

Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030

Diciembre 2017

Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención Y Control de Enfermedades
Departamento de Salud Bucal

Departamento de Salud Bucal,
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública,
Ministerio de Salud

Ministerio de Salud. "PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL 2018 – 2030"

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión y capacitación. Prohibida su venta.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	3
LISTA DE GRÁFICOS	5
LISTA DE FIGURAS	5
LISTA DE TABLAS	5
RESUMEN EJECUTIVO	6
ANTECEDENTES DE LA POLÍTICA DE SALUD BUCAL EN CHILE	10
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	11
<i>Caries dentales</i>	12
<i>Enfermedades gingivales y periodontales</i>	14
<i>Pérdida de dientes</i>	16
<i>Cáncer bucal</i>	16
RELACIÓN DE SALUD BUCAL CON SALUD GENERAL Y CALIDAD DE VIDA	17
<i>Salud bucal y salud general</i>	17
<i>Salud bucal y calidad de vida</i>	17
ANÁLISIS DE ESCENARIO ACTUAL	19
PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	19
<i>Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales</i>	19
<i>Programa de fluoración del agua potable</i>	23
<i>Mesa Nacional de Salud Bucal</i>	24
PROVISIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE CALIDAD	25
<i>Calidad de la Atención y seguridad del paciente</i>	25
<i>Cuidado de salud basado en evidencia</i>	26
<i>Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario</i>	26
DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO	30
<i>Formación de recurso humano</i>	30
<i>Sistema de certificación de especialidades</i>	31
<i>Sistema de aprendizaje a distancia</i>	32
INVESTIGACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN	33
<i>Encuestas poblacionales de salud</i>	33
<i>Registros de la red asistencial pública</i>	34
CONSTRUCCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL	35
ETAPA I: VISIÓN Y MISIÓN	35
ETAPA II: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	36
<i>Jornada de actores sectoriales</i>	36
<i>Diálogos ciudadanos</i>	36
<i>Diálogos intersectoriales</i>	37
ETAPA III: DISEÑO DE PROPUESTA DE PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL	38
ETAPA IV: FASE CONSULTIVA	38
<i>Consulta sectorial</i>	38
<i>Consulta pública</i>	39
PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL PLAN NACIONAL	39
PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL 2018 -2030	40
MISIÓN	40
VISIÓN	40
OBJETIVO NACIONAL	40
VALORES Y PRINCIPIOS DEL PLAN NACIONAL	40
EQUIDAD	40

INTERSECTORIALIDAD.....	41
PARTICIPACIÓN CIUDADANA	42
INCLUSIÓN – NO DISCRIMINACIÓN	42
MAPA ESTRATÉGICO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL 2018 -203	43
EJE ESTRATÉGICO 1: PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES.....	44
OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: <i>Incentivar la valoración y la alfabetización en salud bucal.</i>	45
OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: <i>Fortalecer la prevención de enfermedades bucales en el curso de vida.</i>	47
OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: <i>Avanzar en Salud Bucal en todas las Políticas y Participación Ciudadana.</i>	48
ESTRATEGIAS, METAS Y PLAZOS EJE ESTRATÉGICO 1	51
EJE ESTRATÉGICO 2: PROVISIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE CALIDAD.....	53
OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: <i>Asegurar la calidad de los servicios odontológicos.</i>	54
OBJETIVO ESTRATÉGICO 5: <i>Avanzar en acceso y cobertura universal en salud bucal</i>	55
OBJETIVO ESTRATÉGICO 6: <i>Fortalecer los servicios odontológicos en las redes integradas.</i>	57
ESTRATEGIAS, METAS Y PLAZOS EJE ESTRATÉGICO 2	59
EJE ESTRATÉGICO 3: DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO	61
OBJETIVO ESTRATÉGICO 7: <i>Fortalecer el desarrollo del recurso humano odontológico competente de acuerdo a la necesidad país.</i>	62
OBJETIVO ESTRATÉGICO 8: <i>Mejorar la dotación de recurso humano odontológico de acuerdo a estándar definido.</i>	63
OBJETIVO ESTRATÉGICO 9: <i>Actualizar plan de formación de recurso humano odontológico de especialidad.</i>	64
ESTRATEGIAS, METAS Y PLAZOS EJE ESTRATÉGICO 3	66
EJE ESTRATÉGICO 4: INVESTIGACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	67
OBJETIVO ESTRATÉGICO 10: <i>Instalar un sistema de vigilancia del estado de salud bucal de la población y su impacto en la calidad de vida.</i>	68
OBJETIVO ESTRATÉGICO 11: <i>Mejorar la calidad, relevancia y disponibilidad de la información de salud bucal</i>	69
OBJETIVO ESTRATÉGICO 12: <i>Mejorar la evaluación y el monitoreo de los programas de salud pública.</i>	70
ESTRATEGIAS, METAS Y PLAZOS EJE ESTRATÉGICO 4	72
REFERENCIAS.....	73

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: PREVALENCIA DE CARIES, SEGÚN EDAD. CHILE 2007-2010.....	12
GRÁFICO 2: DAÑO POR CARIES (ÍNDICE CEOD Y COPD), SEGÚN EDAD. CHILE 2007-2010	12
GRÁFICO 3: PREVALENCIA DE POBLACIÓN LIBRE DE CARIES, SEGÚN EDAD Y NIVEL SOCIO-ECONÓMICO. CHILE 2007-2010	13
GRÁFICO 4: PREVALENCIA DE CARIES EN NIÑOS DE 6 AÑOS Y ADOLESCENTES DE 12 AÑOS, SEGÚN RURALIDAD. CHILE 2007	13
GRÁFICO 5: PREVALENCIA DE CARIES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, SEGÚN EDAD Y SEXO. CHILE 2007 -2011.....	14
GRÁFICO 6: SEVERIDAD DEL DAÑO POR CARIES (ÍNDICE CEOD Y COPD), SEGÚN EDAD Y SEXO. CHILE 2007-2011.....	14
GRÁFICO 7: PREVALENCIA DE GINGIVITIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SEGÚN EDAD. CHILE 2007-2010	15
GRÁFICO 8: PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN POBLACIÓN ADULTA, SEGÚN EDAD. CHILE 2010.....	15
GRÁFICO 9: PÉRDIDA DE DIENTES EN ADULTOS, SEGÚN EDAD. CHILE 2010	16
GRÁFICO 10: CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL. SERIE COMPARADA ENCUESTA CALIDAD DE VIDA Y SALUD. CHILE 2006 Y 2015-2016.	18

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: FACTORES DE RIESGO COMUNES DE ENFERMEDADES ORALES Y ENFERMEDADES GENERALES.	17
FIGURA 2: MODELO DE INTERVENCIÓN DE PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	20
FIGURA 3: PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO.....	27
FIGURA 4: PROGRAMAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DESARROLLADOS EN LA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	27

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: RESULTADOS DEL ANÁLISIS SEGÚN METODOLOGÍA DE FLACSO PARA DETERMINAR LA TIPOLOGÍA DE TRABAJO INTERSECTORIAL QUE DESARROLLA LA MESA NACIONAL INTERSECTORIAL DE SALUD BUCAL.....	25
TABLA 2: NÚMERO DE ODONTÓLOGOS CONTRATADOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD, SEGÚN ESPECIALIDAD Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD.	32
TABLA 3: NÚMERO DE PERSONAS QUE HAN APROBADO LOS CURSOS DE SALUD BUCAL, DESDE EL INICIO DE LOS CURSOS HASTA MARZO 2017	33
TABLA 4: PARTICIPACIÓN EN LAS ETAPAS DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL.	39

RESUMEN EJECUTIVO

La salud bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes, constituyendo un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud bucal y sistémica en los individuos y sociedad y por el alto costo de su tratamiento. Las enfermedades bucales comparten los factores de riesgo con otras enfermedades crónicas como cáncer y diabetes entre otras y su interrelación se demuestra de manera consistente en la evidencia científica.

Según estudios nacionales disponibles se observan inequidades en la prevalencia y severidad del daño por caries en la población infantil, afectando más a los más desfavorecidos por su nivel socioeconómico y ruralidad. Estas diferencias aumentan con la edad.

En el contexto de Chile a diez años de la Reforma de Salud, la puesta en marcha de las estrategias para el logro de las metas de salud bucal, del Plan Nacional de Salud para el logro de los objetivos sanitarios, para la década 2011 -2020 y de la convicción de que es necesario responder a las necesidades de salud bucal de la población que envejece y que presenta grandes inequidades, se decide construir el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 para identificar las prioridades sanitarias, plantear nuevos desafíos y trazar la hoja de ruta a mediano y largo plazo para alcanzarlos. Se utilizó la Planificación Estratégica como metodología, lo que permitió definir la Misión del Ministerio de Salud en salud bucal y la formulación de la Visión en términos del futuro deseado de salud bucal para la población, sus principios valóricos, la formulación y establecimiento de objetivos estratégicos prioritarios, el establecimiento de los cursos de acción o estrategias para alcanzar dichos objetivos y el marco para la futura elaboración de la Programación Anual Operativa, que será la base para la formulación presupuestaria.

El proceso de construcción del Plan Nacional de Salud Bucal 2018 -2030 se desarrolló entre septiembre del 2014 y noviembre de 2017 y contó con la participación de 1.097 personas, previo a la consulta pública. Estas personas cumplieron un importante rol en las distintas etapas de la construcción participativa del plan: 15 profesionales del Ministerio de Salud que lideraron el proceso de planificación estratégica y constituyeron las comisiones técnicas para cada eje estratégico definidas para el plan; 50 profesionales, en su mayoría odontólogos, de las 15 Secretarías Regionales Ministerial de Salud y de los 29 Servicios de Salud del país, quienes en distintas jornadas de trabajo identificaron a los actores relevantes, los problemas o áreas críticas, su priorización y áreas de desarrollo. Entre ellos destacó la participación de los asesores regionales de salud bucal quienes ejecutaron los diálogos ciudadanos, diálogos intersectoriales y la consulta sectorial; 469 actores de la sociedad civil y la ciudadanía que participaron en 15 Diálogos Ciudadanos quienes reflexionaron sobre la situación de salud bucal e hicieron propuestas de solución y participación; 337 referentes de distintas instituciones intersectoriales que participaron de 15 Diálogos Intersectoriales quienes trabajaron propuestas acción intersectorial en salud bucal integrada y sostenible en el tiempo; y 126 personas, principalmente odontólogos, participaron en la consulta sectorial quienes revisaron la propuesta de Plan Nacional dando opiniones técnicas respecto de las metas e indicadores.

Se definió que la misión es contribuir a elevar el nivel de salud de toda la población a través del Plan Nacional de Salud Bucal, sobre la base de los principios del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, fortaleciendo la intersectorialidad y

participación social con énfasis en la equidad y la inclusión social, y promoviendo la formación y el desarrollo del equipo de salud acorde a las necesidades de salud bucal de las personas.

La visión es que toda la población valora su salud bucal, cuenta con las oportunidades y condiciones para mantener y disfrutar el más alto nivel de salud posible, que contribuya positivamente en su calidad de vida, sintiéndose segura y protegida. Y el objetivo nacional es mejorar el estado de salud bucal de la población y reducir las desigualdades injustas. Los principios transversales al diseño e implementación del plan son equidad, intersectorialidad, participación ciudadana e inclusión –no discriminación.

El plan nacional de salud bucal se estructura en 4 ejes estratégicos (EE), 12 objetivos estratégicos o estrategias (OE) y 69 resultados esperados o metas de responsabilidad del nivel central o regional. Las metas se definen a corto plazo (2020), mediano (2025) y largo plazo (2030) y constituyen la base para la formulación de los Planes Operativos Anuales de las SEREMIs, Servicios de Salud y Departamentos o Unidades de distintas Divisiones de ambas Subsecretarías del Ministerio de Salud desde el 2018 al 2030.

Mapa estratégico:



Eje Estratégico 1 Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales: se espera que todas las personas tengan acceso a entornos que favorezcan la salud bucal, a programas preventivos basados en evidencia y a información sanitaria que les permita tomar decisiones sobre su salud bucal, la de su familia y en comunidad. Para avanzar en lograrlo se proponen tres objetivos estratégicos (OE 1 a OE3) y nueve estrategias (E1.1 a E3.3).

OE 1: Incentivar la valoración y la alfabetización en salud bucal. Meta OE1: 90% de los gestores de salud bucal incentivan la valoración y la alfabetización en salud bucal en la población. Sus estrategias son: E1.1 Aumentar la cobertura de estrategias de promoción del modelo de intervención en el ámbito de acción en educación; E1.2 Incorporar al modelo

de intervención el ámbito de acción en la “comunidad”; E1.3 Aumentar la difusión de la política, programas y garantías en salud bucal.

OE 2: Fortalecer la prevención de enfermedades bucales en el curso de vida. Meta OE2: 90 % de la población chilena cuenta con una o más medidas preventivas de enfermedades bucales. Sus estrategias son; E2.1 Aumentar la cobertura de programas de fluoración masiva; E2.2 Aumentar la cobertura de estrategias de prevención del modelo de intervención en el ámbito de acción en educación; E2.1 Incorporar estrategias preventivas al ámbito de acción en la comunidad.

OE 3: Avanzar en Salud Bucal en todas las Políticas y Participación Ciudadana. Meta OE3: Mesa Nacional intersectorial de Salud Bucal con trabajo en nivel de Integración. Sus estrategias son: E3.1 Fortalecer las Mesas Intersectoriales de Salud Bucal nacional, regional y comunal; E3.2 Fortalecer los recursos compartidos intersectoriales; E3.3 Implementar mecanismos de participación ciudadana a nivel regional.

Eje Estratégico 2 Provisión de Servicios Odontológicos de Calidad: se espera que todas las personas tengan acceso a una atención de salud bucal segura, de calidad y asequible, en un plazo oportuno y sin discriminación alguna, que les permita ejercer su derecho de experimentar al más alto nivel de salud bucal posible. Para avanzar en lograrlo se proponen tres objetivos estratégicos (OE4 a OE6) y diez estrategias (E4.1 a E6.3).

OE 4: Asegurar la calidad de los servicios odontológicos. Meta OE4: 80% de los usuarios de los programas de salud bucal priorizados se consideran satisfechos con la calidad de los servicios odontológicos. Sus estrategias son: E4.1 Actualizar la normativa relacionada con la protección de la calidad de la atención y seguridad del paciente durante la atención odontológica; E4.2 Incorporar la evidencia científica en la toma de decisión relacionada con la provisión de servicios; E4.3 Incorporar la evaluación de calidad en la provisión de servicios odontológicos.

OE 5: Avanzar en acceso y cobertura universal en salud bucal. Meta OE5: 75% de centros de atención primaria de salud con al menos un 60% de menores de 20 años bajo control. Sus estrategias son: E5.1 Aumentar la cobertura de población bajo control con enfoque de riesgo odontológico; E5.2 Fortalecer programas de salud bucal con enfoque de factores comunes de enfermedades crónicas y curso de vida; E5.3 Aumentar la efectividad de la educación para la salud bucal; E5.4 Aumentar la capacidad de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades bucales.

OE 6: Fortalecer los servicios odontológicos en las redes integradas. Meta OE6: 80% de los Servicios de Salud cuentan con centros odontológicos de especialidades ambulatorias en funcionamiento según estándar MINSAL. Sus estrategias son: E6.1 Fortalecer la referencia y contra referencia para las especialidades odontológicas; E6.2 Reducir la brecha de recursos físicos y equipamiento odontológico; E6.3 Desarrollar redes de especialidades odontológicas.

Eje estratégico 3 Desarrollo del Recurso Humano: se espera que los equipos odontológicos integrados a los equipos de salud del país satisfagan las necesidades de salud bucal de la población, entregando atención segura, de calidad, sin discriminación y con un trato digno a la que toda persona tiene derecho. Para avanzar en lograrlo se proponen tres objetivos estratégicos (OE7 a OE9) y siete estrategias (E7.1 a E9.2).

OE 7: Fortalecer el desarrollo del recurso humano odontológico competente de acuerdo a la necesidad país. Meta OE7: Grado en que el recurso humano odontológico que ingresa

al sistema público es acorde al perfil definido, evaluado. Sus estrategias son: E7.1 Desarrollar recurso humano odontológico de acuerdo al perfil de desempeño que el país necesita; E7.2 Actualizar la normativa que regula competencia del recurso humano odontológico; E7.3 Fortalecer plan de capacitación continua del recurso humano odontológico y otros en salud bucal;

OE 8: Mejorar la dotación de recurso humano odontológico de acuerdo a estándar definido. Meta OE8: 75% de los establecimientos de atención primaria y secundaria cumple con el estándar de recurso humano odontológico definido. Sus estrategias son: E8.1 Mejorar la relación de horas de recurso humano odontológico de nivel primario por población; E8.2 Reducir la brecha de recurso humano odontológico de especialidad;

OE 9: Actualizar plan de formación de recurso humano odontológico de especialidad. Meta OE9: Plan de formación de recurso humano odontológico especialista incorpora estudio de brecha. Sus estrategias son: E9.1 Alinear el plan de formación de recurso humano con el diagnóstico de brecha; E9.2 Redefinir las vías de ingreso al programa de formación de especialistas.

Eje estratégico 4 Investigación, Monitoreo y Evaluación: se espera que el Ministerio de Salud ejerza la función esencial de la salud pública de realizar seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud bucal de la población. Para avanzar en lograrlo se proponen los siguientes tres objetivos (OE10 a OE12) y siete estrategias (E10.1 a E12.2).

OE 10: Instalar un sistema de vigilancia del estado de salud bucal de la población y su impacto en la calidad de vida. Meta OE10: Diagnóstico nacional de salud bucal por curso de vida, realizado por odontólogo, a través de encuesta poblacional, actualizado. Sus estrategias son: E10.1 Impulsar convenios de colaboración con instituciones de educación superior para realizar estudios en salud bucal; E10.2 Actualizar el diagnóstico nacional de salud bucal; E10.3 Mejorar el análisis de la información existente de estudios y registros clínicos.

OE 11: Mejorar la calidad, relevancia y disponibilidad de la información de salud bucal. Meta OE11: Sistema de reporte de indicadores de salud bucal instalado. Sus estrategias son: E11.1 Avanzar en la disponibilidad de información de calidad para la toma de decisión en salud bucal; E11.2 Generar un sistema de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Salud Bucal.

OE 12: Mejorar la evaluación y el monitoreo de los programas de salud pública. Meta OE12: Cobertura de programas priorizados considera los Determinantes Sociales de la Salud. Sus estrategias son: E12.1 Evaluar la cobertura de los programas de salud bucal considerando los Determinantes Sociales de la Salud; E12.2 Incorporar el componente de evaluación en el diseño de programas de salud bucal.

ANTECEDENTES DE LA POLÍTICA DE SALUD BUCAL EN CHILE

La salud bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Las políticas y programas de salud bucal han contribuido a mejorar la calidad de vida de las personas mediante estrategias sectoriales, intersectoriales y participativas para la promoción de la salud, prevención de enfermedades bucales y tratamiento odontológico, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario.

Desde el establecimiento legal de la profesión odontológica el 27 de septiembre de 1917 (1) las políticas de salud bucal han ido evolucionando, de acuerdo a las necesidades de la población y al desarrollo científico. El primer documento con la Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud, del que se tiene registro fue publicado en 1978 (2) y su énfasis estaba puesto en estrategias curativas dirigidas a la población en dos grandes grupos etarios, población de 2 a 14 años y de 15 años y más. En 1983 (3) se esboza el primer Plan de Salud Bucal en el que se enfatiza en programas de educación en salud, fluoración de los abastos de agua, la asignación de recurso humano preferente a la atención de menores de 15 años y el desarrollo de una política de formación de recurso humano en función de las necesidades. En 1990 (4) se publica el Plan Nacional de Salud Buco Dental 1990 -1999 donde se consideran las actividades necesarias para abordar los problemas de salud bucal a través de diferentes Programas (Educación, Promoción, Prevención, Servicios, Recursos Humanos, Investigación, Comunicaciones e Informática), y desde el 2000 la salud bucal se incorpora en los Objetivos Sanitarios de la Década 2000-2010 (5) y 2011-2020 (6) priorizando las estrategias preventivas en las personas menores de 20 años, especialmente en la última década con la implementación del Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales en Párvulos y Escolares.

Sin embargo, se deben reconocer en este tiempo los diferentes hitos que han marcado avances sustantivos en salud bucal. Es así que en 1983 se inicia un programa de atención odontológica focalizado en las mujeres embarazadas (3) que se afianza con mayor cantidad de prestaciones con el Programa de Atención a la Gestante en 1991(7) y garantizada a través del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES)¹ desde el 2010. En el año 1984 se implementa el Programa Nacional de Fluoruración de los abastos de agua potable, en base al Decreto Supremo 918/1981, comenzando en la Región de Valparaíso para posteriormente a partir del año 1996 ampliar su cobertura a gran parte del país logrando una cobertura en la actualidad del 82% de la población urbana.

En los niños, niñas y adolescentes se implementa en forma progresiva la atención odontológica. En 1978 se implementa un Subprograma infantil, que considera las atenciones odontológicas de niños, niñas y adolescentes entre los 2 y 14 años de edad. En 1995 se incorpora el componente de salud bucal en el Control del Niño Sano, integrando la salud bucal en el Programa Infantil, fortaleciendo el enfoque preventivo en los programas de salud bucal. La Atención Odontológica de los adolescentes de 12 años se establece como Meta Sanitaria en los Servicios de Salud a partir del año 2003. Por otro lado la Salud Oral de Niños y Niñas de 6 años está garantizada a través del GES² desde el año 2005 y en el año 2007 se da inicio al Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Párvulos en 10 comunas en el país, el que aumentó paulatinamente su cobertura entre el 2007 y 2013, entregando las bases para el actual Programa Sembrando Sonrisas que se desarrolla a partir del año 2014 a nivel nacional con una cobertura de 400.000 niños y niñas

¹ Ley 19966: Establece un Régimen de Garantías en Salud. Decreto AUGE N° 1 Régimen 2010

² Ley 19966: Establece un Régimen de Garantías en Salud. Decreto AUGE N° 170 Primer Régimen 2005

de 2 a 5 años que asisten a Jardines Infantiles JUNJI, Fundación Integra y Colegios Municipales y Particulares Subvencionados. Desde el año 2015 los jóvenes de Cuarto año de Educación Media de Colegios Municipales y Particulares Subvencionados tienen acceso a la atención con un programa de reforzamiento incluido dentro de las Mestas Presidenciales del período 2014 – 2018.

La atención para la población mayor de 20 años se fue focalizando en la atención de urgencia desde el año 1983 (3) y en la rehabilitación para adultos mayores, con bajas coberturas debido al alto costo e insuficiente recurso humano. Las personas mayores son incorporadas como grupo prioritario en políticas de salud el año 1995, a través del Programa del Adulto Mayor (PAM) que, en su componente odontológico, consideraba la atención integral en pacientes mayores de 65 años (5). El año 2007, la Urgencia Odontológica y Salud Oral Integral para Adultos de 60 años ingresan al régimen GES³. Las políticas de salud bucal con enfoque de género se fortalecen a partir de 1993 con la implementación del Programa Mujeres Jefas de Hogar (7).

Estos antecedentes muestran la evolución de las políticas de salud bucal y el desarrollo progresivo de los programas de atención que dieron origen a las garantías explícitas de salud a partir de 2005. El enfoque de género y énfasis en la prevención desde edades tempranas se han fortalecido a lo largo de los distintos planes construidos desde 1978 y junto al enfoque de equidad se mantienen como pilares de los actuales programas de salud bucal.

