de cada ciclo vital con los programas de atención odontológica en los centros de APS (Ilustración1):

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

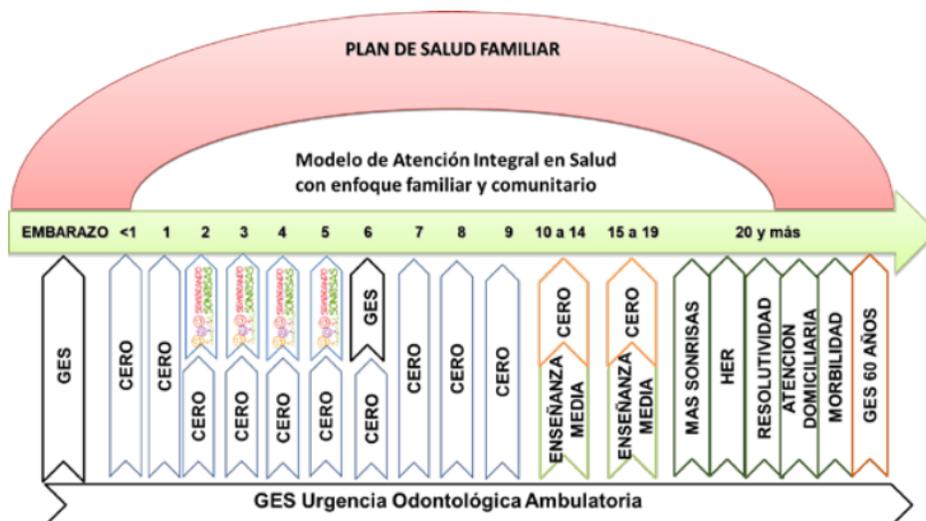


Ilustración 1: Programas de atención odontológica desarrollados en la atención primaria de salud. Imagen obtenida del Plan Nacional de Salud Bucal 2021 -2030.

Los programas odontológicos en sus orientaciones técnicas presentan actividades de promoción y prevención de enfermedades bucales para fomentar hábitos saludables como la ingesta de agua, alimentación saludable e higiene bucal, junto con la intervención preventiva en alcohol, tabaco y otras drogas (12). Estos programas están asociados a la cotización obligatoria en el sector público de salud en Chile. Los afiliados a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) tienen derecho a recibir atención dental a través de las Garantías Explícitas en Salud (GES), pero realizando un pago adicional al obligatorio. Los planes de salud privado ofrecen cobertura dental en modalidad libre elección, o sea que las prestaciones odontológicas en el subsistema privado dependen de la capacidad de pago individual (21).

1.3) Enfoque promocional preventivo

Los padres cuando nace su hija (o) otorgan poca importancia a la salud bucal, pero a medida que su hija (o) crece y aparecen los dientes, la boca va ganando importancia, jugando un papel crucial en la masticación, alimentación y fonación, adquiriendo relevancia desde el punto de vista social (22).

La caries dental es un problema de salud pública y las consecuencias y daño por caries dental son acumulativos. Si la población infantil tiene una gran carga de enfermedad

tendremos una población adolescente muy enferma y consecutivamente una población adulta con las secuelas de la enfermedad (pérdida dentaria), afectando su calidad de vida. El tratamiento restaurador convencional por sí solo no logra controlar la enfermedad y este enfoque restaurador obedece a la lógica del alta odontológica que como concepto básico corresponde a una respuesta del sistema de salud a enfermedades agudas e infectocontagiosas (23) y la caries es una enfermedad crónica.

Existe evidencia que en algunos países europeos no se restauran los dientes primarios, concentrando sus recursos en tratamientos preventivos, dejando el foco restaurador para los dientes permanentes. El tratamiento más efectivo para prevenir el desarrollo de lesiones de caries y detener el avance de las ya existentes, es el control de la placa dental mediante la modificación de los factores de riesgo alterados e instaurar medidas de tratamiento no invasivos (sellado de dientes, aplicación de flúor, pulido dental, etc.) (23).

Por estos motivos el año 2017 el MINSAL implemento el programa Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO), instalando medidas de protección específicas para las patologías bucales más prevalentes. El objetivo es aumentar la población de niños, niñas, jóvenes y adolescentes (NNJA) libres de caries a través de controles anuales desde los 6 meses hasta los 19 años (el año 2021 este se amplió hasta los 19 años mediante el programa CERO Infantil y CERO Adolescente). Durante el desarrollo del programa se realiza un único ingreso y anualmente se aplica un formulario CERO que considera 6 ámbitos (anamnesis, condición clínica, higiene, dieta, fluoruros y motivación de los padres/cuidadores) para establecer el riesgo cariogénico de los NNJA (calificando de alto riesgo o bajo riesgo al NNJA), este determina las medidas de prevención específicas a aplicar y el número de controles anuales.

Lo que se busca es reducir la prevalencia e incidencia de las patologías orales más frecuentes en la población a través de la reducción de factores de riesgo, controles de higiene y la implantación de hábitos saludables. Enfocándose en mantener la salud y aumentar la cantidad de población sana mediante un sistema que se hace cargo e involucra a sus usuarios desde el primer momento (2, 21).

1.4) Respuesta del sistema de salud a grupos más vulnerables

Los sistemas de salud (SS) son la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Estos deben proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (24). Los SS tienen éxito cuando las personas se mantienen sanas o en caso de enfermar tienen acceso a los servicios sanitarios de acuerdo a su necesidad (25). La desigualdad en salud es la diferencia en salud de los individuos o grupos (no considera si la diferencia observada es razonable o justa). Por el contrario una inequidad en salud es un tipo de desigualdad que denota una diferencia injusta y evitable. Es necesario reconocer las diferencias en salud entre grupos sociales para focalizar las inversiones hacia grupos más desfavorecidos, mediante la formulación de políticas y programas que busquen eliminar estas diferencias. (26).

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2017 en sus resultados de salud muestra que (27):

- El 88,9% de la población rural es FONASA.
- El 92% del primer decil de ingreso es FONASA.
- El 78,8% de las personas del primer quintil más pobre ocuparon la prestación consulta dental en establecimientos públicos los últimos 3 meses.
- Las personas del cuarto y quinto quintil recibieron más prestación de consulta dental respecto al primer quintil más pobre.
- El 80,6% de las mujeres pertenecen a FONASA (versus el 75% de los hombres).
- El 22,3% de las mujeres declara haber tenido algún problema de salud general en los últimos 3 meses (versus el 17,3% de los hombres).
- El porcentaje de mujeres que declaró haber tenido algún problema de salud fue significativamente mayor en el tramo de edad de 20 y más años.
- Las mujeres consultan más al dentista que los hombres.
- La percepción del estado de salud de todos los tramos de 15 años o más es peor significativamente para mujeres.

Esto muestra las inequidades que existen en salud según grupos social, lugar de residencia, sexo y recursos.

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

El nivel de salud está condicionado por los determinantes sociales de la salud (DSS), los que se definen “como aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud” y las características que influyen en las condiciones sociales en que la gente vive y trabaja, los cuales se traducen en efectos sobre la salud (28). El sistema sanitario como DSS tiene la responsabilidad de tener una función activa en las condiciones sociales que afectan la salud, a través del acceso equitativo a los servicios de salud, apuntando a que todas las personas tengan la misma oportunidad de obtener su máximo potencial de salud independiente de su capacidad de pago (equidad en salud) (25).

El “Modelo de Cobertura Efectiva” de Tanahashi (Ilustración 2) explica que el acceso a la atención sanitaria es el resultado del ajuste entre la oferta de los sistemas de salud y las necesidades de salud (demanda) (25). El modelo plantea que en el proceso de acceso existe una interacción entre la provisión de servicios y la población influenciada por las características del sistema de salud, los recursos y la capacidad de la población para reconocer necesidades y buscar atención. Se consideran 4 etapas para lograr la cobertura efectiva: i) disponibilidad ii) accesibilidad iii) aceptabilidad y iv) contacto. Esto facilita la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas e identificar barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen la cobertura efectiva en cada uno de los grupos.

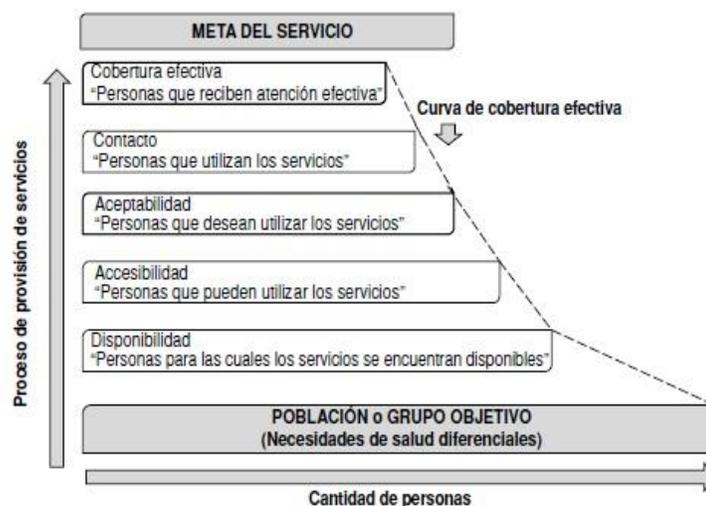


Ilustración 2: Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi.

Fuente: Imagen obtenida de la Revista Panamericana de Salud “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa”, 2013.

La cobertura efectiva de la atención dental es prioritaria, ya que afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público (29). Las políticas de salud oral han tenido un desarrollo progresivo en el acceso desde el año 1978 en nuestro país, abarcando a la fecha todos los ciclos vitales (2). La planificación y evaluación del acceso es difícil dado que los programas vigentes no disponen de sistemas de vigilancia que permitan conocer objetivamente la información para evaluar su impacto (sistema de vigilancia epidemiológica en salud oral). La falta o limitado acceso a la salud oral de las personas de mayor edad, con menor nivel educacional, con menos recursos económicos y de zonas rurales genera una mayor fragilidad social que se perpetúa en el tiempo (30).

1.5) Salud Oral de la mujer en Chile

La mujer y el hombre tienen diferencias por sexo (diferencias biológicas) y de género (organización social de los sexos), lo cual hace referencia a las funciones que estos desempeñan con relaciones de poder que sitúan a cualquiera de los sexos en ventaja o desventaja en relación a los recursos disponibles (31). En Chile, la salud de la mujer se abarcó históricamente desde la planificación familiar, la regulación de la anticoncepción y el aborto, hasta que en el año 1997 se creó el Programa de Salud de la Mujer, el cual tuvo como propósito contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas del ciclo vital, con enfoque en la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y auto cuidado en salud (32).

En Chile existe evidencia de marcadas inequidades de género en el ingreso, situación socioeconómica y laboral, acceso a la utilización de servicios de salud y financiamiento de la salud. A pesar que el nivel de escolaridad entre hombres y mujeres es similar, para iguales jornadas laborales las mujeres tienen menos ingresos, mayores cifras de pobreza, menores tasas de participación en la fuerza de trabajo y mayores tasas de desocupación. Existe también una mayor concentración de mujeres adscritas al sistema público de salud, principalmente en los quintiles de ingresos más bajos y los tramos de edad de mayor riesgo (personas mayores y mujeres en edad fértil). La mujer presenta mayor percepción de enfermedad y mayor necesidad de atención en salud, en consecuencia se debería considerar una perspectiva de género que mejore el acceso de las mujeres a las distintas prestaciones de salud (31).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

El reconocimiento de las necesidades y demandas de las mujeres (33) permitieron en el año 1995 el surgimiento de la política pública “Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar” el cual fue un componente del “Programa Nacional de Habilitación Laboral para las Mujeres de Escasos Recursos”, programa interministerial coordinado por el Servicio Nacional de la Mujer desde el año 1991 y ejecutado localmente en la red de municipalidades (34), cuyo propósito era realizar acciones destinadas a favorecer la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres. Sus objetivos eran aumentar la capacidad económica de las mujeres jefas de hogar, mejorando la calidad de vida de los integrantes del hogar mediante:

- Orientación ocupacional
- Capacitación laboral
- Nivelación de estudios
- Acceso a prestaciones de salud
- Cuidado infantil
- Regulación de títulos de dominio

Una de las líneas de acción del programa fue dar acceso a la salud y atención dental de los participantes a cargo de los Servicios de Salud en coordinación con las municipalidades. El componente Odontológico estaba destinado a promover la superación de los principales problemas de salud que dificultan la inserción y permanencia de estas mujeres en el mundo del trabajo. El año 2002 el componente realizado por el Ministerio de Salud dejó de formar parte del Programa de Habilitación Laboral del SERNAM, por lo que su intervención pasó a ser solo un conjunto de prestaciones dentales, perdiendo la posibilidad teórica de impactar en la inserción laboral (9).

En el año 2014 se crea el PMSC, tomando toda la experiencia del Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar y Sonrisas de Mujer.

2) Programa Odontológico Más Sonrisas para Chile

El año 2013 el programa odontológico estaba focalizado en hombres y mujeres (Programa Mujeres y Hombres de Escasos Recursos), del total de las altas del programa el 80% eran

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

mujeres (10). Estos resultados llevaron a reformular el programa el año 2014 en el actual “Mas Sonrisas para Chile” el cual se focaliza solo en mujeres mayores de 20 años con el objetivo de:

- Disminuir las brechas socioeconómicas de acceso a la atención odontológica.
- Aumentar la cobertura odontológica en mujeres de 20 años o más de los grupos más vulnerables a través de la APS.
- Atender a beneficiarias del sistema público de salud (FONASA A, B, C y D y/o PRAIS).
- Mejorar la autoestima y promover la reinserción social.

El propósito del PMSC es brindar una atención integral, esta incluye:

- Examen de salud bucal.
- Intervención preventiva en alcohol, tabaco y otras drogas.
- Destartraje y pulido coronario.
- Obturaciones de amalgama.
- Obturaciones estéticas (composite o vidrio ionómero).
- Radiografías periapicales.
- Exodoncias.
- Endodoncia en dientes uni o bi radiculares.
- Prótesis removible (acrílica o metálica).
- Instrucción de Higiene Oral (entrega de cepillo y pasta dental).

Este programa incorpora la auditoría clínica al 5% de las mujeres atendidas (revisión de la ficha clínica y tratamiento realizado), junto a la realización de una encuesta validada que mide el impacto en la calidad de vida en salud oral (CVRSO) de la atención recibida (OHIP-7, Oral Health Impact Profile) (2).

El PMSC busca atender a las mujeres respetando sus condiciones de inserción social y laboral. La priorización de la atención busca satisfacer las necesidades de las usuarias más vulnerables de programas sociales, generando una respuesta organizada y promoviendo el trabajo intersectorial con beneficiarias del Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG), Fundación Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU), Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación Integra, Ministerio

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

de Educación (MINEDUC), Programa de Campamentos del Ministerio de la Vivienda y Urbanismo (MINVU), Subsistema de Seguridad y Oportunidad (Ex Chile Solidario) y lista de espera local. (8,10).

El desarrollo anual del Programa Más Sonrisas para Chile comienza con la firma de un convenio suscritos por los Servicios de Salud y las Municipalidades fijando: 1) el número de altas que debe cumplir la comuna, 2) el compromiso y los plazos de cumplimiento de las altas estipuladas, 3) el valor por alta integral y 4) un proceso de evaluación y monitoreo. La supervisión y control del programa no está bien especificado, ya que se observa una diversidad en la calidad y cantidad de actividades desarrolladas en las diferentes comunas y centros asistenciales que componen la red de cada Servicio de Salud (9). Del mismo modo la continuidad de los recursos y altas asignadas a las comunas año a año obedece generalmente a la asignación previamente realizada el año anterior, siguiendo una lógica inercial.

El Programa Más Sonrisas para Chile presenta debilidades en el cumplimiento de sus funciones, actividades de seguimiento y evaluación (9). A pesar que el componente Odontológico presenta un sistema de reporte muy completo (estadística mensual) y realización de una encuesta de satisfacción (OHIP-7) a nivel nacional, estas herramientas no son ocupadas como instrumento para retroalimentar la toma de decisiones a nivel central y local. El Departamento de Economía de la Facultad de Economía y Administración de la Universidad de Chile estimó mediante una encuesta de evaluación de calidad del PMSC que (9):

- El 77% de las beneficiarias considera fácil o muy fácil ser atendida.
- El 74% evalúa positivamente el acceso físico (lugar).
- El 98% considera bueno o muy bueno la calidad del trato recibido.
- Un 23% y 27% no utiliza siempre su prótesis superior e inferior respectivamente.
- El 80% de los beneficiarios que no utiliza siempre su prótesis lo asocia a una mala calidad de la prótesis o del tratamiento entregado.
- El 81% de las beneficiarias que recibieron prótesis en su tratamiento percibe que es de muy buena calidad.
- Un 82% evalúa la calidad de las tapaduras como buena o muy buena.

El programa contempla la realización anual de auditorías clínicas del 5% del total de usuarias dadas de alta, siendo el único programa odontológico que cuenta con auditorías para verificar la calidad de los servicios entregados. Sin embargo no se lleva un control sistemático de las auditorías por parte de los equipos comunales, Servicios de Salud y MINSAL. El año 2005 se realizó el único análisis de estas auditorías. Este estudio visualizó problemas del programa, donde solo el 66% de las fichas presentaba motivo de consulta, el 73% de las fichas tenía diagnóstico odontológico y la evaluación de los procedimientos clínicos alcanzó la nota 5,9. Por lo que no existe evidencia que las auditorías estén cumpliendo su función (10).

3) Percepción de tratamiento en Salud

La evolución del concepto de salud desde la sola preservación del bienestar biológico a una definición que incluye el bienestar psicológico y social hizo que los profesionales de la salud otorgaran importancia a los efectos de la enfermedad y del tratamiento sobre la calidad de vida, especialmente cuando la enfermedad o su tratamiento tienen efectos extremadamente negativos. Los profesionales de la salud deben considerar como uno de sus objetivos terapéuticos, mejorar la plenitud de vida del paciente dentro de los límites impuestos por la enfermedad. Para lograrlo es necesario determinar las percepciones del paciente sobre la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectaran diversos aspectos de su vida, especialmente su bienestar físico, emocional y mental (36).

Las mediciones sobre calidad de vida consideran las percepciones de los pacientes (36). La calidad de vida se define como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones”(36, 37). Las enfermedades orales influyen en la calidad de vida, afectando diversos aspectos del diario vivir como: la función masticatoria, fono articulación, apariencia física, relaciones interpersonales e incluso oportunidades laborales. Por estas razones se hizo necesario crear específicamente instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con salud oral (CVRSO) (36). Algunos instrumentos para medir la CVRSO se han usado en encuestas nacionales.

La salud oral en Chile es reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y la comunidad (2). La Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015-2016, indico que un 28,1% de la población chilena cree que su estado de su salud oral y encías afecta su calidad de vida algunas veces, casi siempre o siempre (39). La Encuesta Nacional de Salud 2016 – 2017 muestra que el 13,6% de la población chilena tiene una percepción mala o muy mala de su salud bucal (15,6% en mujeres). Esto contrasta con el 31% de mujeres que presenta dentición no funcional (presencia de menos de 20 dientes en la cavidad oral) y un 29,1% que ocupa prótesis dental (40), por lo que al conocer lo que las personas sienten subjetivamente y presentan objetivamente se hace necesario considerar la voz de los actores de la sociedad civil en la toma de decisiones y establecer una corresponsabilidad en salud (2).

En los países desarrollados el concepto calidad percibida y satisfacción en la atención de salud tiene tal importancia que se desarrolló un nuevo paradigma de “calidad total” que incorpora la opinión de los usuarios respecto de su satisfacción y calidad percibida en la atención sanitaria (41).

3.1) Trato Usuario en Chile

En nuestro país uno de los elementos que componen la medición de la calidad es la satisfacción usuaria, la cual se ha convertido en una meta muy valorada y significativa como elemento de mejora continua. Tal es la importancia de la relación con los usuarios, que una de las medidas implementadas en Chile para el mejoramiento de la calidad de la atención en la APS municipal ha sido el ordenamiento del pago de un bono anual a los funcionarios de dichos establecimientos, según la ubicación de su centro en un ranking de trato usuario realizado durante el año (Ley 20.645) (42).

La evaluación de la calidad percibida de los usuarios considera no solo la calidad funcional del centro de salud (rapidez en la atención, tecnología, problema de salud resuelto, rapidez en la obtención de hora, puntualidad en la atención, etc.), sino que también otros aspectos que tienen que ver con sus percepciones como son: calidad subjetiva, expectativas, sentimientos, emociones y pensamientos (médico confiable, cercanía del equipo de salud, variedad de profesionales, lugar conocido de prestigio, atención/trato amable, lugar higiénico y limpio, etc.) (41).

