

**PERCEPCIÓN DE LOS ODONTÓLOGOS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO
DEL PROGRAMA “MÁS SONRISAS PARA CHILE” DEL SERVICIO DE
SALUD DE TALCAHUANO EN LA REGION DEL BIO-BIO, EN EL AÑO 2018.**

**POR: JOSEFA FERNANDA SUAZO GALAZ Y CAMILA FERNANDA
VASQUEZ VERGARA**

**Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del
Desarrollo para optar al grado académico de Licenciado en Odontología.**

PROFESORES GUÍA.

Cirujano dentista, Especialidad en Odontopediatría

SERGIO VERGARA ROMERO

Enfermera, Magíster© en Epidemiología

CONSTANZA BELÉN URRUTIA NEIRA

Noviembre, 2018

CONCEPCIÓN

Dedicado a todas las personas que formaron parte de este camino y que fueron un pilar fundamental para poder lograr lo que nos proponemos. En especial a nuestras familias, amigos, profesores que jamás dudaron de nuestras capacidades. Un paso menos para ser profesionales!, Gracias Totales.-

TABLA DE CONTENIDOS

| | Página |
|-----------------------------------|---------------|
| DEDICATORIA | 2 |
| ÍNDICE DE TABLAS | 4 |
| ÍNDICE DE FIGURAS | 5 |
| RESUMEN | 6 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| MARCO TEÓRICO | 10 |
| OBJETIVOS | 21 |
| MATERIALES Y MÉTODOS | 22 |
| RESULTADOS | 24 |
| DISCUSIÓN | 40 |
| CONCLUSIONES | 44 |
| ANEXOS | 46 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 52 |

| ÍNDICE DE TABLAS | Página |
|---|---------------|
| TABLA 1: Análisis de datos pregunta N ^a 1, Tema 1. | 25 |
| TABLA 2: Análisis de datos pregunta N ^a 2, Tema 1. | 26 |
| TABLA 3: Análisis de datos pregunta N ^a 3, Tema 1. | 27 |
| TABLA 4: Análisis de datos pregunta N ^a 4, Tema 2. | 29 |
| TABLA 5: Análisis de datos pregunta N ^a 5, Tema 2. | 30 |
| TABLA 6: Análisis de datos pregunta N ^a 6, Tema 2. | 30 |
| TABLA 7: Análisis de datos pregunta N ^a 8, Tema 2. | 31 |
| TABLA 8: Análisis de datos pregunta N ^a 7, Tema 3. | 33 |
| TABLA 9: Análisis de datos pregunta N ^a 9, Tema 3. | 34 |
| TABLA 10: Análisis de datos pregunta N ^a 10, Tema 3. | 35 |

| ÍNDICE DE FIGURAS. | Páginas |
|--|----------------|
| FIGURA 1: Estimación del impacto de los Determinantes Sociales sobre el Estado de Salud de la población, 2002. | 12 |
| FIGURA 2: Incidencia de la pobreza y la pobreza extrema en la población, 2016-2017. | 13 |
| FIGURA 3: Porcentaje de gasto de bolsillo en función de gasto total en salud, 2009. | 14 |
| FIGURA 4: Grafico de Prevalencia de daño por caries según edad y NSE en Chile, 2010. | 16 |
| FIGURA 5: Grafico de percepcion de salud bucal total según sexo, edad y años de estudios cursados, 2016-2017. | 17 |