El programa de gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet 2014-2018 ha reforzado la prevención de las enfermedades bucales desde temprana edad y desarrollado estrategias para mejorar el acceso a la atención odontológica de los grupos más vulnerables. El Programa Sembrando Sonrisas ha contribuido a incorporar los cuidados de salud bucal en la rutina de los párvulos, reconociendo el rol que cumple el personal educador y la familia en el refuerzo y mantención de los cuidados entregados desde el sistema de salud. El Programa Más Sonrisas para Chile ha permitido mejorar el acceso a la atención odontológica de las mujeres mayores de 20 años, permitiéndoles recuperar su salud bucal cuando la han perdido y entregándoles las herramientas para cuidar su salud bucal y la de su familia. El Programa de atención odontológica para los jóvenes de 4to medio y el Programa de mejoramiento del acceso a la atención de morbilidad odontológica de los adultos han acercado la atención a las personas que por sus actividades laborales o académicas tienen dificultad para acceder a los lugares y en los horarios habituales de atención clínica. Estos programas complementan la atención odontológica integral garantizada en el régimen de Garantías Explícitas en Salud para los niños y niñas de 6 años, la mujer embarazada, los adultos de 60 años y la atención de las urgencias odontológicas ambulatorias.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

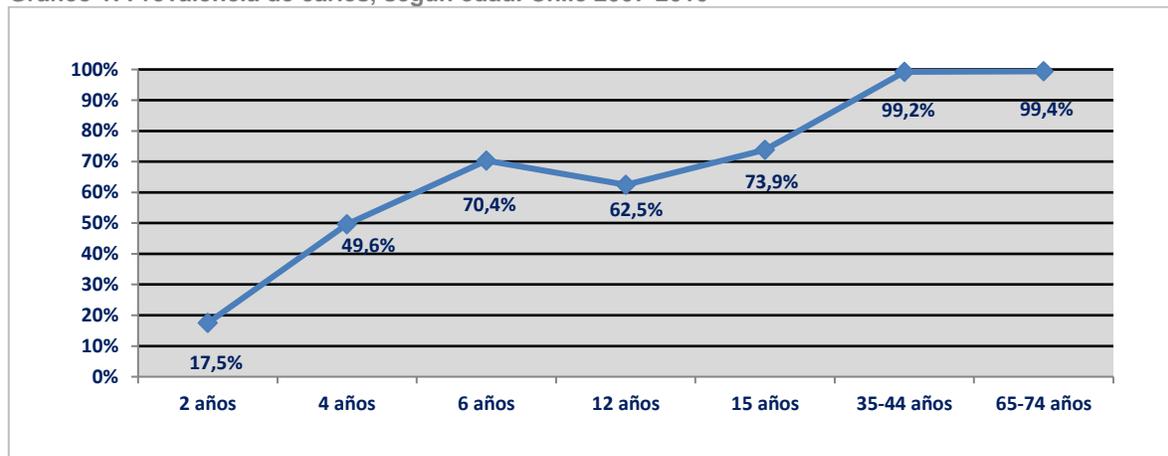
Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes, constituyendo un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud oral y sistémica en los individuos y sociedad y por el alto costo de su tratamiento. (8,9)

³ Ley 19966: Establece un Régimen de Garantías en Salud. Decreto AUGE N° 44 Tercer Régimen 2007

Caries dentales

Las caries dentales se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad. Según estudios nacionales disponibles, a los 2 años la prevalencia de caries es de un 17,5%, de 49,6% a los 4 años y de 70,4% a los 6 años. (10,11) La prevalencia de caries a los 12 años es de 62,5%, aumentando con la edad hasta llegar a un 99,4% en adultos de 65 a 74 años. (12,13)

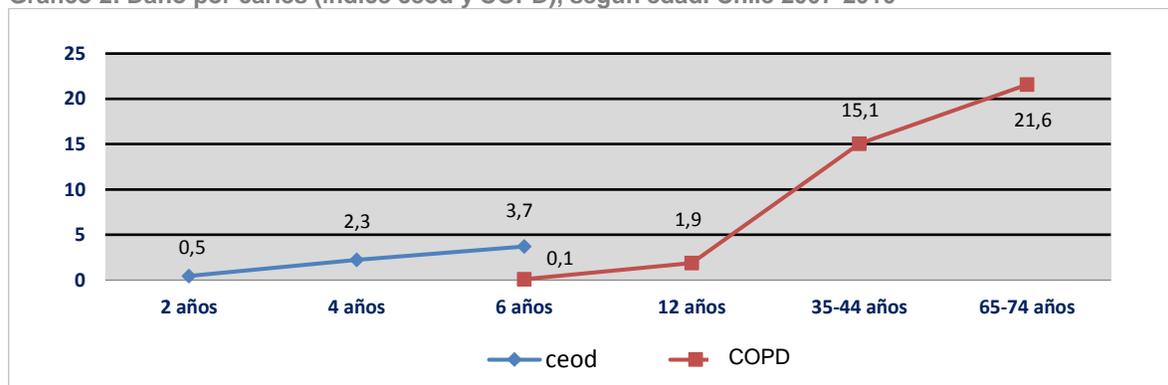
Gráfico 1: Prevalencia de caries, según edad. Chile 2007-2010



Fuente: Estudios nacionales. Chile 2007-2010 (10-13)

La severidad de caries dental en dentición temporal, medida por el índice ceod (dientes cariados obturados y extraídos por caries) es de 0,5 a los 2 años; 2,3 a los 4 y 3,7 a los 6 años (10,11); en dentición permanente, medida por el índice COPD (dientes cariados, obturados y perdidos por caries) es de 0,13 a los 6 años, 1,9 a los 12 años, aumentando significativamente hasta 15,1 en adultos de 35-44 años y 21,57 en adultos de 65 a 74 años. (11,12,14). En adultos de 35 a 44 años, las mujeres presentan mayor severidad del daño por caries que los hombres, con un COPD de 15,86 y 14,10 respectivamente. Esta diferencia es estadísticamente significativa (14)

Gráfico 2: Daño por caries (índice ceod y COPD), según edad. Chile 2007-2010

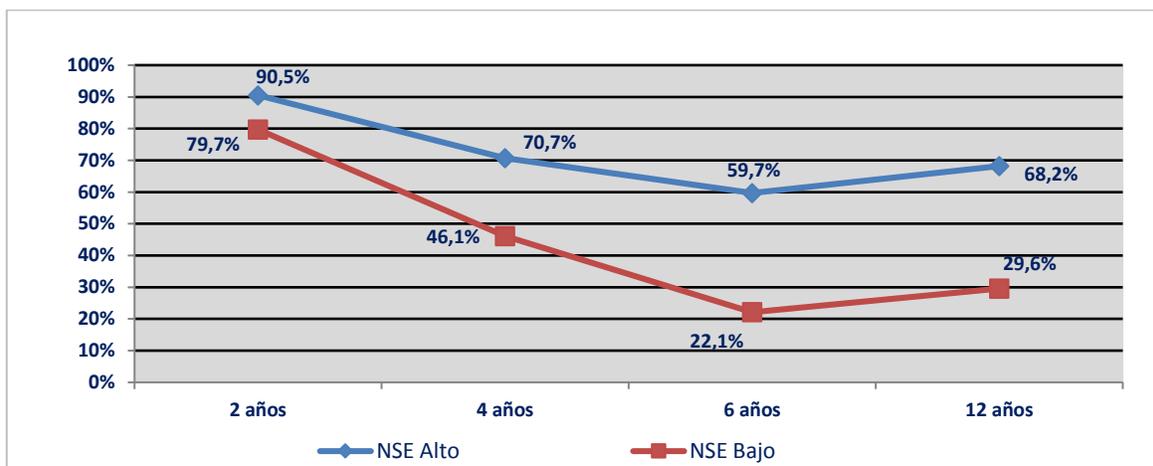


Fuente: Estudios nacionales. Chile 2007-2010 (10-12,14)

Las políticas nacionales de salud bucal han estado dirigidas a aumentar la prevalencia de población libre de caries, es decir con índice ceod y COPD igual a 0. Los estudios

epidemiológicos muestran que la proporción de niños y niñas libres de caries disminuye dramáticamente entre los 2 y 6 años de edad, siendo mayor esta disminución en la población con menor nivel socioeconómico (NSE) (10,11). Esta diferencia entre NSE alto y bajo aumenta con la edad, alcanzando su máximo valor a los 12 años. (10–12)

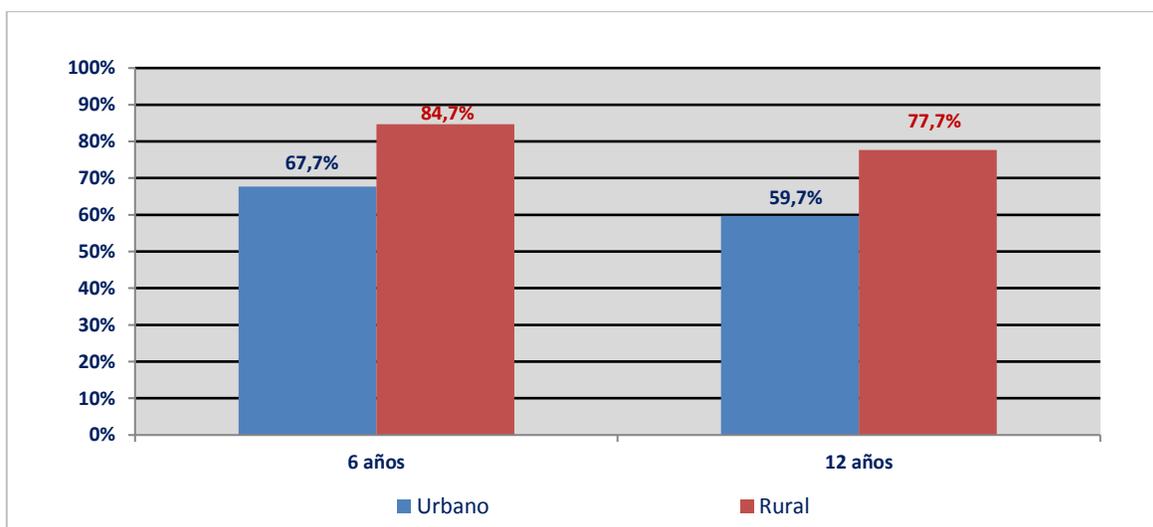
Gráfico 3: Prevalencia de población libre de caries, según edad y nivel socio-económico. Chile 2007-2010



Fuente: Estudios nacionales. Chile 2007-2010 (10–12)

Otro factor analizado sobre la base de los estudios nacionales es la ruralidad, donde se observa que en niños y adolescentes de 6 y 12 años de edad, existe una mayor prevalencia de caries en zonas rurales, con una diferencia de 17% y 18% respectivamente. (11,12)

Gráfico 4: Prevalencia de caries en niños de 6 años y adolescentes de 12 años, según ruralidad. Chile 2007

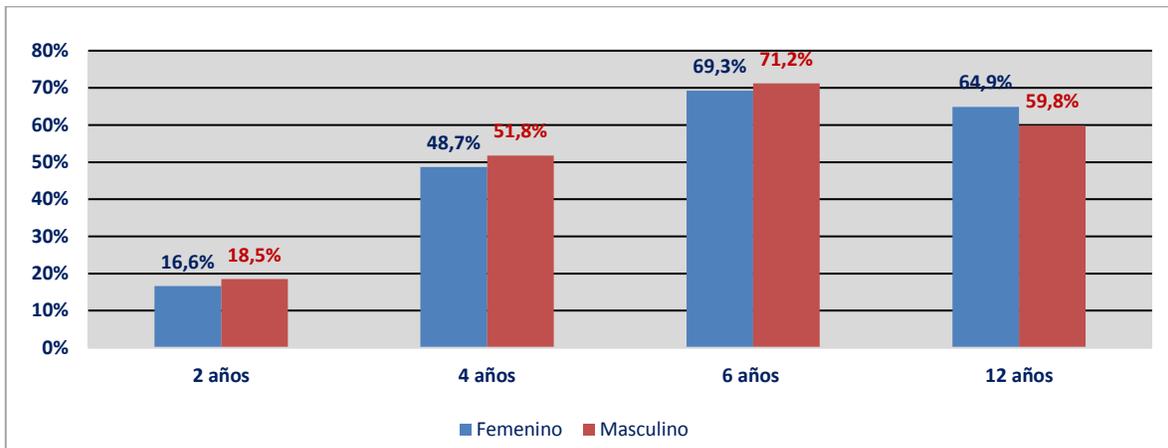


Fuente: Estudios nacionales. Chile 2007 (11,12)

Se ha descrito que las mujeres presentan un mayor riesgo de presentar caries, probablemente asociado a diversos factores contribuyentes como la composición y flujo

salival, hábitos alimenticios, cambios hormonales durante el embarazo, variantes particulares del gen para amelogenina y factores socioculturales entre otros (15,16)

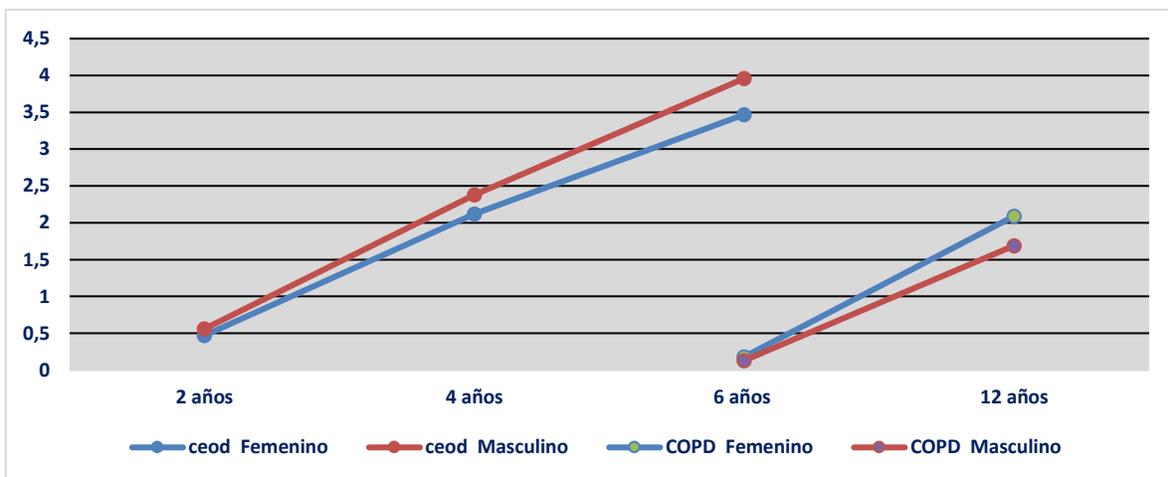
Gráfico 5: Prevalencia de caries en niños, niñas y adolescentes, según edad y sexo. Chile 2007 -2011



Fuente: Estudios nacionales. Chile 2007- 2010 (10–12)

A los 6 años la severidad del daño por caries en los dientes temporales (ceod) es mayor en los niños que en las niñas. En tanto que la severidad del daño en los dientes definitivos (COPD) es mayor en las niñas que en los niños, tanto a los 6 años como a los 12 años de edad. Estas diferencias por sexo son estadísticamente significativas, las que no se observan a los 2 y 4 años (10–12)

Gráfico 6: Severidad del daño por caries (índice ceod y COPD), según edad y sexo. Chile 2007-2011



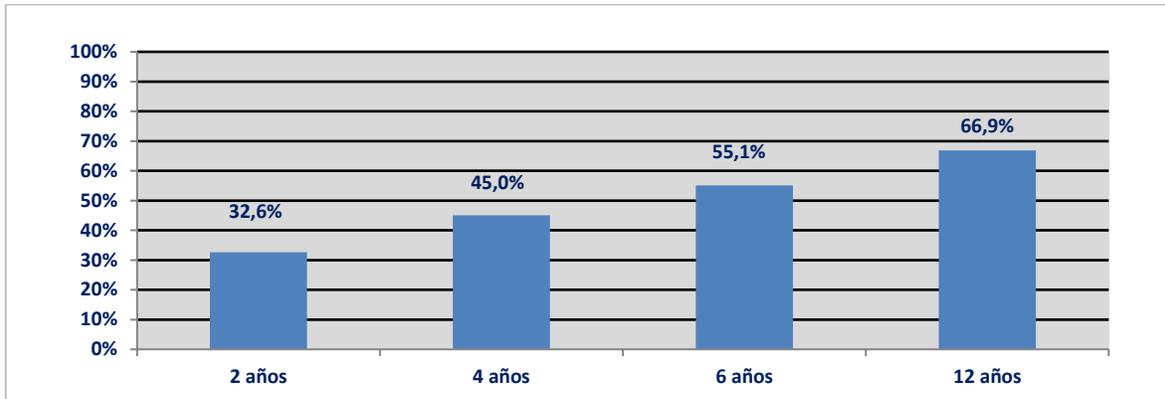
Fuente: Estudios nacionales. Chile 2007- 2010 (10–12)

Enfermedades gingivales y periodontales

Según los estudios nacionales, la prevalencia de gingivitis en niños y adolescentes es de 32,6% a los 2 años de edad, aumentando sostenidamente hasta un 66,9% a los 12 años (11,12,17–19). Según sexo, en la prevalencia de salud gingival de los adolescentes de 12

años, se observa que la población femenina sana es de un 37,5% y la población masculina, sólo de un 28,4%, esta diferencia es estadísticamente significativa (12).

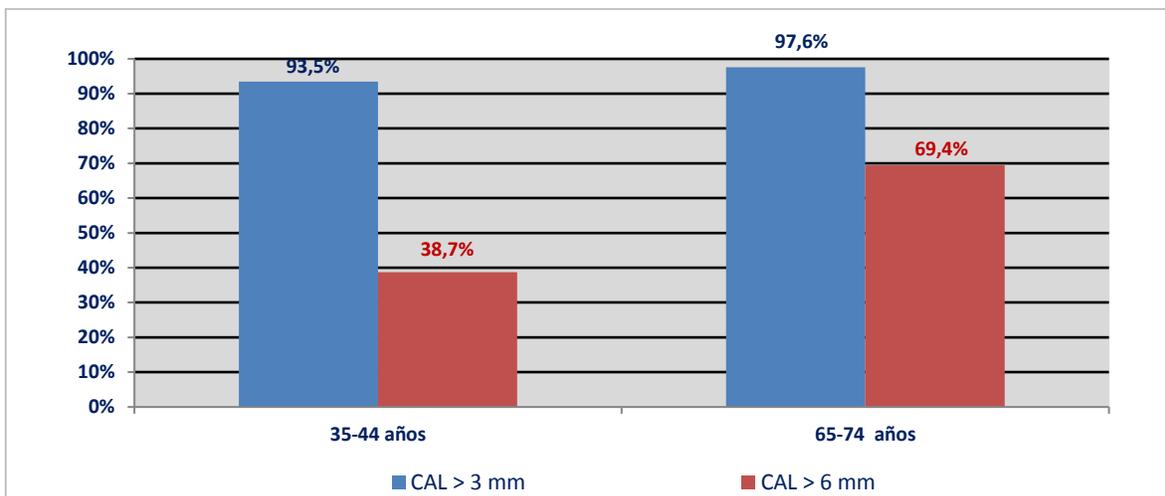
Gráfico 7: Prevalencia de gingivitis en niños y adolescentes, según edad. Chile 2007-2010



Fuente: Estudios nacionales. Chile 2007-2010 (11,12,17-19)

En relación a la enfermedad periodontal, el indicador más aceptado para medir enfermedad periodontal es la pérdida de inserción clínica (clinical attachment loss, CAL). Según los resultados del estudio nacional realizado en población adulta publicado en 2010, se observa una alta prevalencia de individuos con pérdida de inserción clínica mayor a 3 mm en al menos uno de los dientes examinados. Las pérdidas de inserción mayores a 6 mm en al menos uno de los dientes examinados fueron del 39% y 69% para los grupos de 35-44 años y 65-74 años respectivamente (20). Los hombres presentan un promedio mayor de profundidad al sondaje y de pérdida de inserción que las mujeres. Estas diferencias son estadísticamente significativas (20).

Gráfico 8: Prevalencia de enfermedad periodontal en población adulta, según edad. Chile 2010

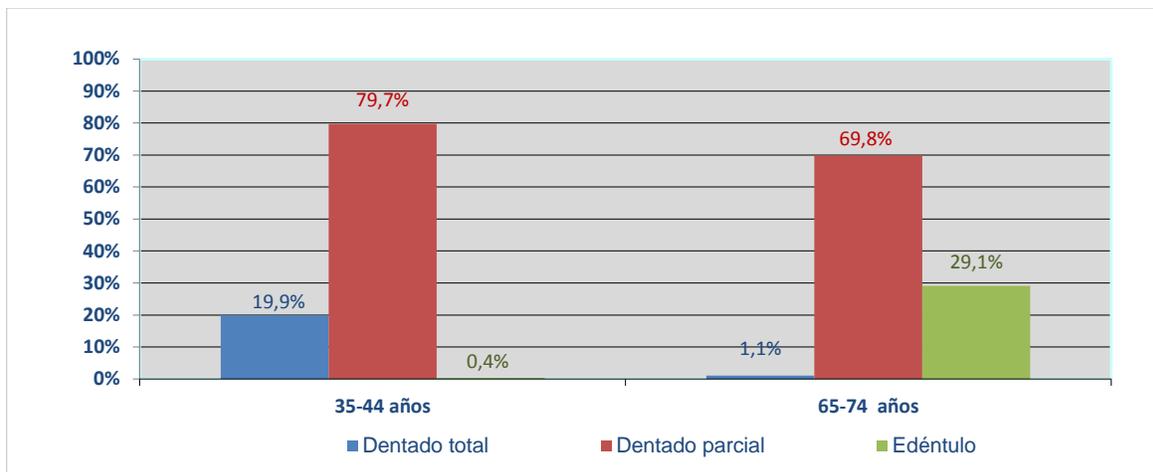


Fuente: Estudios nacionales. Chile 2010 (20)

Pérdida de dientes

Las principales causas de la pérdida de dientes son la caries dental y la enfermedad periodontal. En el grupo de adultos de 35-44 años, un 20% conserva su dentadura completa mientras que este porcentaje baja a un 1% en los adultos de 65 a 74 años. La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 6,5 dientes perdidos mientras en la población de 65 a 74 años este promedio es de 15,8 (20). No se observan diferencias en el número de dientes presentes por sexo (14).

Gráfico 9: Pérdida de dientes en adultos, según edad. Chile 2010



Fuente: Estudios nacionales. Chile 2010 (20)

Cáncer bucal

El cáncer bucal es una enfermedad que se caracteriza por ser un proceso crónico y complejo, en el que interactúan diferentes factores de forma conjunta. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad son el consumo de tabaco en todas sus formas, el consumo de alcohol y la exposición excesiva al sol.

De acuerdo al primer informe de registros poblacionales de cáncer de Chile 2003-2007, la incidencia ajustada de cáncer oral y faríngeo en hombre es de 3,2 por 100.000 hombres y de 1,2 por 100.000 mujeres. Los casos de cáncer oral y de faringe representan el 1,5% del total de casos de cáncer en los hombres y 0,7% en las mujeres (21).

Los análisis de supervivencia de pacientes afectados por cáncer bucal muestran que luego de cinco años desde el diagnóstico, solo el 56,9% de los pacientes sobrevive. Esta supervivencia depende mayormente de la etapa en que se hace el diagnóstico; si se diagnostica en una etapa temprana (tumor menor a 2 cm, sin metástasis ni ganglios comprometidos) la probabilidad de supervivencia es mayor al 85% a los 10 años, mientras que si el diagnóstico se hace en etapa IV, la supervivencia disminuye al 30% (22).