3.2) Calidad de Vida Relacionado con Salud Oral (CVRSO)

Tradicionalmente los profesionales de la salud obtienen información sobre la salud del paciente mediante la anamnesis, la exploración física y los exámenes de laboratorio. Sin embargo el enfoque tradicional no está basado en preguntas estandarizadas. Los cuestionarios estandarizados desarrollados científicamente pueden evaluar de modo confiable el funcionamiento y el bienestar del paciente (36).

Una de las aplicaciones más conocidas son los estudios clínicos para evaluar los efectos de ciertas intervenciones sobre la calidad de vida, midiendo como la intervención mejora o deteriora el estado de salud. Existen instrumentos específicos para medir problemas de salud como los instrumentos para medir CVRSO. Los datos obtenidos de la aplicación de estos instrumentos se emplean para correlacionar medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos (36). Las posibilidades de uso de los instrumentos que evalúan CVRSO son:

- Evaluación y monitoreo de problemas psicosociales asociados a problemas de salud oral.
- Estudios poblacionales para evaluar percepciones de la salud oral.
- Auditorías Odontológicas.
- Ensayos clínicos.
- Análisis de costo-utilidad de tratamientos odontológicos.

Uno de los instrumentos más conocidos y usados es el Perfil de Impacto en Salud Oral (Oral Health Impact Profile u OHIP). Fue desarrollado por Slade y Spencer en 1994 para medir cómo influyen los trastornos orales en la CVRSO. Ellos indicaron que “El Perfil de Impacto en Salud Oral (OHIP) fue desarrollado con el objetivo de proporcionar una medida integral auto-reportada sobre la disfunción, el malestar y la discapacidad atribuidas a la cavidad oral”. La versión original consta de 49 preguntas (OHIP-49), las cuales fueron diseñadas para ser respondidas en una escala Likert. (43).

En nuestro país el instrumento OHIP-49-Sp fue validado por Lopez R. y Baelum V. el año 2007 para población adolescente en escala dicotómica y por León S. y colaboradores el año 2014 para población adulto mayor en escala Likert. El mismo equipo de León validó el año 2014 el OHIP-14-Sp (instrumento abreviado), y el año 2015 validó el OHIP-7-Sp

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

(instrumento ultra-corto) instrumento utilizado en la ENCAVI, Encuesta Nacional de Salud y desde el año 2016 en el PMSC.

3.3) Participación Social/Comunitaria

La participación comunitaria en los programas de salud no es una práctica novedosa. Implica la participación de la población o parte de ella en grados y formas diferentes. Al igual que otros conceptos, el de “participación comunitaria” no denota siempre el mismo objeto, ya que existen diferentes concepciones en el sentido de incorporar a la comunidad en el diseño y desarrollo de programas de salud, también podemos apreciar distintas formas y niveles en los que la participación se lleva a cabo (44).

Existen dos posiciones extremas, los que apoyan la participación en los programas y los que la rechazan. Dentro de los que apoyan la participación existen 3 conceptos básicos: 1) es una actividad democratizadora sobre la sociedad; 2) es una estrategia que brinda mayores posibilidades de éxito a los programas; 3) el apoyo esconde una intención de manipulación en el nivel social y político. La participación comunitaria garantiza una mayor efectividad ya que el éxito de los programas depende de que la comunidad los sienta como algo propio, responsabilizándose por el problema y participando en su solución (44). La OMS expresa en la declaración de Alma Ata el axioma que sin el involucramiento y responsabilidad de la comunidad, los programas fracasarán.

La participación debe ser efectiva desde el punto de vista de salud (que la población reciba claros beneficios de salud) y positiva desde el puntos de vista de la vida social de la comunidad (que esta sea una experiencia enriquecedora en términos de aprendizaje para resolver otras necesidades de la comunidad) (44).

Las formas de participación comunitaria en los programas son:

- 1) Etapa o momento del programa en la cual la comunidad participa.
- 2) Mecanismos a través de los cuales se propone la participación (promotor de salud o comité de salud).
- 3) Horizonte temporal de la participación (permanente o limitado).
- 4) Tipo de acciones que realiza la comunidad (desde hacer letrinas, vacunar niños o hasta distribuir medicamentos).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

La primera forma de participación puede darse en:

- Solo en la discusión.
- En la toma de decisiones en varios niveles.
- En el entrenamiento.
- En la ejecución de las tareas.
- Solo en la utilización de los servicios.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción del tratamiento recibido por las pacientes beneficiarias del Programa Más Sonrisas?

¿Cuál es la valoración de las y los trabajadores de las instituciones que representan el componente intersector en la ejecución del PMSC?

La pregunta de investigación busca generar áreas de mejora al Programa Más Sonrisas para Chile, enfocadas desde la percepción de las usuarias y la valoración de actores claves del intersector (Encargadas comunales del Programa Mujeres Jefas de Hogar, Encargados comunales de la Oficina Municipal de Intermediación Laboral y Referentes Odontológicos Comunales y Regionales), buscando evaluar el programa desde una mirada de la receptora del beneficio y del intersector.

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el Programa Más Sonrisas para Chile desarrollado el año 2019 en la Región de Tarapacá, a través de la percepción de las usuarias y valoración de actores claves de instituciones del intersector.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Determinar la percepción de las usuarias del Programa Más Sonrisas para Chile 2019 de la Región de Tarapacá, respecto a las dimensiones de accesibilidad, resolutivez, tratamiento, trato usuario, salud actual, redes de apoyo y adherencia.

2.- Conocer la valoración que tienen actores claves de instituciones del intersector respecto al Programa Más Sonrisas para Chile 2019 de la Región de Tarapacá, en relación a las dimensiones de planificación e implementación, comunicación, derivación y valor social del programa.

3.- Realizar recomendaciones para la mejora de la implementación, evaluación y seguimiento del Programa Mas Sonrisas para Chile.

METODOLOGÍA

1. Consideraciones Metodológicas Generales

El interés de esta investigación es dar cuenta de la percepción usuaria de la accesibilidad, resolutiveidad, tratamiento, trato usuario, salud actual, redes de apoyo y adherencia por las mujeres participantes del PMSC en la región de Tarapacá y la valoración de las y los actores claves de las instituciones del intersector durante el año 2019. La técnica que se utilizará en este estudio será cualitativa.

2. Diseño Metodológico

El diseño de la investigación es cualitativo. Se realizó un abordaje exploratorio, mediante un análisis narrativo de contenido, el cual busca dar sentido a las experiencias, siendo concebidas las personas como narradores de sus propias historia para la construcción de significados y realidad, tomando en consideración el contexto social donde se generó el contenido (45). Entendiendo que la realidad es subjetiva y que no existe una realidad única, siendo los individuos protagonistas de su configuración y que esta los configura a ellos. La construcción del conocimiento desde las vivencias, permite comprender el significado del fenómeno a través de la interpretación de las percepciones que generan en las personas.

El investigador utilizó las herramientas cualitativas de producción de datos (entrevista semi estructurada y grupo de discusión), para describir la percepción de las usuarias y la valoración de los actores sobre el PMSC. De esta manera se construyó desde la subjetividad de las usuarias y actores claves sobre el fenómeno estudiado.

3. Emplazamiento

El trabajo de campo se llevó a cabo en las 7 comunas de la región de Tarapacá (Huará, Camiña, Colchane, Alto Hospicio, Pica, Pozo Almonte y Iquique), luego de la aprobación del Comité Ética Científico (CEC) del Servicio de Salud Iquique (SSI), en acta CEC SSI N°1/2021 del 13 de agosto de 2021 (Anexo 7).

4. Selección del universo y muestra.

Se realizó la selección de la muestra para conocer las percepciones de las usuarias del PMSC y la valoración de actores claves. En ningún caso se buscó representatividad estadística en este estudio. Las unidades de observación y análisis de este estudio obedecen a: 1) un grupo de usuarias atendidas en un programa de una determinada zona geográfica y durante un determinado año (punto 4.1), y 2) actores claves del intersector (punto 4.2).

4.1 Usuaris PMSC

Los criterios de inclusión (grupo objetivo) utilizados para conocer la percepción de las usuarias mediante una entrevista en las comunas de la región de Tarapacá correspondieron a:

- Mujeres.
- Mayores de 20 años.
- Beneficiarias del sistema público de salud (FONASA tramo A, B, C y D y/o PRAIS)
- Usuaris del PMSC con alta odontológica y auditoría realizada en la región de Tarapacá durante el año 2019.
- Autorización escrita y/o grabada para participar en el estudio mediante consentimiento informado de entrevista por parte de la usuaria (Anexo 2).

La selección de mujeres para el estudio se realizó a través de un muestreo teórico, no probabilístico por criterios (8 perfiles/dimensiones), sujeto a la saturación de la información alcanzada. Se definieron perfiles en la Tabla 1, según los criterios “Alteración estéticas no asociadas a desdentamiento”, “Alteración estética asociado a desdentamiento”, “Alteración de la funcionalidad masticatoria”, “Uso de prótesis previo al ingreso” y “Localidad”. Los criterios se definieron para profundizar e integrar diferentes discursos de usuarias en la investigación y representar variantes discursivas del fenómeno en estudio.

Tabla 1: Muestreo teórico por criterios de perfiles de usuarias.

Criterios para muestreo				
Alteración estética no asociada a desdentamiento	Alteración estéticas asociadas a desdentamiento	Alteración de la funcionalidad masticatoria	Uso de prótesis previo al ingreso	Localidad
Con Alteración (cambio de color, dientes sueltos, dientes en mal posición, etc.)	Con alteración (falta de incisivo central, incisivo lateral, canino y/o premolar)	Con alteración (problemas masticatorios y/o dentición no funcional)	Con uso de prótesis previo al ingreso	Urbano/ Rural
Sin alteración	Sin alteración	Sin alteración	Sin uso de prótesis previo al ingreso	

Fuente: Elaboración propia

El investigador antes de contactarse con las participantes, solicito a las municipalidades una planilla de contacto telefónico de las usuarias dadas de alta del PMSC el año 2019. Mediante llamado telefónico se les explico el motivo de la llamada y se les consulto por qué solicitaron su atención en primera instancia (criterios de inclusión y muestreo de 8 perfiles).

4.2 Actores Claves

Los criterios de inclusión (grupo objetivo) utilizados para conocer la valoración de los actores claves en el grupo de discusión que se realizó en la región de Tarapacá correspondio a:

- Encargadas comunales de la Oficina Municipal de Intermediación Laboral (OMIL).
- Encargadas comunales del Programa Mujeres Jefas de Hogar del Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG).
- Referente Odontológico comunal y regionales del PMSC.

Se realizó la invitación a participar a 3 o 4 actores claves de cada grupo por conveniencia.

Según la metodología utilizada no se necesitó desarrollar un cálculo de tamaño muestral.

El entrevistador es candidato a Magister de Salud Pública de la Universidad de Chile y ha profundizado la técnica de entrevista y grupos de discusión, tomando los cursos de Participación Social en Salud, Metodología Cualitativa y Seminario de tesis I y II del mismo Programa de Magister.

5. Recolección de la información

Se utilizó como técnicas de producción de la información cualitativa la entrevista semi-estructurada en profundidad individual y el grupo de discusión para adquirir información acerca de los objetivos de estudio. Se buscó conocer la percepción de las usuarias mediante la interpretación, significado y experiencia vivida (46) por ellas en el PMSC 2019, sumado a la valoración de los actores claves, a través del estudio subjetivo de su experiencia. El investigador estuvo inmerso en la realidad local para comprender y estudiar el proceso de interpretación que los actores sociales y claves hicieron de su realidad, investigando el modo en que se asignan significados a las cosas desde el punto de vista de las personas, a través de la comunicación como herramienta para acceder a los significados (47).

Antes de realizar las entrevistas y el grupo de discusión mediante (presencial y video-llamada respectivamente), el investigador aplicó el protocolo de contacto para fijar las entrevistas (Anexo 1) y explicar los motivos académicos del estudio. Los contenidos básicos que se indagaron en las entrevistas fueron la accesibilidad, resolutivez, tratamiento, trato usuario, salud actual, redes de apoyo y adherencia de las usuarias al PMSC y los contenidos básicos que se indagaron en el grupo de discusión fueron planificación e implementación, comunicación, derivación y valor social del programa, lo cual considero la creación de un guion de temas para la entrevista y grupo de discusión (Anexo 4 y 5).

La invitación a participar fue de carácter voluntario y las entrevistas fueron realizadas por el entrevistador (STL). Como describe el protocolo de contacto (Anexo 1), el entrevistador y la usuaria acordaron una fecha, horario y lugar para desarrollar la entrevista. Para mantener

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

la confidencialidad y evitar sesgos de respuestas, las entrevistas se realizaron en un lugar cómodo para las entrevistadas (presencial) o de forma telemática. A pesar del contexto de pandemia se logró captar las 8 dimensiones del muestreo teórico. Siete entrevistadas firmaron el consentimiento informado y una entrevistada asintió verbalmente el consentimiento durante su entrevista (Anexo 2).

La invitación a participar en el grupo de discusión fue voluntaria, y la moderación de la conversación social fue realizada por el investigador (STL) para tratar los temas, con el objetivo de buscar un significado compartido que no necesariamente implicó consenso acerca de la valoración y/o implicación del intersector, generando una experiencia comunicativa con sentido práctico (48), relacionando el tema con la vida cotidiana de los actores del intersector del PMSC desarrollado el año 2019 en la región de Tarapacá. Todos los participantes del grupo de discusión realizaron un asentimiento grabado del consentimiento informado, previo a su participación (Anexo 3).

Se transcribieron íntegramente las nueve entrevistas y un grupo de discusión.

6. Análisis de la información.

El modo en que se buscaron las respuestas a las preguntas de investigación y objetivos, fue mediante el análisis narrativo de contenido. El estudio narrativo es una forma de indagación sobre la práctica narrativa y los relatos de personas, grupos e instituciones que componen la vida social. El enfoque narrativo reconoce una forma básica a través de la cual los seres humanos otorgan sentido a las experiencias pensándolas como historias o relatos y que la práctica de contar historias (o la narrativización) constituye una forma de comunicación humana fundamental. En consecuencia, lo que las aproximaciones narrativas hacen, es aplicar esta forma cotidiana de interpretación y comunicación a la práctica y propósitos investigativos con el objeto de estudiar la vida social (49).

Se realizó la codificación mediante la operacionalización de los instrumentos de entrevista y grupo de discusión (Anexo 4 y 5). Se construyó una tabla o grilla de codificación, donde se consideró la inclusión de códigos emergentes que nacieron fuera de la operacionalización de los instrumentos (Tabla 2).

Tabla 2: Tabla de Codificación

Objetivos	Dimensión / categorías (1 a codificación)	Códigos (2a codificación)
Ob. 1 Percepción usuaria	Resolutividad	Necesidades iniciales
	Acceso	Dificultades Facilidades Lugar físico de atención Horario Oportunidad
	Tratamiento	Necesidades durante el tratamiento Satisfacción Número de atenciones Horario de Atención Recomendaciones de higiene y alimentación Tratamiento protésico Tratamiento endodóntico Controles Percepción calidad material prótesis Funcionalidad prótesis Problemas post alta
	Trato usuario	Trato recibido
	Salud actual	Salud actual relacionado con tratamiento Mantención estado de salud
	Redes de Apoyo y Adherencia	Apoyo familiar y comunitario

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

	*Sistema sanitario extranjero	Realidad anterior
	*Historia higiene oral	Precursor higiene
	*Comparación	Otros programas de salud
Ob.2 Valoración actores clave intersector	Actores clave	Rol en la planificación e implementación Rol Secundario
	Comunicación	
	Articulación intersector	
	Derivación	
	Valor social del programa	
	*Expectativa usuarias	
Obj.3 Recomendaciones de mejora	*Demanda y valor canasta	
	*Apoyo psicológico en el tratamiento	
	*Intersector y participación	
	*Criterios de ingreso	
	Usuaris	

*Categorías emergentes

Fuente: Elaboración propia

Los códigos se utilizaron para darle sentido a la información bruta (transcripciones), buscando un sentido común y asignar códigos previamente operacionalizados o emergentes a los segmentos de interés de las transcripciones, generándose una reducción de datos a trabajar y dividiendo el material en unidades de análisis.

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

Se realizó una categorización donde emergieron categorías de análisis (Ilustración 3) desde:

- a) El marco teórico y de la operacionalización de objetivos e instrumentos de construcción de datos.
- b) Categorías emergentes a partir del análisis de las entrevistas y grupos de discusión.

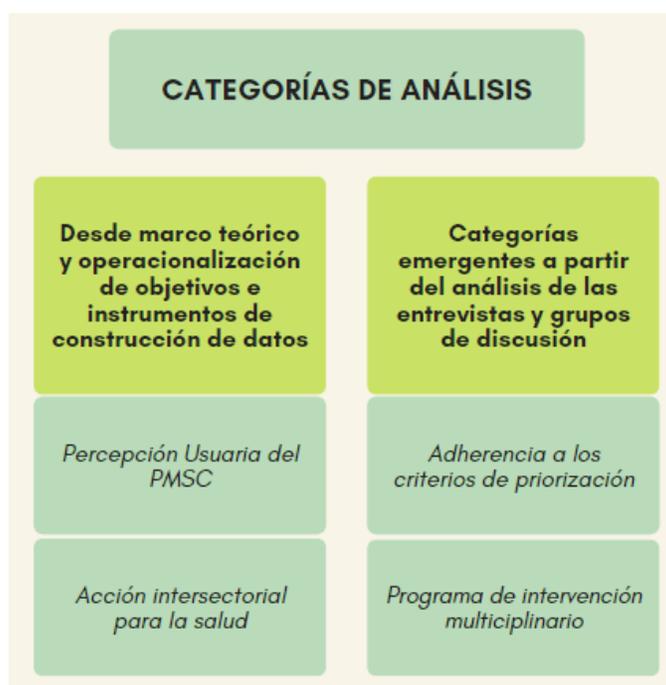


Ilustración 3: Categorías de Análisis.

Fuente: Elaboración propia.

Se utilizó el programa MAXQDA Plus versión 2020 para Windows para apoyar el proceso de análisis de datos.

7. Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas en salud pública, tienen el desafío de resguardar estándares mínimos de confidencialidad de la información para los participantes del estudio.

Los resultados de la investigación no serán utilizados para otros fines diferentes al propósito de la investigación, garantizando la confidencialidad de los datos y la participación voluntaria de las usuarias mediante un consentimiento informado oral y/o escrito (Anexo 2).

El investigador principal y tutor de la investigación declararon la confidencialidad de la información y tratamiento de los datos mediante un compromiso de confidencialidad (Anexo 6).

El estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ético Científico del Servicio de Salud de Iquique para su ejecución (Anexo 7). Con el fin de respetar la autonomía de las usuarias del PMSC en la participación de la investigación, ellas tienen el derecho de elegir informadamente su incorporación a la investigación (Ley 20.584).

RESULTADOS

En el presente capítulo se expondrán los principales resultados del estudio, los cuales dan respuesta a los objetivos planteados. Se presentan los perfiles de las usuarias del PMSC que participaron en la entrevista, los perfiles de los actores claves del intersector que participaron en el grupo de discusión, la percepción usuaria del PMSC, la valoración de los actores claves del intersector del PMSC, las acciones intersectoriales para la salud, la adherencia a los criterios de priorización y el programa de intervención multidisciplinario.

Los resultados están acompañados de citas textuales de las entrevistadas y del grupo de discusión, respondiendo a los temas tratados. Cada cita va acompañada de una referencia al final, la cual indica el número de la entrevista o el grupo de discusión más la caracterización del actor clave que dijo esa cita. Estos datos permiten identificar el género, edad, tipo de comuna, modalidad de realización de instrumentos de producción de datos y el muestreo teórico o institución del actor clave.

1. Perfil de Participantes

Buscando mejorar el proceso de interpretación de la información obtenida de las entrevistas y grupo de discusión, se realizó un análisis general de los participantes para caracterizar los perfiles comprometidos en la estrategia de muestreo.

1.1 Perfil general de las/los participantes

Las personas entrevistadas fueron 8 mujeres de entre 33 y 79 años, dadas de alta del PMSC el año 2019 en la región de Tarapacá. Cuatro mujeres pertenecen a comunas rurales y cuatro mujeres pertenecen a comunas urbanas. Cada entrevistada representó una de las 8 dimensiones del muestreo teórico. Los detalles por persona entrevistada son descritos en la Tabla 3.