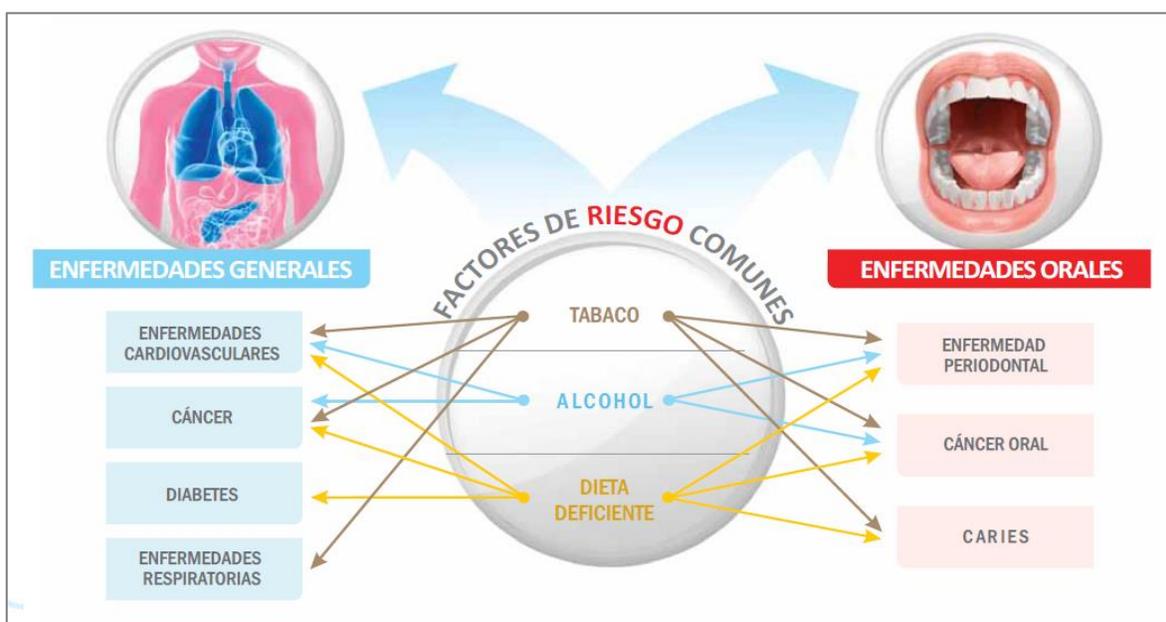
RELACIÓN DE SALUD BUCAL CON SALUD GENERAL Y CALIDAD DE VIDA

Salud bucal y salud general

La interrelación entre salud bucal y salud general se demuestra de manera consistente en la evidencia científica. Las enfermedades bucales han sido relacionadas con enfermedades cardiovasculares, diabetes, y resultados obstétricos adversos. Además, la cavidad bucal es el primer lugar donde pueden diagnosticarse enfermedades como deficiencia de vitamina B-12, desórdenes alimenticios y los primeros signos clínicos de VIH.

La salud bucal es parte fundamental de la salud general, por lo tanto, su cuidado es parte del cuidado integral de la salud y bienestar de las personas. Los factores de riesgo de las enfermedades bucales son comunes a otras enfermedades crónicas como cáncer, obesidad, diabetes, enfermedades respiratorias y cardiovasculares (23). El refuerzo de los principios de estilos de vida saludable puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades crónicas en desarrollo de los pacientes y mejorar su salud oral y sistémica (24).

Figura 1: Factores de riesgo comunes de enfermedades orales y enfermedades generales.



Fuente: *Prevención y manejo integral de las enfermedades orales*. OPS, 2013 (23)

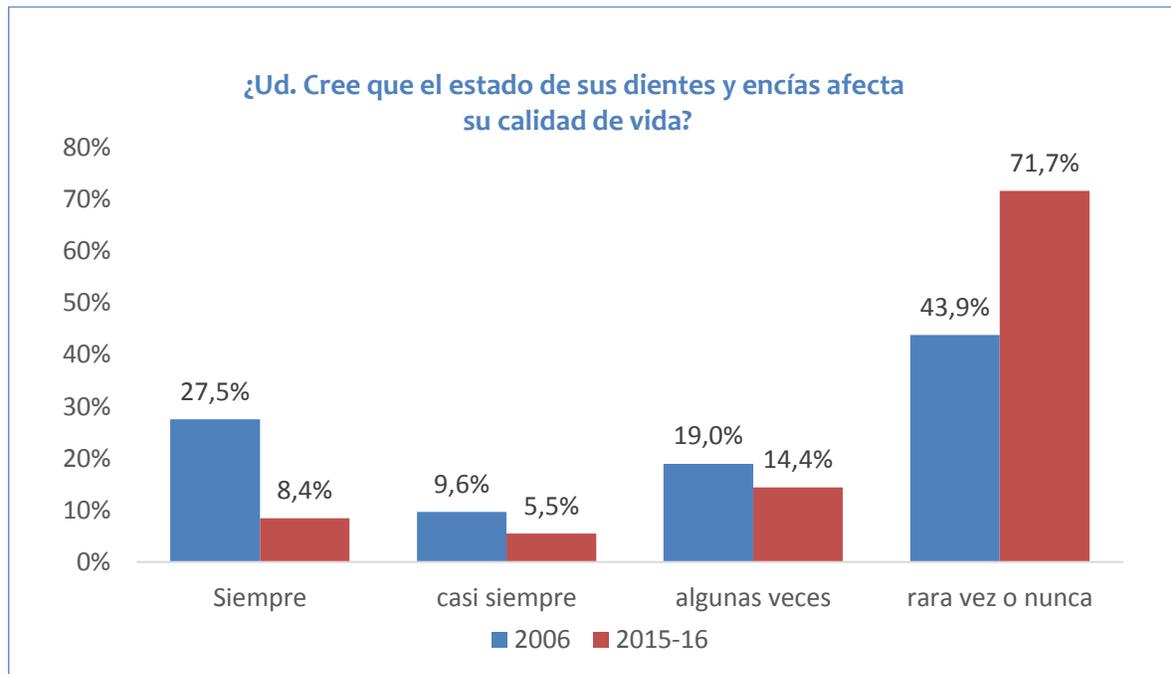
Salud bucal y calidad de vida

La salud bucal ha sido un tema priorizado por la comunidad en distintas instancias de participación. En los foros de salud realizados el 2009 como un proceso de consulta sobre la salud que queremos para la década 2010-2020, la comunidad planteó la necesidad de mejorar la cobertura de atención de los problemas de salud bucal (25). Así mismo, en el Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud, se señala que la salud bucal es importante porque afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público. (26)

La encuesta nacional de calidad de vida y salud realizada en 2006 mostró que un 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Los mayores de 20 se ven más afectados que los más jóvenes, debido probablemente a que su daño bucal es mayor (27).

Un década después, la III encuesta nacional de calidad de vida y salud desarrollada en 2015-2016 mostró cambios en la percepción de calidad de vida relacionada a salud bucal, disminuyendo a 14% el porcentaje de personas mayores de 15 años que considera que el estado de sus dientes y encías afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Al desagregar por sexo, el 15,5% de las mujeres y el 12% de los hombres declaran que siempre o casi siempre su calidad de vida se ve afectada por su estado de salud bucal, sin ser estadísticamente significativa esta diferencia. En cuanto a la edad, los adultos de 65 años y más son los que con mayor frecuencia ven afectada su calidad de vida debido a su estado de salud bucal (24% declara siempre o casi siempre), mientras que los jóvenes de 15 a 19 son los que perciben con menor frecuencia que esto los afecta (28).

Gráfico 10: Calidad de vida y salud bucal. Serie comparada Encuesta Calidad de Vida y Salud. Chile 2006 y 2015-2016.



Fuente: Encuesta de calidad de vida y salud. Chile 2006; 2016-2017 (27,28)

ANÁLISIS DE ESCENARIO ACTUAL

A continuación se presentan los programas, estrategias e iniciativas que ha desarrollado el país para dar respuesta a las necesidades relacionadas con el cuidado de la salud bucal de la población. La presentación se estructura en 4 ejes principales:

1. Promoción de salud y prevención de enfermedades bucales
2. Provisión de servicios odontológicos de calidad
3. Desarrollo del recurso humano
4. Investigación, monitoreo y evaluación

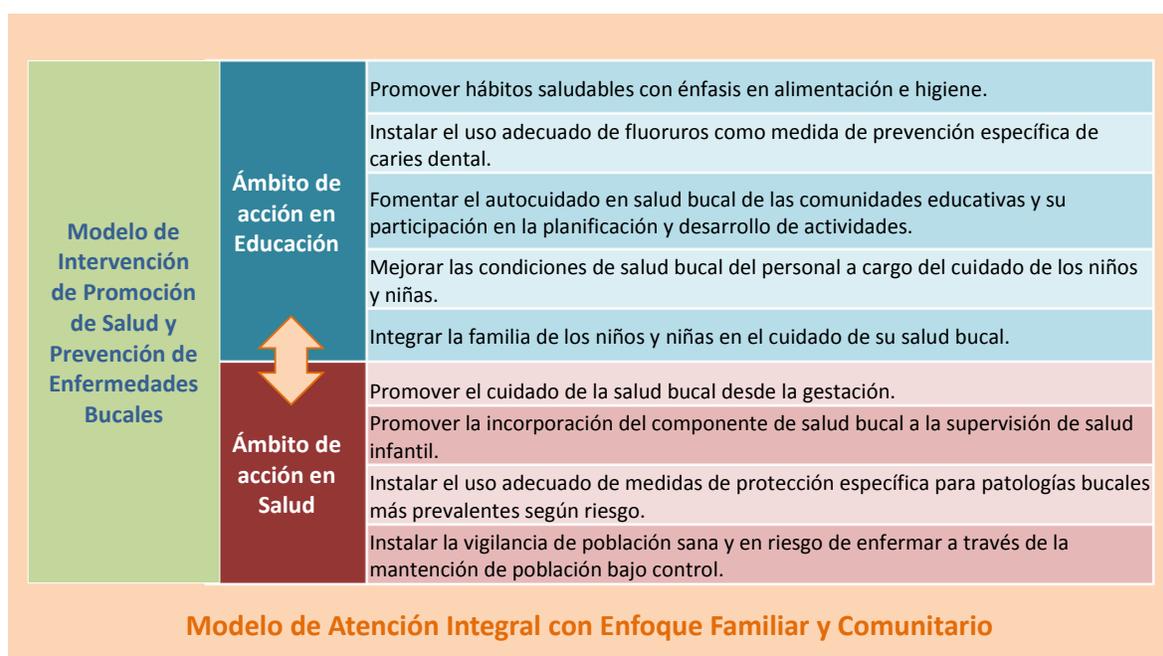
PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

La política nacional de salud bucal ha puesto énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales, entendiendo que las principales patologías bucales son enfermedades crónicas no transmisibles que se manifiestan desde temprana edad. El Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 definió como uno de sus objetivos “prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”, estableciendo como meta al año 2020, lograr que el 40% de los niños y niñas de 6 años esté libre de caries y disminuir a 1,9 el número de dientes con daño por caries en los jóvenes de 12 años que asisten a establecimientos educacionales municipalizados (29). La principal estrategia para alcanzar estas metas es el fortalecimiento del Modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucles en párvulos y escolares, que incluye 9 estrategias en los ámbitos de acción en salud y educación.

Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucles

El Modelo de intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucles en Párvulos y Escolares recoge los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario (30), el enfoque de equidad y determinantes sociales (31) y la evidencia científica disponible. y se plantea como la principal estrategia para el logro de las metas de salud bucal para la década 2011-2020 (32).

Figura 2: Modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales



El Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales tiene dos ámbitos de acción que confluye en la ejecución de actividades en el territorio, desarrolladas articuladamente por el equipo de salud, equipo educativo y la comunidad. Este “encuentro en el territorio” permite compartir saberes y metodologías educativas, para instalar prácticas saludables en los niños, niñas y su familia.

El ámbito de acción en educación constituye un espacio en el cual pueden ser implementadas estrategias de promoción de la salud y estrategias de protección específica aplicadas en condiciones comunitarias. Estas se desarrollan fundamentalmente en establecimientos de educación parvularia y básica, ejecutadas por los equipos de salud y educación (33).

El éxito y avance en el desarrollo de las estrategias del ámbito de acción en educación se relaciona con el trabajo intersectorial que realiza el equipo multidisciplinario de la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal desde el año 2007, la que diseña, monitorea y evalúa intervenciones y herramientas educativas, elabora orientaciones técnicas, material de difusión.

A continuación se describe las 5 estrategias del ámbito de acción en educación:

1. Promover hábitos saludables con énfasis en alimentación e higiene

Esta estrategia busca incorporar hábitos saludables de higiene bucal y alimentación en las actividades diarias de niños y niñas en establecimientos de educación parvularia y básica, promoviendo el cepillado de dientes supervisado en espacios adecuados, el consumo de una alimentación saludable y de agua potable fluorada. Para ello es fundamental la transferencia de conocimientos sobre salud bucal desde el odontólogo hacia el equipo educativo y también del equipo educativo al equipo de salud, respecto a metodologías educativas, dada sus competencias para planificar y realizar experiencias de aprendizaje efectivas.

La plataforma educativa “Promoción y Prevención en Salud Bucal” disponible en <http://saludbucal.minsal.cl/> recopila todo el material disponible para el desarrollo de esta estrategia. Además permite el acceso a capacitación auto gestionada a través del curso virtual “Herramientas para el cuidado de la salud bucal”, certificada por el Ministerio de Salud, de 20 horas académicas.

2. Instalar el uso adecuado de fluoruros como medida de protección específica de caries

Esta estrategia considera el uso diario de pasta dental fluorada y la aplicación semestral de barniz de flúor en los niños y niñas que asisten a los establecimientos de o con educación parvularia. El programa “Sembrando Sonrisas” entrega los recursos humanos y materiales para la implementación de esta estrategia. Actualmente este programa beneficia anualmente a 400.000 párvulos entre 2 y 5 años de establecimientos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, Fundación Integra, municipales y particular subvencionados con mayor vulnerabilidad social.

Durante el año 2017 nueve regiones del país iniciaron la implementaron de un programa piloto con el objetivo de avanzar en la instalación del cepillado de dientes en la jornada escolar y la inserción curricular de la salud bucal en actividades de aprendizaje en escolares de 1° a 4° básico de establecimientos de educación municipal.

3. Mejorar las condiciones de salud bucal del personal a cargo del cuidado de los niños

Esta estrategia busca fortalecer el rol que tiene el personal educador como modelo en la instalación de buenos hábitos de salud bucal en niños y niñas, ya que son adultos significativos para ellos y sus familias. Incluye la atención odontológica al personal educador a cargo del cuidado de los niños, con el propósito de mantener o recuperar su salud bucal. Si bien no existe un programa especialmente diseñado para abordar esta estrategia, actualmente el personal de los establecimientos con educación parvularia accede a la atención a través del programa “Más Sonrisas para Chile” y “Consultas de morbilidad odontológica”, alcanzando una cobertura cercana a 5.000 mujeres al año.

4. Fomentar el auto cuidado en salud bucal de las comunidades educativas mediante la participación en el diseño del programa a nivel local

Esta estrategia busca integrar el trabajo de los sectores de educación y salud a nivel local con el propósito de implementar las estrategias del modelo. Esta estrategia considera la formación de Mesas Intersectoriales Regionales y Comunales de Salud Bucal que generen el espacio para el trabajo conjunto entre los representantes de nivel regional y comunal de ambos sectores. De acuerdo al Diagnóstico de Instancias de Trabajo Intersectorial en Salud Bucal a Nivel Comunal y Recomendaciones para su Fortalecimiento elaborado por Minsal en 2016, en todas las regiones del país existe una mesa de trabajo intersectorial y en 55 comunas hay al menos una instancia de trabajo intersectorial con la participación del odontólogo (34).

5. Integrar a los padres y apoderados de los niños y niñas en el cuidado de sus dientes

Esta estrategia busca potenciar el trabajo del personal educador y de salud con las familias de los niños que asisten a los establecimientos de educación parvularia y básica, con el propósito de motivar y lograr compartir la responsabilidad de cuidar la salud bucal de los

niños, entendiendo que la familia cumple un rol fundamental en el establecimiento y mantención de hábitos saludables en los niños y niñas. Durante el año 2017 se implementó el piloto de “Cuaderno viajero: familias que siembran sonrisas” en 365 jardines infantiles JUNJI, INTEGRA y municipales de todas las regiones del país.

El ámbito de acción en salud considera cuatro estrategias que se desarrollan al interior de los establecimientos de atención primaria y son ejecutadas directamente por el equipo de salud, quien aplica medidas preventivas y mantiene población bajo control con enfoque de riesgo desde la gestación, entendiendo que las principales patologías bucales son crónicas y que se manifiestan desde la temprana infancia.

1. Promover el cuidado de la salud bucal desde la gestación

Esta estrategia considera la atención odontológica de la mujer embarazada y la entrega de herramientas que le permitan sentirse capaz de cuidar su salud bucal y la de su hijo. Corresponde a una garantía explícita en salud (GES) vigente desde 2010 y de acuerdo a la información obtenida de los Registros Estadísticos Mensuales (REM), en 2016 cerca del 70% de las mujeres embarazadas en control prenatal recibió atención odontológica integral en los centros de atención primaria de salud del país.

Existe evidencia que muestra que la promoción de salud oral desde el embarazo puede causar una mejora sostenida y de largo plazo de la salud bucal de los niños (35). Un reciente estudio cualitativo en la región metropolitana muestra que las mujeres se sienten satisfechas, privilegiadas y valoran el acceso gratuito a esta atención garantizada. El componente de educación para la salud bucal está presente y se centra fundamentalmente en la enseñanza del cepillado dental por parte del odontólogo; no obstante, no logra modificar creencias ni actitudes que impacten en la intención para la adopción de conductas que promuevan su salud bucal y la de su familia (36).

2. Promover la incorporación del componente de salud bucal en la supervisión de salud infantil

Esta estrategia busca integrar los cuidados de salud bucal en los controles de salud del niño que tienen como objetivos promover su salud en forma integral, controlar los factores de riesgo y detectar precoz y oportunamente cualquier enfermedad que pudiera presentarse. La evaluación buco dentaria realizada por el equipo de salud infantil se normó en el año 1999 (37) y con el objetivo de facilitar la capacitación y la coordinación entre el equipo de salud y equipo odontológico se desarrollaron las Pautas de evaluación buco-dentarias y el curso gestionado “Aprendiendo a Cuidar la Salud Bucal”. Desde 2008 se han capacitado 1.866 profesionales y técnicos del equipo de salud, lo que ha permitido que el 53,7% de los establecimientos de atención primarias cuenten con al menos 1 profesional o técnico capacitado y el 63,7% de ellos con 2 o más capacitados (38). En el año 2014 el Ministerio de Salud publicó la norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en Atención Primaria de Salud (APS), incorporando el componente de salud bucal como parte de la atención integral en todas las atenciones que otorga el equipo de salud infantil (39).

Un estudio del 2010 mostró desconocimiento de las pautas buco-dentarias por parte del equipo de salud y un bajo nivel de registro de su aplicación (40), en el 2014 se reportó un nivel de conocimiento insuficiente sobre salud bucal entre el equipo de salud familiar en la Región de Valparaíso (41) y en un reciente estudio cualitativo en la Región Metropolitana se muestra que si bien el equipo de salud entrega educación para la salud bucal a la mujer,

durante el control de embarazo y control infantil, ésta se centra en la higiene bucal en los niños y niñas y si bien ella la valora, la considera insuficiente para replicar los cuidados en su hogar (36).

3. Instalar el uso adecuado de medidas de protección específica para patologías bucales más prevalente según riesgo

Esta estrategia considera la evaluación temprana del riesgo de desarrollar patologías bucales, con el propósito de instalar medidas de prevención específicas antes que se produzca el daño. La identificación de los niños y niñas con alto riesgo de caries debe ser lo más temprana posible, idealmente antes que se desarrolle la caries o cuando el proceso aún es reversible (42,43).

El año 2017 se formula el programa Control con Enfoque de Riesgo odontológico (CERO) el que introduce una pauta de evaluación de riesgo de caries en la atención odontológica de menores de 7 años en los centros de atención primaria, la que considera factores como la condición sistémica, la condición clínica, dieta, higiene, uso de fluoruros y la motivación de la familia que determinan su categorización en alto o bajo riesgo de caries y, de acuerdo a este, una estrategia de prevención determinada.

4. Instalar la vigilancia de población en riesgo de enfermar a través de la mantención de población bajo control

Esta estrategia busca definir una población bajo control a cargo de un equipo de salud para planificar acciones de acuerdo a sus necesidades y determinantes sociales, gestionando la demanda y la capacidad de respuesta para lograr un mejor estado de salud, siguiendo los principios del Modelo de Atención Integral de Salud (30).

El programa CERO considera la mantención de población bajo control desde los 6 meses hasta los 7 años de edad, con controles de frecuencia variable según la categorización del riesgo. El egreso del programa CERO coincide con la atención GES de salud oral integral para niños y niñas de 6 años. De acuerdo a la información obtenida de los Registros Estadísticos Mensuales (REM), en 2016 cerca del 80% de los niños y niñas inscritos en los centros de atención primaria del país recibieron atención odontológica integral a los 6 años de edad.

Programa de fluoración del agua potable

A nivel mundial, la utilización de flúor es la principal estrategia para la prevención y control de la caries dental (44) y existe amplio consenso respecto su eficiencia, costo efectividad y seguridad del uso diario de fluoruros en concentraciones óptimas. La prevención y control de la caries dental mediante fluoruros es la única manera realista de reducir la carga de esta enfermedad en las poblaciones y el acceso al flúor para la prevención de caries es parte del derecho humano básico a la salud (45).

La fluoración del agua potable es una efectiva medida de Salud Pública (46–48). En Chile, el Programa Nacional de Fluoración del Agua Potable ha sido implementado de manera progresiva desde el año 1985, en zonas donde el nivel de fluoruros naturales en el agua es menor a 0,5 mg/l. Actualmente el 83% de la población urbana cuenta con acceso a agua potable fluorada, correspondiente al 72% de la población total. El Ministerio de Salud indica la concentración óptima de flúor que debe contener el agua en cada región, con el fin de alcanzar los objetivos de prevención de caries, minimizando riesgos. La concentración

óptima oscila entre 0,6 y 1,0 mg/L (49). La vigilancia de los fluoruros en agua contempla la medición diaria de las concentraciones de flúor en todas las regiones en que se encuentra implementada esta medida, es decir en todo Chile, a excepción de la región del Bío Bío.

Un estudio realizado en Chile a partir de la información proveniente de los diagnósticos nacionales de salud bucal disponibles, mostró que las niñas, niños y adolescentes menores de 13 años que asisten a establecimientos educacionales con concentraciones de flúor en el agua potable iguales o superiores a 0,5 ppm, presentan una menor prevalencia y promedio de dientes con daño por caries que aquellos que asisten a establecimientos educacionales con concentraciones de flúor en el agua menores a 0,5 ppm. En párvulos de 2 y 4 años, se observó que el riesgo de caries es mayor entre quienes asisten a establecimientos educacionales sin fluoración del agua versus los que tienen agua fluorada, controlando los efectos de la edad, sexo y nivel socioeconómico. Los escolares de 6 años que asisten a establecimientos educacionales con 6 o más años de fluoración de sus aguas, tienen menor daño que los que tienen menos tiempo de fluoración y los escolares de 12 años que tenían agua fluorada hace 11 o más años en su establecimiento educacional mostraron menor daño por caries. Estos resultados sugieren que el Programa Nacional de Fluoración del Agua Potable es efectivo en disminuir la prevalencia y severidad de la caries dental en las niñas, niños y adolescentes chilenos (50).