Tabla 3. Perfiles de usuarias entrevistadas

ID	Género	Edad	Comuna	Modalidad	Muestreo teórico
E1	F	40	Rural	Presencial	Con alteración estética no asociada a desdentamiento
E2	F	55	Rural	Presencial	Con alteración de la funcionalidad masticatoria
E3	F	33	Rural	Presencial	Sin alteraciones estéticas asociadas a desdentamiento
E4	F	36	Rural	Presencial	Sin uso de prótesis previo al ingreso
E5	F	46	Urbano	Presencial	Con alteraciones estéticas asociadas a desdentamiento
E6	F	58	Urbano	Video llamada	Sin alteración estética no asociada a desdentamiento
E7	F	79	Urbano	Presencial	Sin alteración de la funcionalidad masticatoria
E8	F	45	Urbano	Presencial	Con uso de prótesis previo al ingreso

Fuente: Elaboración propia

Los actores claves que participaron en el grupo de discusión fueron 7, seis mujeres y un hombre, con 5 meses a 8 años de experiencia en sus respectivos cargos actuales. Las instituciones del intersector que participaron fueron las Oficinas Municipales de Intermediación Laboral, el Programa Mujeres Jefas de Hogar del SERNAMEG y un Referente Odontológico Comunal Urbano. En el grupo de discusión no se consideró la participación del Referente Odontológico Regional (ROR) puesto que su presencia podría provocar una pérdida de discursos de los demás actores y/o un sobre protagonismo de este actor clave en el grupo de discusión. Por lo que se le realizó una entrevista con el mismo instrumento de recolección de datos utilizado en el grupo de discusión, pero de forma individual (Anexo 5). El ROR es hombre, tiene 5 años de experiencia en el cargo y su entrevista se realizó presencialmente. Los detalles por actores clave son descritos en la Tabla 4.

Tabla 4. Perfiles de actores claves participantes del grupo de discusión

ID	Género	Experiencia en el cargo	Comuna	Modalidad	Institución Clave
S1	F	4 años	Rural	Video llamada	SERNAMEG
S2	F	8 años	Urbana	Video llamada	SERNAMEG
S3	F	8 años	Rural	Video llamada	SERNAMEG
O1	F	5 meses	Urbana	Video llamada	OMIL
O2	F	4 años	Urbana	Video llamada	OMIL
O3	F	9 meses	Rural	Video llamada	OMIL
RO	M	5 meses	Urbana	Video llamada	Referente Odontológico Urbano

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se pasan a describir los 8 perfiles planteados en el proceso de muestreo teórico: 1) Sin alteraciones estéticas asociadas a desdentamiento, 2) Con alteraciones estéticas asociadas a desdentamiento, 3) Sin alteración estética no asociada a desdentamiento, 4) Con alteración estética no asociada a desdentamiento, 5) Sin alteración de la funcionalidad masticatoria, 6) Con alteración de la funcionalidad masticatoria, 7) Sin uso de prótesis previo al ingreso y 8) Con uso de prótesis previo al ingreso.

1) Sin alteraciones estéticas asociadas a desdentamiento: En este perfil se encuentra una usuaria del PMSC (E3) que tiene 33 años. Ella ingreso al programa en una localidad rural, donde ella se desempeña como Técnico en Enfermería de Nivel Superior en una posta rural y por su cercanía con el equipo de salud, el odontólogo encargado del PMSC le solicito inscribirse en el programa.

2) Con alteraciones estéticas asociadas a desdentamiento: En este perfil se encuentra una usuaria del PMSC (E5) que tiene 46 años. Ella ingreso al programa en una localidad urbana, donde ella se desempeña como Asistente de Enfermos en una casa particular. Fue ella quien se acercó a inscribirse al programa dado la falta de un incisivo superior.

3) Sin alteración estética no asociada a desdentamiento: En este perfil se encuentra una usuaria del PMSC (E6) que tiene 58 años. Ella ingreso al programa en una localidad urbana, ella es asistente de educación pero esta cesante. Ella fue derivada desde la Casa de la Mujer al PMSC directamente por gestiones entre la municipalidad y el SERNAMEG.

4) Con alteración estética no asociada a desdentamiento: En este perfil se encuentra una usuaria del PMSC (E1) que tiene 40 años. Ella ingreso al programa en una localidad rural, donde ella se desempeña haciendo pan en su domicilio particular. Fue ella quien se acercó a inscribirse al programa dado que presentaba dientes con movilidad y con cambio de coloración, además de dolor.

5) Sin alteración de la funcionalidad masticatoria: En este perfil se encuentra una usuaria del PMSC (E7) que tiene 79 años. Ella ingreso al programa en una localidad urbana, donde ella se desempeña administrando un camping. Fue ella quien se acercó al CESFAM para controlarse y fue derivada al PMSC.

6) Con alteración de la funcionalidad masticatoria: En este perfil se encuentra una usuaria del PMSC (E2) que tiene 55 años. Ella ingreso al programa en una localidad rural, donde ella se desempeña cuidando a su nieta y trabajando su chacra. Fue ella quien se acercó a la Posta Rural para solicitar la realización de su prótesis y fue derivada al PMSC.

7) Sin uso de prótesis previo al ingreso: En este perfil se encuentra una usuaria del PMSC (E4) que tiene 36 años. Ella ingreso al programa en una localidad rural, donde ella se desempeña cuidando enfermos y como guardia de seguridad. Fue la matrona del CESFAM quien la derivó a controlarse con odontólogo por su embarazo, y el odontólogo del CESFAM la derivó al PMSC.

8) Con uso de prótesis previo al ingreso: En este perfil se encuentra una usuaria del PMSC (E8) que tiene 45 años. Ella ingreso al programa en una localidad urbana, donde ella se desempeña como auxiliar de aseo del hospital. Fue ella quien se acercó al CESFAM para cambiar su prótesis dañada y fue derivada al PMSC.

2. Percepción usuaria del PMSC

La medición o determinación de la experiencia de tratamiento recibido en una atención sanitaria en el PMSC, se asocia a la percepción de la calidad y satisfacción de las usuarias en la atención recibida. Desde la mirada de las usuarias atendidas en el programa se sintetizó la categoría “Percepción usuaria del PMSC” como resultado de la suma de varios componentes que se desagregan para conocer la percepción de las usuarias del PMSC realizado el año 2019 en la región de Tarapacá. Los seis componentes de la percepción usuaria se muestran en la Ilustración 4.



Ilustración 4. Percepción usuaria del PMSC

Fuente: Elaboración propia.

2.1 Acceso

Los relatos de las usuarias definieron cuatro criterios que componen el acceso de la Percepción usuaria del PMSC que corresponden al horario, oportunidad, lugar físico de atención y facilidades. El acceso es un proceso de interacción entre la provisión de servicios, la población, el sistema de salud, los recursos y la capacidad de la población para reconocer necesidades y buscar atención. El acceso ocurre cuando existe disponibilidad de

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

un servicio, conjuntamente las personas pueden y desean utilizar este servicio, y este servicio es utilizado mediante una prestación de salud. A continuación, se pasan a caracterizar los criterios del acceso como componente de la percepción usuaria del PMSC.

2.1.1 Horario

El horario repercute en el acceso, dado que las personas que experimentan problemas para ingresar o acudir al PMSC por los horarios de citación o funcionamiento, no tienen la posibilidad de ingresar o continuar sus tratamientos. En la atención primaria de la región de Tarapacá existen diferentes horarios de atención en las comunas urbanas y rurales, lo que depende de la disposición de recursos físicos (sillón dental) de la comuna y/o si los programas son licitados a clínicas particulares. Generalmente si la comuna cuenta con los recursos físicos o los programas son licitados a clínicas particulares, las usuarias tienen mayor diversidad de horarios para asistir, pero si las comunas no tienen los recursos físicos y no licitan el programa, el horario de atención es más acotado y la accesibilidad se reduce (personas que pueden asistir).

“Recuerdo que ayudaba a mi suegra en su trabajo y a mí me complicaba un poco el tema de los horarios, pero nada que decir, me llamaban y me decían que tenían un hora disponible.” (E8, 45 años, Urbano).

La disponibilidad de la atención sanitaria es importante, pero hay otros elementos que se deben considerar para que esta sea efectiva. Ofrecer un servicio no significa que una persona pueda necesariamente hacer uso de él. El horario de atención representa una barrera administrativa de acceso de la institución que brinda el servicio. Esta barrera puede significar en muchos casos la no aceptabilidad del servicio de salud por parte del beneficiario (ingreso y/o tratamiento), además de limitar el éxito de las altas integrales en el PMSC por la incapacidad de los beneficiarios de asistir a sus citas por la incompatibilidad de horario de la atención con sus tiempos laborales, familiares, etc.

En base a las entrevistas realizadas a las usuarias, existen relatos sobre la buena disposición del dentista o de la ayudante para acomodar el horario de atención odontológica durante el ingreso y tratamiento del PMSC, para evitar complicaciones de horario a las usuarias durante todo el tratamiento:

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“Los horarios siempre me fueron facilitando. Los horarios fueron flexibles. Yo nunca tuve problemas. Yo hablaba con el dentista y le decía mañana tengo que ir a Iquique, entonces me cambiaba la hora para la tarde. No había complicaciones porque ellos nos preguntaban a nosotras. Para mí esto fue súper bueno, porque nunca falte a las sesiones, porque nos acomodaban nuestros horarios...” (E6, 58 años, Urbano).

“Él tenía toda la disponibilidad de atenderme. Independiente a la hora que yo llegara, yo solo tenía que informarle y él me atendía.” (E3, 33 años, Rural).

Finalmente, el horario de atención es complementario a que existan horas de atención disponibles que permitan a las personas que desean atenderse en el programa, ingresar a él y dar continuidad a los tratamientos iniciados.

2.1.2 Oportunidad

Las personas que ingresan al PMSC utilizan una prestación de salud, donde se realiza un diagnóstico y/o tratamiento. La oportunidad en salud es la entrega de este servicio en el momento en el que el usuario efectivamente lo requiere o necesita.

“A mí me lo ofrecieron y obviamente yo lo tomé, porque igual necesitaba tratamiento para mis dientes y me hicieron todo el proceso que hacen la limpieza, la tapadura y todo eso.” (E3, 33 años, Rural).

En general el acceso a horas dentales en el servicio público para la población mayor de 20 años en Chile es muy escasa, dado que las atenciones están focalizadas en otros grupos específicos, por lo que la oportunidad para las mujeres de este grupo etario se da en los horarios de urgencia odontológica GES o no GES, morbilidad, extensión horaria o programas complementarios (PMSC). El PMSC mejora el acceso de forma dirigida para las mujeres mayores de 20 años que cumplen los criterios de inclusión, estableciendo y mejorando la oportunidad en salud a personas que por diversos factores (determinantes sociales de la salud), tiene como única posibilidad de atención al sistema público de salud.

2.1.3 Lugar Físico de Atención

Las atenciones realizadas en el PMSC el año 2019 en la región de Tarapacá, se realizaron en diferentes tipos de establecimientos de APS: CESFAM, postas de salud rural y otros consultorios. Los lugares físicos de atención en salud en las comunas se ubican en lugares de fácil acceso y/o que presenten mayor densidad poblacional (accesibilidad espacial y social al servicio sanitario). La lejanía al lugar de atención puede generar desigualdades geográficas en cuanto a la accesibilidad al lugar, posibilidad de desplazarse (caminar, bicicleta, transporte, etc.) y privación del servicio de salud (infraestructura y tratamientos).

“Me quedaba lejos, pero yo llegaba igual, yo soy de esas que si tengo que caminar, camino no más. En algunas oportunidades me fueron a dejar y a buscar, ya después yo me venía. Yo me iba caminando por atrás.” (E6, 58 años, Urbano).

“Nos queda lejos, pero tampoco es tanto. Estamos a 5 minutos, porque gracias a Dios tenemos movilización. No tuve ningún problema.” (E7, 79 años, Urbano).

“Era lejos, porque yo vivía allá, en esta misma calle, pero allá en la calle Prat y la posta es allá.” (E1, 40 años, Rural).

Una visión ampliada de la salud toma en consideración la ubicación geográfica de las personas respecto al acceso a la atención de salud, este enfoque territorial permite conocer las desigualdades provocadas por la distancia a los lugares de atención (dinámica del proceso salud-enfermedad y enfermedad-atención). Este conocimiento ayuda a establecer la planificación de las políticas sanitarias en cada territorio y la oferta de servicios orientados a la atención de la población. Los servicios de salud a la vez deben distribuir espacial y racionalmente los servicios sanitarios para dar cobertura en salud a la población.

Los relatos de las usuarias confirman la lejanía y los problemas de movilización en zonas rurales durante su atención como un obstáculo:

“Que estuviera acá más cerca en Moquella porque de la parte baja para arriba es muy lejos (se refiere a Camiña).” (E2, 55 años, Rural).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“Sí, porque queda un poco lejos acá. Acá siempre hay problemas de movilización.” (E3, 33 años, Rural).

2.1.4 Facilidades

La atención en salud es una respuesta organizada a las necesidades de salud por parte de una población y su aplicación abarca a diferentes poblaciones en su debido contexto, surgiendo beneficios y problemáticas en su aplicación. Los prestadores de salud pueden impactar positivamente a una determinada población facilitando su acceso, fomentando el diálogo con los usuarios y el intersector (SERNAMEG, OMIL, etc.). El reconocimiento de barreras administrativas facilita la vinculación de las usuarias al programa, no solo en el ingreso, sino que en el diagnóstico, su atención y tratamiento oportuno. Un conjunto de relatos exhibe las facilidades dadas a las usuarias desde antes del ingreso y durante su tratamiento:

“Tú tienes que estar atenta porque te vamos a llamar y yo estaba atenta para cumplir horario.” (E1, 40 años, Rural).

“Para mí me acomodo ese tiempo porque habían recorridos y ellos me daban la facilidad de cuando yo llegaba me atendían de los primeros”. (E2, 55 años, Rural).

“Me llamaron y el dentista programó todo y me dijo que tiene hora para el día martes y para el día jueves. Cualquier dificultad había acceso a llamar por cualquier problema.” (E7, 79 años, Urbana).

El intersector en el PMSC cumple el rol de facilitador en la derivación de usuarias para su tratamiento. Los actores claves de ciertas instituciones canalizan los problemas de salud oral de sus beneficiarias y estas son derivadas al programa para su evaluación inicial. También se realizan derivaciones desde el mismo sector salud al área odontológica para apoyar el trabajo en equipo dentro de la misma institución.

“La verdad me hicieron la solicitud desde la municipalidad hacia la casa de la mujer mediante una ficha. Pasó un mes desde que mando la ficha la municipalidad y ahí empecé a participar del programa.” (E6, 58 años, Urbana).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“Cuando yo fui donde la matrona, ella siempre te manda a todos lados, entre esos lugares me mando al dentista.” (E4, 36 años, Rural).

2.2 Tratamiento

Los relatos de las usuarias definieron diez criterios que componen el tratamiento de la Percepción usuaria del PMSC que corresponden a la funcionalidad de la prótesis, necesidades durante el tratamiento, satisfacción del tratamiento, número de atenciones, hora de atención, recomendaciones de higiene y alimentación, tratamiento protésico, controles, percepción de calidad material de la prótesis y problemas post alta. A continuación, se pasan a caracterizar los criterios del tratamiento como componentes de la percepción usuaria del PMSC.

2.2.1 Funcionalidad de la Prótesis

Las prótesis dentales son elementos de reemplazo que sirven para sustituir la falta de uno o más dientes. La principal función es devolver la pérdida de aspectos como la masticación, deglución, fonación y estética.

A lo largo del tratamiento recibido en el PMSC se realiza tratamiento de rehabilitación protésica, donde se busca reemplazar prótesis antiguas o realizar la instalación de estas en boca por primera vez. Al realizar la instalación de un elemento extraño en boca, las pacientes tienen un periodo de adaptación. Las usuarias exhiben en sus relatos su proceso de adaptación:

“Si, como que sentía que se me iba a salir, o va a mover, así me sentía yo. Como que me coloco la lengua en otro lado (hace ruidos de la molestia que sentía la lengua).” (E1, 40 años, Rural).

“Hablar bien, mas menos como un mes, porque casi siempre se me enredaba la lengua. La alimentación yo la asimile más rápido, eso fue más fácil.” (E2, 55 años, Rural).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“No podía comer con ella, se me salía. Sentía algo extraño. Impotencia sentía, porque no podía disfrutar de las cosas que siempre como.” (E3, 33 años, Rural).

“Para hablar se sentía igual como las personas que tienen frenillo. Como que a uno le cuesta, porque mis hijos me preguntaban que tenía en la boca. Yo les decía que tenía esta cosa, pero después uno se va acostumbrando. Yo ya me acostumbre ya.” (E8, 58 años, Urbano).

“Obviamente los primeros días era como si tuvieras una papa en la boca y como yo no estaba acostumbrada. Era en sí un diente el que me faltaba, pero en sí el aparato era grande y ocupa todo tu paladar, entonces igual es como raro. Ya a la semana estás bien. Fue un proceso.” (E8, 45 año, Urbano).

El periodo de adaptación de la prótesis dental es individual (el tratamiento de la prótesis se aborda en el punto 2.2.7 Tratamiento Protésico). Este proceso muchas veces se ve dificultado por el contexto local, ya que el acceso a alimentos más blandos se ve afectado por la dispersión geográfica de algunas localidades, sumado a las costumbres locales de alimentación. Algunas no logran ocupar funcionalmente sus prótesis por estos motivos, lo cual se ve reflejado en algunos relatos:

“No me pude acostumbrar.” (E1, 40 años, Rural).

“Yo como mucho tostado y charqui, y con eso siempre se me salía la prótesis. A la final la verdad no la ocupo, esa es la verdad.” (E3, 33 años, Rural).

2.2.2 Necesidades Durante el Tratamiento

Durante un tratamiento de salud es de gran relevancia conocer las necesidades iniciales de las usuarias (motivo de consulta) y sus necesidades durante el tratamiento. Estas últimas pueden ser dudas sobre los procedimientos a realizar o incluso tener la opción de manifestar la postergación y/o programación de un procedimiento según las necesidades personales de la usuaria. Los tratamientos que se realizan a lo largo del PMSC debiesen ser siempre consensuados con los pacientes, buscando responder en primera instancia a las necesidades de las usuarias, las cuales son orientadas por el tratante para lograr el máximo

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

beneficio. Los relatos compartidos por las usuarias reflejan la importancia de su asentimiento para alcanzar un mejor estado de salud:

“Pero me dijo que era decisión mía y me informo que estaban muertas las raíces (contexto para extraer un diente)”. (E2, 55 años, Rural).

“Yo le dije que quería ponerme prótesis para tener todos mis dientes y me dijo que había que hacer un montón de cosas antes de tenerla, como la limpieza, las tapaduras, sacar dientes malos.” (E3, 33 años, Rural).

“Todo bajo mi consentimiento. Todo bajo mis necesidades.” (E8, 45 años, Urbano).

La necesidad de comunicar lo que se siente muchas veces se ve dificultada por las experiencias previas. Estas experiencias previas son sinónimo de miedo, silencio y falta de confianza hacia el tratante o incluso a las instituciones que brindan el servicio, pero las usuarias que ingresaron al programa en muchos casos se dieron una segunda oportunidad personal para cubrir una necesidad.

“Sí porque siempre fue una comunicación súper buena, pero ahí perdí todo el miedo, hubo una confianza tremenda. Súper tranquila”. (E5, 46 años, Urbana).

2.2.3 Satisfacción

La evaluación de los tratamiento o programas de salud consideran diversos factores que contribuyen a que una persona se sienta satisfecha o no con una atención de salud. En general los principales atributos que contribuyen a conformar la satisfacción en la atención de salud son: rápido diagnóstico y resolución, personal cálido y humano, información clara, apoyo físico y psicológico, rapidez en la atención, confianza y seguridad, atención oportuna, limpieza, equipos y tecnología (50).

El concepto de calidad de vida es multidimensional y la satisfacción es una de sus dimensiones. Este aspecto se sostiene en una evaluación multidimensional de la funcionalidad bucal y del bienestar del paciente, lo cual es una oportunidad para crear estrategias de mejora continua tomando en consideración siempre al paciente. El

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

instrumento de recolección de datos de este estudio recabo información sobre la satisfacción respecto a las necesidades iniciales de las usuarias, a lo cual ellas respondieron:

“Yo pensé que no iba a poder comer, pero yo como bien.” (E2, 55 años, Rural).

“Todo lo positivo que iba a hacer, a parte de la prótesis se ocupó de ver todo lo de mis dientes en general.” (E4, 36 años, Rural).

“Te dan la confianza, la tranquilidad, yo me sentaba y me relajaba.” (E5, 46 años, Urbano).

“Nos preguntaba cómo estábamos, cómo nos había ido, que estábamos haciendo.” (E6, 58 años, Urbano).

Los relatos narran el cumplimiento de expectativas iniciales, la resolución de la atención, la confianza con el personal tratante y la importancia del apoyo y seguridad que se brindaron durante el tratamiento. Pero a pesar de cumplir ciertos criterios, la resolución del problema inicial cobra importancia, ya que si este no es resuelto, la satisfacción del paciente se ve afectada.

“No, no cumplió, pero igual me hicieron tapaduras y limpieza, pero aún me faltan los diente que se suponía que iba a recuperar con la prótesis, pero yo siento que la prótesis no me funciona.” (E3, 33 años, Rural).

2.2.4 Número de Atenciones

El número de atenciones que las pacientes deben recibir durante el PMSC como mínimo son 6 sesiones, según las orientaciones técnicas del programa (51). Esta cantidad se debe a que un criterio de exclusión es la complejidad del tratamiento a realizar, evaluándose si la paciente necesita la realización de prótesis removible, tratamiento de endodoncia, limpieza dental, exodoncias y obturaciones. Es por esto que un antecedente dentro del tratamiento es el número de atenciones, el cual es relatado por las pacientes en el tratamiento recibido:

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“Varias, diría yo. Porque primero fue que me sacaron, después me sacaron los puntos, después esperaron que estuviera todo bien firme para hacerme el molde que lo mandan para allá, después otra vez. (E2, 55 años, Rural).

“Fueron como sus 10 a 12 sesiones, entre que comenzó el programa, la primera entrevista”. (E8, 45 años, Urbano).

El número de atenciones también permite evaluar el tratamiento, reconociendo si se realizó cronológicamente el orden de algunos tratamientos y si se esperaron los tiempos mínimos necesarios antes de continuar los tratamientos.

2.2.5 Hora de Atención

Es muy importante dentro de un tratamiento que existan horarios disponibles de atención para dar continuidad a los tratamientos previamente iniciados. Otro factor a tener en cuenta es la flexibilidad a la hora de atender personas que no cuentan con aparatos telefónicos y/o señal en sus localidades, y que tienen sus horas agendadas, ya que en zonas rurales extremas muchas veces no existe movilización pública permanente al lugar de atención y la cancelación o cambio de hora de atención es muy difícil de informar.

“Todo fue flexible para mí”. (E6, 58 años, Urbano).

El horario de atención muchas veces puede representar un problema a la hora de dar el alta a las usuarias, por la dificultad para asistir a las horas de atención. Es por eso que los tratantes deben considerar el contexto personal de cada usuario a la hora de planificar una atención, en pro de tener una atención exitosa. Esto se ve representado en el relato siguiente, donde la paciente tiene la facilidad de un recorrido en la mañana, pero en la tarde no.

“Cuando eran en la mañana era en Camiña y cuando era en la tarde era en Moquella. (E2, 55 años, Rural).

2.2.6 Recomendaciones de Higiene y Alimentación

El PMSC busca promover instancias de hábitos saludables sobre alimentación e higiene oral en conjunto con las mujeres y la comunidad (intersector), entregando herramientas para su autocuidado. Estas etapas de refuerzo educativo y de prevención específicas son parte del tratamiento, ya que son un complemento para la mantención de la salud oral de las usuarias y para algunas usuarias es la primera vez que tienen una instrucción de higiene oral relacionada con el uso de una prótesis dental y una consejería de alimentación que enseña pautas específicas. Esto se ve reflejado en los relatos de las pacientes:

“Me enseñó cada vez que sacas limpias con cloro, un minuto así con una gotita de cloro, después te limpias, después te colocas prótesis.” (E1, 40 años, Rural).

“Incluso me dieron un cepillo. Me dijeron lo de las gotitas de cloro para la prótesis, me entregaron pasta de dientes también, que no tenía que dormir con la placa y yo me lavo los dientes y me la saco” (E2, 55 años, Rural).

Las recomendaciones de alimentación luego de la instalación de una prótesis removible son muy importantes, puesto que durante el periodo de adaptación los pacientes deben evitar comer con las prótesis por un periodo y paulatinamente deben consumir alimentos blandos hasta llegar a su alimentación normal en un periodo que puede ir de las dos a cuatro semanas.

“En cuanto a la alimentación me dijeron que comiera cosas blandas, nada tan sólido hasta acostumbrarme. Igual yo hasta el día de hoy no como tan duro, porque me la cuidó.” (E6, 58 años, Urbano).

2.2.7 Tratamiento Protésico

El desdentamiento parcial corresponde a uno de los problemas de salud más frecuentes de los pacientes. Las posibilidades de tratamiento en el PMSC son en base a prótesis removible (parcial o total). Este tratamiento se caracteriza por ser relativamente rápido y de bajo costo comparado con otros tratamientos. Para muchas usuarias debido a su condición

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

socioeconómica este tratamiento es la única opción de rehabilitación y representa una solución que modifica y mejora su comportamiento en y con la comunidad.

“Cuando me sacaron mi diente, que me tuvieron que sacar para que yo tuviera mi plaquita, entonces a mi ese tiempo me tocó andar sin diente y ese era el problema, yo andaba evadiendo más arriba a la gente para que no me vieran, y ese tiempo como trabajaba en la chacra, la gente me veía poco y no salía. Yo no veía la hora que me llegara mi plaquita y cuando me llego ahí empecé a salir.” (E2, 55 años, Rural).

“Ósea, después de eso me dieron una prótesis. Una placa porque me faltaban los dientes. Me faltaban unos dientes, porque yo nunca me pude arreglar.” (E3, 33 años, Rural).

Existe una cantidad considerable de pacientes que no está conforme con este tipo de prótesis dental, reportando problemas de insatisfacción con la masticación, deglución, estética, dolor, retención, posición de retenedores, reflejo nauseoso, úlceras y el habla.

“Porque yo pensé que la prótesis me iba a funcionar correctamente y yo estaba contenta cuando me estaban haciendo mi prótesis por mis dientes, pero como no pude adaptarme, fue ahí no más.” (E3, 33 años, Rural).

2.2.8 Controles

Los controles clínicos se realizan a usuarias que recibieron la instalación de una o dos prótesis removibles, en sesiones diferentes a la de instalación. Generalmente se realizan 2 o 3 controles protésicos donde se ajusta el contorno de la o las prótesis, las superficies de carga y la extensión de la prótesis, además de realizar una inspección visual de las zonas de la mucosa enrojecida y/o ulcerada. Es muy importante tener una comunicación directa con la paciente para acompañarla en este proceso de adaptación e informarle de los posibles eventos que le podrán suceder. Esto se refleja en los relatos de las usuarias:

“Si, si me hicieron controles hasta que quedo bien, porque a primeras yo tenía unas molestias y yo le decía me está molestando, y justo por eso yo me sacaba la prótesis.” (E4, 36 años, Rural).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“Sí, si me hacía ir. Ellos estaban pendiente de como estaba, de cómo se sentía. Me hicieron los controles hasta que me sentí bien ya y me dieron el alta.” (E6, 58 años, Urbano).

También en esta etapa del tratamiento se revisan las instrucciones para la mantención de una higiene oral adecuada y el lavado de la prótesis, buscando mantener el tratamiento en el tiempo y comprobando que las herramientas y enseñanzas de higiene fueron aprendidas y puestas en práctica a diario por las usuarias.

2.2.9 Percepción de Calidad del Material de Prótesis

La prótesis dental removible en general está confeccionada solo de acrílico o de una base metálica más acrílico. Las prótesis se realizan entre el dentista tratante y el laboratorio dental. En general los laboratorios dentales que realizan los trabajos para el PMSC son todos diferentes. Las razones de porque las usuarias no ocupan siempre las prótesis son porque no las sienten cómodas, les hace daño utilizarlas, se les olvida usarlas y/o las prótesis se encuentra en mal estado. Cerca del 80% de las usuarias que no ocupan sus prótesis, asocian el no uso a una percepción de mala calidad de la prótesis. Las usuarias relatan problemas relacionados a la calidad de la prótesis:

“No, ninguno. Mi problema era que se caía la prótesis.” (E3, 33 años, Rural).

“Sí, pero yo tuve más problemas arriba. Ellos me hicieron una también, pero el problema era el grosor no más.” (E7, 79 años, Urbano).

También existen relatos de buenas experiencias respecto a las prótesis instaladas en el PMSC por parte de algunas usuarias:

“Bastante bueno para ser de la salud pública. Créame que lo encontré bastante bueno, porque después yo un par de veces, incluso años porque la alcance a tener harto tiempo.” (E8, 45 años, Urbano).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“Yo lo encontré bueno, porque está igual como me lo entregaron, no ha sufrido ningún desperfecto, con los ganchos que tiene no he tenido ningún problema.” (E6, 58 años, Urbano).

2.2.10 Problemas post alta

Los problemas post alta en el PMSC incluyen sensibilidad dental, desalojo de obturaciones, inflamación y dolor, problemas relacionados con la instalación de una prótesis, fractura de la prótesis dental y problemas relacionados con tratamientos dentales no realizados por expresa solicitud de la usuaria. Algunos relatos de las usuarias sobre solucionar problemas post alta, expresan la problemática sobre la responsabilidad de dar solución luego del término del programa el 31 de diciembre de cada año:

“Lo que pasa, es que cuando yo entre al programa, ese programa ya estaba finalizando y después el doctor después se fue.” (E3, 33 años, Rural).

Las realidades locales para solucionar los problemas en cada comuna son diferentes, esto se revela en los relatos compartidos por las usuarias:

“Yo igual cualquier cosa podía ir, porque estaban acá mismo.” (E2, 55 años, Rural).

“Si, me dijeron que cualquier cosa yo podía ir para allá.” (E6, 58 años, Urbano).

“Si, pero había que ir a sacar una horita. Se podía hacer.” (E7, 79 años, Urbano).

2.3 Trato Usuario

El trato usuario es un elemento central dentro de la percepción usuaria del PMSC. El trato es parte del componente satisfacción usuaria, el cual engloba a la atención sanitaria, el trabajo técnico y las relaciones interpersonales. La visión de las usuarias respecto a las prestaciones de salud es multidimensional, no solamente se debe considerar la resolución clínica, sino que aspectos como la experiencia y el beneficio psicoemocional que se experimenta desde la entrada hasta el término del tratamiento son de relevancia. Conocer y mejorar el trato usuario en las prestaciones de salud se puede traducir en un mejor

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

cumplimiento terapéutico. Por lo tanto las prestaciones de salud no debiesen responder al suceso específico de buscar solo sanar, ya que la experiencia tiene un mayor alcance (equipos clínicos y administrativos, el trato y la calidad de la información que se recibe).

2.3.1 Trato Recibido

El trato recibido tiene como componente las relaciones interpersonales las cuales integran aspectos emocionales como la idea de calidez, escucha activa, protección, seguridad, confianza, humanización de la atención e información, también considera aspectos más concretos como la coordinación del equipo, apoyo físico, limpieza de las instalaciones y tiempo de espera (50). En sus relatos las usuarias manifiestan como percibieron el trato recibido en las diferentes localidades:

“Todo bien, ellos estaban como relajados, alegres y tranquilos. Conversábamos y no estaba como esto hay que hacer (apurándome). Fue bonito ese tiempo con ellos. Fue una buena recepción. Me daba ánimo para mejorar de mi diente, también la autoestima. (E1, 40 años, Rural).

“Porque el dentista que me atendió era igual como usted, conversador, me trataba bien y me hablaba como yo entendía, y él iba buscando a la gente como pasaba por acá, aprovechaba el viaje y nos traía” (E2, 55 años, Rural).

“Fue una atención súper buena. Sobre todo el doctor, porque es una persona que tu llegas y te da la tranquilidad. Te mete cháchara y todo relajado.” (E5, 46 años, Urbano).

“Él siempre me apoyó, siempre me aconsejó. Él sabía todo lo que me pasaba, por lo mismo de pertenecer a la casa de la mujer (mujeres maltratadas). No era como los dentistas que uno va y te dicen que abras la boca, y listo venga otra vez más. Él no, él trataba a todas las pacientes igual. Nos preguntaba cómo estábamos, cómo nos había ido, que estábamos haciendo. Ese momento fue para mí fue un alivio, ese momento para mí fue volver a ser libre (se emociona), de sentirme tranquila, de sentirme en paz, de sentirme que nadie otra vez me iba a estar criticando.” (E6, 58 años, Urbano).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“Fueron muy amables, no tengo nada que decir. Todo lo contrario porque yo diría que hay un lazo de amistad, porque el joven necesitaba una herramienta y nosotros se la prestamos” (E7, 79 años, Urbano).

Los relatos reafirman la importancia que tiene el trato recibido para la percepción que tienen las usuarias del PMSC, ya que se generan instancias y lazos en la parte clínica, que son un aliciente para que las pacientes tomen el programa como una oportunidad de cambio personal en su calidad de vida asociada a su salud bucal (autopercepción del individuo respecto a su estado de salud bucal en relación con el bienestar funcional y emocional, satisfacción de la atención y el sentido de sí mismo) (52).

2.4 Redes de Apoyo

Las redes de apoyo son un conjunto de entidades que brinda apoyo a las personas en temas de salud, dando respuesta a problemas y al acompañamiento. Las redes de apoyo las constituye el tratante, los familiares, los amigos, las organizaciones (municipalidades, redes institucionales de salud, fundaciones y corporaciones y voluntariados) y también grupos de personas con interés en común, en los que el paciente se apoya de manera directa, durante todo su tratamiento. Es importante destacar que las redes de apoyo pueden marcar una gran diferencia en la adherencia a los tratamientos.

2.4.1 Apoyo Familiar y Comunitario

Las redes de apoyo familiar y comunitario constituyen una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicio, que se activan para hacer frente a situaciones de riesgo en los hogares (falta de dinero, pérdida de empleo, enfermedad, cuidado de hijos, acogida, etc.). Las personas tienen lazos entre sí para brindarse apoyo en caso de crisis o necesidad. Las necesidades externas de las usuarias del PMSC durante el tratamiento son variadas, estas necesidades se enmarcan en problemas o impedimentos para asistir a su tratamiento, lo que repercute en su salud. Por lo que la adherencia está determinada por el contexto social de la usuaria. El siguiente relato nos presenta la importancia de las redes de apoyo comunitario en un tratamiento.

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“Con la señora de la casa de la mujer y con la señora de la biblioteca. Ellas me ayudaron mucho.” (E6, 58 años, Urbano).

Existen diferencias entre las redes de apoyo entre las usuarias, esto muchas veces condiciona que el tratamiento se allá llevado acabo muchas veces tarde. Algunas usuarias relatan las dificultades personales que tienen:

“Trabajamos por turno y cuando él está en la casa (marido), él corre con todo lo que es colegio. Él me cubre, pero estando yo voy.” (E8, 45 años, Urbano).

“El papá de mi hija no se aparece no más po. El papá de mi hijo se lo lleva y se van juntos los fines de semana. (E3, 33 años, Rural).

2.5 Salud Actual

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad. La salud actual se refiere a como la persona percibe su salud, la cual está relacionada con las condiciones ambientales, culturales y socioeconómicas, además del estado fisiológico de la persona, la personalidad, grado de soporte o apoyo social que recibe, estado civil, bienestar psicológico, etc. La mayoría de las encuestas muestra que a medida que aumenta la edad, más baja es la percepción de buena salud, que los profesionales de la salud hacen una sobrestimación de su estado de salud y que las mujeres perciben un peor estado de salud comparado con los hombres a cualquier edad.

2.5.1 Salud Actual Relacionada con Tratamiento

El concepto de calidad de vida relacionado con salud (CVRS), es usado indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades. Este término se acuñó por el interés de la medicina de evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, limitando la experiencia que el paciente tiene con su enfermedad y los cuidados médicos o el impacto de la enfermedad en la vida diaria. Es una medición de salud desde la perspectiva del paciente (53).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

La calidad de vida relacionada a salud oral (CVRSO) es la autopercepción del individuo o paciente respecto del estado de salud bucal en relación con el bienestar funcional y emocional. Las usuarias relatan respecto a su salud actual relacionada con su tratamiento:

“Antes tenía dolor más antes, pero ella me arregló.” (E1, 40 años, Rural).

“No tengo sensibilidad y eso para mí es algo bueno, porque puedo consumir de todo.” (E3, 33 años, Rural).

“Entonces si no me hubiera hecho la limpieza, tal vez como estaría mis dientes, amarillos, verdes, no sé qué color.” (E5, 46 años, Urbano).

“Tengo buena salud en mi dentadura.” (E6, 58 años, Urbano).

La importancia del tratamiento para las usuarias se define por la ausencia de dolor, la posibilidad de consumir alimentos, la estética y la percepción de salud oral.

2.6 Resolutividad

La resolutividad en salud es la capacidad de resolver de manera íntegra y con calidad un problema de salud por parte del prestador. También está relacionado con la capacidad de diagnosticar correctamente. El PMSC es un programa que se desarrolla focalizadamente, diagnosticando, tratando y resolviendo los problemas de salud oral de las mujeres mayores de 20 años en la atención primaria de salud. La resolutividad del programa asegura en muchas localidades la continuidad de la atención de tratamientos que no se podrían realizar sin su implementación. Los relatos de las usuarias narran la resolución de sus problemas de salud oral:

“Porque yo les cumplí y ellos me cumplieron también.” (E1, 40 años, Rural).

“La prótesis me la cambiaron y me la dejaron mucho mejor que la que yo traía de Santiago.” (E5, 46 años, Urbano).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

No todos los tratamientos resuelven los problemas de salud oral de las pacientes. El siguiente relato narra la persistencia de los problemas de salud oral:

“No me resolvieron el problema y me siguen faltando los dientes.” (E3, 33 años, Rural).

3. Acción Intersectorial para la Salud

La acción del intersector en salud se define como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida (54). Desde la mirada de las usuarias atendidas y actores claves del programa se sintetizó la categoría “Acción Intersectorial para la Salud” como resultado de la suma de varios componentes que se desagregan para conocer el intersector del PMSC realizado el año 2019 en la región de Tarapacá. Los componentes se muestran en la Ilustración 5.



Ilustración 5. Acción Intersectorial para la Salud

Fuente: Elaboración Propia.

3.1 Valoración Actores Claves Intersector

Los actores claves son personas que cumplen roles en el entorno cercano de la usuaria como amigos, familiares y el o los tratantes, también pueden ser organizaciones formales y/o informales (municipalidad, escuela, juntas de vecinos, grupos con intereses en común, centro de salud, vecinos, etc.) que están presentes en la localidad. Los actores claves participan directamente en acciones para la toma de decisiones, dando soluciones efectivas a los problemas, para lo cual tienen espacios donde se pueden compartir liderazgos,

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

recursos, estrategias, oportunidades y realizar una planificación conjunta para dar solución a los problemas relacionados con salud. El valor del actor clave no solo se mide en el involucramiento, sino que también en la participación, en la toma de decisiones, en las líneas estratégicas a seguir, en la oportunidad de apoyar el proceso desde su mirada particular, apoyando procesos técnicos y sociales (55).

3.1.1 Comunicación

La comunicación en el intersector y entre los actores que lo componen es fundamental. Son necesarias las instancias bidireccionales de comunicación que favorezcan el abordaje integral de los problemas de salud. Estas instancias buscan generar visiones compartidas en las asociaciones que se generan dentro del intersector. También en el intersector existen y se generan conflictos, los cuales pueden agudizarse si no existen instancias efectivas de comunicación (56). La instancia de comunicación directa del intersector en el PMSC es la “Mesa Regional Intersectorial de Salud Bucal”, donde se generan instancias para promover en las mujeres y la comunidad, hábitos saludables de alimentación e higiene bucal. Los actores claves narran la importancia de la comunicación en el intersector:

“Yo creo que nos falta en el intersector recoger todas las miradas. Hace falta poder recibir esa retroalimentación, de todo ese enfoque que se recoge desde el usuario, los cuales realmente debieran ser lo que deberían estar más priorizados en el convenio para esta retroalimentación y escuchar esta otra versión desde donde se derivan las usuarias” (RO, 5 meses en el cargo, Urbano)

“En el convenio no existe nada que genere, que el dentista o la entidad que ejecuta el más sonrisas nos dé una retroalimentación con respecto a nuestra intervención. Entonces yo derivo y dependo de la voluntad del dentista que me diga que sí se intervino, sabes que esta mujer la llamó tantas veces y no vino”. (S1, 4 años en el cargo, Rural).