Mesa Nacional de Salud Bucal

El trabajo intersectorial para el desarrollo de políticas de salud bucal es coordinado a través de la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal que se constituyó por Res Ex.127 el 15 de marzo del 2007, formalizando el trabajo intersectorial para el diseño y pilotaje de un Programa de Prevención y Promoción de Salud Bucal en Párvulos, con la participación de representantes del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y Fundación Integra. A través de la Res Ex. 295 del 24 de mayo del 2012 se incorpora el compromiso de trabajar para la implementación del Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales, principal estrategia para el logro de metas en salud bucal definidas para la década 2011-2020. Se incorporan a la Mesa un representante de las facultades de odontología y de las sociedades científicas en odontología y representantes de la División de Políticas Saludables y División de Atención Primaria del Ministerio de Salud. Actualmente la Mesa Nacional difunde los lineamientos técnicos y herramientas para el trabajo intersectorial a través de 15 Mesas Regionales Intersectoriales que replican el modelo de trabajo del nivel central.

El año 2016 se evaluó la tipología de trabajo intersectorial de la Mesa Nacional, utilizando la metodología propuesta por Flacso Chile. Los resultados indicaron que en la mayoría de los distintos ámbitos evaluados, el tipo de intersectorialidad que se desarrolla está a nivel de coordinación, con avances hacia la integración en las áreas de propósito, organización y gestión.

Tabla 1: Resultados del análisis según metodología de Flasco para determinar la tipología de trabajo intersectorial que desarrolla la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal

ÁMBITO	RESULTADOS	TIPOLOGÍA
PROPÓSITO	Hay un objetivo social común que no responde solamente a la necesidad particular de un sector, cual es el bienestar de los niños y niñas, que estén sanos, felices y desarrollen todo su potencial.	Coordinación Integración
MODO DE ORGANIZACIÓN	Existe plan de trabajo con definición de responsables de las distintas tareas y actividades. Con plazos, productos y verificadores. La instancia de organización se ha formalizado a través de una resolución ministerial, la que señala las organizaciones que la integran, el propósito y funciones.	Coordinación Integración
MODO DE FINANCIAMIENTO	Hay presupuesto compartido en algunas áreas específicas (compra de cepillos y pasta con presupuesto de INTEGRA), pero es MINSAL quien solicita el presupuesto para la ejecución de programas y estrategias. EDUCACIÓN aporta recursos para algunas actividades que corresponden a su sector (visitas de supervisión), pero todavía no hay un presupuesto conjunto. Este ámbito puede tener mayor desarrollo a nivel regional.	Cooperación Coordinación
MODO DE GESTIÓN	El trabajo conjunto está en el proceso de formulación, implementación y evaluación, existiendo momentos e instancias específicas para ello. El trabajo conjunto ha requerido de un ajuste de políticas y programas de cada sector. Apunta a un trabajo más horizontal entre los sectores.	Cooperación Coordinación Integración

PROVISIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE CALIDAD

Calidad de la Atención y seguridad del paciente

La OMS sugiere que “una definición de calidad necesita tomar una perspectiva del sistema de salud como un todo y reflejar preocupación por los resultados obtenidos, tanto por los usuarios de los servicios como por las comunidades enteras” (51). El 5 de octubre del 2007 durante la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, se emite la Resolución CSP27/10 sobre Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad⁴ de la Atención Sanitaria,

⁴ Contemplado en las funciones esenciales de salud pública (FESP) que estableció como novena función la “Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”. Organización Panamericana de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington D.C.: OPS/OMS; Publicación Científica y Técnica N° 589; 2002.

incluyendo la Seguridad del Paciente (CASP). Esta Resolución define la calidad de la atención, incluyendo la seguridad del paciente, como la cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales de salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud (52).

El proceso de autorización sanitaria para establecimientos de salud se refiere a la verificación de normas e instrucciones que debe cumplir un establecimiento para su utilización, velando por la seguridad y respeto a la dignidad de los usuarios. Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud podrán autorizar establecimientos públicos y privados de acuerdo a las Normas Técnicas Básicas vigentes (53). La instalación y funcionamiento de las salas de procedimientos odontológicas y pabellones de cirugía menor requieren de autorización expresa otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud en cuyo territorio se encuentre ubicada. Del mismo modo, corresponderá a la SEREMI de Salud efectuar la fiscalización y control del cumplimiento de las normas y reglamentos vigentes (54).

Cuidado de salud basado en evidencia

El desarrollo de guías de práctica clínica en el país se inició junto con la implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (55). Desde ese momento, el Ministerio de Salud ha estado permanentemente elaborando y actualizando guías de práctica clínica para orientar a los profesionales de salud sobre las mejores prácticas para atender los problemas de salud. En los últimos años han habido cambios significativos en la forma de elaborar las guías de práctica clínica, pasando de métodos informales basados en el consenso de expertos a métodos sistemáticos y transparentes de búsqueda y síntesis de evidencia, seguidos por un proceso estructurado para moverse de la evidencia a la decisión. El sistema GRADE (del inglés Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) incorpora estos cambios metodológicos, facilitando el desarrollo de guías de práctica clínica confiables y transparentes (56)

Desde el año 2014, el Ministerio de Salud ha incorporado paulatinamente el sistema GRADE en su proceso de elaboración de guías clínicas. Actualmente, las guías clínicas elaboradas con sistema GRADE que abordan temas de salud bucal están disponibles en <http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/guias-clinicas/> y son las siguientes:

- Salud Oral Integral para adultos de 60 años: Prevención y tratamiento de caries radiculares (57)
- Salud Oral en Adolescentes de 10-19 años: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal (58)
- Prevención de mucositis Oral en personas con cáncer (59)

Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario

El Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario vigente en el país entiende que la atención de salud debe ser un proceso integral y continuo que centre su atención en las personas y sus familias, que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y se preocupe de las necesidades de salud de las personas y comunidades, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis está en la promoción de estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población (30).

Figura 3: Principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario



Fuente: Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Minsal 2012 (30)

Respondiendo a las necesidades de la población, los programas de atención odontológica en los centros de atención primaria del país se centran principalmente en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades bucales desde temprana edad y en la recuperación del daño causado por caries y enfermedades gingivales y periodontales a lo largo del ciclo vital, mejorando el acceso a la atención odontológica de los grupos más vulnerables.

A continuación se describen los principales programas de atención odontológica que se desarrollan en los centros de atención primaria de salud, de acuerdo al ciclo de vida. El desarrollo de estos programas contribuye al fortalecimiento del Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales.

Figura 4: Programas de atención odontológica desarrollados en la de atención primaria de salud



Salud oral integral de la embarazada

El cuidado de la salud bucal se inicia desde el embarazo, a través de la atención de Salud Oral Integral de la Embarazada incorporada en el régimen de garantías explícitas en salud (GES) desde 2010. Esta atención permite que la madre recupere su salud bucal cuando la ha perdido e incorpore herramientas para su cuidado y el de su hija o hijo por nacer, de manera de facilitar que la niña o el niño crezcan en un entorno familiar favorable para su salud bucal.

La atención de salud bucal integral para la embarazada incluye examen de salud bucal, diagnóstico, refuerzo educativo y entrega de un set de higiene oral (cepillo y pasta dental con flúor), aplicación de medidas de prevención, tratamiento restaurador y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes. De acuerdo a la información obtenida de los Registros Estadísticos Mensuales (REM), en 2016 cerca del 70% de las mujeres embarazadas en control prenatal recibió atención odontológica integral en los centros de atención primaria de salud del país.

Control de salud integral del niño o niña

La salud bucal es parte integral de la salud y bienestar del niño y la niña y su cuidado está incorporado en los controles de salud integral que realiza el equipo de salud infantil durante la supervisión de salud desde el nacimiento hasta los 9 años. Durante estos controles, el equipo de salud vigila los factores de riesgo de las patologías bucales, entregando recomendaciones para modificar oportunamente conductas de riesgo relacionadas con higiene y alimentación, y en el caso de sospechar o pesquisar daño, realiza la derivación al equipo de salud bucal.

Control con Enfoque de Riesgo odontológico (CERO)

El programa CERO se inicia en 2017 con un enfoque centrado en mantener la salud, cuyo incentivo fundamental es aumentar la cantidad de población sana y mantenerla en esa condición. Consiste en el seguimiento a través de controles odontológicos a los niños y niñas menores de 7 años con o sin patologías orales, con el fin de mantenerlos sanos o de compensar y detectar en forma temprana el desarrollo de estas patologías. Los niños y niñas ingresan al control a los 6 meses de vida y egresan del programa al cumplir los 7 años. La frecuencia de los controles depende del riesgo individual de cada niña o niño, medido a través de una pauta que considera factores como la condición sistémica, la condición clínica, dieta, higiene, uso de fluoruros y la motivación de la familia. Cada niña y niño recibe estrategias preventivas de acuerdo a su categorización de riesgo.

Programa Sembrando Sonrisas

El objetivo de este programa es mantener y mejorar la salud bucal de la población parvularia, fomentando la promoción y prevención de la salud bucal, a través de la adquisición de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas de prevención específicas.

Consiste en un examen de salud bucal, educación en técnica de cepillado, aplicación 2 veces al año de barniz de flúor y la entrega de pasta dental con flúor y cepillos de dientes adecuados para la edad de los niños y niñas. Esta atención odontológica se realiza en los establecimientos de educación parvularia y beneficia anualmente a 400.000 párvulos entre 2 y 5 años de establecimientos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, Fundación Integra, municipales y particular subvencionados con mayor vulnerabilidad social.

Salud oral integral para niñas y niños de 6 años

La atención odontológica integral de los niños de 6 años está incluida en el régimen de garantías explícitas en salud (GES) desde 2005. Su propósito es educar, prevenir y tratar precozmente al niño y niña de 6 años para mantener o recuperar su salud bucal. Incluye el examen de salud bucal, diagnóstico, refuerzo educativo y la entrega de un set de higiene oral (cepillo y pasta dental con flúor), aplicación de medidas de prevención específica de caries y tratamiento restaurador, de acuerdo a las necesidades del niño o niña. De acuerdo a la información obtenida de los Registros Estadísticos Mensuales (REM), en 2016 cerca del 80% de los niños y niñas inscritos en los centros de atención primaria del país recibieron atención odontológica integral a los 6 años de edad.

Atención odontológica del adolescente de 12 años

La atención odontológica del adolescente de 12 años consiste en el tratamiento odontológico integral, incluyendo educación en salud bucal, aplicación de medidas preventivas y tratamiento restaurador. Se espera que al alta el joven conozca cómo cuidar y mantener su salud bucal y sepa cepillar sus dientes correctamente. De acuerdo a la información obtenida de los Registros Estadísticos Mensuales (REM), en 2016 cerca del 75% de los adolescentes de 12 años inscritos en los centros de atención primaria del país recibieron atención odontológica integral.

Atención odontológica integral a los jóvenes de 4° año medio

El programa de atención odontológica integral a los jóvenes de 4° año de enseñanza media de colegios municipales y particulares subvencionados se inició en 2015 y a partir de 2016 se amplió para incluir a alumnos de 3° medio. Su propósito es contribuir a que los jóvenes se incorporen a la vida adulta con las mejores condiciones de salud bucal, facilitándoles el acceso a la atención odontológica.

La atención odontológica se entrega en carros móviles, al interior de los establecimientos educacionales o en extensión horaria en los centros de salud más cercanos al establecimiento de educación. Incluye examen de salud bucal, diagnóstico, educación en salud bucal, aplicación de medidas preventivas y tratamiento restaurador. Durante 2016 se beneficiaron alrededor de 64 mil jóvenes a lo largo de todo el país.

Programa Más Sonrisas para Chile

El programa Más Sonrisas Para Chile inicia el 2014, con el propósito de aumentar la cobertura de atención odontológica para mujeres de grupos socioeconómicos vulnerables, apoyándolas en sus esfuerzos de integración laboral y en el fortalecimiento de su autoestima. Busca recuperar la sonrisa y la salud bucal de las mujeres mayores de 20 años, fomentando el autocuidado, mejorando su autoestima y promoviendo la reinserción social. Las mujeres reciben atención odontológica integral, entrega de cepillo y pasta de dientes junto con enseñanza adecuada de higiene oral. Anualmente se atienden 100.000 mujeres en las distintas regiones del país.

Este programa incorpora la auditoría clínica y por ficha para el 5% de las mujeres atendidas, junto a la realización de una encuesta validada que mide el impacto en la calidad de vida de la atención recibida (OHIP-7sp, del inglés oral health impact profile).

Atención de morbilidad odontológica en extensión horaria

El programa de morbilidad odontológica para población adulta busca facilitar el acceso a la atención odontológica a los hombres y mujeres mayores de 20 años, en horarios y lugares compatibles con las actividades laborales. La consulta de morbilidad incluye una o más actividades recuperativas, destacando prestaciones como destartraje, pulido radicular, restauraciones y exodoncias. Durante 2016 se realizaron más de 950 mil actividades odontológicas en extensiones horarias a lo largo del país.

Atención odontológica integral adulto de 60 años

La atención odontológica integral forma parte del régimen de garantías explícitas en salud (GES) desde 2007. Su objetivo es mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria de los adultos de 60 años, realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes. El programa incluye examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación, incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible cuando esté indicado. De acuerdo a la información obtenida de los Registros Estadísticos Mensuales (REM), durante 2016 se atendieron cerca de 38 mil adultos de 60 años en los centros de atención primaria del país, equivalente al 27% de los adultos de esta edad inscritos en los centros de salud.

Urgencias Odontológicas Ambulatoria

La atención de las urgencias odontológicas ambulatorias consiste en entregar atención de urgencia para patologías bucales que son de aparición súbita, que provocan dolor agudo y requieren de un tratamiento inmediato e impostergable. Forma parte del régimen de garantías explícitas de salud (GES) desde 2007 que da respuesta a las necesidades de niñas, niños y adultos. Durante 2016 se realizaron cerca de 360 mil atenciones de urgencias odontológicas ambulatorias en la red pública de salud.

DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO

Formación de recurso humano

La acreditación de carreras profesionales y técnicas y de programas de pregrado es un proceso voluntario que se realiza por instituciones nacionales, extranjeras o internacionales denominadas agencias acreditadoras. A noviembre de 2017 existen 12 carreras de odontología acreditadas de acuerdo al registro de la Comisión Nacional de Acreditación (60).

El número de profesionales formados ha ido en aumento en la medida que han aumentado las universidades que ofrecen la carrera de odontología. En 2015, según el registro de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud, existían 17.075 dentistas registrados, lo que se traduce en una relación de 1 dentista cada 1.064 habitantes en el país. Sin embargo, de acuerdo a la información disponible en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, existen 2.855 odontólogos contratados en los centros de atención primaria municipal del país, lo que se traduce en una relación de 1 dentista (44 horas) cada 5.752 personas inscritas y validadas por FONASA (dotación ley 19.378 a noviembre 2017), lo que refleja la desigual distribución de profesionales entre la red pública y privada de atención.

Sistema de certificación de especialidades

De acuerdo a la ley 19.377 sobre autoridad sanitaria, el Ministerio de Salud establece un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones y la Superintendencia de Salud es responsable de mantener registros públicos de los prestadores individuales de salud, de sus especialidades y de las entidades certificadoras que permita entregar a la ciudadanía información auténtica y de forma oportuna para la toma de decisiones seguras en lo relativo a la satisfacción de sus necesidades de prestaciones de salud (61).

El propósito del sistema de certificación de las especialidades de los prestadores individuales de salud es garantizar la calidad de las acciones, atenciones o servicios de salud, entregando un sello distintivo a los profesionales que posean las competencias necesarias para otorgar prestaciones especializadas, a través de la aplicación por parte de entidades certificadoras autónomas, de mecanismos y procedimientos homogéneos de evaluación de conocimientos teóricos y prácticos (62).

De acuerdo al reglamento de certificación de las especialidades de los prestadores individuales de salud y de las entidades que las otorgan (63,64), las especialidades odontológicas primarias y derivadas (subespecialidades) reconocidas son las siguientes:

1. Cirugía y traumatología buco maxilofacial.
2. Cirugía Bucal
3. Endodoncia.
4. Imagenología oral y maxilofacial.
5. Implantología buco maxilofacial.
6. Odontología legal.
7. Odontopediatría.
8. Ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial.
9. Patología oral.
10. Periodoncia.
11. Rehabilitación oral.
12. Salud pública.
13. Somato-Prótesis.
14. Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial.

En 2017, existen 1.841 dentistas con certificación de especialidad trabajando en la red pública, en establecimientos dependientes de la atención primaria municipal y dependientes de los servicios de salud. La siguiente tabla describe la cantidad de odontólogos según especialidad y tipo de establecimiento de salud al que pertenecen.

Tabla 2: Número de odontólogos contratados en el sistema público de salud, según especialidad y tipo de establecimiento de salud.

Especialidad odontológica	N° de Odontólogos contratados en establecimientos dependientes de la Atención Primaria Municipal (Nov 2016)	N° de Odontólogos contratados en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud (Agosto 2017)	Total
Cirugía Bucal	3	2	5
Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial	1	176	177
Endodoncia	110	218	328
Imagenología Oral y Maxilofacial	43	109	152
Implantología Buco Maxilofacial	63	53	116
Odontopediatría	68	189	257
Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial	35	229	264
Patología Oral	1	13	14
Periodoncia	19	146	165
Rehabilitación oral	57	230	287
Salud Pública	12	38	50
Somatoprótesis	0	1	1
Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial	1	24	25
Total	413	1.428	1.841

Fuente: Dpto. de Planificación y Control de Gestión. División de Gestión y Desarrollo de las Personas, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Octubre 2017

Sistema de aprendizaje a distancia

La capacitación es fundamental en el desarrollo del recurso humano y es considerada estratégica para el logro de las metas de salud bucal. El Plan Nacional de Salud para cumplir con los Objetivos Sanitarios 2011-2020 definió como una meta necesaria para fortalecer el Modelo de Intervención de Promoción de la Salud Bucal y Prevención de Enfermedades Bucales, lograr que el 80% de los Centros de Salud Familiar, Establecimientos de Baja Complejidad, Consultorios General Urbano y Consultorio de General Rural, cuenten con Equipos de Salud capacitados en el componente de salud bucal.

El Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD) del Ministerio de Salud, es la herramienta de aprendizaje del Sector Público de Salud, que desarrolla y distribuye actividades de capacitación en la modalidad e-learning para toda la red asistencial de salud. Dentro de los

principios que sustentan a este programa, destaca el fomentar la interconexión entre las personas y equipos, impulsar la aplicabilidad práctica de los aprendizajes, fomentar la generación de evidencia sobre la evaluación y fomentar la creación de espacios de aprendizaje (65).

Los cursos de salud bucal se incorporan el año 2008, siendo el primero de ellos el curso “Aprendiendo a cuidar la Salud Bucal” dirigido a los equipos de salud. En el año 2010 se incorpora el curso “Salud bucal en preescolares: un nuevo paradigma”, el año 2015 el curso “Aplicación del examen periodontal básico”, el año 2016 los cursos “Actualización en cariólogía” y “Programación odontológica operativa en APS” todos dirigidos a los equipos odontológicos. En el año 2017 se agrega al catálogo la cápsula de “Prevención de Cáncer Bucal” dirigido a todo el equipo de salud (66).

Tabla 3: Número de personas que han aprobado los cursos de salud bucal, desde el inicio de los cursos hasta marzo 2017

Cursos de Salud Bucal		Total de personas que han aprobado los cursos
Gestionados	Aprendiendo a cuidar la salud bucal	1.866
	Salud bucal en preescolares: un nuevo paradigma	1.194
Autogestionados	Aplicación del examen periodontal básico	1.009
	Actualización en cariólogía	861
	Programación odontológica operativa en APS.	185
Total general		5.115

Fuente: Informe de cobertura de programas de capacitación en Salud Bucal del Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD). Ministerio de Salud 2017 (66)

El Informe de cobertura de programas de capacitación en salud bucal del sistema de aprendizaje a distancia (SIAD) realizado en 2017 concluye que el 36,2% de los establecimientos de atención primaria tienen al menos 2 funcionarios capacitados a través del curso aprendiendo a cuidar la salud bucal, quedando una gran brecha para cumplir la meta establecida para el 2020 de tener al menos el 80% de los establecimientos capacitados (66).

INVESTIGACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

Encuestas poblacionales de salud

En la última década, se han realizado diagnósticos nacionales de salud bucal en población de 2, 4, 6 y 12 años y en población adulta, permitiendo tener información en distintas etapas del curso de vida (11–14, 17–20). Los diagnósticos se han estandarizado de acuerdo a la propuesta de la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico de caries y fluorosis (67), sin embargo, no se han logrado estandarizar los diagnósticos de otras patologías bucales.

La evaluación de la salud bucal de la población se ha incorporado en encuestas poblacionales nacionales, lo que ha permitido integrar la salud bucal en el análisis del estado de salud de la población. Destaca la incorporación en la Encuesta Nacional de Salud 2003, 2009-2010 y 2016-2017; y en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2006

y 2009-2010. Sin embargo, estos estudios no consideran examen clínico por odontólogo, por lo que no generan un diagnóstico de salud bucal (68).

Registros de la red asistencial pública

El sistema público de salud dispone de registros de salud bucal que están disponibles a través de la base de datos que maneja el Departamento de Estadísticas de Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (69). El registro de datos lo realiza personal de los establecimientos de salud, algunos de ellos a través de softwares que recogen la información de las fichas clínicas y hacen el reporte de los datos solicitados para los Registros Estadísticos Mensuales (REM). La información corresponden a datos agrupados, no rutificados, que requiere validación desde el nivel central, lo que hace que la información sea poco adecuada y oportuna para realizar monitoreo y evaluación de los programas de salud bucal que se ejecutan en la red pública de atención.

CONSTRUCCIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL

En el contexto de Chile a diez años de la reforma de salud, la puesta en marcha de las estrategias para el logro de las metas de salud bucal del Plan Nacional de Salud para el logro de los objetivos sanitarios para la década 2011 -2020 y de la convicción de que es necesario responder a las necesidades de salud bucal de la población que envejece y que presenta grandes inequidades, se decide construir el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 para identificar las prioridades sanitarias, plantear nuevos desafíos y trazar la hoja de ruta a mediano y largo plazo para alcanzarlos.

El año 2014 el Ministerio de Salud define como uno de sus objetivos estratégicos desarrollar un Plan Nacional de Salud Bucal, tarea que es asumida por el Departamento Salud Bucal de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública.

La construcción del plan nacional fue liderada por el equipo del Departamento de Salud Bucal e involucró a más de 1.000 personas que participaron en las distintas etapas del proceso. Se utilizó la Planificación Estratégica como metodología, ya que permite la formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, el establecimiento de los cursos de acción o estrategias para alcanzar dichos objetivos y el marco para la futura elaboración de la Programación Anual Operativa, que es la base para la formulación presupuestaria.

A continuación se describen brevemente las etapas del proceso.

ETAPA I: VISIÓN Y MISIÓN

El proceso se inició en septiembre de 2014, convocando a los profesionales encargados de salud bucal en el nivel central del Ministerio. Participaron representantes del Departamento de Capacitación y Desarrollo de RRHH, de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas; Unidad Odontológica del Departamento de Modelo, de la División de Atención Primaria; y de la División de Gestión de Redes Asistenciales, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; Departamento Salud Bucal, de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública; y del Fondo Nacional de Salud.

Se realizaron 2 jornadas en modalidad de taller en la que participaron trece profesionales. El resultado de esta etapa fue la definición de la Misión, la Visión, y el primer ejercicio para el análisis de los aspectos internos y del entorno a través de la metodología FODA.

Para la definición de la Visión del Ministerio de Salud, se trabajó en términos de la situación de salud bucal que se desea lograr para la población, en torno a la pregunta ¿Qué queremos llegar a ser?, considerando valores y principios como equidad, intersectorialidad, participación social e inclusión social.

Para la definición de la Misión del Ministerio de Salud en relación a la Salud Bucal, se trabajó en torno a sus componentes a través de las preguntas ¿Quiénes somos, qué hacemos, para quiénes y qué efectos o resultados finales esperamos?

Posteriormente se realizó un ejercicio de análisis del entorno y del medio interno de la organización, a través de la revisión de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Este análisis FODA constituyó el primer insumo diagnóstico situacional, base para la formulación de los objetivos estratégicos del Plan Nacional de Salud Bucal y la futura

definición de los planes operativos y la programación presupuestaria a corto, mediano y largo plazo.

ETAPA II: DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

El diagnóstico de la situación actual se construyó de manera participativa, convocando a los actores relevantes a nivel nacional y regional, en jornadas sectoriales, intersectoriales y ciudadanas, en el marco la Norma General de Participación Ciudadana (Res. Ex. 31 de 2015) y la Ley 20500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana y Gestión Pública.

Jornada de actores sectoriales

Durante la jornada nacional realizada en junio del 2014, los asesores de salud bucal de las 15 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y los odontólogos coordinadores de la red de los 29 Servicios de Salud reflexionaron e identificaron a los actores relevantes y las áreas de desarrollo necesarias para avanzar en la implementación del Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales.

En noviembre de 2014 los asesores regionales de salud bucal de las 15 SEREMIS de Salud, los encargados de Atención Primaria (APS) y odontólogos coordinadores de la red de los 29 Servicios de Salud, además de representantes de la Asociación Nacional de Dentistas de Atención Primaria (ANDAP), se reunieron en una jornada nacional con el objetivo de identificar y priorizar problemas, áreas críticas o riesgos que pudiesen ser una barrera para cumplir la Misión propuesta. Para tal efecto se elaboró una matriz de riesgo y diagrama de Pareto, de acuerdo a la probabilidad de ocurrencia e importancia relativa de cada problema o riesgo. Posteriormente para cada uno de los problemas o riesgos priorizados (80% o más del puntaje máximo) se realizó el análisis de las causas a través del diagrama de Ishikawa.

Gracias a esta metodología se identificaron 99 problemas o áreas críticas, las que se sistematizaron y priorizaron en las áreas: recurso humano, programa odontológico, modelo de salud familiar, intersectorialidad y participación ciudadana, acceso a la atención, infraestructura, financiamiento, gestión y finalmente.

Dialogos ciudadanos

Entre agosto y noviembre de 2015 se realizan 15 Diálogos Ciudadanos en 14 de las 15 regiones del país. La región de Atacama, debido al aluvión que afectó a la región en marzo del mismo año, no realizó esta actividad, no obstante en la región de Los Lagos se realizaron dos encuentros, debido a la gran dispersión geográfica. Participaron 469 personas en los 15 diálogos realizados, siendo convocadas las autoridades regionales de salud (Seremi de Salud y Servicio de Salud) y representantes de la sociedad civil definidos localmente.

El propósito de estos diálogos fue generar espacios de conversación con los actores de la sociedad civil y la ciudadanía puesto que el cambio paradigmático a democracia participativa considera la voz de los ciudadanos en las decisiones y acciones de las políticas públicas, lo que se traduce como la incorporación en la gestión del principio de corresponsabilidad.

Las orientaciones para el desarrollo de los diálogos ciudadanos fueron generadas desde el nivel central del Ministerio de Salud y la implementación a nivel regional estuvo a cargo de los Asesores regionales de Salud Bucal con la colaboración de los equipos de Promoción

y Participación Ciudadana, y de Comunicaciones de cada Secretaría Regional Ministerial y Servicio de Salud. La metodología fue a través de grupos de discusión en torno a las preguntas: ¿Cómo cree Ud. que es el estado de salud bucal de su familia y comunidad?; ¿Cómo afecta la situación de salud bucal la vida cotidiana de su familia y comunidad?; ¿Cuál cree Ud. que son las soluciones para mejorar la salud bucal de su familia y comunidad?; ¿Cómo cree que usted y su comunidad pueden colaborar para mejorar la Salud Bucal? Se transcribieron ideas y citas textuales de cada diálogo, las que fueron enviadas al nivel central para su categorización, síntesis y análisis cualitativo. El informe final fue validado por los equipos ejecutores del nivel regional. El proceso de análisis se desarrolló durante el año 2016, publicándose el informe final en abril del 2017.

Los resultados enriquecieron el diagnóstico de la situación actual a través de las percepciones de la comunidad sobre el estado de salud bucal de la población y sus determinantes, y permitieron conocer sus propuestas, transformando algunas amenazas descritas en la etapa I (FODA) en oportunidades (70).

Dialogos intersectoriales

Entre septiembre y diciembre de 2015 se realizaron 15 Diálogos Intersectoriales, uno en cada región del país, con el propósito de generar espacios de conversación, entendiendo que la salud no está únicamente determinada por las políticas del sector salud y las acciones del sistema de salud. Participaron autoridades regionales de salud (Seremi de Salud y Servicio de Salud) y representantes de las distintas instituciones del intersector a nivel regional. Participaron 337 personas, quienes reflexionaron sobre la necesidad de trabajar por la salud bucal de la población con un abordaje intersectorial, considerando las políticas de otros sectores que pueden tener un impacto positivo o negativo en la salud de las personas.

Las orientaciones para el desarrollo de los diálogos intersectoriales fueron generadas desde el nivel central del Ministerio de Salud y la implementación a nivel regional estuvo a cargo de los Asesores regionales de Salud Bucal con la colaboración de los equipos de Promoción y Participación Ciudadana, y de Comunicaciones de cada Secretaría Regional Ministerial y Servicio de Salud. La metodología fue a través de grupos de discusión en torno a las preguntas: De qué forma usted se siente parte del proceso que construye el Plan Nacional de Salud Bucal?; ¿Cómo su institución se beneficia con una población con mejor salud bucal, entendiendo que es parte de la salud general?; ¿Cómo usted y su institución pueden aportar para lograr una mejor salud bucal en la población chilena?; ¿Qué condiciones son necesarias para desarrollar un trabajo intersectorial integrado y sostenible en el tiempo?. Se transcribieron ideas y citas textuales en cada diálogo realizado, las que fueron enviadas al nivel central para su categorización, síntesis y análisis cualitativo. El informe final fue validado por los equipos ejecutores del nivel regional. El proceso de análisis se desarrolló, al igual que para los diálogos ciudadanos, durante el año 2016, publicándose el informe final en abril del 2017 (71).

Los resultados permitieron conocer las percepciones de los representantes de las distintas instituciones sobre el trabajo intersectorial en salud bucal y sus propuestas para mejorar la salud bucal de la población. Complementa el análisis de situación actual, aportando fundamentalmente con la identificación de oportunidades y aspectos a fortalecer, de manera de avanzar en el desarrollo de un trabajo intersectorial integrado y sostenido en el tiempo.

ETAPA III: DISEÑO DE PROPUESTA DE PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL

Esta etapa se inició con la integración de la información levantada en las etapas I y II. Posteriormente se complementó con información proveniente de otras fuentes, como documentos internos y publicaciones relevantes, análisis de estadísticas y la evaluación de mitad de periodo del Plan Nacional de Salud 2011 – 2020.

En abril 2017, se realizó una jornada de trabajo en la que participaron los asesores regionales de salud bucal de las 15 Seremis de Salud, el equipo de la unidad odontológica del Departamento de Modelo de DIVAP y del Departamento Salud Bucal de DIPRECE. Se trabajó en cuatro grupos, uno por cada Eje. Cada grupo construyó una Matriz de Confrontación con la matriz FODA, utilizando los resultados de los diálogos ciudadanos y diálogos intersectoriales. En función de la relaciones significativa detectada, para cada eje se planteó la construcción de cuatro tipo de objetivos estratégicos, sin perder de vista la Visión definida en la primera etapa: Objetivos de supervivencia (DA) destinados a eludir los efectos que las situaciones del entorno puedan tener sobre aspectos internos; Objetivos defensivos (FA) que pretenden dar respuestas a situaciones del entorno no favorables apoyándose para ello en las fortalezas institucionales detectadas; Objetivos de reorientación (DO) que tratan de aprovechar una situación positiva del entorno para corregir carencias o debilidades internas de la institución; Objetivos ofensivos (FO) que tratan de obtener el máximo provecho de una situación favorable del entorno. Como resultado de este trabajo se propusieron los primeros objetivos estratégicos y estrategias para cada eje.

Con el fin de continuar con esta tarea se constituyó una comisión de trabajo de Plan Nacional, la que sesionó cada 15 días desde mayo a octubre 2017. Esta comisión se subdividió en 4 grupos, uno por cada Eje Estratégico, quienes fueron responsables de proponer los objetivos estratégicos y las estrategias para cada uno de ellos, con sus respectivas metas e indicadores.

ETAPA IV: FASE CONSULTIVA

Con el propósito de recoger opiniones tanto técnicas como de la ciudadanía sobre la propuesta de Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 se realizaron dos procesos consultivos.

Consulta sectorial

Durante Octubre y Noviembre 2017 se realizó el proceso de consulta sectorial, con el objetivo de recoger opiniones técnicas respecto de las metas e indicadores propuestos para cada estrategia. Este proceso comenzó con la presentación de la propuesta de Plan Nacional de Salud Bucal a los asesores regionales de salud bucal del país, quienes fueron los responsables de realizar, en cada región, un proceso consultivo con referentes clave a nivel regional, especialmente los asesores odontológicos de los Servicios de Salud. Dado el componente intersectorial del Plan Nacional en algunas regiones fueron incluidos los referentes de la Mesa Regional Intersectorial de Salud Bucal. Se realizaron 14 procesos consultivos con la participación de 126 personas a lo largo del país. Las opiniones y propuestas obtenidas es este proceso fueron consolidadas, analizadas por la comisión de trabajo del Plan Nacional e incorporadas en su mayoría.

Consulta pública

La Consulta Pública es un mecanismo de Participación Ciudadana que se estipula específicamente en la Ley 20.500, que tiene como finalidad incorporar la opinión de la ciudadanía respecto a una determinada política, plan, programa o proyecto gubernamental. Se espera poner en consulta pública el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030 en su versión completa, a través de un portal especialmente dispuesto para ello en la web del Ministerio de Salud durante diciembre de 2017.

PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL PLAN NACIONAL

El proceso de construcción del plan nacional fue participativo desde su inicio. A lo largo del proceso participaron 1.097 personas de todo el país, sin considerar a los participantes de la consulta pública a realizar durante diciembre 2017.

Tabla 4: Participación en las etapas del proceso de construcción del Plan Nacional de Salud Bucal.

<i>Etapa de participación en la construcción del Plan</i>	<i>Equipos Ministerio de Salud</i>	<i>Equipos de Seremis y Servicios de Salud</i>	<i>Referentes de la ciudadanía</i>	<i>Referentes del Intersector</i>	<i>Participantes de consulta sectorial y consulta pública</i>	<i>TOTAL de personas que participan</i>
<i>Proceso de planificación estratégica</i>	15					15
<i>Matriz de problemas y priorización</i>		61				61
<i>Diálogo ciudadano</i>			469			469
<i>Diálogo intersectorial</i>				337		337
<i>Consulta sectorial</i>					126	126
<i>TOTAL de personas que participan en la construcción del Plan Nacional de Salud Bucal 2018 - 2030</i>						1008

PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL 2018 -2030

MISIÓN

Contribuir a elevar el nivel de salud de toda la población a través del Plan Nacional de Salud Bucal, sobre la base de los principios del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario, fortaleciendo la intersectorialidad y participación social con énfasis en la equidad y la inclusión social, y promoviendo la formación y el desarrollo del equipo de salud acorde a las necesidades de salud bucal de las personas.

VISIÓN

Toda la población valora su salud bucal, cuenta con las oportunidades y condiciones para mantener y disfrutar el más alto nivel de salud posible, que contribuya positivamente en su calidad de vida, sintiéndose segura y protegida.

OBJETIVO NACIONAL

Mejorar el estado de salud bucal de la población y reducir las desigualdades injustas.

VALORES Y PRINCIPIOS DEL PLAN NACIONAL

Los principios que a continuación se presentan corresponden a los ejes valóricos transversales a todo el plan nacional. Se incorporan desde el inicio de la construcción del plan, orientando la definición de los objetivos estratégicos, el diseño de las estrategias y su posterior implementación.

EQUIDAD

La equidad en la salud implica que todas las personas deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social (72). No obstante de ello se observan inequidades en salud; prueba de ello son las desigualdades en los resultados o indicadores de salud bucal entre distintos grupos de nuestra población.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud señala que “se entiende por inequidades sanitarias las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla” (73). Los

determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas; y por lo tanto cualquier aspecto de la actuación gubernamental y de la economía puede afectar a la salud y la equidad sanitaria (finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad, por citar seis). Aunque la salud no sea el objetivo principal de las políticas de esos sectores, todos ellos están estrechamente vinculados con la salud y la equidad sanitaria (73).

Para reducir las inequidades en salud, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud recomienda mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones (74). En la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud de Brasil realizada en 2011, se identifican algunos principios generales y requisitos claves para tomar medidas en este ámbito (75), entre los que destaca “La equidad en la salud y el bienestar debe ser un objetivo prioritario para el gobierno y la sociedad en general”.

En Chile, se plantea “disminuir las desigualdades en salud” como uno de los tres objetivos sanitarios de la década 2000 -2010, midiendo la reducción de las brechas existentes en mortalidad infantil y esperanza de vida (76), pero es en la Reforma de Salud, a través de la Reforma AUGE con “garantías explícitas”, que se plantea de manera concreta disminuir la brecha de inequidad entre los sectores más vulnerables y los más acomodados, entre el sector rural y el urbano, así como también disminuir la brecha de oportunidad entre los sistemas de aseguramiento público y privado (23).

El Plan Nacional de Salud para el logro de los objetivos sanitarios al 2020 definió como eje transversal “Equidad y Salud en Todas las Políticas” considerando la primera como marco para disminuir las desigualdades persistentes y que afectaban la salud de todas las personas del país (29). En este contexto y considerando los aprendizajes derivados de la agenda de Determinantes Sociales y Equidad del Ministerio de Salud, la evaluación de procesos del programa de salud bucal para párvulos diseñado de manera intersectorial y la evidencia científica disponible, el Departamento Salud Bucal del Ministerio de Salud formula el Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales, constituyendo la principal estrategia para lograr las metas de salud bucal, definidas en el Plan de Salud 2011-2020 (32). Los resultados aún no se han medido, pero la equidad en salud sigue siendo un principio fundamental que se espera plasmar de forma transversal en el Plan de Salud Bucal 2018-2030.

INTERSECTORIALIDAD

La intersectorialidad remite a la integración de diversos sectores, no sólo gubernamentales, con vistas a la solución de problemas sociales complejos cuya característica fundamental es la multidimensionalidad y la multicausalidad. Implica relaciones de colaboración, claramente no jerárquicas e incluso no contractuales; la integración en sí misma constituye el más alto nivel de colaboración, tanto en términos de intensidad como de complejidad de las relaciones entre los sectores implicados en el logro de un propósito compartido. La integración entre los sectores puede aludir a todo (o parte) del ciclo de políticas, traducirse en la creación de una mancomunidad (total o parcial) respecto de la información, recursos y responsabilidades, y suponer alteraciones (fuertes o débiles) en las estructuras organizativas de los sectores. La mayor integración se produciría cuando hay inclusión en

la formación de las decisiones junto con mancomunidad en su ejecución, y estructuras para la gobernanza común (77).

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Podemos entender la participación ciudadana como el involucramiento de los individuos en el espacio público estatal y no estatal, desde su identidad como ciudadanos integrantes de una comunidad. En consecuencia, la Participación Ciudadana fortalece una ciudadanía activa y responsable, democratizando los procesos de toma de decisiones en las iniciativas públicas, posibilitando un mayor control social sobre la acción del Estado.

En Chile, la entrada en vigencia de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública en 2009 generó grandes expectativas en distintos sectores políticos y sociales al facilitar un mayor control e interés ciudadano sobre las acciones del Estado. La promulgación de la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública en 2011, junto al Instructivo Presidencial firmado con fecha Agosto de 2014 que contiene indicaciones complementarias para la “Participación Ciudadana en la Gestión Pública”⁵, evidencian el esfuerzo del Estado por fortalecer la Participación Ciudadana.

La Participación Ciudadana en Salud se define como la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos.

Los principales mecanismos de Participación Ciudadana implementados diferenciadamente en el Ministerio de Salud, en la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, las SEREMI de Salud y los Servicios de Salud son las Consultas Ciudadanas (Diálogos Ciudadanos, Consultas Públicas), Cuentas Públicas, Consejos Asesores Regionales, Consejos de Desarrollo Local, Consejos de la Sociedad Civil y otros consejos consultivos. Adicionalmente se implementan mecanismos como Diagnósticos Participativos, Presupuestos Participativos, Escuelas de Gestores Sociales, Asambleas, entre otros.

INCLUSIÓN – NO DISCRIMINACIÓN

Cada hombre, mujer, niña y niño tiene el derecho a estar libre de discriminación basada en género, raza, etnia, orientación sexual u otra condición, así como a otros derechos humanos fundamentales que dependen de la realización plena de los derechos humanos para la protección de la discriminación. Estos derechos se encuentran establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Pactos Internacionales, la Convención Internacional de los Derechos del Niño y otros tratados y declaraciones internacionales suscritos y ratificados por Chile; todas éstas constituyen herramientas poderosas que deben ser puestas en marcha para eliminar todo tipo de discriminación.

La accesibilidad a establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, es uno de los elementos esenciales del derecho humano al disfrute del más alto nivel posible de salud.

⁵ Instructivo Presidencial N°007 sobre Participación Ciudadana. 07/08/2014

MAPA ESTRATÉGICO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL 2018 -203

El plan nacional de salud bucal se estructura en 4 ejes estratégicos (EE), 12 objetivos estratégicos o estrategias (OE) y 69 resultados esperados o metas de responsabilidad del nivel central o regional. Las metas se definen a corto plazo (2020), mediano (2025) y largo plazo (2030) y constituyen la base para la formulación de los Planes Operativos Anuales de las SEREMIs, Servicios de Salud y Departamentos o Unidades de distintas Divisiones de ambas Subsecretarías del Ministerio de Salud desde el 2018 al 2030.

A continuación se describe cada uno de los ejes estratégicos, con sus estrategias y metas definidas.



EJE ESTRATÉGICO 1: PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

Con el desarrollo del EE1 se espera que todas las personas tengan acceso a entornos que favorezcan la salud bucal, a programas preventivos basados en evidencia y a información sanitaria que les permita tomar decisiones sobre su salud bucal, la de su familia y en comunidad.

Para avanzar en lograrlo se proponen los siguientes tres objetivos estratégicos y nueve estrategias.

EE1: PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES		
OE1: Incentivar la valoración y la alfabetización en salud bucal.	OE2: Fortalecer la prevención de enfermedades bucales en el curso de vida.	OE3: Avanzar en Salud Bucal en todas las Políticas y Participación Ciudadana.
<p>E1.1 Aumentar la cobertura de estrategias de promoción del modelo de intervención en el ámbito de acción en educación.</p> <p>E1.2 Incorporar al modelo de intervención el ámbito de acción en la comunidad.</p> <p>E1.3 Aumentar la difusión de la política, programas y garantías en salud bucal.</p>	<p>E2.1 Aumentar la cobertura de programas de fluoración masiva.</p> <p>E2.2 Aumentar la cobertura de estrategias de prevención del modelo de intervención en el ámbito de acción en educación.</p> <p>E2.3 Incorporar estrategias preventivas al ámbito de acción en la comunidad.</p>	<p>E3.1 Fortalecer las Mesas Intersectoriales de Salud Bucal nacional, regional y comunal.</p> <p>E3.2 Fortalecer los recursos compartidos intersectoriales.</p> <p>E3.3 Implementar mecanismos de participación ciudadana a nivel regional.</p>

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Incentivar la valoración y la alfabetización en salud bucal.

Meta OE1: 90% de los gestores de salud bucal incentivan la valoración y la alfabetización en salud bucal en la población.

El acceso a la información es un elemento fundamental del derecho a la salud y comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud (78). La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud. Supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales de vida. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el empoderamiento para la salud (79).

Las personas con bajo nivel de alfabetización de la salud tienen peores resultados de salud que aquellos con los niveles más altos, por el contrario, los beneficios de los altos niveles de alfabetización de la salud incluyen la mejora de la atención preventiva y la detección temprana de la enfermedad, la capacidad de acceder a la forma más apropiada de la asistencia sanitaria y la gestión de enfermedades crónicas (80–82).

Existen pocos estudios que identifican la relación entre la alfabetización de la salud y los resultados de salud bucal. Sin embargo se ha sugerido que las personas con bajo nivel de alfabetización de la salud están en mayor riesgo de enfermedades bucales, asociado con barreras para acceder a la atención y con comportamientos de salud bucal, tales como la búsqueda de cuidados preventivos. Los niveles más altos de alfabetización de la salud se asocian con una mejor comunicación paciente-dentista, con los patrones de cuidado dental regular y una mejor autopercepción de salud bucal (83).

Estrategia 1.1: Aumentar la cobertura de estrategias de promoción de la salud del modelo de intervención, en el ámbito de acción en educación.

El derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas y un medio ambiente sano (78). El establecimiento de educación es parte fundamental del entorno donde niñas, niños, adolescentes y jóvenes viven y se desarrollan, por lo tanto, contar con espacios adecuados para realizar el cepillado dental, durante la vida escolar, es una condición mínima básica a la que tienen derecho.

Esta estrategia requiere la participación intersectorial en todos sus niveles. A nivel central adquiere relevancia la ley de Nueva Educación Pública, sistema que mejorará la calidad de la educación que se entrega en jardines infantiles, escuelas y liceos públicos, así como también la capacidad de la Mesa Nacional Intersectorial de Salud Bucal de definir los

requisitos técnicos que deben cumplir estos espacios para el cepillado en los establecimientos de educación básica y media.

La apuesta de la Estrategia Municipios, Comunas y Comunidades Saludables es promover cambios estructurales en los entornos en donde la gente vive, a través del liderazgo comunal, en conjunto con la ciudadanía, para mejorar la calidad de vida de las personas, desde una perspectiva integral y de equidad en salud. Por lo tanto, representa una oportunidad de integrar los esfuerzos de los equipos de salud de las SEREMIS y Servicios de Salud, autoridades locales y la comunidad en promover espacios adecuados para el cepillado dental.

Estrategia 1.2: Incorporar al modelo de intervención el ámbito de acción en la comunidad.