“Y para mí los últimos años han sido súper fomes porque no hemos tenido información directa, ni de parte de SERNAMEG, ni de parte de la contra parte”. (S2, 8 años en el cargo, Urbano).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“El gran problema que hemos tenido nosotros es que se hacen las citas correspondientes y finalmente solo llegan las mismas entidades. Llegan siempre educación, SERNAMEG, SEREMI, servicio y los encargados comunales” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

La comunicación dentro del intersector tiene grados o intensidades en las relaciones del sector salud con otros sectores, estos son los niveles de: 1) Información, 2) Cooperación, 3) Coordinación e 4) Integración. El PMSC está en la fase de cooperación, la cual se caracteriza por un trabajo en conjunto entre sectores que buscan una mayor eficiencia de cada sector. Además existen prioridades comunes entre sectores para obtener resultados en salud. El intersector participa de la implementación y/o ejecución del programa, pero no en su formulación. El PSMC no está en una fase superior (coordinación) dado que los sectores involucrados no realizan ajustes en sus políticas y programas para lograr mayor niveles de eficiencia y eficacia. Además se presenta un trabajo vertical entre las partes y el financiamiento no es compartido (57).

Las y los actores claves solicitan una mejor comunicación del trabajo en conjunto que se está realizando en la ejecución e implementación del PMSC, para así poder atender a las necesidades que las usuarias demandan en su contacto directo con las instituciones del intersector. Además es indispensable la mejora de los canales de comunicación directo entre las partes del intersector a nivel central (regional) y local (comunal) (54).

3.2 Actores Claves

La definición de actor clave se desarrolló en el punto 3.1.

3.2.1 Rol Secundario

En la relación del sector salud e intersector debe predominar la coordinación, para converger en propósitos de transformación social compartidos. Los roles de los actores claves dentro del proceso de derivación y participación en el PMSC están claramente definidos, pero estas instancias son unidireccionales, perdiéndose la oportunidad de réplica y de mejora continua dado el funcionamiento inercial por parte de los referentes y encargados del PMSC, donde no se toman en consideración los contextos locales de las

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

organizaciones que apoyan la implementación y ejecución del programa. Las y los actores claves destacan en sus relatos, el rol secundario y la subutilización del sector social del programa, además de la baja valoración de su trabajo anual dado el enfoque del programa en el tratamiento y el tratante:

“Nosotros no somos tomados en cuenta en este proceso como institución de apoyo en la visualización de mujeres que tienen problemas en su salud oral.” (O1, 5 meses en el cargo, Urbano).

“Entonces yo muchas veces no sé si tuvimos cupos o no, o si se intervino o no se intervino. Entonces somos actores claves solo para eso (se refiere a ser un simple captador) y no nos toman en cuenta realmente para hacer el convenio y hacer tratamiento. Somos acompañamiento. Nosotros también tenemos reparos en el tipo de intervención.” (S1, 4 años en el cargo, Rural).

3.3 Recomendaciones de Mejora

Las recomendaciones de mejora en el programa por parte de los actores claves del intersector no tienen un espacio de diálogo donde presentarse. Localmente no existen mesas de trabajo para evaluar el programa a nivel comunal y las instancias formales (Mesa Regional Intersectorial de Salud Bucal) son utilizadas como instancias informativas desde nivel central para la región y sus comunas. Por lo que las recomendaciones que se generan desde las usuarias y tratantes, se extravían en la ejecución y enfoque en el tratamiento del programa. Las y los actores claves no buscan interferir en la implementación y ejecución del PMSC en las comunas, lo que buscan es tener mayor participación en las mesas de diálogo con la contraparte (sector salud). Esto genera la necesidad de generar una organización técnica local, para aterrizar las orientaciones técnicas a los territorios.

3.3.1 Intersector y Participación

El intersector del sector social participa activamente en la captación de usuarias para el PMSC, siguiendo los criterios de inclusión. Estas instituciones generan listas de usuarias que son enviadas a los referentes odontológicos comunales, las cuales son utilizadas para localizar pacientes con necesidad de atención odontológica. Su trabajo es limitado y no se

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

puede verificar, además la retroalimentación depende de la voluntad del tratante o que la información les sea enviada desde nivel central. Los relatos narran las necesidades desde el intersector:

“Sería bueno que cada mujer atendida pudiese tener un tipo de documento que dijera que la mujer en tal día se le hizo tal cosa, o tiene tal diagnóstico, o se le van a hacer cierta cantidad de intervenciones y el alta. Porque muchas veces hay mujeres que dicen que no fueron atendidas y realmente si lo fueron. Entonces hay que ver la otra parte. Nosotros cuando nos ponemos a llamar a las mujeres si fueron o no atendidas, nos pasa eso. Este documento es necesario para nosotras como medio verificador para nuestro trabajo.” (S2, 8 años en el cargo, Urbano).

“Yo creo que me gustaría que nos tomaran en cuenta mucho antes de que se ejecute el convenio. Participando en mesas locales, mesas regionales, mesas nacionales.” (S1, 4 años en el cargo, Rural).

La supervisión de las atenciones recae en la auditoría del 5% de las altas dadas en cada comuna, esta auditoría es realizada por un cirujano dentista que no haya participado en la ejecución del programa. Junto con esto el inicio de los programas está supeditado a la asignación de recursos a las comunas ejecutantes, lo que retarda el inicio local de las atenciones. Existen recomendaciones desde el intersector:

“Las dificultades que hemos tenido se han dado con ciertos ejecutores de programas, en los cuales uno sabe que existen discrepancias que se puede tener con la persona que hace las auditorías, pero a veces nos hemos encontrado con tratamiento que están en ficha, pero que no fueron realizados y ahí uno tiene que poner un poquito más de ojo y nos acercarnos a la comuna para entregar un informe de los programas, porque nosotros no podemos intervenir sobre los ejecutores directamente.” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

“Lamentablemente como todo esto es algo burocrático en el tema de asignación de recursos, esta asignación llega muchas veces de forma tardía a las comunas, llegando está en el mes de mayo e inclusive en el mes de junio, por lo tanto recién en esa fecha pueden empezar el proceso de ejecución. También algunas comunas deben antes

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

realizar un proceso de licitación, porque lo hacen dentistas externos, dado la imposibilidad de hacer los programas por razones de recursos físicos en muchas comunas.” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

3.3.2 Demanda y Valor Canasta

Existe una alta demanda por atenciones de índole odontológica, puesto que las atenciones odontológicas al inicio de la pandemia del COVID – 19, fueron suspendidas en su totalidad, dejando solo las atenciones de urgencia como prioridad. Con el avance de la pandemia se modificaron los tipos de atenciones permitidas y los rendimientos, por lo que actualmente se atienden menos personas que antes del inicio de la pandemia, lo que generó una alta demanda de atención odontológica, que contrasta con la baja oferta (baja capacidad de cobertura del programa). Junto con esto el valor de la canasta (promedio de intervenciones que se realizan a cada usuaria) que paga el programa por cada alta, no es acorde al daño y a la cantidad de prestaciones que necesita cada usuaria actualmente. El relato desde el intersector refleja la alta demanda por atenciones y la adecuación del valor de la canasta:

“Porque para dar una odontología de calidad, uno necesita una buena inversión de recursos. Entonces yo aumentaría el valor de la canasta, viendo la realidad en la que llegan los pacientes.” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

“Básicamente todos estos programas vienen como reforzamiento al programa de atención primaria. Una mejora podría ser aumentar los cupos, porque son programas que tienen una alta demanda, sobre todo pensando que estuvimos dos años sin atenciones y que existe una alta necesidad de la población.” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

Existe una disociación entre lo que se recomienda por convenio, las necesidades reales que presentan las potenciales beneficiarias de las localidades y el valor de la canasta que no da cuenta de ellos.

4. Adherencia a los Criterios de Priorización

Los criterios de ingreso del programa son claros, pero estos criterios son acompañados por criterios de priorización diferentes entre lo sanitario y lo social. Se vislumbra una descoordinación entre el equipo de salud y los criterios de priorización del componente social. Desde la mirada de las usuarias atendidas y de los actores claves del programa se sintetizó la categoría “Adherencia a los Criterios de Priorización” como resultado de la suma de varios componentes que se desagregan para indagar en los criterios de priorización del PMSC realizado el año 2019 en la región de Tarapacá. Los componentes se muestran en la Ilustración 6.

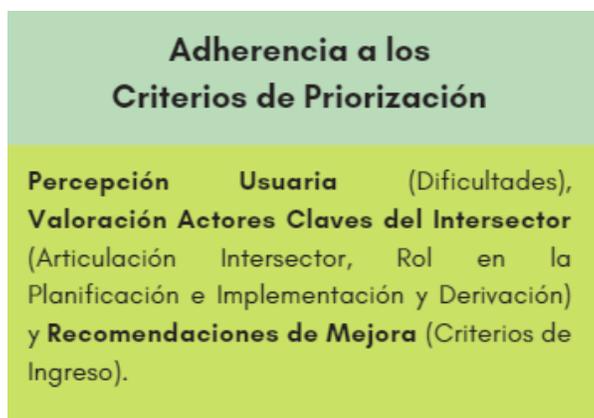


Ilustración 6. Adherencia a los Criterios de Priorización

Fuente: Elaboración Propia.

4.1 Percepción Usuaría

La definición de percepción usuaria se desarrolló en el punto 2.

4.1.1 Dificultades

Las dificultades para las usuarias del PMSC desde el ingreso son de diversa índole. Presentándose dificultades de falta de tiempo para asistir, falta de movilización, razones laborales y problemas personales en el hogar. Estas dificultades muchas veces provocan que algunas usuarias desistan de ingresar al programa para evitar problemas en su hogar, trabajo, etc. Estas dificultades sociales no son visualizadas en el contexto de ingreso por el equipo de salud. Los relatos acompañan estas dificultades:

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“En eso varias cosas, a veces no me alcanzaba el tiempo ni para comer, esos tiempos que yo estaba en el colegio, había tareas, a veces otras cosas.” (E1, 40 años, Rural).

“Si, a veces tenía problemas, como en dos ocasiones no pude llegar a la atención por el tema de movilización.” (E3, 33 años, Rural).

“Mi principal dificultad era mi trabajo, porque a veces yo tenía que llevarla a ella, porque es una persona de más de 80 años y tenía que agarrar el vehículo y yo tenía el temor que se cayera o se hiciera daño, entonces yo me la traía conmigo al programa.” (E4, 36 años, Rural).

“Yo quería hacer hartas cosas, pero no tenía donde estar, como le digo, a mí me echaron de la casa y me tiraron a la calle.” (E6, 58 años, Urbano).

4.2 Valoración Actores Claves del Intersector

La definición de valoración actores claves del intersector se desarrolló en el punto 3.1.

4.2.1 Articulación Intersector

En la articulación del intersector se distinguen grados o niveles de relación del sector salud con otros sectores, estos son 1) Información, 2) Cooperación, 3) Coordinación e 4) Integración. La intersectorialidad es un método de gestión que articula, planifica y coopera con distintos sectores de la sociedad y en este caso un programa de salud oral, actuando sobre los determinantes sociales de la salud (58). Los relatos de los actores claves narran como se relaciona el sector salud con el intersector:

“Por mi parte saber qué cosas faltan o saber en qué podemos ayudar, porque nos falta información. Yo creo que me gustaría que nos tomaran en cuenta mucho antes de que se ejecute el convenio. Participando en mesas locales, mesas regionales, mesas nacionales.” (S1, 4 años en el cargo, Rural).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“Es necesario tener instancias para reunirnos como mesas locales para ver avances.” (S2, 8 años en el cargo, Urbano).

“Yo creo que es súper importante no trabajar solo en base a voluntades. Es importante potenciar y mantener estas mesas de discusión, diálogo o incluso entrevistas a los actores involucrados para mejorar el convenio año a año.” (O2, 4 años en el cargo, Urbano).

“En el caso de SERNAMEG, JUNJI e INTEGRÁ, ellos son bastante activos, porque siempre solicitan información sobre la cantidad de cupos asignados en las comunas, cuanto les va a tocar cada año.” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

El nivel de relación del sector salud con otros sectores varía en la aplicación local del programa, ya que localmente el desarrollo de la articulación del intersector está en un nivel primario (Información) y a nivel de Mesa Regional Intersectorial de Salud Bucal está en un nivel secundario (Cooperación). Puesto que la información desde las mesa regional no llega a las localidades y estas no tienen instancias de dialogo para mejorar la aplicación del convenio a nivel local. Esto puede afectar la derivación por parte del intersector al programa, dada la falta de retroalimentación.

“Pero eso no quita que nos falta tener más opinión, más participación, para así realizar una derivación más directa y tener una retroalimentación más directa en este círculo. Con esto nos evitamos la pérdida de tiempo para nosotros y para las usuarias.” (O3, 9 meses en el cargo, Rural).

La priorización desde el intersector puede ser deficiente, asociado a que no se está desarrollando formación local (búsqueda de una mayor eficiencia en las acciones del sector social) y a la nula interacción entre los actores clave en las localidades.

4.2.2 Rol en la Planificación e Implementación

El rol que cumplen en la planificación e implementación del programa los actores claves varía según el sector al cual pertenecen. Los roles están completamente definidos desde el nivel central. El articulador del servicio de salud es el actor que se preocupa de la

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

distribución de cupos y recursos, también baja la información a las instituciones que participan del intersector. Las comunas se preocupan de la implementación del sector salud y las instituciones del intersector de la captación de mujeres según los criterios de inclusión. Los relatos confirman estos roles.

“Yo me encargo de realizar la distribución, luego de eso me encargo de realizar los convenios. Nosotros hacemos un convenio con cada comuna, a la cual se le comunica cuales son los cupos asignados, que perfil deben tener las beneficiarias según las orientaciones técnicas, luego este convenio se firma y se traspasan los recursos. Y básicamente la comuna se encarga de la ejecución del mismo, y en este caso el servicio, ósea yo, me encargo de hacer un monitoreo en el cual debo ir evaluando mes a mes, si el convenio se está ejecutando, si se hizo la licitación pertinente, si el odontólogo lo está ejecutando.” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

“Yo me encargo mucho de la operatividad del programa en la comuna de Iquique. Coordino los pacientes que son atendidos, todos los insumos que se requiere, el registro de las atenciones y las ejecuciones en general del programa.” (RO, 5 meses en el cargo, Urbano).

“Nosotras somos las captadoras de las mujeres, según el perfil que se entrega en el convenio. Captamos a estas mujeres y las derivamos. Ese es nuestro rol. En realidad es súper importante, porque o sino no existiría ninguna mujer que fuera captada como beneficiaria.” (S1, 4 años en el cargo, Rural).

Las derivaciones por parte del intersector y la posterior atención en horario de morbilidad para comprobar la correcta derivación, genera una doble puerta de entrada para ingresar al programa. La decisión final de ingreso es tomada por el mismo tratante en las comunas. Por lo tanto existen usuarias que fueron derivadas y no fueron ingresadas, esto se puede deber a dos escenarios: 1) las instituciones del intersector tienen un interés que mide la labilidad social, el cual es traspasado al proceso de derivación y/o 2) los tratantes del programa podrían estar priorizando el ingreso de mujeres con menos daño y más jóvenes (riesgo moral). Lo que se traduce en un menor costo para el tratante (descrime), dado que se realizaría una menor cantidad de prótesis (10).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

El programa paga un valor canasta establecido por cada alta, esta canasta se conforma con las prestaciones promedio que recibe cada usuaria durante su atención. Este valor de la canasta se denomina paquetización, dado que el valor de la prestación de salud es preestablecido. Finalmente los criterios de priorización de ingreso al programa no se están tomando en consideración, dado que está establecido que las mujeres con más carga de enfermedad deben ser priorizadas en el ingreso al programa.

4.2.3 Derivación

Una derivación en salud se entiende como el envío de un paciente desde un centro asistencial a otro, para continuar su estudio y/o tratamiento en el segundo establecimiento. La derivación que se realiza en el PMSC es desde el componente social del programa y APS, al equipo de salud tratante. Esto genera que existan diferencias de criterios al momento de enviar y recibir la derivación, puesto que el componente social y salud miden la necesidad de tratamiento o carga de enfermedad de diferentes formas. Esto se ve reflejado en los relatos de ambas partes:

“Solo nosotros las derivamos y quedan ahí. Hay mujeres que tienen muchos dientes quebrados, entonces a esa persona ya no la puedo derivar. O pasa que uno deriva, pero el dentista debe también revisar si el perfil es el correcto en la primera evaluación y las van descartando por que no cumplen el perfil. ¿Se entiende?” (S3, 4 años en el cargo, Rural).

“Generalmente yo no coordino la derivación que se produce desde el intersector, sino que la coordina directamente la SEREMI, entonces tenemos un ente intermediario que hace más burocrático la derivación.” (RO, 5 meses en el cargo, Urbano).

“Era bien explícito en el tema que solo debíamos derivar casos extremos. Yo derivé bastantes mujeres y no todas eran aceptadas. Si este año pudiese mejorarse que sea para todas, sería genial porque comparto la misma opinión que la compañera.” (S1, 4 años en el cargo, Rural).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“La derivación debería venir desde APS, llegar a quien hace el filtro para el programa y llegar pacientes específicamente para la ejecución. Esto porque hay ciertos criterios para acceder al programa.” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

Las derivaciones que realiza el intersector son en general casos extremos (problemas de salud oral con una alta carga de enfermedad y otros problemas derivados), pero no todas las mujeres son aceptadas por no cumplir los criterios. Esto vislumbra la presencia de intereses mixtos por parte de los tratantes o receptores de las derivaciones de casos extremos, los cuales califican para tratamiento según la priorización que establece el programa.

4.3 Recomendaciones de Mejora

La definición de recomendación de mejora se desarrolló en el punto 3.3.

4.3.1 Criterios de Ingreso

Los criterios de ingreso o de inclusión son muy claros en el PMSC, pero no existe una verificación respecto al cumplimiento de estos criterios por parte del asesor odontológico del Servicio de Salud y del asesor comunal. Tampoco este punto se mide en la auditoria que se realiza al 5% de las usuarias dadas de alta del PMSC, por lo que la selección de pacientes por parte de los tratantes no se puede verificar, pero tampoco se está cuantificando este problema (riesgo moral).

“No, no hay una verificación. Uno da por entendido que se cumplen esos criterios de entrada, dado que la orientación técnica dice cuáles son los filtros para que el usuario sea beneficiario del programa. Entonces el referente odontológico de la comuna es el actor que se preocupa de verificar si se está cumpliendo aquello.” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

5. Programa de Salud Multidisciplinario

Los programas de Salud Multidisciplinarios son estrategias para brindar atención continua centrada en el paciente, mediante la redistribución de tareas de los miembros del equipo, compartiendo las responsabilidades para brindar una mejor atención. Los programas multidisciplinarios tienen la ventaja de: ampliar el acceso al servicio de salud, mejorar el apoyo al paciente, mejorar la colaboración del equipo, dar mejor seguimiento, mejorar la calidad de vida, ahorrar tiempo para el paciente y el equipo de salud, ser costo-eficiente y dar mayor satisfacción tanto al paciente como al o los tratantes (59). Desde la mirada de las usuarias atendidas y de los actores claves del programa se sintetizó la categoría “Programa de Salud Multidisciplinario” como resultado de la suma de varios componentes que se desagregan para conocer y complementar la visualización del PMSC realizado el año 2019 en la región de Tarapacá. Los componentes se muestran en la Ilustración 7.



Ilustración 7. Programa de Salud Multidisciplinario

Fuente: Elaboración Propia.

Existen diferentes realidades que dan mayor complejidad a la resolución de algunos tratamientos, ya que muchas mujeres son violentadas, precarizadas y subvaloradas, por lo que es necesario cambiar la mirada para conseguir más sonrisas de mujeres que enfrentan escenarios que no pueden ser manejados solo por el cirujano dentista.

5.1 Percepción Usuaría

La definición de percepción usuaria se desarrolló en el punto 2.