Los participantes de los Diálogos Ciudadanos realizados el 2015 consideran importante empoderar y comprometer a la población en sus cuidados de salud bucal. Para esto proponen trabajos colaborativos con universidades, instancias de participación ciudadana, y a la vez declaran que desde ellos también falta compromiso e interés por buscar información. Para contribuir a la difusión de los cuidados y programas de salud bucal, la comunidad propone potenciar la formación de monitores en salud bucal que entreguen información a la comunidad acerca de prevención, que ayuden a recordar las citas para que no se pierdan horas, que generen espacios de conversación entre vecinos, que enseñen técnicas de cepillado y cuidados de higiene bucal (70).

Con el objetivo de potenciar la participación, gestión y control social, el Ministerio de Salud ha impulsado escuelas de gestores sociales, entregando herramientas metodológicas y técnicas de acción comunitaria, para reforzar liderazgo, en sus organizaciones, entorno comunitario e instituciones con la cuales se coordinan. Por lo tanto, las escuelas de gestores constituyen la mejor oportunidad que permita a los ciudadanos ejercer el rol que ellos mismos se han propuesto como agentes activos de cambio y promotores de la salud bucal.

Esta estrategia puede ser potenciada con el trabajo que se realiza en el marco de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud ya que su sistema de reconocimiento considera fortalecer la formación como modelos o promotores de estilos de vida saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general.

Estrategia 1.3: Aumentar la difusión de la política, programas y garantías en salud bucal.

Esta estrategia pretende contribuir a mejorar el nivel de alfabetización en salud bucal de la población, que permita tomar las mejores decisiones informadas para el cuidado de su salud. Las publicaciones científicas constituyen el canal principal de socialización de investigación, generación de nuevo conocimiento y de políticas públicas. Es por ello que se incorpora este desafío de modo de dar a conocer aspectos esenciales de la política, programas y garantías en salud bucal diseñadas por el Ministerio de Salud. Sus principales

destinatarios son los tomadores de decisiones del sector público, academia, profesionales de salud y público en general.

Los representantes de universidades, fundamentalmente facultades de odontología, que participaron de los Diálogos Intersectoriales realizados el 2014 proponen, como aporte a la salud bucal del país, evaluar los planes y programas que se han implementado en la salud bucal y aportar en investigación epidemiológica para conocer la realidad regional. Si bien dicha producción científica no suma al indicador de la meta propuesta de publicaciones, claramente contribuye al objetivo estratégico en el que se enmarca (71).

Una estrategia o plan de medios es un plan a corto, mediano y largo plazo en donde se estudia y se concluye cuales medios son los apropiados, sitios, cobertura, alcance, etc. Se pretende lograr el mayor beneficio al menor costo, llegando al grupo objetivo establecido, siendo tan importante el mensaje como el medio (84). La importancia de campañas de difusión fue destacada tanto por la ciudadanía e intersector en sus respectivos diálogos y en la consulta sectorial.

Los Congresos, Simposios, Jornadas u otros eventos académicos se proponen como un medio de gran interés público para hacer difusión de la política y de buenas prácticas de promoción de salud bucal, dirigidas no solo a funcionarios de salud y/o de educación, sino también dirigidas a la comunidad. Se espera que estos eventos sean organizados por las mesas regionales de salud bucal, potenciando la intersectorialidad.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Fortalecer la prevención de enfermedades bucales en el curso de vida.

Meta OE2: 90 % de la población chilena cuenta con una o más medidas preventivas de enfermedades bucales.

Las medidas preventivas consideradas en el OE 2 están ampliamente respaldadas por la evidencia científica y su implementación se ha realizado de manera exitosa en nuestro país. Aumentar la cobertura de las intervenciones preventivas más costo-efectivas, con una distribución justa, considera priorizar a los más desventajados y cubriendo a quienes más lo necesitan.

Estrategia 2.1: Aumentar la cobertura de programas de fluoración masiva.

Esta estrategia contempla la detección de vacíos de cobertura de agua potable fluorada en la población urbana de todo el país y la ejecución de un plan de aumento de cobertura del programa de fluoración masiva, de acuerdo al reglamento de aguas y norma de uso de fluoruros en la prevención odontológica vigente.

La población rural está en desventaja respecto de la población urbana ya que no tiene acceso a agua potable fluorada. No obstante de ello, las fuentes de aguas de los sistemas de Agua Potable Rural (APR) pueden contenerlo de forma natural. Esta estrategia incluye el diagnóstico de concentración de flúor de los sistemas de APR a nivel regional de modo de establecer medidas preventivas alternativas que reduzcan la inequidad existente.

Estrategia 2.2: Aumentar la cobertura de estrategias de prevención de enfermedades bucales, del modelo de intervención, en el ámbito de acción en educación.

Esta estrategia pretende dar continuidad en la etapa escolar al programa Sembrando Sonrisas, dando acceso a medidas de protección costo efectivas como la pasta dental fluorada y el barniz de flúor, aplicados en contexto comunitario.

Los participantes de los Diálogos Ciudadanos valoran la incorporación de la salud bucal en los establecimientos de educación y consideran vital mantener y ampliar los programas preventivos realizados en los establecimientos parvularios y escolares, incorporando un funcionario permanente en las escuelas que eduque en salud bucal (70). Esto implica el desafío de acompañar el aumento de cobertura y aseguramiento de la calidad de la educación parvularia planteado para Chile.

Estrategia 2.3: Incorporar estrategias preventivas al ámbito de acción en la comunidad.

Esta estrategia implica elaborar un diagnóstico de instituciones que acogen a personas en condición de alta vulnerabilidad social a nivel regional, identificando los grupos de mayor riesgo de enfermedades bucales, y el diseño, pilotaje e implementación de uno o más programas preventivos que consideren intervenciones costo efectivas en la prevención de caries y enfermedad periodontal.

Algunos de los grupos a priorizar son los adultos mayores que viven en hogares de larga estadía, niñas, niños y adolescentes que viven en residencias del Servicio Nacional de Menores y población privada de libertad.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Avanzar en Salud Bucal en todas las Políticas y Participación Ciudadana.

Meta OE3: Mesa Nacional intersectorial de Salud Bucal con trabajo en nivel de Integración.

La intersectorialidad y la participación ciudadana son principios transversales a los cuatro Ejes Estratégicos del presente Plan, no obstante de ello, se plantea avanzar en Salud en Todas las Políticas y Participación Ciudadana como un Objetivo Estratégico y contribuir de manera efectiva a que todas las personas tengan acceso a entornos que favorezcan la salud bucal, a programas preventivos basados en evidencia y a información sanitaria que les permita tomar decisiones sobre su salud bucal, la de su familia y en comunidad.

En la 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Shanghai 2016, dirigentes de gobiernos y organizaciones de las Naciones Unidas, alcaldes y expertos en salud de todo el mundo sellaron dos compromisos históricos para promover la salud pública y erradicar la pobreza. La Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud establece acuerdos para adoptar políticas audaces en pro de la salud, fortaleciendo los vínculos entre la salud y el bienestar y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo

Sostenible; y el Consenso de Alcaldes sobre Ciudades Saludables de Shanghai suscrito por más de 100 alcaldes promueve la salud mediante la mejora de la gestión de los entornos urbanos (85).

En la Declaración de Shanghai subraya la necesidad de que las personas puedan controlar su propia salud y tengan la posibilidad de optar por un modo de vida sano. Al insistir en la necesidad de actuaciones políticas en diferentes sectores y regiones, pone de relieve la función de la buena gobernanza y los conocimientos sanitarios en la mejora de la salud, así como la función crucial que desempeñan las autoridades municipales y las comunidades. Los alcaldes acordaron integrar la salud como consideración fundamental en todas las políticas municipales; promover la colaboración de las comunidades a través de múltiples plataformas (escuelas, lugares de trabajo y tecnología moderna) para el fomento de la salud; y reorientar los servicios sanitarios y sociales de los municipios hacia la equidad y la cobertura sanitaria universal.

Estrategia 3.1: Fortalecer las Mesas Intersectoriales de Salud Bucal nacional, regional y comunal.

Con esta estrategia se espera integrar la temática de salud bucal como parte de la salud general a los planes de trabajo de las mesas o comisiones encargadas de los objetivos planteados en la Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud y en el Consenso de Alcaldes sobre Ciudades Saludables, a través de la vinculación con las Mesas Intersectoriales de Salud Bucal a nivel nacional y regional, y a nivel comunal a través de la participación de los equipos odontológicos (odontólogo y técnicos en odontología) en instancias de o mesas comunales intersectoriales.

La participación de los equipos odontológicos en las instancias de trabajo intersectorial es una oportunidad de integración con el equipo de salud en el marco del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario.

Esta estrategia supone integrar la salud bucal al desarrollo de los planes de trabajo antes señalados, así como ya se ha logrado, aunque aún con necesidad de profundizar, en la estrategia Establecimientos de Educación Promotor de la Salud, y de forma aún incipiente en el Modelo de Gestión de Aulas del Bienestar.

Estrategia 3.2: Fortalecer los recursos compartidos intersectoriales.

La integración entre los sectores puede aludir a todo (o parte) del ciclo de políticas, traducirse en la creación de una mancomunidad (total o parcial) respecto de la información, recursos y responsabilidades, y suponer alteraciones (fuertes o débiles) en las estructuras organizativas de los sectores. Por lo tanto, la mayor integración se produciría cuando hay inclusión en la formación de las decisiones junto con mancomunidad en su ejecución, y estructuras para la gobernanza común (77).

Esta estrategia implica la identificación de los recursos específicos que aporta cada sector para las actividades del trabajo conjunto, fortalecer su aumento y la formulación de recursos compartidos.

Estrategia 3.3: Fortalecer mecanismos de participación ciudadana a nivel regional.

El presente Plan Nacional de Salud Bucal ha sido construido con participación ciudadana, la que se expresó a través de 15 Diálogos Ciudadanos a lo largo del país. Fortalecer los mecanismos de participación ciudadana, en el contexto del Plan Nacional de Salud Bucal, busca hacerla parte también de los planes operativos anuales regionales, para el logro de las metas y resultados esperados en salud bucal, a través de su integración formal en las Mesas Regionales Intersectoriales de Salud Bucal y de su vinculación en el proceso de formulación de cuentas públicas participativas de los avances de este Plan Nacional.

ESTRATEGIAS, METAS Y PLAZOS EJE ESTRATÉGICO 1

EE1: PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES

ESTRATEGIA		META	RESULTADO ESPERADO	2020	2025	2030
OE 1: Incentivar la valoración y la alfabetización en salud bucal.						
E1.2	Aumentar la cobertura de estrategias de promoción del modelo de intervención en el ámbito de acción en educación.	70%	Establecimientos de educación básica con subvención estatal reconocidos por contar con espacios adecuados para el cepillado dental, de acuerdo orientaciones técnicas y proceso definido por el Ministerio de Salud.	20	40	70
		50%	Establecimientos de educación media con subvención estatal reconocidos por contar con espacios adecuados para el cepillado dental, de acuerdo a orientaciones técnicas proceso definido por el Ministerio de Salud.	10	30	50
E1.2	Incorporar al modelo de intervención el ámbito de acción en la comunidad.	100%	Regiones que ejecutan al menos un programa de formación de gestores en salud bucal reconocidos por SEREMI de Salud	40	100	
E1.3	Aumentar la difusión de la política, programas y garantías en salud bucal.	4	Publicaciones nacionales o internacionales en que se difunda política de Salud bucal	-	2	4
		10	Campañas comunicacionales de salud bucal a través de un plan de medios.	1	5	10
		100%	Regiones realizan jornadas o congresos para la difusión de la política y de buenas prácticas de promoción de salud bucal, dirigidas a funcionarios de salud y/o de educación y/o a la comunidad.	70	100	
OE2: Fortalecer la prevención de enfermedades bucales en el curso de vida						
E2.1	Aumentar la cobertura de programas de fluoración masiva.	85%	Población urbana tiene acceso a agua potable fluorada	83	84	85
		100%	Regiones cuentan con diagnóstico de concentración de flúor de los sistemas de Agua Potable Rural.	40	100	
E2.2	Aumentar la cobertura de estrategias de prevención del modelo de intervención en el ámbito de acción en educación.	70%	Establecimientos de educación básica con subvención cuentan con insumos para cepillado dental (al menos 2 cepillos y 110 gr de pasta dental fluorada por escolar, según matrícula de 1° a 8° básico aportada por el Ministerio de Educación)	10	40	70
		80%	Establecimientos con educación básica, más vulnerables (índice de vulnerabilidad mayor a 50% según IVE SINAIE aportado por JUNAEB), reciben medida preventiva de barniz de flúor para los escolares de 1° a 8°.	20	50	80
		100%	Regiones cuentan con Programa de prevención de enfermedades bucales en establecimientos de educación especial o diferencial implementado.	20	60	100
E2.3	Incorporar estrategias preventivas al ámbito de acción en la comunidad.	100%	Regiones cuentan con programa de prevención de enfermedades bucales, para personas institucionalizadas, implementado (Instituciones que acogen a personas en condición de alta vulnerabilidad social.	20	60	100

OE 3.: Avanzar en Salud Bucal en todas las Políticas y Participación Ciudadana.

E3. 1	Fortalecer las Mesas Intersectoriales de Salud Bucal nacional, regional y comunal.	80%	Mesas regionales intersectoriales de salud bucal coordinadas con mesas de trabajo de Promoción de Salud, entre SEREMI y Servicios de Salud para Aulas del Bien Estar o equivalente, e integradas a su plan de trabajo anual, según orientaciones técnicas del Ministerio de Salud.	80		
		80%	Mesas regionales intersectoriales de salud bucal coordinadas con la comisión regional de salud en todas las políticas, e integradas a su plan de trabajo anual.	30	80	
		80%	Equipos odontológicos de Atención Primaria de Salud integrados a mesas comunales intersectoriales.	30	70	90
E3. 2	Fortalecer los recursos compartidos intersectoriales.	30%	Aumento de recursos compartidos del intersector para implementar el modelo de intervención.	5	10	30
E3. 3	Fortalecer mecanismos de participación ciudadana a nivel regional.	90%	Mesas regionales intersectoriales de salud bucal cuentan con integrante representante de la comunidad.	40	90	
		90%	Regiones realizan cuentas públicas participativas de los avances del Plan Nacional de Salud Bucal	30	70	90

EJE ESTRATÉGICO 2: PROVISIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE CALIDAD

Con el desarrollo del EE2, se espera que todas las personas tengan acceso a una atención de salud bucal segura, de calidad y asequible, en un plazo oportuno y sin discriminación alguna, que les permita ejercer su derecho de experimentar al más alto nivel de salud bucal posible.

Para avanzar en lograrlo se proponen los siguientes tres objetivos estratégicos y diez estrategias.

EE2: PROVISIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE CALIDAD		
OE4: Asegurar la calidad de los servicios odontológicos	OE5: Avanzar en acceso y cobertura universal en salud bucal	OE6: Fortalecer los servicios odontológicos en las redes integradas
<p>E4.1 Actualizar la normativa relacionada con la protección de la calidad de la atención y seguridad del paciente durante la atención odontológica.</p> <p>E4.2 Incorporar la evidencia científica en la toma de decisión relacionada con la provisión de servicios.</p> <p>E4.3 Incorporar la evaluación de calidad en la provisión de servicios odontológicos.</p>	<p>E5.1 Aumentar la cobertura de población bajo control con enfoque de riesgo odontológico.</p> <p>E5.2 Fortalecer programas de salud bucal con enfoque de factores comunes de enfermedades crónicas y curso de vida.</p> <p>E5.3 Aumentar la efectividad de la educación para la salud bucal.</p> <p>E5.4 Aumentar la capacidad de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades bucales.</p>	<p>E6.1 Fortalecer la referencia y contra referencia para las especialidades odontológicas.</p> <p>E6.2 Reducir la brecha de recursos físicos y equipamiento odontológico.</p> <p>E6.3 Desarrollar redes de especialidades odontológicas.</p>

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: Asegurar la calidad de los servicios odontológicos.

Meta OE4: 80% de los usuarios de los programas de salud bucal priorizados se consideran satisfechos con la calidad de los servicios odontológicos.

La calidad es un concepto dinámico, en constante evolución. Es un concepto multidimensional que plantea el desafío de hacer lo correcto, a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando siempre y satisfaciendo al usuario. La calidad no solamente está ligada a los medios, no es solo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, sino que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, consciente que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio (86).

La calidad de la atención de salud que se merecen todos los chilenos y chilenas se relaciona con el respeto a la dignidad del paciente, con la gestión de la calidad y gestión clínica, con el acceso, oportunidad y continuidad de la atención, con las competencias del recurso humano, los registros, la seguridad del equipamiento, seguridad de las instalaciones y los servicios de apoyo.

Este objetivo estratégico se centra en los aspectos de la regulación relacionada con la protección de la calidad de la atención y seguridad del paciente durante la atención odontológica, la incorporación de la evidencia en la provisión de servicios odontológicos y su evaluación incluyendo la perspectiva de las personas que reciben la atención.

Estrategia 4.1: Actualizar la normativa relacionada con la protección de la calidad de la atención y seguridad del paciente durante la atención odontológica.

Esta estrategia contempla mantener actualizada la normativa para la autorización sanitaria y formular la necesaria para asegurar la calidad y seguridad de la atención odontológica domiciliaria, de modo de enfrentar los cambios epidemiológicos y de carga de enfermedades bucales producto del envejecimiento de la población.

El uso de amalgamas dentales ha disminuido a nivel mundial y nacional, aumentando el uso de materiales adhesivos. Entre las principales razones destacan la preocupación por el impacto ambiental de los residuos de mercurio, la necesidad de satisfacer las necesidades estéticas de los pacientes y el desarrollo de intervenciones mínimamente invasivas. Los residuos de amalgama son considerados residuos peligrosos por su contenido de mercurio y su manejo está regulado por a través del Reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud (REAS) del Ministerio de Salud. De acuerdo con la Declaración de Montevideo sobre el Convenio de Minamata, esta estrategia contempla el diseño de un plan de reducción del uso de la amalgama adecuado a las necesidades del país.

También se aborda la actualización del modelo odontológico del Plan Médico Arquitectónico, el que debe ser adecuado al estándar de Recurso Humano odontológico para la atención primaria y para la atención de especialidades odontológicas.

Estrategia 4.2: Incorporar la evidencia científica en la toma de decisión relacionada con la provisión de servicios.

Existe evidencia que sugiere que las Guías de Práctica Clínica (GPC) realizadas rigurosamente logran transferir el conocimiento y mejorar la calidad de la salud en indicadores de estructura, proceso y resultado (87). En Chile el año 2014 se inicia el proceso para mejorar la calidad de las GPC, incorporando el sistema GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

La GPC GES Salud oral integral para adultos de 60 años: prevención y tratamiento de caries radiculares y las GPC No GES Prevención de mucositis Oral en personas con cáncer y Salud oral en adolescentes de 10-19 años: prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal han sido elaboradas con el sistema GRADE. Esta estrategia plantea el desafío de continuar su uso, así como sistematizar la evidencia para el proceso de toma de decisión respecto de la política y programas de salud bucal, a través de resúmenes de políticas basados en evidencia o resúmenes de evidencia para políticas (policy briefs).

Estrategia 4.3: Incorporar la evaluación de calidad en la provisión de servicios odontológicos.

Según el UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), la auditoría clínica es un proceso que busca mejorar la atención y los resultados del paciente a través de la revisión sistemática de la atención contra criterios explícitos y la implementación del cambio. Donde se indique, los cambios se implementan en un individuo, el equipo o el nivel de servicio y una mayor supervisión se utiliza para confirmar la mejora en la entrega de atención médica (88). Existe evidencia que muestra de que la auditoría y la retroalimentación pueden mejorar efectivamente la calidad de la atención, pero hay poca evidencia de progreso en este campo (89). La calidad total significa que la suma de los recursos de una institución se orienten a la satisfacción de los usuarios (90).

Esta estrategia contempla la evaluación de la práctica actual de auditorías clínicas presente en el programa Más Sonrisas para Chile y la implementación de la auditoría de los programas de salud bucal en el contexto de calidad total.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5: Avanzar en acceso y cobertura universal en salud bucal

Meta OE5: 75 % de centros de atención primaria de salud con al menos un 60% de menores de 20 años bajo control.

Algunos grupos de población encuentran barreras que dificultan la obtención de servicios preventivos y de tratamiento y, por lo tanto, presentan una mayor carga de enfermedad. Mejorar el acceso a la atención es un componente crítico para disminuir las inequidades de salud. El acceso a la atención bucodental es un tema complejo influenciado por diversos factores, como la disponibilidad de servicios, cobertura de seguro y profesionales de la salud bucal, así como la alfabetización en salud.

Mejorar la salud de las personas, garantizando un acceso equitativo a los servicios de salud, reduciendo las desigualdades en la salud y reduciendo el impacto en los ingresos y el nivel de gasto en las personas para recuperar su estado de salud, lleva a pensar en cobertura universal de salud. Sin embargo ningún país puede cubrir todos los servicios que se espera sean beneficiosos para la población, siendo necesario tomar decisiones respecto de los servicios a cubrir, la proporción de personas a cubrir y de la reducción de los gastos directos de las personas. La Organización Mundial de la Salud, en el reporte Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage, señala la importancia de considerar tres principios en la evaluación de las políticas y son determinantes en la toma de decisión justa en todos los contextos (91,92). Estos son:

- ✓ Maximización del beneficio para la salud, lo que implica generar la mayor ganancia de bienestar total a través de intervenciones más costo-efectivas.
- ✓ Distribución justa, que considera priorizar a los más desventajados, cubriendo a quienes más lo necesitan.
- ✓ Contribución justa y protección del riesgo financiero. Considerando la capacidad de pago y sin considerar el perfil de riesgo de salud de las personas, minimizando al máximo su impacto económico.

Chile es uno de los países que ha demostrado avances significativos en cobertura universal, con recursos limitados (92), garantizando hasta ahora el acceso, oportunidad y protección financiera de 80 enfermedades o problemas de salud, entre ellos cinco de salud bucal.

Con todas estas consideraciones, el OE 5 plantea 4 estrategias.

Estrategia 5.1: Aumentar la cobertura de población bajo control con enfoque de riesgo odontológico.

Esta estrategia considera mantener bajo control con enfoque de riesgo odontológico a la población de recién nacidos inscritos en los establecimientos de la red de atención primaria de salud. Es decir, contempla la total implementación del ámbito de acción en salud del modelo de intervención de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales.

Estrategia 5.2: Fortalecer programas de salud bucal con enfoque de factores comunes de enfermedades crónicas y curso de vida.

Esta estrategia considera avanzar en el manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, de acuerdo a la estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2012-2025 (93). Se da énfasis a la detección y control de factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal y cáncer bucal, favoreciendo el acceso a tratamiento periodontal para contribuir al control metabólico en pacientes diabéticos.

Se espera mejorar el acceso a la atención odontológica, incluida la rehabilitación protésica, para la población adulta mayor, que acumula la mayor carga de enfermedad.

Estrategia 5.3: Aumentar la efectividad de la educación para la salud bucal.

Contempla la reformulación y diseño del componente de educación para la salud bucal basada en evidencia científica, dirigido a adultos beneficiarios de los programas de salud bucal.

Además considera la implementación de condiciones mínimas para realizar actividades efectivas de instrucción de higiene bucal en los establecimientos de atención primaria de salud, mediante adecuaciones en los establecimientos existentes y su inclusión en los Proyectos Médicos Arquitectónicos (PMA) para establecimientos nuevos.

Estrategia 5.4: Aumentar la capacidad de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades bucales.

Esta estrategia requiere mejorar la gestión técnica y administrativa para realizar el diagnóstico de salud bucodental en la atención odontológica en el primer nivel de atención, de acuerdo a las recomendaciones de las distintas Guías de Práctica Clínica elaboradas por el Ministerio de Salud.

La adopción sistemática de enfoques profesionales de detección periodontal que son sensibles y de bajo costo, como el examen periodontal básico (EPB), son determinantes para evitar el diagnóstico tardío que a menudo resulta en aumentos muy significativos tanto en la carga como en el costo del manejo de la enfermedad (94).

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6: Fortalecer los servicios odontológicos en las redes integradas.

Meta OE6: 80% de los Servicios de Salud cuentan con centros odontológicos de especialidades ambulatorias en funcionamiento según estándar MINSAL.

La definición de un nuevo estándar de recurso humano odontológico para nuestra población impone el desafío de diseñar e implementar acciones para reducir la brecha entre la situación actual y la deseada, de manera de organizar y maximizar los recursos nuevos y los ya existentes.

Este objetivo estratégico considera reducir las inequidades en el acceso a la atención odontológica, siendo necesario profundizar en el desarrollo de redes integradas, mejorando la resolutivez, con énfasis en acceso a la salud centrado en el paciente, considerando las dimensiones que pueden afectar la accesibilidad (95).

Estrategia 6.1: Fortalecer la referencia y contra referencia para las especialidades odontológicas.

Esta estrategia busca mejorar la capacidad resolutive del nivel primario de atención, mejorar la pertinencia y acceso a la atención de especialidades odontológicas, fortaleciendo a los equipos de los distintos niveles en la entrega de servicios integrales, centrados en la persona y asegurando la continuidad de la atención.

Se contempla consultorías sincrónicas (a tiempo real) o asincrónicas, ya sea en modalidad presencial o a través del uso de tecnología (como telemedicina). Dentro de los principales beneficios asociados a la telemedicina destacan el aumento de cobertura, la mayor eficiencia en el uso de los recursos, la calidad de la atención y la mejora en la calidad de vida de los pacientes. En términos generales, la telemedicina contribuye a mejorar las consecuencias de la escasez de especialistas, reduce costos en la atención por especialista y permite aumentar la información disponible al momento del diagnóstico y en muchos casos evita los costos de traslado para los pacientes (96).

Estrategia 6.2: Reducir la brecha de recursos físicos y equipamiento odontológico.

Esta estrategia es fundamental para completar el diagnóstico y dar inicio al proceso de reducción de las inequidades en el acceso a servicios odontológicos. Los planes de inversión y reposición de servicios odontológicos deben basarse en catastros actualizados y estar integrados en los planes de inversión del Ministerio de Salud.

Estrategia 6.3: Desarrollar redes de especialidades odontológicas.

Esta estrategia contempla el diseño e implementación de la red de atención odontológica de especialidad, de acuerdo al diagnóstico y plan de reducción de brecha de inequidades en el acceso a la atención odontológica de especialidad.

ESTRATEGIAS, METAS Y PLAZOS EJE ESTRATÉGICO 2

EE2: PROVISIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE CALIDAD

ESTRATEGIA	META	RESULTADO ESPERADO	2020	2025	2030	
OE4: Asegurar la calidad de los servicios odontológicos						
E4.1	Actualizar la normativa relacionada con la protección de la calidad de la atención y seguridad del paciente durante la atención odontológica.	dicotómico	Normativa para la autorización sanitaria de salas de procedimientos odontológicos y pabellones de cirugía menor actualizada.	100		
		dicotómico	Normativa para la atención odontológica domiciliaria y comunitaria desarrollada.	100		
		dicotómico	Plan para la reducción del uso de amalgamas dentales diseñado.	100		
		dicotómico	Modelo odontológico arquitectónico actualizado en el Plan Médico Arquitectónico (PMA).	100		
E4.2	Incorporar la evidencia científica en la toma de decisión relacionada con la provisión de servicios.	100%	Guías de práctica clínica odontológicas GES y No GES con metodología GRADE	70	100	
		100%	Síntesis de políticas (Policy brief) desarrollados para la toma de decisión relacionada con servicios odontológicos de programas nuevos o reformulados.	100		
E4.3	Incorporar la evaluación de calidad en la provisión de servicios odontológicos.	100%	Encuesta de satisfacción usuaria incorporada en auditorías de programas de salud bucal priorizados.	20	100	
		100%	Programas de salud bucal cuentan con Auditoría clínica.	40	100	
OE 5: Avanzar en acceso y cobertura universal en salud bucal						
E5.1	Aumentar la cobertura de población bajo control con enfoque de riesgo odontológico.	80%	Centros de atención primaria de salud con un 80% de los niños y niñas de 0 a 9 años (inscritos validados) bajo control.	20	50	75
		95%	Centros de atención primaria de salud con un 50% de los adolescentes de 10 a 19 años (inscritos validados) bajo control.	-	20	50
E5.2	Fortalecer programas de salud bucal con enfoque de factores comunes de enfermedades crónicas y curso de vida.	80%	Centros de atención primaria de salud con atención odontológica a personas bajo control del programa cardiovascular, implementada.	20	80	
		95%	Centros de atención primaria con Examen de Medicina Preventiva en Adulto incluye examen bucal, de acuerdo a orientaciones técnicas del Ministerio de Salud.	10	50	90
		10%	Cobertura de atención odontológica, incluida su rehabilitación protésica, en población de adultos mayores de 60 a 69 años.	3	6	10
E5.3	Aumentar la efectividad de la educación para la salud bucal.	dicotómico	Intervención educativa individual de salud bucal, para adultos en programas de salud oral integral, desarrollada sobre la base de la evidencia científica.			100
		60%	Centros de atención primaria de salud cuentan con las condiciones mínimas, definidas por el Ministerio de Salud, para realizar instrucción y supervisión de cepillado dental.	10	30	60
E5.4	Aumentar la capacidad de	90%	Embarazadas cuentan con Examen Periodontal Básico al ingreso a la GES Salud oral integral.	30	90	

ESTRATEGIA		META	RESULTADO ESPERADO	2020	2025	2030
	diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades bucales.	90%	Adolescentes de 10 a 19 años cuentan con Examen Periodontal Básico al ingreso a la atención odontológica integral.	10	50	90
OE6: Fortalecer los servicios odontológicos en las redes integradas.						
E6.1	Fortalecer la referencia y contra referencia para las especialidades odontológicas.	100%	Servicios de salud cuentan con protocolos de referencia y contrareferencia de especialidades odontológica, actualizados.	80	100	
		100%	Servicios de salud cuentan con sistema de consultoría sincrónica o asincrónica de especialidades odontológicas priorizadas.	100		
E6.2	Reducir la brecha de recursos físicos y equipamiento odontológico.	100%	Servicios de salud con catastro de recursos físicos en formato único nacional, actualizado.	100		
		100%	Servicios de salud con plan de reposición e inversión elaborado, según catastro de recursos físicos y estándar de recurso humano definido por el Ministerio de Salud.	100		
E6.3	Desarrollar redes de especialidades odontológicas.	100%	Servicios de salud con red local o macro zona de atención odontológica de especialidad diseñada, de acuerdo a necesidad de atención.	80	100	
		80%	Servicios de salud cuentan con centros odontológicos de especialidades ambulatorias en funcionamiento.		30	80

EJE ESTRATÉGICO 3: DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO

Con el desarrollo del EE3 se espera que los equipos odontológicos integrados a los equipos de salud del país satisfagan las necesidades de salud bucal de la población, entregando atención segura, de calidad, sin discriminación y con un trato digno a la que toda persona tiene derecho.

Para avanzar en lograrlo se proponen los siguientes tres objetivos estratégicos y siete estrategias.

EE3: DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO		
OE7: Fortalecer el desarrollo del recurso humano odontológico competente de acuerdo a la necesidad país.	OE8: Mejorar la dotación de recurso humano odontológico de acuerdo a estándar definido.	OE9: Actualizar plan de formación de recurso humano odontológico de especialidad.
<p>E7.1 Desarrollar recurso humano odontológico de acuerdo al perfil de desempeño que el país necesita.</p> <p>E7.2 Actualizar la normativa que regula competencia del recurso humano odontológico.</p> <p>E7.3 Fortalecer plan de capacitación continua del recurso humano odontológico y otros en salud bucal.</p>	<p>E8.1 Mejorar la relación de horas de recurso humano odontológico de nivel primario por población.</p> <p>E8.2 Reducir la brecha de recurso humano odontológico de especialidad.</p>	<p>E9.1 Alinear el plan de formación de recurso humano con el diagnóstico de brecha.</p> <p>E9.2 Redefinir las vías de ingreso al programa de formación de especialistas.</p>

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7: Fortalecer el desarrollo del recurso humano odontológico competente de acuerdo a la necesidad país.

Meta OE7: Grado en que el recurso humano odontológico que ingresa al sistema público es acorde al perfil definido, evaluado.

La OMS en la Estrategia Mundial de Recurso Humanos de Salud (RHS) hacia el 2030 hace el llamado a “adoptar un paradigma distinto en la planificación del personal sanitario y la formación, movilización y redistribución de los trabajadores de la salud”. Uno de sus objetivos es optimizar el desempeño, calidad e impacto del personal sanitario, mediante políticas de RHS basadas en evidencia, contribuyendo a la vida saludable y bien estar, cobertura universal de salud efectiva, resiliencia de los sistemas de salud y seguridad en todos los niveles. Recomienda adoptar estrategias más efectivas y eficientes, así como una regulación apropiada sobre la educación del personal sanitario; racionalizar los ámbitos de prácticas y fomentar una combinación de competencias más sostenible y reactiva frente a los cambios en las necesidades de salud de la población; y promover la colaboración inter profesional, las oportunidades de desarrollo profesional, la formación continua y sistemas de incentivos adecuados (97).

El equipo odontológico conformado por odontólogo y técnico en odontología (técnico de nivel superior, higienista, auxiliar paramédico) debe formar parte del equipo nuclear de salud para facilitar el desarrollo de un trabajo integral y multidisciplinario a través de todo el ciclo vital, desarrollando acciones de promoción, prevención y rehabilitación en salud bucal.

Estrategia 7.1: Desarrollar recurso humano odontológico de acuerdo al perfil de desempeño que el país necesita.

Esta estrategia contempla la definición del perfil del odontólogo que el país necesita en el sector público de salud, la incorporación de este perfil en los programas de formación de las carreras de odontología acreditadas, el diseño de la metodología para evaluar el grado en que los odontólogos son formados de acuerdo a este perfil. El desarrollo de estrategia requiere fortalecer el trabajo intersectorial, principalmente con los centros formadores.

Estrategia 7.2: Actualizar la normativa que regula las competencias del recurso humano odontológico.

Esta estrategia considera mantener actualizado el marco regulatorio para el ejercicio de profesionales y técnicos de odontología, que incluye la regulación del ejercicio del personal auxiliar paramédico de odontología y la actualización de las normas técnicas operativas para la certificación de especialidades odontológicas.

Estrategia 7.3: Fortalecer el plan de capacitación continua en salud bucal.

Esta estrategia considera mejorar el acceso a la capacitación continua del equipo odontológico a los recursos ya existentes, la ampliación de la población objetivo de los cursos, y al diseño de nuevos cursos virtuales, de acuerdo al perfil del odontólogo que el país necesita, a la estrategia mundial de recurso humanos de salud (RHS) y a los nuevos requerimientos para la ejecución del Plan Nacional de Salud Bucal 2018 – 2030.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8: Mejorar la dotación de recurso humano odontológico de acuerdo a estándar definido.

Meta OE8: 75% de los establecimientos de atención primaria y secundaria cumple con el estándar de recurso humano odontológico definido.

El Ministerio de Salud ha diseñado un plan de gestión de recursos humano con el propósito de contar con un sistema permanente de proyección de necesidades, planificación y monitorización de personal sanitario, centrado en una primera etapa en los médicos especialistas. En este escenario y considerando los desafíos derivados del predominio de las enfermedades crónicas con factores de riesgo comunes, el marco de un sistema de derechos garantizados de salud y una ciudadanía cada vez más activa y exigente de sus derechos en materia de calidad de atención, se hace urgente avanzar en la proyección de las necesidades de recurso humano odontológico del país, en el marco del sistema nacional para la reducción del déficit de recurso humano en el sector público.

La Estrategia Mundial de RHS propuesta por OMS, plantea que al 2030 todos los países deben progresar hacia reducir en un 50% las inequidades de acceso de la población y deberán progresar hasta reducir en un 50% su dependencia de personal sanitario formado en el extranjero (97).

Estrategia 8.1: Mejorar la relación de horas de recurso humano odontológico de nivel primario por población.

El Ministerio de Salud está trabajando en la definición del estándar de odontólogo por población beneficiaria en atención primaria y en la definición de la relación entre profesional odontólogo y técnico en odontología (auxiliar paramédico o técnico de nivel superior).

Estrategia 8.2: Reducir la brecha de recurso humano odontológico de especialidad.

Esta estrategia requiere integrar el plan de trabajo para la instalación de un sistema de monitorización de brechas y elaboración de escenarios de mediano plazo de oferta y demanda de recursos humanos en el sector público de salud. Para lograrlo, se requiere

mantener actualizados los catastros de recurso humano profesional y técnico por especialidad odontológica.

OBTETIVO ESTRATÉGICO 9: Actualizar plan de formación de recurso humano odontológico de especialidad.

Meta OE9: Plan de formación de recurso humano odontológico especialista incorpora estudio de brecha.

El plan de formación del recurso humano especialista debe relacionarse con la detección de necesidades de recursos humanos a este nivel, su articulación con la oferta de personal sanitario y la implementación de estrategias que permitan lograr a mediano y largo plazo mejores ajustes entre la demanda y la disponibilidad de personal, tanto a nivel nacional como regional.

Si bien es necesario realizar nuevos avances en los sistemas de información, cabe señalar que en los últimos 10 años se ha logrado mejorar significativamente la disponibilidad, extensibilidad, confiabilidad y precisión de la información sectorial y extra sectorial sobre el personal sanitario. Ejemplos de ello son la implementación del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud y del Sistema de Información y Estadísticas (SIES) del Ministerio de Educación. Estos progresos permiten hoy considerar la posibilidad de instalar gradualmente en el Ministerio de Salud un sistema de proyección de escenarios de demanda y oferta de personal de salud y monitorización permanente de las estrategias de reducción o cierre de brechas.

Estrategia 9.1: Alinear el plan de formación de recurso humano con el diagnóstico de brecha.

Esta estrategia en relación al plan de formación busca establecer un plan de trabajo para la instalación de un sistema de monitorización de brechas y necesidades de RHS en el mediano y largo plazo, que permita a la Autoridad de Salud:

1. Tomar decisiones de política basadas en evidencias y consenso con expertos y actores claves de salud y educación.
2. Contar con actualizaciones periódicas de los escenarios en función de la dinámica oferta/demanda de RHS y de los cambios en factores relevantes relacionados con demografía y epidemiología de las enfermedades más prevalentes, inversiones en infraestructura hospitalaria, tecnologías sanitarias, entre otros factores.
3. Monitorear los efectos de la implementación de dichas políticas.

En este sistema, la estimación de necesidades descansará en la incorporación de las características demográficas y epidemiológicas de la población y su evolución predecible de mediano a largo plazo, considerando entre otros la carga de enfermedad y el nivel de resolución de las patologías bucales más prevalentes en la población, de acuerdo a los recursos disponibles.

Estrategia 9.2: Redefinir las vías de ingreso al programa de formación de especialistas.

Esta estrategia consiste en establecer las vías de ingreso óptimas a los planes de formación de especialistas, con el objetivo de encontrar la mejor forma de desarrollo de los RHS que permita responder a las necesidades y características de nuestra realidad país. Se debe considerar la brecha de odontólogos existente por cada Servicio de Salud según estándar vigente y la expansión de cargos para especialistas odontólogos, de acuerdo a las recomendaciones de la comisión ministerial convocada para estos fines.

ESTRATEGIAS, METAS Y PLAZOS EJE ESTRATÉGICO 3

EE3: DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO

ESTRATEGIA	META	RESULTADO ESPERADO	2020	2025	2030	
OE 7: Fortalecer el desarrollo del recurso humano odontológico competente de acuerdo a la necesidad						
E7.1	Desarrollar recurso humano odontológico de acuerdo al perfil de desempeño que el país necesita.	dicotómico	Perfil del odontólogo que el país necesita, para atención primaria de salud, definido.	100		
		100%	Programas de pre grado de la carrera de odontología acreditados declaran formar profesionales de acuerdo al perfil definido.	30	100	
		dicotómico	Grado en que el recurso humano odontológico es formado de acuerdo al perfil definido, evaluado.	-	-	100
		100%	Asesores y gestores de red de salud bucal de nivel central, SEREMI y Servicios de Salud cuentan con formación en salud pública, gestión y/o políticas públicas.	40	70	100
E7.2	Actualizar la normativa que regula competencia del recurso humano odontológico.	dicotómico	Marco regulatorio del ejercicio de las y los técnicos paramédicos en odontología actualizado (última actualización año 2017).	-	-	100
		100%	Normas técnicas operativas para la certificación de especialidades odontológicas actualizadas, de acuerdo a requerimientos del proceso de recertificación.			100
E7.3	Fortalecer plan de capacitación continua del recurso humano odontológico y otros en salud bucal.	80%	Gestores odontológicos comunales cuentan con formación en gestión de salud, calidad, salud pública, salud familiar o equivalente.			80
		6	Cursos virtuales (gestionados, autogestionados y cápsulas) disponibles para profesionales y técnicos de SEREMI, Servicios de Salud y red de atención primaria y secundaria.	1	3	6
OE8: Mejorar la dotación de recurso humano odontológico de acuerdo a estándar definido.						
E8.1	Mejorar la relación de horas de recurso humano odontológico de nivel primario por población	dicotómico	Servicios de Salud cuentan con catastro de recurso humano odontológico profesional y técnico, por establecimiento de atención primaria y población, con índice "odontólogo 44 horas/población" actualizado.	100		
		75%	Establecimientos de atención primaria cumplen con al menos el estándar para odontólogo definido.		75	
		75%	Establecimientos de atención primaria cumple el estándar de técnico en odontología definido.			75
E8.2	Reducir la brecha de recurso humano odontológico de especialidad.	dicotómico	Servicios de Salud cuentan con catastro de recurso humano odontológico profesional y técnico, por especialidad y población, con índice "odontólogo 44 horas/población" actualizado.	100		
		100%	Establecimientos de nivel secundario cumplen el estándar para odontólogo especialista definido.			100
		100%	Establecimientos de nivel secundario que cumple el estándar para técnico en odontología definido.			100
OE9: Actualizar plan de formación de recurso humano odontológico de especialidad.						
E9.1	Alinear el plan de formación de recurso humano con el diagnóstico de brecha.	dicotómico	Plan de formación de recurso humano odontológico especialista incorpora estudio de brecha.	100		
		80%	Cargos para la reducción de brecha de especialistas son ocupados por recurso humano formado de acuerdo a plan de formación de recurso humano ministerial.	-	30	80
E9.2	Redefinir las vías de ingreso al programa de formación de especialistas.	dicotómico	Informe de la comisión ministerial sobre el análisis y redefinición de las vías de ingreso al programa de formación de especialistas, emitido.	100		

EJE ESTRATÉGICO 4: INVESTIGACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

Con el desarrollo del EE4, se espera que el Ministerio de Salud ejerza la función esencial de la salud pública de realizar seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud bucal de la población.

Para avanzar en lograrlo se proponen los siguientes tres objetivos estratégicos y siete estrategias.

EE4: INVESTIGACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN		
OE10: Instalar un sistema de vigilancia del estado de salud bucal de la población y su impacto en la calidad de vida.	OE11: Mejorar la calidad, relevancia y disponibilidad de la información de salud bucal.	OE12: Mejorar la evaluación y el monitoreo de los programas de salud pública.
E10.1 Impulsar convenios de colaboración con instituciones de educación superior para realizar estudios en salud bucal.	E11.1 Avanzar en la disponibilidad de información de calidad para la toma de decisión en salud bucal.	E12.1 Evaluar la cobertura de los programas de salud bucal considerando los Determinantes Sociales de la Salud.
E10.2 Actualizar el diagnóstico nacional de salud bucal	E11.2 Generar un sistema de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Salud Bucal.	E12.2 Incorporar el componente de evaluación en el diseño de programas de salud bucal.
E10.3 Mejorar el análisis de la información existente de estudios y registros clínicos.		

OBJETIVO ESTRATÉGICO 10: Instalar un sistema de vigilancia del estado de salud bucal de la población y su impacto en la calidad de vida.

Meta OE10: Diagnóstico nacional de salud bucal por curso de vida, realizado por odontólogo, a través de encuesta poblacional, actualizado.

La función esencial de salud pública seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud de la población incluye: la evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud y de sus factores determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios; la identificación de las necesidades de salud de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de la salud y la demanda de servicios de salud, entre muchas otras.

El Ministerio de Salud cumple esta función a través de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública. La Encuesta Nacional de Salud (ENS), Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCAVI), Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) incluyen algunas preguntas de salud bucal, permitiendo relacionar la salud bucal con la salud general y con la calidad de vida de la población; sin embargo, no consideran diagnóstico de salud bucal, por lo que es necesario establecer una encuesta con periodicidad definida y con financiamiento, que incluya examen por odontólogo, para poder contar con un Diagnóstico Nacional de Salud Bucal en el curso de vida. .

Estrategia 10.1: Impulsar convenios de colaboración con instituciones de educación superior para realizar estudios en salud bucal.

Las instituciones de educación superior realizan investigación a través de las tesis de pre y post grado de sus estudiantes y de sus docentes a través de fondos concursables públicos o de la propia institución. Para que la investigación se realice en temas que apoyen la toma de decisiones en salud pública, es necesario impulsar convenios de colaboración con estas instituciones, para contar con evidencia oportuna, de buena calidad y adecuada a los requerimientos del nivel nacional y local sobre epidemiología de las patologías bucales, factores determinantes, efectividad de la intervenciones y satisfacción de los usuarios, entre otros temas de interés.

Estrategia 10.2: Actualizar el diagnóstico nacional de salud bucal

La OMS recomienda realizar una serie de encuestas estandarizadas de salud bucodental que proporcionan una base sólida para evaluar el estado de salud bucal de una población y sus necesidades de atención de la salud oral. Se han elaborado directrices para el diseño de muestras adecuadas para estimar la prevalencia de enfermedades orales, y principios claros para resumir los datos y analizar los resultados. Además de las pautas para el examen clínico de salud oral, se han desarrollado instrumentos para el autorreporte de enfermedades bucales y sus factores de riesgo. Debido a los factores compartidos por las enfermedades bucales y otras enfermedades crónicas, el enfoque STEPwise de la OMS

para la vigilancia (STEPS) facilita la inclusión de la salud bucal en los sistemas nacionales de vigilancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (98).

La vigilancia de la salud bucal se hace posible cuando los datos sobre el estado de salud bucal y los factores de riesgo se recopilan sistemáticamente y de forma regular, por lo que esta estrategia plantea el desafío de realizar encuestas de salud bucal cada 5 a 7 años, en las edades de vigilancia epidemiológica recomendada por la OMS. Es necesario conocer la situación de salud bucal de la población general y las diferencias existentes por sexo, edad, nivel socioeconómico, etnia, escolaridad y condición urbano rural, en las distintas zonas geográficas de país.

Estrategia 10.3: Mejorar el análisis de la información existente de estudios y registros clínicos.