5.1.1 Necesidades Iniciales

Las necesidades configuran procesos complejos de búsqueda de la atención en salud, que involucra diversos sujetos e instituciones en las que se movilizan estrategias y recursos con el fin de recibir una atención. La necesidad de atención en salud son el producto de la concepción subjetiva de la enfermedad, a partir de la historia de vida y la cultura, lo que permite la construcción del síntoma y de la enfermedad, y lleva a la usuaria a una serie de escenarios burocráticos y terapéuticos (60). El programa recibe usuarias con diferentes perfiles de tratamiento, los cuales pueden ser apoyados y tratados por un equipo multidisciplinario con habilidades y competencias complementarias.

“Ay como sufría, hay días siempre me acuerdo del dolor, mucho mucho. Ella me dijo no tiene que estar llorando, no tiene que estar triste, acá tienes apoyo”. (E1, 40 años, Rural).

“Le dije la situación que estaba pasando y ella inmediatamente me apoyó mucho, me aconsejó emocionalmente, que era lo primordial que me hacía falta. Todo esto por daño psicológico y de ahí ella me mandó a la Casa de la Mujer”. (E6, 58 años, Urbano).

5.1.2 Realidad Anterior

Las usuarias del PMSC tuvieron experiencias con el sistema sanitario nacional y/o extranjero (realidad anterior), lo cual puede generar prejuicios (opinión preconcebida, generalmente negativa, hacia algo o alguien) y juicios buscando predecir la calidad de una atención futura, mediante la experiencia pasada. Existen expectativas, esperanzas y opiniones previas al inicio, desarrollo y finalización de un tratamiento. Los relatos narran la experiencia previa de las usuarias con el sistema sanitario:

Yo vivía en Bolivia, tal como ustedes van a rondar, lo único que nos daban para el dolor era calmante, una pastillita, paracetamol, lo único que nos daban. Como que allá no hay preocupación, no hay como los tratamiento de acá, no hay allá, nada.” (E1, 40 años, Rural).

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

“Es muy difícil atenderse en el consultorio (se refiere a Perú), solo hay dos horas para el día, nada más. Y eso que son de urgencia, Porque si sacas hora te dan para 15 días o 1 mes.” (E4, 36 años, Rural).

“En ese tiempo no te derivaban a los colegios como ahora. No existía la JUNAEB. Ahora de tal edad a tal edad es gratis y te ponen los brackets en el hospital. Antiguamente eso era impensado, la única oportunidad de hacerte un tratamiento así, era haciéndolo particular y las lucas eran muchas.” (E8, 45 años, Urbano).

5.1.3 Precursor de Higiene

Un precursor de higiene es la persona que de forma primaria integró la higiene oral a las usuarias del programa. El rango de edad de las usuarias oscila entre los 33 y 79 años, además de proceder de diferentes naciones y pertenecer a localidades urbanas y rurales. Esto conforma un contexto social único de cada usuaria, lo que hace que sus historias sean diferentes.

“Yo no tenía siempre cepillo, mi abuelita me enseñaba ahorita con sal y me decía que con eso todas las mañanas me tenía que enjuagar. Eso es lo único que me enseñó mi abuelita. Solo agua con sal y el cepillo con la pasta no existía. Yo no conocía el cepillo.” (E1, 40 años, Rural).

“Ahí el profesor también le hizo comprar un cepillo a mi mamá. Y no se quien compro la pasta, porque él nos echaba la pasta a todos los niños y cuando no tenía le echaba una gotita de limón y nos decía a cepillarse.” (E2, 55 años, Rural).

“Yo lo aprendí sola, en realidad cuando yo era pequeña yo no conocía el cepillo de dientes ni la pasta, por eso yo tenía muchas caries.” (E3, 33 años, Rural).

El inicio y mantención de la higiene oral debe ser enseñada y reforzada transversalmente por un equipo multidisciplinario durante todo el ciclo vital, con la finalidad de compartir responsabilidades pequeñas que pueden generar grandes cambios en la salud oral de la población.

5.1.4 Otros Programas de Salud

Las usuarias se atienden en la red de atención primaria de salud (APS) de su localidad, donde coexisten diversos programas, los cuales son ejecutados por diversos profesionales, técnicos y administrativos. En general la demanda de prestaciones de salud sobrepasa a la oferta de prestaciones de salud, por lo que las horas de atención y los horarios son limitados y en general las y los usuarios deben adecuarse a los pocos horarios disponibles. Los relatos de las usuarias narran la diferencia que existe con los otros programas:

“Cosa que me llamó bastante la atención, porque cuando uno se atiende en salud pública te dicen tenemos una hora a tal día y debes acomodarte al sistema. En este caso era todo lo contrario, ellos se acomodaron al sistema mío. Ya fuera en días, en horario, en tiempo, en todo, etc.” (E8, 45 años, Urbano).

“Yo antes pensaba que sería como otros programas (mueve la cabeza) que no funcionan, en cambio en este me llamaron y me dijeron que salí para un programa de mujer sonrisa, y estas inscrita y yo contenta recibí la explicación, y me explicaron que me iban a hacer.” (E1, 40 años, Rural).

5.2 Recomendaciones de Mejora

La definición de recomendación de mejora se desarrolló en el punto 3.3.

5.2.1 Apoyo Psicológico en el Tratamiento

Existen diagnósticos y/o tratamientos que para el tratante pueden resultar cotidianos, pero estos mismos pueden ser un desafío para personas que están pasando por diversas dificultades o circunstancias en sus trayectorias de vida, las que además pueden comprometer la adherencia, término del tratamiento y valoración del mismo. El asesoramiento puede ayudar a las usuaria a comprender sus sentimientos y reacciones, además de desarrollar estrategias para afrontar el presente y futuro, no solamente del o los tratamientos dentales, sino que de la visualización de problemáticas personales que trascienden diversos aspectos del diario vivir y que necesitan ser manejados y tratados por

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

profesionales con las herramientas idóneas. Los relatos de actores del intersector narran la necesidad:

“Muchas veces uno choca con el ámbito operativo y no en todo lo que conlleva el tratamiento muchas veces que se realiza. Creo que el programa puede ser mejor aún. Requiere situaciones que deben ser manejadas de forma integral.” (RO, 5 meses en el cargo, Urbano).

“Yo encuentro que es necesario poner un apoyo psicológico para esto, porque igual es un cambio que están haciendo. Es un cambio físico, psicológico, desde que están asumiendo este reto. Porque para algunas es un reto, para otras es una valiosa experiencia, pero imagínate que una mujer que ya ha tenido problemas dentales toda su vida, que le faltan piezas y que le digan que para solucionarle sus problemas, la solución está en sacarle todas su piezas. A mí como mujer me costaría entenderlo. El apoyo psicológico debe ir de la mano, porque por eso de repente a las mujeres les da miedo el tema de cambio.” (S1, 4 años en el cargo, Rural).

5.2.2 Usuarías

Es importante generar espacios de dialogo, donde las usuarias del programa no solamente sean evaluadas por una encuesta de calidad de vida en salud oral, sino que tengan la posibilidad de realizar recomendaciones de mejorar para el PMSC, desde su percepción como paciente, dentro de su contexto local, lo que tiene como finalidad el reconocimiento de las necesidades no cubiertas por el programa. Los relatos de las usuarias narran:

“Yo agregaría que se pusieran dientes permanentes para la gente, yo creo que sería mucho mejor para la gente. Sí, porque debe haber mucha gente que no se acostumbra a la prótesis. Yo no me acostumbre y deben haber otros que tampoco se acostumbran.” (E3, 33 años, Rural).

“Que sea como más asequible un poco a la gente de clase media, porque estos programas generalmente lo arrastra la gente de clase baja.” (E8, 45 años, Urbano).

“Podrían sacar la radiografía acá mismo.” (E5, 46 años, Urbano).

5.3 Valoración Actores Claves del Intersector

La definición de valoración de actores claves del intersector se desarrolló en el punto 3.1.

5.3.1 Valor Social del Programa

El valor social es el resultado generado cuando los recursos, procesos y políticas se combinan para generar mejoras en la vida de las personas o de la sociedad en su conjunto. Los actores claves conocen los objetivos del programa, pero la valoración no posee una cuantificación exacta. El valor que se otorga desde el programa no está en dudas, puesto que lo que se entrega es la recuperación de la salud oral de las usuarias, a través de la mejora del acceso a la salud oral, además de prevenir su pérdida mediante la corresponsabilidad en salud. Junto con esto el programa tiene acciones mancomunadas entre el equipo tratante y el intersector (actores claves, instituciones y comunidad) (61).

“Se ha podido visualizar que realmente hay mujeres que realmente les ha cambiado la vida. Que realmente les ha generado autoestima, se sienten más seguras, que pueden enfrentar situaciones sin taparse la boca para reírse. Ella se cohíbe con ciertas cosas. Esto genera que las mujeres por fin puedan hablar, dar su opinión y reírse. Es importante socialmente el impacto en las mujeres. Es un programa que genera harto impacto social en las mujeres y en nosotros mismos. Es gratificante cuando alguien cambia su expectativa de vida.” (S1, 4 años en el cargo, Rural).

“Yo veo que a la mujer le da más seguridad y mucho más verse bien en el espejo. Salir al mundo laboral más confiada de sí misma.” (S3, 8 años en el cargo, Rural).

“Uno puede evidenciar también el impacto que se puede lograr con el programa, porque hay gente que tiene un factor beneficioso sobre su salud, sobre su autoestima.” (RO, 5 meses en el cargo, Urbano).

“El valor social de estos programas. Es un programa para dar acceso a toda una población que lamentablemente dentro del programa de atención primaria no tiene mucho porcentaje destinado para su atención. Es un beneficio directo y se enfoca en mujeres con ciertas características, por lo tanto son personas que tienen y sienten la necesidad de

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

mejorar su estado de salud bucal. Ya que en su trabajo, en el aspecto emocional, psicológico, cómo se desenvuelven en su entorno. Son mujeres que lamentablemente muchas no poseen las piezas dentales anteriores. Por tanto es un programa, más allá del área odontológica, porque también va en busca de fortalecer la seguridad y el confort de las mujeres para que se sientan más seguras de sí misma, desde el área de la salud bucal, permitiéndoles volver a sonreír y conversar con cierta seguridad y así volver a desenvolverse en su familia y trabajo.” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

5.3.2 Expectativas Usuarías

La expectativa es la esperanza o posibilidad de conseguir algo. La expectativa en salud es aquello que la usuaria espera encontrar cuando acude a un servicio sanitario. La expectativa de ingreso al PMSC se genera en la derivación de las mujeres por instituciones del intersector, pero su derivación no asegura su ingreso al programa. Y la expectativa de tratamiento se genera cuando mujeres que ingresan al programa necesitan tratamiento complejos, y sus necesidades no se cumplen dado que su tratamiento requiere derivaciones a especialidades odontológicas, las cuales en el sector público tienen una lista de espera, lo que genera que la resolución completa del tratamiento pueda demorar incluso varios años. Los relatos de los actores claves narran estos dos tipos de expectativas:

“Por lo tanto cuando un paciente necesita un tratamiento complejo, yo creo que no se alcanzan a cumplir las necesidades de ese paciente.” (ROR, 5 años en el cargo, Urbano).

“Si muchas veces las expectativas de las usuarias son más de lo que el programa puede ofrecer. Se genera como una expectativa demasiado alta, que lamentablemente el programa por diseño no contempla eso y esto genera como una desilusión por cierta parte de las usuarias.” (RO, 5 meses en el cargo, Urbano).

“El tema de las expectativas. Se generan muchas expectativas de las mujeres respecto al programa más sonrisas y esto es complejo de tratar, porque al final uno las genera como una vulneración. Porque se generan expectativas que después no resultan” (S3, 8 años en el cargo, Rural).

DISCUSIÓN

Este estudio cuyos resultados se discuten a continuación, evaluó el Programa Más Sonrisas para Chile desarrollado el año 2019 en la Región de Tarapacá, a través de la percepción de las usuarias y valoración de actores claves de instituciones del intersector involucrados en la implementación local del referido programa.

En el marco del PMSC desarrollado en la región, la percepción de las usuarias es cuantificada con el instrumento de medición de CVRSO OHIP-7Sp, el cual es usado en encuestas nacionales de salud y calidad de vida, y como medida de efectividad del tratamiento odontológico (43). La valoración de actores claves ha sido escasamente considerada en estudio de salud oral realizados en nuestro país. Es por esto que surge la necesidad de fortalecer una cultura de investigación en salud pública en sus diferentes aristas, favoreciendo una mayor valoración y compromiso de todos los actores involucrados (no solo del mundo de la salud) en el desarrollo de la salud pública en Chile (62), tal como realizó este estudio cualitativo.

La percepción usuaria tiene que ser vista de forma integral, ya que es una experiencia continua (no puntual), por lo que es determinante conocerla desde el acceso, hasta el alta de las usuarias (63). La metodología empleada permite enriquecer la experiencia individual de la percepción usuaria y su interrelación con los resultados que rescatan 19 factores que modelan la percepción de las usuarias (desde el acceso hasta el alta), mediante el relato de experiencias e interpretaciones, lo que concuerda con Dois (64). Junto con esto las experiencias relatadas en este estudio, son contadas por usuarias con individualidades y contextos únicos, lo que se relaciona por lo relatado por Delory (65), quien en su estudio presenta la complejidad de cada usuaria y que la experiencia depende de su contexto cognitivo, social, familiar, doméstico, psicológico, afectivo, histórico y geográfico.

En Chile, existe un amplio desarrollo de los estudios de CVRSO. La salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, minusvalía social y funcional. Los instrumentos que han desarrollado y validado los investigadores que trabajan en CVRSO se enfocan en medir el impacto social y la efectividad de los tratamiento odontológico (36), lo cual es una parte importante de lo que percibe el paciente en el contexto del resultado de su tratamiento. Este estudio no solo considera el resultado del

tratamiento, sino que múltiples dimensiones, las cuales son usadas para generar recomendaciones tomando en consideración las dificultades de acceso, experiencias previas y el contexto personal durante el tratamiento que permite visualizar este tipo de metodología.

Al respecto, el acceso es un componente de la percepción usuaria en los resultados de este estudio. Marca la transición desde la necesidad de utilizar un servicio de salud hasta la primera atención (acceso efectivo). En los resultados de este estudio se describen problemas (personales y administrativos) que dificultan la experiencia del acceso al PMSC, tal como describe Fajardo (66), ya que en el acceso existen barreras personales, económicas, organizacionales, sociales y culturales. A pesar de que en este estudio el ingreso al tratamiento es efectivo, siguen existiendo en Chile dificultades en el acceso a la atención odontológica para las personas mayores de 20 años. A pesar de que el acceso es creciente, es aún escaso como describe Cartes (67), considerando que la población mayor de 20 años representa al 58,19% del total nacional.

El enfoque de tratamiento para las personas que han tenido pérdida de dientes en el PMSC es la confección de prótesis dental removible. La confección de una prótesis tiene etapas clínicas y de laboratorio fundamentales para su futura instalación y posterior control. La calidad de las prótesis es un parámetro muy importante, dado que afecta la CVRSO (68). Esto contrasta con las orientaciones del PMSC, donde no se especifican criterios mínimos de calidad para los laboratorio dental (51), pero si se resguarda y asegura la calidad de la atención. En los resultados de este estudio se observa una inconformidad con las prótesis dentales, las cuales son realizadas muchas veces en laboratorios sin autorización sanitaria para disminuir gastos, lo que compromete la salud del paciente y el buen uso de los recursos del estado de Chile.

Existen investigaciones cualitativa en el área odontológica, que han utilizado herramientas de producción de datos como la entrevista y grupo de discusión, como la realizada por Verdagner (69) en el sector educación. El sector educación trabaja íntimamente con la salud bucal de los párvulos, mediante la incorporación y refuerzo del cepillado. El PMSC reconoce el rol que cumple el personal educación parvulario en los cuidados en la salud oral, por lo que son priorizados para ingresar al PMSC (JUNJI, Fundación Integral y MINEDUC), ya que son un modelo para los niños y niñas, siendo relevante su rol en la instalación de

hábitos de salud oral (2) (12). Esto se relaciona con los resultados de este estudio, donde las escuelas fueron las precursoras del primer cepillado, pero con un inicio tardío del cepillado en la mayoría de los casos.

De ahí que, las escuelas son una plataforma importante para el aprendizaje de comportamiento relacionado con salud, lo que concuerda con Maes y Redmond (70) (71). La educación en salud oral de escolares mejora el comportamiento de las prácticas de salud oral (cepillado, uso de pasta y menor frecuencia de consumo de dulces) y se realiza en esta etapa crucial de la vida donde se desarrollan comportamientos, actitudes y creencias sostenibles para toda la vida (72). Las usuarias del PMSC tienen comportamientos de salud que son consecuencia de su entorno social, lo que concuerda con lo encontrado por Luzzi (73). Los resultados revelan que las usuarias presentaban necesidades básicas a temprana edad (vivienda, educación, transporte, higiene, etc.), lo que incluye su salud oral, la cual no era una prioridad para su entorno social y familiar. Estos hallazgos se relacionan por lo encontrado por Gülcan (74), donde las desventajas en la vida temprana tienen un efecto perjudicial duradero en la salud futura.

Las usuarias de este estudio presentan problemas de atención de salud, escolaridad incompleta, vivienda precaria, trabajo (ocupación) y problemas familiares. De los ocho hogares visitados, dos presenta pobreza multidimensional (tres o más carencias). Lo que se relaciona con el 24,9% de pobreza multidimensional que presenta la región de Tarapacá el año 2017 en la encuesta CASEN (27). Las usuarias de este estudio respecto a la dimensión salud, relatan problemas de acceso a la atención por problemas para conseguir una hora y problemas para llegar al lugar de atención (falta de transporte), lo que se asemeja a los resultados de la CASEN 2017, donde la mayor cantidad de problemas para obtener una hora de atención fueron: 1) problemas para ser atendido (demora en la atención, cambios de hora, etc.), 2) problemas para conseguir una hora y 3) problemas para llegar al lugar de atención.

La comunicación con el intersector en el PMSC tiene solo una instancia de comunicación, la cual se desarrolla a nivel regional (Mesa Regional Intersectorial de Salud Bucal). Esta mesa es de carácter informativa y es una herramienta que es subutilizada, dado que no promueve el trabajo intersectorial. La salud debe ser vista como un producto social, tal como postula Solar (75), donde los actores y las acciones implicadas, deben trascender las

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

fronteras del llamado “sector salud”, tal como describe Sosa (76). Es por esto que es necesario que los responsables cumplan la función de informar a las instituciones locales y de conocer las dificultades locales, buscando conseguir resultados de salud más efectivos y sostenibles, lo que concuerda con lo encontrado por Otalvaro (77).

El trabajo de intersectorial debe generar instancias de trabajo en conjunto. Esto se podría traducir en capacitaciones anuales y continuas de las y los actores claves del intersector, para que el proceso de captación que lleva a cabo el sector social, cumpla los criterios de inclusión y priorización, lo que se traduce en un trabajo intersectorial a nivel de cooperación, reflejado en una participación efectiva del componente social en la ejecución o implementación del programa. Generando corresponsabilidad y trabajo de equipo en el intersector, evitando la duplicidad de acciones (3), así como describe Correa (78), donde el intersector tiene como meta la construcción de un espacio común.

En general las localidades tienen instituciones que trabajan con las comunidades, pero es imperante la activación de líneas de cooperación para visualizar necesidades invisibilizadas y cambiar realidades como: dar y generar más oportunidades en el lugar donde se vive, modificar comportamientos, mejorar entornos, estrechar relaciones familiares y sociales, generar satisfacción laboral y estabilidad económica, mejorar el acceso a los servicios de salud, entre otros (82). Esto significa hacer parte a los determinantes sociales de la salud en el PMSC. Estos son aquellos factores estructurales y del contexto social que modelan la vulnerabilidad y la exposición a las enfermedades. Con el objetivo de reducir las desigualdades injustas en salud (83). Por tanto, en este contexto, cobra valor que en la Estrategia Nacional de Salud Chile 2021-2030 las metas en salud oral consideren mejorar la salud a lo largo del curso de vida y con enfoque de equidad.

La gestión completa del PMSC está bajo la responsabilidad del sector salud, dejando al componente social (intersector) como un captador local de usuarias con necesidades en salud oral. Esta responsabilidad otorgada por las orientaciones del PMSC debe movilizar al sector salud, en la generación de espacios de sinergia local, regional y nacional, con la finalidad de compartir liderazgos y realizar una planificación e implementación con enfoque en la mejora continua, para el desarrollo del programa junto con instituciones sociales. Otros sectores podrían asumir liderazgos y generar mayor impacto en promoción del bienestar social, educación y desarrollo comunitario, tal como describe Totaro (79), lo que podría

consolidar los criterios de priorización, fortaleciendo el trabajo de las instituciones sociales y eliminando la discrecionalidad en el ingreso de las mujeres que ocurre actualmente en el PMSC.