Esta estrategia considera la creación de una oficina o unidad epidemiológica de salud bucal, con los recursos humanos y tecnológicos necesarios para realizar el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud bucal, generando información útil para el nivel central, Seremis y Servicios de Salud sobre la situación y las tendencias de salud y de sus factores determinantes, medición de inequidades, desempeño de los servicios, identificación de las necesidades de salud de la población y demanda de servicios de salud.

Esta estrategia incluye la generación de orientaciones técnicas para incorporar el diagnóstico de salud bucal en los Planes de Salud Comunal que son aprobados por el consejo comunal y presentado a los respectivos Servicios de Salud.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11: Mejorar la calidad, relevancia y disponibilidad de la información de salud bucal

Meta OE11: Sistema de reporte de indicadores de salud bucal instalado.

El plan de investigación, monitoreo y evaluación debe establecer objetivos y estrategias que permitan contar con información en salud bucal que sea válida, confiable, relevante y oportuna para la toma de decisión a nivel nacional, regional, de Servicios de Salud y comunas, para planificar, monitorear y evaluar las políticas, planes y programas en salud bucal.

Estrategia 11.1: Avanzar en la disponibilidad de información de calidad para la toma de decisión en salud bucal.

Para avanzar en la disponibilidad de información de calidad es necesario revisar los datos de salud bucal que se recogen en el sistema público de salud, evaluando su calidad y relevancia. Se debe avanzar en la cobertura de la ficha clínica digital en el nivel primario y secundario, con sistemas informáticos compatibles que permitan obtener información de toda la red de salud. Se busca evitar los registros en papel que son consolidados manualmente y posteriormente ingresados a los sistemas de información, porque son

susceptibles a errores en su proceso de producción e ingreso a las bases de datos, además de no permitir el cruce de variables para hacer un mejor análisis al ser datos agrupados y no individuales.

Para mejorar la calidad de los datos, se pueden utilizar mecanismos de validación en los softwares que se utilizan para el ingreso y generación de medidas de resumen de los datos en salud. Para que la información esté disponible en forma oportuna para la toma de decisiones es necesario generar un sistema de reportes, alimentado por la información del sistema público, que permita generar informes automáticos para decisiones a nivel comunal, regional o nacional

Estrategia 11.2: Generar un sistema de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Salud Bucal.

La planificación estratégica y los indicadores de desempeño son herramientas metodológicas claves para la evaluación que retroalimenta el proceso de toma de decisiones para el mejoramiento de la gestión pública.

En el ámbito de las organizaciones públicas, la medición del desempeño es parte de un proceso amplio de planificación que implica preguntarse cuál es la misión (quiénes somos, qué hacemos y para quienes), establecer los objetivos estratégicos (donde queremos ir, que resultados queremos lograr), definir las estrategias (cómo podemos llegar hacia allá) y finalmente preguntarse si se ha logrado el resultado esperado (a través de indicadores), es decir, del proceso de planificación estratégica.

El Plan de Salud Bucal 2018-2030 es un plan estratégico, donde cada objetivo estratégico tiene una meta o indicador de logro y cada estrategia tiene uno o más metas o resultados esperados, cada uno de ellos con fuentes de datos previstas para la construcción de su respectivo indicador.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 12: Mejorar la evaluación y el monitoreo de los programas de salud pública.

Meta OE12: Cobertura de programas priorizados considera los Determinantes Sociales de la Salud.

La medición de las desigualdades en salud bucal es una condición indispensable para avanzar en mejorar la situación de salud de la población. Este tipo de análisis es una herramienta fundamental para la acción en busca de la equidad en salud.

Para ello es necesario que los sistemas de registro incluyan variables que identifiquen a los grupos más desfavorecidos, además de los datos básicos registrados con regularidad y agregados por unidades geopolíticas. La razón y la diferencia de tasas, el índice de efecto, el riesgo atribuible poblacional, el índice de disimilitud, el índice de desigualdad de la pendiente y el índice relativo de desigualdad, el coeficiente de Gini y el índice de concentración, son métodos aplicables a la medición de las desigualdades de diferentes tipos y a distintos niveles de análisis.

Estrategia 12.1: Evaluar la cobertura de los programas de salud bucal considerando los Determinantes Sociales de la Salud.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. Estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas; y por lo tanto cualquier aspecto de la actuación gubernamental y de la economía puede afectar a la salud y la equidad sanitaria (finanzas, educación, vivienda, empleo, transporte y sanidad, por citar seis). Aunque la salud no sea el objetivo principal de las políticas de esos sectores, todos ellos están estrechamente vinculados con la salud y la equidad sanitaria (73).

Para disminuir las inequidades, es necesario que tanto el estado de salud bucal de la población, como la cobertura de los programas consideren los determinantes sociales de la salud. Esto permitirá identificar brechas y desigualdades que podrán ser abordadas en la medida que se visibilicen.

Esta estrategia considera completar los registros existentes con variables como etnia, condición de migrante, situación de discapacidad y vulnerabilidad social, algunas de ellas disponibles en registros administrados por otros ministerios, disponible en el Sistema Nacional de Información Territorial.

**Estrategia 12.2:
Incorporar el componente de evaluación en el diseño de programas de salud bucal.**

Los Programas de salud bucal nuevos o reformulados deberán realizar una evaluación ex ante, que incluya en el diseño del programa, el monitoreo y evaluación de éste, para conocer si se implementa en forma adecuada y si tienen el impacto esperado.

ESTRATEGIAS, METAS Y PLAZOS EJE ESTRATÉGICO 4

EE3: INVESTIGACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

ESTRATEGIA		META	RESULTADO ESPERADO	2020	2025	2030
<i>OE 10: Instalar un sistema de vigilancia del estado de salud bucal de la población y su impacto en la calidad de vida.</i>						
E10.1	Impulsar convenios de colaboración con instituciones de educación superior para realizar estudios en salud bucal.	1 o más	Estudios de salud bucal realizado(s) por institución(es) de educación superior nacional(es) o internacional(es) acreditada(s), en convenio con el Ministerio de Salud.		16+	
E10.2	Actualizar el diagnóstico nacional de salud bucal	2 o más	Diagnóstico nacional de salud bucal infantil realizado por odontólogo, a través de encuesta poblacional.	1		26+
		2 o más	Diagnóstico nacional de salud bucal del adolescente realizado por odontólogo, a través de encuesta poblacional.	1		26+
		2 o más	Diagnóstico nacional de salud bucal del adulto realizado por odontólogo, a través de encuesta poblacional.		1	26+
E10.3	Mejorar el análisis de la información existente de estudios y registros clínicos.	dicotómico	Contar con una oficina o unidad de análisis epidemiológico de salud bucal a nivel central, con uno o más profesionales, con 44 horas semanales, capacitadas.	100		
		100%	Planes de salud comunal presentados a los Servicios de Salud respectivos, incorporan diagnóstico de salud bucal.	30	80	100
<i>OE 11: Mejorar la calidad, relevancia y disponibilidad de la información de salud bucal</i>						
E11.1	Avanzar en la disponibilidad de información de calidad para la toma de decisión en salud bucal.	dicotómico	Sistema de reportes de indicadores de salud bucal derivados de las fuentes de datos de registros validados del sistema público de atención, instalado.	-	100	
E11.2	Generar un sistema de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Salud Bucal.	dicotómico	Sistema de monitoreo y evaluación del Plan Nacional de Salud Bucal diseñado.	100		
<i>OE 12: Mejorar la evaluación y el monitoreo de los programas de salud pública</i>						
E12.1	Evaluar la cobertura de los programas de salud bucal considerando los Determinantes Sociales de la Salud.	dicotómico	Cobertura de Programas de salud bucal priorizados evaluada, considerando distribución geográfica y ruralidad.	100		
		dicotómico	Cobertura de Programas de salud bucal evaluada, desagregada por sexo, edad, etnia, migrantes, situación de discapacidad y vulnerabilidad social.	100		
E12.2	Incorporar el componente de evaluación en el diseño de programas de salud bucal.	100%	Programas nuevos o reformulados, incluyen diseño para su evaluación			100

REFERENCIAS

1. Ministerio de Justicia. Ley 3301 que establece legalmente la profesion de dentista i se sustituye por este mismo nombre la palabra “fletebotomiano” [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. 1917 [cited 2017 Nov 27]. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=23879>
2. Departamento Programa de las Personas, Salud Bucal. Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 1978.
3. Departamento Programa de las Personas, Salud Bucal. Política de Salud Bucal del Ministerio de Salud. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 1983.
4. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Buco Dental 1990 - 2000. 1990.
5. Ministerio de Salud de Chile. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 - 2010. 2002.
6. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago, Chile: Gobierno de Chile; 2011.
7. Departamento Programa de las Personas, Departamento Odontológico. Evaluación Plan Nacional de Salud Buco Dental 1990-1999. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2000.
8. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. 2005 Sep;83(9):644.
9. Bagramian RA, Garcia-Godoy F, Volpe AR. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. Am J Dent. 2009;22(1):3–8.
10. Departamento Salud Bucal. Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participen en la educación parvularia. Informe consolidado. Chile 2007-2010. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2012.
11. Ministerio de Salud de Chile, Soto L, Tapia R, y col. Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños de 6 años. Chile. 2007.
12. Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G, Urbina 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. Santiago, Chile: Universidad Mayor; 2007.
13. Badenier O, Cueto A, Moya R, Acevedo R, Barraza J. Estudio de prevalencia de las enfermedades bucodentales y necesidades de tratamiento en la V región. Proyecto FONIS; 2007.
14. Urzua I, Mendoza C, Arteaga O, Rodríguez G, Cabello R, Faleiros S, et al. Dental caries prevalence and tooth loss in Chilean adult population: first national dental examination survey. Int J Dent. 2012;2012:810170.

15. Ferraro M, Vieira AR. Explaining gender differences in caries: a multifactorial approach to a multifactorial disease. *Int J Dent*. 2010;2010:649643.
16. Deeley K, Letra A, Rose EK, Brandon CA, Resick JM, Marazita ML, et al. Possible Association of Amelogenin to High Caries Experience in a Guatemalan-Mayan Population. *Caries Res*. 2008 Jan;42(1):8–13.
17. Ministerio de Salud de Chile, Ceballos M, Acevedo C. Diagnóstico de salud bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a educación preescolar en la Región Metropolitana. Chile; 2007.
18. Ministerio de Salud de Chile, Soto L, Jara G, Venegas, C., Allende, M, Aranda, W., et al. Diagnóstico en Salud Bucal de los niños de 2 y 4 años de edad que asisten a la educación preescolar en la zona norte y centro del país. Chile. 2009.
19. Ministerio de Salud de Chile, Hoffmeister, L, Moya, P., Vidal, C., Fuentes, R., Silva, J. Diagnóstico en salud bucal de los niños de 2 y 4 años de edad que asisten a la educación preescolar en la zona sur del país. Chile. 2010.
20. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, et al. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *J Periodontol*. 2010 Oct;81(10):1403–10.
21. Ministerio de Salud. I Primer informe de registros poblacionales de cáncer en Chile. Quinquenio 2003-2007 [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2012 [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/cancer/INFORME%20RPC%20CHILE%2003-2007,%20UNIDAD%20VENT,%20DEPTO.EPIDEMIOLOGIA-MINSAL,13.04.2012.pdf>
22. Bórquez M P, Capdeville F F, Madrid M A, Veloso O M, Cárcamo P M. Sobrevida global y por estadios de 137 pacientes con cáncer intraoral: Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. *Rev Chil Cir*. 2011 Aug;63(4):351–5.
23. Organización Panamericana de la Salud. La salud bucodental es esencial para la salud general [Internet]. 2013 [cited 2013 Mar 27]. Available from: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387%3Aoral-health-is-vital-for-overall-health-&catid=1443%3Anews-front-page-items&Itemid=1926&lang=es
24. Touger-Decker R. Diet, cardiovascular disease and oral health: promoting health and reducing risk. *J Am Dent Assoc* 1939. 2010 Feb;141(2):167–70.
25. Ministerio de Salud. Desafíos y propuestas ciudadanas: resultados del proceso foros. “Construyamos juntos una mejor salud para todos y todas al 2020.” Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2009.
26. Ministerio de Salud. Estudio de preferencias sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2008.

27. Ministerio de Salud. II Encuesta de calidad de vida y salud. Chile 2006 [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2006. Available from: <http://epi.minsal.cl/encuesta-encavi-anteriores/>
28. Ministerio de Salud. Resultados Encuesta Calidad de Vida y Salud 2015-2016 [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 27]. Available from: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Resultados_Abril2017_ENCAVI_2015-16_Depto_Epidemiolog%C3%ADa_MINSAL.pdf
29. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud, para los Objetivos Sanitarios al 2020 [Internet]. 2016. Available from: <https://drive.google.com/file/d/0B1ggoEHGj9gaSWRweHI0andPMnM/view>
30. Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2012. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
31. Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009 [cited 2016 Feb 2]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
32. Ministerio de Salud de Chile. “Orientaciones para el logro de las metas de salud bucal – ENS 2011-2020”. Santiago: Minsal, 2016. 2016.
33. Ministerio de Salud de Chile, Mesa nacional Intersectorial de Salud Bucal. Orientación Técnica para la Implementación del Modelo de Intervención de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades Bucales. Ámbito de Acción en Educación Parvularia [Internet]. 2017. Available from: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/09/OT-Modelo-dirigido-a-Equipos-Mesas-Regionales-2017-2020.pdf
34. Departamento Salud Bucal. Diagnóstico de instancias de trabajo intersectorial en salud bucal a nivel comunal y recomendaciones para su fortalecimiento. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2016.
35. Meyer K, Geurtsen W, Günay H. An early oral health care program starting during pregnancy: results of a prospective clinical long-term study. Clin Oral Investig. 2010 Jun;14(3):257–64.
36. Carvajal C, Mendoza C, Carvajal P. Percepciones Sobre La Educación Para La Salud Bucal, De Mujeres Que Reciben Atención Odontológica Integral Para Embarazadas RM 2014-2015. Universidad de Chile; 2016.
37. Ministerio de Salud de Chile. Norma de actividades promocionales y preventivas específicas en la atención odontológica infantil. 1999.
38. Ministerio de Salud de Chile. Informe de cobertura de programas de capacitación de Salud Bucal en Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD).

39. Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. 2014.
40. Concha M, Abarca I. Evaluación de condiciones para la implementación de la entrega del componente odontológico en el control de salud del niño en cuatro centros de Atención Primaria del Maule, durante el 2010. 2010.
41. Pizarro C, Valenzuela D. Nivel de conocimiento en salud oral del equipo de salud en centros de atención primaria de la Región de Valparaíso. *Rev Chil Salud Pública*. 2014;18(1):87–94.
42. Irish Oral Health Services Guideline Initiative. Strategies to prevent dental caries in children and adolescents: Guidance on identifying high caries risk children and developing preventive strategies for high caries risk children in Ireland. 2009.
43. Guías Clínicas de Salud Bucal - División de Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. [cited 2017 Nov 8]. Available from: <http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-al-profesional-salud-bucal/guias-clinicas/>
44. Carey CM. Focus on Fluorides: Update on the Use of Fluoride for the Prevention of Dental Caries. *J Evid-Based Dent Pract*. 2014 Jun;14 Suppl:95–102.
45. World Health Organization, FDI World Dental Federation, International Association for Dental Research. Call to action to promote dental health by using fluoride. Global consultation on Oral health Through Fluoride. [Internet]. 2006. Available from: http://www.who.int/oral_health/events/oral_health_c.pdf?ua=1
46. Zaror C, Vallejos C, Corsini G, de la Puente C, Velásquez M, Tessada-Sepúlveda R, et al. Revisión Sistemática sobre los Efectos Adversos de la Fluoración del Agua. *Int J Odontostomatol*. 2015 Apr;9(1):165–71.
47. Griffin SO, Regnier E, Griffin PM, Huntley V. Effectiveness of fluoride in preventing caries in adults. *J Dent Res*. 2007 May;86(5):410–5.
48. Iheozor-Ejirofor Z, Worthington HV, Walsh T, O'Malley L, Clarkson JE, Macey R, et al. Water fluoridation for the prevention of dental caries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jun 18;(6):CD010856.
49. Ministerio de Salud de Chile. Norma de uso de fluoruros en la prevención odontológica. 2008.
50. Del Valle C. Historia de caries en población menor de 13 años después de 10 años de la expansión del programa de fluoración del agua potable en Chile. 2016.
51. Organization WH. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. 2006 [cited 2017 Nov 8]; Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43470>
52. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Análisis comparado del marco jurídico sobre calidad de la atención y seguridad del paciente (CASP) en América Latina, España y la Comunidad Europea. 2012.

53. Ministerio de Salud. Decreto 58. Aprueba normas técnicas básicas para la obtención de autorización sanitaria de los establecimientos asistenciales [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. 2009 [cited 2017 Nov 23]. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1002316&buscar=AUTORIZACI%C3%93N+SANITARIA+DE+LOS+ESTABLECIMIENTOS+ASISTENCIALES>
54. Ministerio de Salud. Decreto 283. Aprueba reglamento sobre salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. 1997 [cited 2017 Nov 23]. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=74201>
55. Ministerio de Salud. Ley 19.966. Establece un régimen de garantías en salud. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2004.
56. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. J Clin Epidemiol. 2011 Apr;64(4):380–2.
57. Ministerio de Salud. Guía clínica AUGE. Salud oral integral para adultos de 60 años. Prevención y tratamiento de caries radiculares [Internet]. 2015. Available from: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Salud_Oral60anos.pdf
58. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica. Salud Oral en Adolescentes de 10-19 años: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal. [Internet]. División de Prevención y Control de Enfermedades. 2016 [cited 2017 Nov 23]. Available from: <http://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-salud-bucal/salud-oral-en-adolescentes-de-10-19-anos-prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-la-enfermedad-periodontal/>
59. Ministerio de Salud. Guía clínica. Prevención de mucositis oral en personas con cáncer [Internet]. 2014 [cited 2015 Nov 3]. Available from: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20manejo%20lesiones%20mucosa%20oral_%20dic%202014%20\(2\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC%20manejo%20lesiones%20mucosa%20oral_%20dic%202014%20(2).pdf)
60. Comisión Nacional de Acreditación [Internet]. [cited 2017 Nov 24]. Available from: <https://www.cnachile.cl/Paginas/Inicio.aspx>
61. Ministerio de Salud. Ley 19.937. Modifica DL N° 2.763 de 1979 con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2004.
62. Sistema de Certificación de Especialidades de los Prestadores Individuales de Salud [Internet]. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. [cited 2017 Nov 24]. Available from: <http://web.minsal.cl/sistema-de-certificacion-de-especialidades-de-los-prestadores-individuales-de-salud/>
63. Ministerio de Salud. DECRETO 8. REGLAMENTO DE CERTIFICACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD Y DE LAS ENTIDADES QUE LAS OTORGAN [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso

- Nacional. 2013 [cited 2017 Nov 24]. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1052275>
64. MINISTERIO DE SALUD. DECRETO 65. MODIFICA DECRETO SUPREMO N° 8, DE 2013, DE LOS MINISTERIOS DE SALUD Y DE EDUCACIÓN [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. 2015 [cited 2017 Nov 24]. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1080359&idVersion=2015-08-13>
 65. Ministerio de Salud. Programa de Aprendizaje Autogestionado del Sistema de Aprendizaje a Distancia del Ministerio de Salud [Internet]. [cited 2017 Nov 24]. Available from: <http://minsal.uvirtual.cl/siminsal/index.php>
 66. Ministerio de Salud. Informe de cobertura de programas de capacitación en Salud Bucal del Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD). Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2017.
 67. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de salud bucodental. Métodos básicos. 4ta ed. Ginebra, Suiza; 1997. 67 p.
 68. Ministerio de Salud. Encuestas Poblacionales [Internet]. EPI – Departamento de Epidemiología. [cited 2017 Nov 27]. Available from: <http://epi.minsal.cl/encuestas-poblacionales/>
 69. Ministerio de Salud. Departamento de estadísticas e información de salud [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 27]. Available from: <http://www.deis.cl/>
 70. Ministerio de Salud. Diálogos ciudadanos en salud bucal. Consolidado nacional [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2017 [cited 2017 Nov 28]. Available from: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/07/2017_DI%C3%81LOGOS-CIUDADANOS-EN-SALUD-BUCAL.pdf
 71. Ministerio de Salud. Diálogos intersectoriales en salud bucal. Consolidado nacional [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2017 [cited 2017 Nov 28]. Available from: http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/07/2017_DIALOGOS-INTERSECTORIALES-SALUD-BUCAL.pdf
 72. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. 2006.
 73. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Documento de referencia 3: Conceptos clave. [Internet]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
 74. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.
 75. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud. 2011.

76. Ministerio de Salud. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. Evaluación de final del período. Santiago, Chile: Ministerio de Salud;
77. Cunill-Grau N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gest Política Pública*. 2014 Jan;23(1):5–46.
78. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4 [Internet]. [cited 2017 Oct 30]. Available from: <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>
79. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promot Int*. 1998 Jan 1;13(4):349–64.
80. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Fam Pract*. 2012;13:49.
81. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med*. 2004 Dec;19(12):1228–39.
82. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*. 2007 Oct;31 Suppl 1:S19-26.
83. Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL. Health literacy: a pathway to better oral health. *Am J Public Health*. 2014 Jul;104(7):e85-91.
84. Orozco. Comunicación estratégica para campañas de publicidad social. *Pensar la Publicidad*. 2010;IV(2):169–90.
85. OMS | 9.^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Acuerdo de dirigentes mundiales para promover la salud en pro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. WHO. [cited 2017 Nov 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/conference-health-promotion/es/>
86. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. DIVAP. MINSAL. OPS.; 2013.
87. Medicine I of. Clinical Practice Guidelines We Can Trust [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 26]. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/13058/clinical-practice-guidelines-we-can-trust>
88. National Institute for Clinical Excellence. Principles for Best Practice in Clinical Audit. 2002.
89. Ivers NM, Grimshaw JM, Jamtvedt G, Flottorp S, O'Brien MA, French SD, et al. Growing literature, stagnant science? Systematic review, meta-regression and cumulative analysis of audit and feedback interventions in health care. *J Gen Intern Med*. 2014 Nov;29(11):1534–41.

90. Osorio S G, Sayes V N, Fernández M L, Araya C E, Poblete M D. Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev Médica Chile*. 2002 Feb;130(2):226–9.
91. Voorhoeve A, Edejer TT-T, Kipiriri L, Norheim OF, Snowden J, Basenya O, et al. Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage: Applying Principles to Difficult Cases. *Health Syst Reform*. 2017 Jun 1;0(0):1–12.
92. Organización Mundial de la Salud, Grupo Consultivo sobre Equidad y Cobertura Universal en Salud. Making fair choices on the path to universal health coverage [Internet]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112671/1/9789241507158_eng.pdf?ua=1
93. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2012-2025. 2012.
94. Tonetti MS, Chapple ILC, Jepsen S, Sanz M. Primary and secondary prevention of periodontal and peri-implant diseases: Introduction to, and objectives of the 11th European Workshop on Periodontology consensus conference. *J Clin Periodontol*. 2015 Apr;42 Suppl 16:S1-4.
95. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013 Mar 11;12:18.
96. Ministerio de Salud de Chile. Informe mesa de trabajo Telemedicina. Programa Estratégico Nacional “Salud+Desarrollo.” 2016.
97. World Health Organization. HEALTH WORKFORCE 2030. Towards a global strategy on human resources for health. [Internet]. 2015. Available from: http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/#
98. World Health Organization. Oral Health Surveys. Basic Methods. 5ª Edición.