Un punto crítico es la poca claridad en el monitoreo del programa, ya que el control de los criterios de inclusión y priorización no es revisado. Este problema fue tratado parcialmente con un cambio de estrategia, donde al menos el 60% de las altas del PMSC deben incluir prótesis removible (51). Pero esto no modula que continúe la elección de pacientes más sanos para la realización de prótesis menos complejas y la elección de pacientes más sanos para darlos de alta sin prótesis (riesgo moral). Por lo que es fundamental implementar dentro de los criterios de inclusión que: 1) el tratante no determine el ingreso y 2) la priorización debe considerar la carga de enfermedad (alta, media y baja) para el ingreso al programa. La falta de fiscalización en diversas áreas de la odontología es reportada por Monreal (80), donde una serie de instituciones que tienen facultades para regular el ejercicio de la profesional de la odontología, pero con un nivel insuficiente de coordinación y sistematicidad.

Por otro lado, durante los tratamientos que se realizan en el PMSC existen etapas que necesitan apoyo multidisciplinario, ya que: no todas las pacientes tienen las mismas herramientas para afrontar la pérdida de algunos de sus dientes por indicación del tratante; no todas tienen el mismo apoyo familiar y/o comunitario; presentan afecciones emocionales; algunas tienen trabajos que no pueden desarrollar normalmente sin sus dientes; etc. Muchos de estos problemas no los puede afrontar y tratar un cirujano dentista solamente, lo que se traduce en engranar apoyos para las usuarias que no sean obligatorios, pero que complementen sus necesidades en el aspecto emocional y laboral si lo necesitan. Esto puede perfeccionar un programa, reactivando líneas de cooperación con un tratamiento psicológico de apoyo, buscando potenciar la adherencia al tratamiento y la integración de oportunidades laborales mediante la OMIL local para impactar en la empleabilidad y calidad de vida directamente, como describe Cardenas (81).

Junto con esto desde el análisis que todo lo que se ha detectado como debilidades del programa puede verse potenciado en el marco de la pandemia, dado que las necesidades que trabaja el PMSC en salud oral no son urgentes. Por lo mismo el sistema sanitario está transitando en esta línea de tiempo de la pandemia para hacerse cargo de todo lo que se

dejó de hacer, tomando en consideración o no el daño acumulado por esta pausa forzada en la entrega de la atención de salud oral a lo largo de Chile (84). Además el PMSC debe regular las expectativas de resolución de problemas que ofrece desde el acceso, ya que el programa puede resolver problemas de mediana y baja complejidad, y los criterios de inclusión no fijan niveles de complejidad posibles de resolver.

A su vez la importancia de este estudio radica en establecer a la auditoria del PMSC como un instrumento de calidad, lo que permitiría generar un círculo de eficiencia de los recursos públicos en pro de mejorar los tratamientos, no solo tomando en consideración cuestionarios validados en Chile (OHIP-7-Sp), sino que también considerando metodología cualitativa, como la utilizada en este estudio, la cual fortalece la integración en el tratamiento del intersector y reconocer a las usuarias no solo desde su necesidad en salud. Actualmente se utiliza el número de auditorías como un indicador, lo cual debe ser corregido, buscando avanzar en su utilización como instrumento de mejora continua, permitiendo detectar las desviaciones detectadas (10).

El acceso a una salud bucodental adecuada es importante en todas las fases de la vida, especialmente en la población mayor, con el fin de envejecer con salud, buscando mantener y mejorar la calidad de vida. Los proveedores de salud bucodental son esenciales en la prevención de las enfermedades orales y de la pérdida de dientes, reduciendo el riesgo de enfermedades no transmisibles mediante el uso de prácticas destinadas a controlar o reducir los factores de riesgo comunes. Un enfoque pluridisciplinar basado en la educación y promoción de la salud bucodental para mejorar la calidad de vida y reducir las disparidades en materia de salud bucodental entre la población de edad más avanzada contribuyen a un envejecimiento saludable, no solo odontológico, sino que a mantener un desarrollo integral durante el envejecimiento, tal como describe la Federación Dental Internacional (85).

Finalmente lo importante es mejorar los problemas de salud oral que aquejas a este grupo focalizado, el cual previo y durante su tratamiento presentó dificultad para realizar su vida cotidiana e incluso tuvo la incapacidad de funcionar. Los resultados muestran que las usuarias recuperan la autoestima, lo cual movilizó a algunas usuarias a buscar trabajos con mayor interacción con personas (personal de aseo y cuidadora de enfermos). Los resultados de este estudio concuerdan por lo encontrado por Gallegos (86), donde las

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

intervenciones que generan un nueva sonrisa, también tienen consecuencias reales en la vida de las mujeres, lo que estimula a los equipos a trabajar incansablemente en devolver sonrisas con más herramientas para las mujeres.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

1. La realización de las entrevistas como técnica de interacción social entre el investigador y el sujeto de estudio, se realiza generalmente de forma presencial. Dado el contexto de pandemia por la COVID-19 que vivimos, las entrevistas se deberán realizar mediante el uso de programas de video llamadas, lo que puede generar una menor disponibilidad para participar por parte de los sujetos de estudio, dadas las limitaciones tecnológicas que afectan a algunas personas y comunidades en el contexto de este estudio. Esto también puede incidir en las adaptaciones que se pudieran realizar a algunas acciones del ámbito de ética de la investigación, particularmente respecto a la modalidad de consentimiento informado.
2. El acceso a varias comunas y/o localidades de la región de Tarapacá es muy difícil dada la lejanía y calidad de los caminos, también la disponibilidad de internet y uso de teléfonos celulares es muy baja.
3. Los Odontólogos que realizaron los tratamientos del PMSC en las diferentes comunas tienen diferente formación y experiencia.
4. Las instituciones sociales y las redes de apoyo (familia, amigos, etc.), dan y generan estabilidad al contexto social de las usuarias, favoreciendo la adherencia a los tratamientos.
5. La participación y representatividad de las y los actores clave del intersector y usuarias con distintos perfiles, permitió el enriquecimiento discursivo de esta investigación.
6. Se reconoce un bajo nivel o grado de trabajo intersectorial (primer nivel) en el PMSC en la región de Tarapacá, lo que se traduce falta de comunicación entre el nivel local y central (región).

CONCLUSION

En esta tesis se construyó la percepción del tratamiento realizado en el PMSC desde la mirada de las usuarias y la valoración del programa por parte del intersector, mediante instrumentos de construcción de datos. Las experiencias reflejadas en los resultados confirman que el tratamiento presenta muchas fortalezas (profundidad, detalle, apertura, experiencias individuales, etc.). Ya que se dan muchas facilidades por parte de los tratantes para mejorar el acceso, tomando en consideración los horarios, las oportunidades y el lugar de atención. A la vez este programa como relatan las usuarias “funciona” y en general se adapta a las necesidades individuales de las usuarias como ningún otro programa dental.

El tratamiento es valorado de forma positiva, ya que es una oportunidad para las usuarias de mejorar o mantener su salud oral. Además las usuarias se sintieron escuchadas (tomaron en consideración sus necesidades iniciales y durante el tratamiento, junto con un excelente trato recibido) por parte de los tratantes en localidades urbanas y rurales. El impacto aún es mayor si se considera que los tratamientos se daban con horarios acordados por ambas partes y que comparado con otros programas de salud no odontológicos, “este funcionaba” para las usuarias con una alta satisfacción, puesto que se consideraba su contexto familiar y personal. Finalmente los tratamientos cumplen con la cantidad mínima de atenciones que expresa la orientación ministerial, pero queda al debe en el control protésico post instalación, lo que repercute en el uso futuro de la prótesis removible y su funcionalidad.

Junto a lo anterior, la auditoría que se realiza al programa no tiene criterios claros para elegir al 5% de las altas que se auditaran, dado que el o los auditores solicitan a las comunas donde se desarrolló el programa, una cantidad de pacientes para ser revisados clínica y administrativamente (ficha clínica), lo que genera que exista una elección de pacientes previo a la auditoría por parte de los tratantes, para ser evaluado de buena forma. Esta suerte de facilitar un trabajo, invisibiliza tratamientos mal realizados y merma la oportunidad de tratamiento futuro de las usuarias en el PMSC, porque solo pueden tratarse en el cada 3 años.

A su vez, esta selección de pacientes no solo ocurre al final de la implementación, sino que también ocurre en el inicio, lo que provoca que los odontólogos tratantes del programa

ingresen pacientes con menos daño (riesgo moral), no tomando en consideración los criterios de priorización que son explícitos (preferencia de ingreso para mujeres que tienen mayor carga de enfermedad oral). Existen encargados para monitorear la ejecución e implementación, pero esta tarea no es realizada a cabalidad.

Un hallazgo interesante es la visualización de las demandas que expresa el intersector en sus relatos, ya que es necesario que la aplicación de las orientaciones técnicas del programa puedan tener mayor plasticidad localmente, ya que las instituciones que trabajan en la derivación de pacientes solo están cumpliendo un rol de captación de mujeres con necesidades en salud oral. Ellos realizan una derivación que muchas veces no es efectiva, dado que el odontólogo tratante es el que realiza el ingreso de las mujeres al programa. Junto con esto ellas no tienen una retroalimentación sobre su trabajo, por lo que desconocen que mujeres fueron atendidas efectivamente, traduciéndose esto en un trabajo intersectorial de un nivel primario (información) a nivel local. Estos problemas se perpetúan en el tiempo dado la inexistencia de mesas locales de trabajo, única instancia de trabajo del componente salud y social del programa se da solo a nivel regional.

Esto último contrasta con la valoración social que tiene el intersector desde el sector salud y social, puesto que el programa les cambia la vida a muchas mujeres, mejorando su autoestima, generando la posibilidad que estas mujeres puedan enfrentar al mundo sin taparse la boca y volver a sonreír. Además genera un impacto social en las mujeres, ya que son escuchadas y se valora su opinión. Estos cambios se traducen en felicidad, confianza y mejora de la autoestima. Todo esto impacta en la calidad de vida de las mujeres.

Finalmente se recomienda:

- Mejorar la coordinación entre el componente sanitario y social (a nivel regional y local).
- Expresar criterios de priorización claros para el ingreso efectivo de las mujeres con mayor carga de enfermedad oral y que este sea monitoreado de manera efectiva para evitar el riesgo moral (selección de pacientes más sanas).
- Integrar paulatinamente el apoyo psicológico y laboral, para mejorar la adherencia a los tratamientos y apoyar situaciones que sobrepasan las capacidades del odontólogo, además de impactar otros ámbitos como es el desarrollo laboral, mediante la activación de la cooperación con las OMIL municipales.

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

- Para garantizar la calidad de los tratamientos se recomienda reformular y reemplazar el indicador de número de auditorías realizadas, por el porcentaje de auditorías con resultado satisfactorio.
- Revisar los valores asignados en la canasta para aumentar el valor de esta, mediante el aumento de prestaciones o el valor de la prestación.
- Establecer canastas diferenciadas de acuerdo al grado y/o complejidad del daño oral (carga de enfermedad oral).
- Los laboratorios que elaboren las prótesis en el PMSC deben tener las certificaciones correspondientes que acrediten la calidad de sus productos.
- Mejorar el seguimiento de los pacientes, para verificar la conformidad de los tratamientos de operatorio, periodoncia, endodoncia y prótesis (subutilización de prótesis). Todo esto relacionado con el futuro diseño del programa, el cual debe incorporar un plan de cuidados, para asegurar la inversión pública, la cual debe tener continuidad para no perder valor.

Las propuestas gubernamentales del actual gobierno propusieron ampliar y garantizar el acceso y calidad a las prestaciones de salud oral, mediante una odontología promocional, preventiva y mínimamente invasiva, que permite disminuir las enfermedades orales, mejorar la calidad de vida y contener el gasto de bolsillo de las familias. Todo esto mediante una canasta básica odontológica de acceso y una cobertura universal de los 50 a 64 años y una integración de la odontología a programas transversales (Chile Crece, Cardiovascular y Estrategia Nacional del Cáncer). Estas propuestas deben ser plasmadas y aplicada en una política de estado, mediante grandes acuerdos transversales que pongan como prioridad la salud de chilenos y chilenas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Salud Bucal [Internet]. Available from: <https://diprece.minsal.cl/conozcanos/departamentos/departamento-de-salud-bucal/>
2. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Bucal 2018 - 2030 [Internet]. MINSAL; 2017. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf
3. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet]. Minsal; 2013. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
4. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* 2005 Sep;83:661–9.
5. Watt R, Daly B, Allison P, Macpherson L, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet.* 2019 Jul 20;394:262–71.
6. Tamayo M, Besoain Á, Rebolledo J, Tamayo M, Besoain Á, Rebolledo J. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gac Sanit.* 2018 Feb;32(1):96–100.
7. Colegio Médico de Chile. Manual del I Curso Formación de Género y Salud [Internet]. COLMED; 2018. Available from: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual_Genero_Final.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Género y Salud [Internet]. 2018 [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
9. Beteta E, Astorga I, Castro P, Concha M, Millán I, Oyarzo C, et al. Informe final de evaluación en profundidad del Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud. DIPRES [Internet]. 2005; Available from: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-141039_informe_final.pdf
10. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile. Informe Evaluación Programa Mas Sonrisas para Chile 2017 [Internet]. DIPRES; 2017. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>
11. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda JC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev SALUD PÚBLICA.* 2013;12.
12. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Programa Odontológico Integral [Internet]. 2016. Available from: <http://163.247.80.2/priged/2016/DATADEIS/Informacion/Informaci%C3%B3n%20Sanitaria/>

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

Indicadores/PRAPS/2016/Orientacion%20Tecnica%20Programa%20Odontol%C3%B3gico%20Integral%202016.pdf

13. Franco Á, Ochoa E, Martínez E. Reflexiones para la construcción de política pública con impacto en el componente bucal de la salud. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia*. 2004;15:78–90.
14. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental [Internet]. World Health Organization; [cited 2020 May 21]. Available from: http://www.who.int/topics/oral_health/es/
15. Federación Dental Internacional. Salud bucodental [Internet]. FDI World Dental Federation. [cited 2020 May 21]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/es/oral-health>
16. Ministerio de Salud de Chile. Salud Bucal [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 5]. Available from: <https://www.minsal.cl/salud-bucal/>
17. Soto L, Tapia R. Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños de 6 años [Internet]. Ministerio de Salud de Chile; 2007. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>
18. Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G, Urbana T. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los 4 Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000-2010. 2007.
19. Palomer Roggerone L. Inequidades en salud bucal: Factores que determinan su realidad en Chile. *Acta Bioethica*. 2016 Nov 30;22(2):315–9.
20. International Longevity Centre - UK. Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Organización Mundial de la Salud; 2000.
21. Palacios R, Palavecino P, Undurraga E. Elementos clave para avanzar hacia una cobertura universal en salud oral en Chile. *Temas de Agenda Pública*. Centro Políticas públicas UC. 2021;16((144)):1–15.
22. Escobar-Paucar G, Sosa-Palacio C, Sánchez-Mejía Á. Salud bucal: representaciones sociales en madres gestantes de una población urbana. *Medellín, Colombia. Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2011 Nov;16(11):4533–40.
23. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Programa CERO [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 2]. Available from: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientacion-Tecnica-Programa-CERO-2019.pdf>
24. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es un sistema de salud? [Internet]. World Health Organization; 2005 [cited 2020 Jul 3]. Available from: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
25. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmén Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 2013 Mar;33(3):223–9.

26. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015 Dec;8(1):27106.

27. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de Caracterización Socio Económica Nacional (CASEN) 2017 [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 4]. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf

28. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Jadue L, Fabiola M*; 2005. 9–18 p.

29. Departamento de Salud Bucal, Ministerio de Salud de Chile. Análisis de Situación Salud Bucal en Chile. 2010;11.

30. Cantarutti C, Véliz C, Guerra C. Políticas públicas que favorecen la salud bucal: recomendaciones internacionales y análisis de la situación en Chile. *Centro Políticas públicas UC*. 2019 Jan;14(111):18.

31. Vega M J, Bedregal G P, Jadue H L, Delgado B I. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. *Rev Médica Chile*. 2003 Jun;131(6):669–78.

32. Ministerio de Salud de Chile. Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad [Internet]. *Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional*. 2007 [cited 2020 Jun 6]. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=258103>

33. Meyer LAM. Análisis del programa mujer trabajadora y jefa de hogar del servicio nacional de la mujer y la equidad de género desde el pivote de la igualdad de género (Postgrado). 2017;Universidad de Chile:118.

34. Sepúlveda L. Políticas para la inserción laboral de mujeres y jóvenes en Chile (CEPAL/ASDI). Naciones Unidas; 2009.

36. Misrachi C, Ortega A. Utilidad de las Mediciones de Calidad de Vida Relacionada con Salud. *Rev Dent Chile*. 2005;96((2)):28–35.

37. Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res*. 2004 Mar 1;13(2):299–310.

38. Schalock R, Siperstein G. Quality of Life. Volume I: Conceptualization and Measurement. 1996.

39. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015 - 2016. MINSAL; 2016.

40. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017 (Chile). Departamento de Epidemiología Gobierno de Chile; 2018.

41. Propuesta Metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos [Internet]. [cited 2020 Jul 6]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-7317_recurso_1.pdf
42. Concha I. M, Hirschberg G. A, Arraño R. N, Cárcamo I. M, Mañalich M. J, Concha I. M, et al. Medición de la calidad del trato al usuario tras la introducción del asistente-alumno en centros de salud familiar en Chile. *Rev Médica Chile*. 2020 Jan;148(1):60–8.
43. Ahumada A. Evaluación de impacto del Programa Más Sonrisas para Chile 2014 mediante el cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP-49-Sp) (Postgrado). [Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina]: Universidad de Chile; 2016.
44. Bronfman M, Gleizer M. Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cad Saúde Pública*. 1994 Mar;10(1):111–22.
45. Bruner J. (1994). *Realidad mental y mundos posibles: Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa. Tercera. Barcelona: Gedisa; 1994. 182 p.
46. Guillen F, Elida D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos Represent*. 2019 Jan;7(1):201–29.
47. Krause M. La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*. 1995;(7):18.
48. Arboleda LM. El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. 2008;26:9.
49. Bernasconi O. Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: Principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica*. 2011 Dec;(56):9–36.
50. Pezoa. Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores. Superintendencia de Salud; 2013.
51. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Programa Odontológico Integral [Internet]. 2019. Available from: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Odontol%C3%B3gico-Integral-2019.pdf>
52. Brisso C, León S, Del Valle C, Giacaman R. Análisis de calidad de vida asociada a la salud bucal en base a la ENCAVI 2015-2016, Chile. [Talca]: Universidad de Talca; 2020.
53. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*. 2010;138:258–365.
54. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Documento Conceptual: Intersectorialidad [Internet]. PAHO; 2017. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017.pdf>

55. División de Atención Primaria, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria [Internet]. MINSAL; 2015. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/017.Instrumento-para-la-evaluaci%C3%B3n-y-certificaci%C3%B3n.pdf>
56. Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gest polít pública*. 2014;23((1)):5–46.
57. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica [Internet]. PAHO; 2015. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/HiAP-Intersectorialidad-y-Equidad-SPA-2015.pdf>
58. Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! ,. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19((11)):4291–300.
59. Organización Mundial de la Salud. Trabajo basado en equipos multidisciplinares [Internet]. 2018. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50855/OPSNMH19004_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
60. Yepes C, Giraldo A, Botero N, Guevara J. En búsqueda de la atención: necesidades en salud, itinerarios y experiencias. *Hacia Promoc Salud*. 2018;23(1):88–105.
61. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Informe resultados y propuestas de continuidad sobre el valor social de la atención primaria de salud [Internet]. Ministeria de Salud; 2018. Available from: <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3630>
62. Solimano G, Alarcón A, Sepúlveda N. Limitaciones y desafíos de la investigación en salud pública en Chile. *Rev Chil Salud Pública*. 2010;14(2–3):372–416.
63. Montenegro M, Bravo P, Rodríguez C. Experiencia usuaria en salud: hacia un modelo de atención que escucha a los usuarios. *Cent Políticas Públicas UC*. 2021;16(134):1–14.
64. Dois A, Bravo P. Buen trato en Centros de Atención Primaria chilena: ¿privilegio o derecho humano? , 35(4). *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2019;35(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000400002
65. Delory C. EXPERIENCIA Y FORMACIÓN. Biografización, biograficidad y heterobiografía. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 2014;19(62):695–710.
66. Fajardo G, Gutierrez J, García S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública Mex*. 2015;57(2):180–6.
67. Cartes R. Salud bucal en Chile, situación actual y desafíos futuros. *Odontol Sanmarquina*. 2020;23(2):189–96.

68. Ortiz C, Moreno S. Relación entre calidad de vida relacionada con salud oral, pérdida dental y prótesis removible en adultos mayores de 50 años. *Av Odontoestomatol*. 2014;30(4):195–203.
69. Verdaguer C. Barreras y facilitadores en la implementación y funcionamiento del ‘Programa de promoción y prevención de la salud bucal para preescolares’, en jardines infantiles de cerro navia [Internet]. [Santiago]: Universidad de Chile; 2012. Available from: https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117210/Verdaguer_C.pdf?sequence=1
70. Maes L, Lievens J. ¿Puede la escuela marcar la diferencia? Un análisis multinivel del comportamiento de riesgo y salud de los niños. *Soc Sci Med*. 2003;56:517–29.
71. Redmond C, Blinkhorn F, Kay E, Worthington H. Un ensayo controlado aleatorizado por grupos que prueba la eficacia de un programa escolar de educación sobre salud dental para adolescentes. *J Public Health Dent*. 1999;59:12–7.
72. Priya P, Asokan S, Janani R, Kandaswamy D. Effectiveness of school dental health education on the oral health status and knowledge of children: A systematic review. *Indian Journal of Dental Research*. 2019;30(3):437–49.
73. Luzzi L, Chrisopoulos S, Kapellas K, Brennan D. Oral hygiene behaviours among Australian adults in the National Study of Adult Oral Health (NSAOH) 2017–18. *Australian Dental Journal*. 2020;65(S1):79–84.
74. Gülcan F, Ekbärk G, Ordell S, Atle Lie A, Astrom A. Inequality in oral health related to early and later life social conditions: a study of elderly in Norway and Sweden. *BMC Oral Health* [Internet]. 2015;15(20). Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-015-0005-y>
75. Solar O. Acción intersectorial, salud y equidad social : Contextualizando las agendas [Internet]. DSS-HiAP y ODS.; 2017. Available from: <https://doi.org/10.31381/illapa.v0i3.1160>
76. Sosa I, Rodriguez A, Alavrez A, Bonet M. Intersectorialidad y participación en la planificación, implementación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba. *MEDISAN*. 2013;17(4):650–60.
77. Otalvaro J, López A. Gestión territorial de la salud : perspectivas , aprendizajes. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2017;35(2):79–94.
78. Correa G. Intersectorialidad en el acceso y la atención de salud para inmigrantes en la comuna de Recoleta. Un estudio de caso. [Chile]: Universidad de Chile; 2019.
79. Totaro L, Maio I, Santos T, Cunha C. Intersectorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde em Debate*. 2014;38(103):966–80.
80. Monreal C, Soto N. La responsabilidad civil odontológica en Chile [Internet]. [Chile]: Universidad de Chile; 2021. Available from: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/181096/La-responsabilidad-civil-odontologica-en-Chile.pdf?sequence=1>

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

81. Cardenas S, Meisser M, Tirado L, Fortich N, Tapias L, Gonzalez F. Impacto de la salud oral sobre calidad de vida en adultos jóvenes de clínicas odontológicas universitarias. *Int J Odontostomast.* 2017;11((1)):5–11.
82. Montes S. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida del Adulto Mayor. *Rev Dent Chile.* 2001;92((3)):29–31.
83. Cornejo M. Salud bucal y su atención en las personas mayores institucionalizadas de Barcelona y el impacto en su calidad de vida. [Barcelona]: Universitat Pompeu Fabra; 2013.
84. Bravo L, Lagos D. Salud oral y pandemia: implicancias de la suspensión de la garantía de oportunidad en patologías GES. *Rev Med Chile.* 2020;148(3):563–4.
85. Federación Dental Internacional. Salud bucodental para un envejecimiento saludable. 2015.
86. Gallego F, Larroulet C, Repetto A. What's Behind Her Smile? Looks, Self-Esteem, and Labor Market Outcomes [Internet]. Documento de Trabajo IE-PUC, 519; 2018. Available from: <https://economia.uc.cl/publicacion/whats-behind-her-smile-looks-self-esteem-and-labor-market-outcomes/>

ANEXOS

Anexo 1: Protocolo de contacto

PROTOCOLO DE CONTACTO

El Entrevistador mediante una llamada telefónica contactara a las usuarias participantes del PMSC 2019 donde les explicara:

- 1) Los motivos docentes de esta investigación.
- 2) La confidencialidad de los datos.
- 3) El consentimiento informado y/o grabación de autorización de participación en caso que por el contexto de pandemia sea imposible entregar el consentimiento informado a la entrevista para su firma (Anexo 2).

Si la usuaria accede a ser entrevistada, el entrevistador acordara la realización de una entrevista presencial o video llamada en un horario cómodo para la usuaria. La entrevista será grabada para su posterior análisis. En caso que la entrevista se prolongue, esta se podrá posponer y continuar en una fecha y hora que la entrevistada estime conveniente.

Anexo 2: Consentimiento Informado Entrevista

CONSENTIMIENTO INFORMADO (ENTREVISTA)

El propósito de este documento de consentimiento informado es entregar información a los participantes de este estudio sobre los objetivos del mismo y lo que se requiere de su participación.

Este estudio se llama “Evaluación de resultados del Programa Más Sonrisas para Chile 2019: Percepción usuaria y actores claves” y está siendo desarrollado por el odontólogo Sebastián Toledo Lay, estudiante del Magister de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El propósito de este estudio es conocer la percepción de accesibilidad, resolutivez, tratamiento, trato usuario, salud actual, redes de apoyo y adherencia que tienen las usuarias a través de sus experiencia del tratamiento odontológico recibido en el Programa Más Sonrisas para Chile (PMSC) 2019, y conocer la valoración de las y los actores claves del intersector del PMSC en los temas de planificación e implementación, comunicación, derivación y valor social del programa.

Su función dentro de este estudio tiene que ver con transmitir su experiencia como usuaria del PMSC el año 2019, por lo que hemos considerado que su aporte podría enriquecer nuestra observación del fenómeno. No existen opiniones buenas o malas y es muy importante que usted diga lo que siente.

Si está de acuerdo con participar le haremos una entrevista semiestructurado presencial o mediante video llamada de aproximadamente de una hora de duración, en la que conversaremos sobre temas relativos a nuestro interés, recogiendo su conocimiento sobre el tema. La entrevista será grabada para poder transcribir la información y analizarla con todas las entrevista que se realizaran en la región. Como pueden existir aspectos de la conversación que usted quisiera que otras personas no conocieran, le ofrecemos un compromiso de confidencialidad.

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

La participación en este estudio es voluntaria y en ningún caso sus opiniones van a servir a nadie para excluirlo de, por ejemplo, futuras atenciones de salud. La información que se recoja será confidencial y no será ocupada para ningún otro propósito fuera de esta investigación. La participación en el estudio no tiene una retribución económica para los participantes.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento del estudio. Igualmente si alguna de las preguntas realizadas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted todo el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Cualquier duda, reclamo o sugerencia puede realizarla al correo stoledolay@gmail.com a nombre de Sebastián Toledo Lay.

Una copia de este documento se le entregara, y usted puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto puede contactar al investigador vía e-mail.

Desde ya agradecemos su participación.

_____	_____
Nombre participante	Firma
_____	_____
Fecha	Lugar donde se desarrolló la entrevista (video llamada)
_____	_____
Nombre entrevistador	Firma

Anexo 3: Consentimiento Grupo de Discusión

CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO DE DISCUSIÓN

El propósito de este documento de consentimiento informado es entregar información a los participantes de este estudio sobre los objetivos del mismo y lo que se requiere de su participación.

Este estudio se llama “Evaluación de resultados del programa Mas Sonrisas para Chile 2019: Percepción usuaria y actores claves” y está siendo desarrollado por el odontólogo Sebastián Toledo Lay, estudiante del Magister de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. El propósito de este estudio es conocer la percepción de accesibilidad, resolutivez, tratamiento, trato usuario, salud actual, redes de apoyo y adherencia que tienen las usuarias a través de sus experiencia del tratamiento odontológico recibido en el Programa Más Sonrisas para Chile (PMSC) 2019, y conocer la valoración de las y los actores claves del intersector del PMSC en los temas de planificación e implementación, comunicación, derivación y valor social del programa.

Su función dentro de este estudio tiene que ver con la valoración que tiene este programa para la comunidad y usted, siendo usted un actor clave de una institución del intersector. No existen opiniones buenas o malas y es muy importante que usted diga lo que siente.

Si está de acuerdo con participar formara parte de un grupo de discusión mediante una video llamada de aproximadamente una hora de duración, en la que conversaremos sobre temas relativos a nuestro interés, recogiendo su conocimiento sobre el tema. El grupo de discusión será grabado para poder transcribir la información y realizar su análisis. Como pueden existir aspectos de la conversación que usted quisiera que otras personas no conocieran, le ofrecemos confidencialidad en su nombre.

La participación en este estudio es voluntaria y en ningún caso sus opiniones van a servir a nadie para excluirlo de, por ejemplo, futuras atenciones de salud. La información que se recoja será confidencial y no será ocupada para ningún otro propósito fuera de esta

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

investigación (compromiso de confidencialidad). La participación en el estudio no tiene una retribución económica para los participantes.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento del estudio. Igualmente si alguna de las preguntas o temas le parecen incómodas, tiene usted todo el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Cualquier duda, reclamo o sugerencia puede realizarla al correo stoledolay@gmail.com a nombre de Sebastián Toledo Lay.

Una copia de este documento se le entregara, y usted puede pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto puede contactar al investigador vía e-mail.

Desde ya agradecemos su participación.

<hr/>	
Nombre participante	Firma
<hr/>	
Fecha	Lugar donde se desarrolló el grupo de discusión (video llamada)
<hr/>	
Nombre entrevistador	Firma

Anexo 4: Pauta de Entrevista

PAUTA ENTREVISTA

1. INTRODUCCIÓN AL TEMA GENERAL.

- Leer consentimiento informado en conjunto con la persona y/o explicar sus términos: objetivo del proyecto, de su participación (experiencia en el PMSC y actual estado de salud oral posterior a su atención) y de confidencialidad.
- Firma de consentimiento.
- Caracterización de la persona (usuaria PMSC): Brevemente quien es: ¿Cuántos años tiene?, ¿Cuál es su ocupación? y ¿Porque solicito entrar/ser referida al PMSC?

2. TEMÁTICAS A SER ABORDADAS SOBRE ACCESO, RESOLUTIVIDAD, TRATAMIENTO, TRATAMIENTO, TRATO USUARIO, SALUD ACTUAL, REDES DE APOYO Y ADHERENCIA EN EL PMSC.

- Descripción de su acceso al programa hasta iniciar el proceso de atención. Profundización de aspectos más específicos sobre el acceso (dificultades, facilidades, lugar físico de atención, horario, oportunidad, etc.)
- Descripción de sus necesidades iniciales de tratamiento, explicación del tratamiento que necesitaba por parte del tratante y la resolutivead de estos últimos por parte del PMSC.
- Descripción del tratamiento. Que nos puede contar sobre si: ¿Tomaron en cuenta sus necesidades durante el tratamiento?, ¿El tratamiento satisfacio sus necesidades iniciales?, ¿Número de atenciones recibidas?, ¿Cuál era el horario de atención?, ¿Le realizaron recomendaciones de hábitos de higiene y alimentación durante el tratamiento?, ¿Recibió tratamiento protésico y/o endodontico?, ¿Le realizaron controles post instalación protésica?, si recibió tratamiento protésico ¿Cuál es su percepción de la calidad del material de las prótesis?, ¿Tuvo problemas con la funcionalidad del tratamiento protésico (fonación y alimentación)?, ¿Le dieron facilidad para resolver problemas post alta tratamiento?.
- Percepción del tratamiento recibido (trato usuario) ¿Cómo la trataron en el PMSC?

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

- Respecto a su actual estado de salud oral ¿Su actual estado de salud está relacionado con el tratamiento recibido en el PMSC 2019?, ¿Para mantener su salud oral que debería hacer usted?..
- Descripción de sus redes de apoyo familiar y comunitario (intersector) relacionadas con la adherencia al tratamiento.

3. CIERRE

Dejar abierta la puerta para una futura sesión, de temas que hayan quedado pendientes o se quieran profundizar, o si la persona recuerda algo que quisiera contar.

Anexo 5: Pauta Grupo de Discusión

PAUTA GRUPO DE DISCUSIÓN

1. INTRODUCCIÓN AL TEMA GENERAL.

- Leer consentimiento informado en conjunto con las persona y/o explicar sus términos: objetivo del proyecto, de su participación (valoración PMSC) y de confidencialidad.
- Firma de consentimiento.
- Caracterización de la persona (actor clave PMSC): Brevemente quienes son: ¿Qué edad tiene?, ¿Cuál es su cargo actual y cuantos años de experiencia tiene en él? y ¿Porque cree que se le considero como un actor clave?

2. TEMÁTICAS A SER ABORDADAS SOBRE SU VALORACIÓN DEL PMSC EN LAS DIMENSIONES DE PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN, COMUNICACIÓN, DERIVACIÓN Y VALOR SOCIAL DEL PROGRAMA.

- ¿En la planificación del PMSC se considera la participación de actores claves? ¿Cómo valorarían su rol en la implementación del PMSC?
- Respecto a la comunicación de intersector (instancias de conversación, reuniones, mesa regional intersectorial de salud bucal, etc.) y la articulación del intersector (trabajo intersectorial). ¿Se realizan estas instancias?
- ¿Alguien puede describir como se realizan las derivaciones desde el intersector?
- ¿Cómo valoran este programa desde el punto de vista del valor social?
- Apertura del dialogo (agradecer y pedir aportes o expresiones que no se preguntaron).

3. CIERRE

Dejar abierta la puerta para una futura sesión, de temas que hayan quedado pendientes o se quieran profundizar, o si la persona recuerda algo que quisiera contar.

Anexo 6: Compromiso de confidencialidad

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

En la ciudad de Iquique, Chile, con fecha XX de XXXX de 20XX, quien suscribe, Sebastián Xiao Lung Toledo Lay, de nacionalidad chilena, RUN 16.941.052-6, casado, odontólogo, con domicilio en Eleuterio Ramírez 561, Huara, declara,

Que, quien suscribe, participa en la ejecución del Proyecto de Tesis denominado “Evaluación de resultados del programa Mas Sonrisas para Chile 2019: Percepción usuaria y actores claves” ejecutado por la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (en adelante, también, “la Universidad”).

1. Que, en razón de la participación en el Proyecto de Investigación, recibiré de parte de las usuarias del Programa Mas Sonrisas para Chile datos, antecedentes y/o conocimientos (en adelante, también, “Información Confidencial”).

2. Que, quien suscribe, se compromete a tratar dicha información de manera estrictamente confidencial, tomando todas las medidas de seguridad y protección adecuadas que aseguren que no será conocida por terceros no autorizados. Estas medidas serán a lo menos equivalentes a las que el suscrito utiliza o utilizaría para proteger su propia Información Confidencial.

El suscrito sólo podrá divulgar la información que reciba de parte de las usuarias solo con la autorización por escrito.

3. Si como consecuencia del actuar negligente de quien suscribe, se divulga la Información Confidencial, éste asumirá los daños y reclamos, que provengan del incumplimiento de los deberes mencionados en los números anteriores, sin perjuicio de perseguir las demás responsabilidades penales, civiles y administrativas que puedan concurrir, haciéndose responsable expresamente de las infracciones que hayan sido resultado de la acción u omisión de cualquier persona bajo su tutela o responsabilidad.

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

Para constancia firma, en Iquique a XX de XXXX de 20XX.

Sebastián Xiao Lung Toledo Lay

16.941.052-6

Anexo 7: Aprobación Comité de Ética.



**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

**ACTA DE CEC SSI N° 1/2021, SOBRE INVESTIGACIÓN
“PROGRAMA MÁS SONRISAS PARA CHILE 2019 EN LA REGIÓN DE
TARAPACÁ: PERCEPCIÓN USUARIA Y ACTORES CLAVES.**

En Iquique, a 13 de agosto de 2021, el Comité Ético Científico de este Servicio, integrado por:

-Dr. Julio Brito Richards, Presidente, médico cirujano, del Hospital de Iquique.

-Sra. Carmen Henríquez Olivares, Asesor Jurídico del Servicio de Salud Iquique, Secretaria Ejecutiva.

-Sra. Luz Huenupil Llanquinao, Referente Red Docente Asistencia del Servicio de Salud Iquique. Integrante.

-Sra. Ana Mujica López, kinesióloga. Integrante, Referente Técnico Rehabilitación, Respiratorio y Dependencia Severa, Departamento de APS y Redes.

-Sra. Nury Basly Rojas, enfermera, Referente Técnico Ciclo Vital Adulto Mayor, Departamento de Gestión Clínica, Subdirección de Gestión Asistencial, Servicio de Salud Iquique.

Evalúa un estudio presentando para su conocimiento y resolución en los aspectos bioéticos-

Proyecto denominado: “Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves.

Investigador Responsable: Dr. Sebastián Toledo Lay.

El investigador manifiesta al CEC SSI, lo siguiente:

“Estimado Presidente, me dirijo a usted para presentarle mi proyecto de tesis de Magíster en Salud Pública que estoy realizando en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

El nombre del proyecto es “Evaluación de resultados del Programa Más Sonrisas para Chile 2019: Percepción usuaria y actores claves”. Mi profesor guía es el Dr. Marco Cornejo Ovalle, Doctor en Salud Pública que actualmente está cursando su Post Doctorado en el Instituto Catalán de Oncología.

Las principales razones para elegir esta política pública de salud oral como tema central es por la necesidad de la División de Atención Primaria (MINSAL) de conocer la percepción de las usuarias del Programa Mas Sonrisas para Chile sobre los tratamientos recibidos. El segundo motivo nace desde la División de Presupuesto en sus informes 2005 y 2017, donde solicitan realizar mejoras a esta política pública que tiene

“Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la Región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves”

su nacimiento el año 2014, pero sus orígenes se remontan a finales de los años 90 (Sonrisa de Mujer). La tercera razón es que hace 5 años trabajo en la región de Tarapacá y quiero generar conocimiento desde la región.

La finalidad de la investigación es conocer la percepción usuaria del tratamiento recibido en el Programa Más Sonrisas para Chile y la valoración de actores claves del intersector, para establecer una mejora continua en aspectos que no se han tomado en cuenta.”

Fecha de Aprobación: 13 de agosto de 2021.

Este informe refiere a la revisión que el Comité hizo de los siguientes documentos:

- 1.-Carta del Investigador dirigida al Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Iquique.
- 2.-Ejemplar proyecto de tesis de Magister en Salud Pública sobre “Programa Más Sonrisas para Chile 2019 en la región de Tarapacá: Percepción usuaria y actores claves” Seminario de Tesis 2. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile
- 3.-Curriculum vitae del Investigador Dr. Sebastián Toledo Lay.
- 4.-Formulario de procedimientos de evaluación de proyectos por parte del CEC SSL.
- 5.-Anexos
 - 1.- Protocolo de contacto
 - 2.- Consentimiento Informado (entrevista)
 - 3.- Consentimiento Informado grupo de discusión
 - 4.- Pauta de Entrevista
 - 5.- Pauta Grupo de Discusión
 - 6.- Compromiso de Confidencialidad

APROBACIÓN

Sobre la base de todo lo anteriormente expuesto, consideraciones de hecho y de derecho, este Comité viene en aprobar los aspectos bioéticos del proyecto denominado **“PROGRAMA MÁS SONRISAS PARA CHILE 2019 EN LA REGIÓN DE TARAPACÁ: PERCEPCIÓN USUARIA Y ACTORES CLAVES.**

En comprobante firman



**DR. JULIO BRITO RICHARDS
PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**



**CARMEN HENRIQUEZ OLIVARES
SECRETARIA EJECUTIVA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**

Carmen Ximena
Henríquez Olivares  Firmado digitalmente por Carmen
Ximena Henríquez Olivares
DN: cn=Carmen Ximena Henríquez Olivares, o=