RESUMEN

Introducción: En Chile, desde el año 1995 el Ministerio de Salud ha desarrollado programas de atención odontológica a los beneficiarios de los Servicios de Salud del país, los cuales no han sido evaluados en relación a la percepción de los odontólogos. Es por esto que es necesario indagar sobre el funcionamiento, desde la percepción del odontólogo para así generar posibles mejoras. **Objetivo:** Valorar la percepción de los Odontólogos sobre el funcionamiento del programa “Más sonrisas para Chile” del servicio de salud Talcahuano en el año 2018. **Metodología:** Este estudio corresponde a una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico, donde la población de estudio está dada por 24 odontólogos que ejecutan el programa “Más sonrisas para Chile” en el Servicio de Salud Talcahuano. La muestra se realizó con un total de 10 odontólogos ejecutores del programa. Se les aplicó una entrevista semiestructurada, previamente validada por juicio de tres expertos, hasta la saturación del discurso. Se transcribieron las respuestas a un escrito y fueron sometidas a un Análisis Semántico Estructural. **Resultados:** La percepción del odontólogo sobre el programa “Más sonrisas para Chile” en cuanto a su funcionamiento, en general tiene una valoración positiva en cuanto al orden y eficiencia que va mejorando a través del tiempo. En relación a las necesidades consideradas por parte de los participantes, se sugiere el cambio de la proporción de prótesis en cuanto al material incrementando la cantidad de prótesis metálicas, además de la derivación de pacientes, cantidad de cupos y horas e inclusión de hombres. Así como la organización del programa por ejemplo: la administración de convenios y distribución de dinero. **Conclusión:** En este estudio se evidenció que los odontólogos que ejecutan el programa “Más Sonrisas para Chile” activamente, tienen una percepción positiva frente al funcionamiento del programa. Sin embargo se enfatiza en la necesidad de una mejor distribución de los recursos económicos.

INTRODUCCIÓN

La pobreza se entiende como la condición en la cual las personas no tienen los recursos suficientes para satisfacer de manera adecuada sus necesidades básicas, de alimentación, vestuario, vivienda, educación y salud, entre otras (1), esta es una problemática de diversas aristas. En el contexto socio-económico, la pobreza, es una situación o condición de un sector de la población que no puede acceder a los recursos básicos mínimos para cubrir las necesidades físicas y psíquicas lo que genera carencias que se pueden manifestar a través del hambre, malnutrición, el acceso limitado a la educación y a otros servicios básicos, estos llevan a la discriminación y la exclusión social.

Esta situación se da tanto a nivel mundial como a nivel país donde según las últimas estadísticas de la encuesta Casen 2017, un 8,6% de la población chilena está bajo la línea de la pobreza y pobreza extrema (2). A pesar de que al comparar esta misma encuesta a la de años anteriores, este porcentaje ha disminuido notablemente, pero aún así es un número considerable de familias que siguen viviendo en condiciones precarias. Esta misma situación les impide tener un adecuado acceso a la salud, y más a un acceso a la salud oral, que es reconocida como una de las prioridades de salud del país, tanto por la prevalencia y severidad de las enfermedades bucales como por la mayor percepción de la población frente a estas patologías que afectan su salud general y su calidad de vida (3).

En Chile la enfermedad bucal es un problema, el cual parte desde edades tempranas hasta más avanzadas donde el acúmulo de daño se traduce en pérdidas dentarias. Esto genera como consecuencia un aumento de la morbilidad en patologías asociadas a la cavidad bucal por lo cual se produce un aumento en la demanda de tratamientos dentales que requieren especialidad como lo son las prótesis removibles las cuales se encuentran en el 5° lugar de las listas de espera a especialidades (médicas y odontológicas) en Chile (4).

En respuesta a esta problemática el gobierno de Chile a través del Ministerio de Salud genera políticas públicas las cuales poseen diversas estrategias de intervención como por ejemplo: Los programas de salud. Dentro de estos existen los programas odontológicos, como el Programa de Reforzamiento de Atención Primaria (PRAPS) entre los cuales se encuentra el “Más sonrisas para Chile”, así como el Ges odontológico, entre otros. En particular el programa “Más sonrisas para Chile” da atención odontológica Integral de mujeres mayores de 20 años.

Estos programas se llevan a cabo a través de la APS (atención primaria en salud) municipales que dependen de los diferentes Servicios de salud. El funcionamiento de los programas anteriormente nombrados si bien tienen orientaciones técnicas, la manera de su ejecución va a depender del lugar, vale decir éste puede ser distinto siendo supeditado a la comuna en el cual se lleva a cabo.

Dado lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo Valorar la percepción de los Odontólogos sobre el funcionamiento del programa “Más sonrisas para Chile” con el

fin de ser un aporte en materia de salud pública, ya que estos podrán ser utilizados para implementar posibles mejoras del programa “Más sonrisas para Chile” y otros de características similares, aportando datos para detectar carencias, debilidades y también las fortalezas. Siendo una herramienta útil la cual pueda ayudar a unificar criterios en cuanto al funcionamiento, tanto en términos generales como particulares. Todo esto extraído desde una perspectiva cercana mediante la percepción del odontólogo tratante quien es el que día a día realiza el programa adquiriendo una opinión en base a la experiencia.

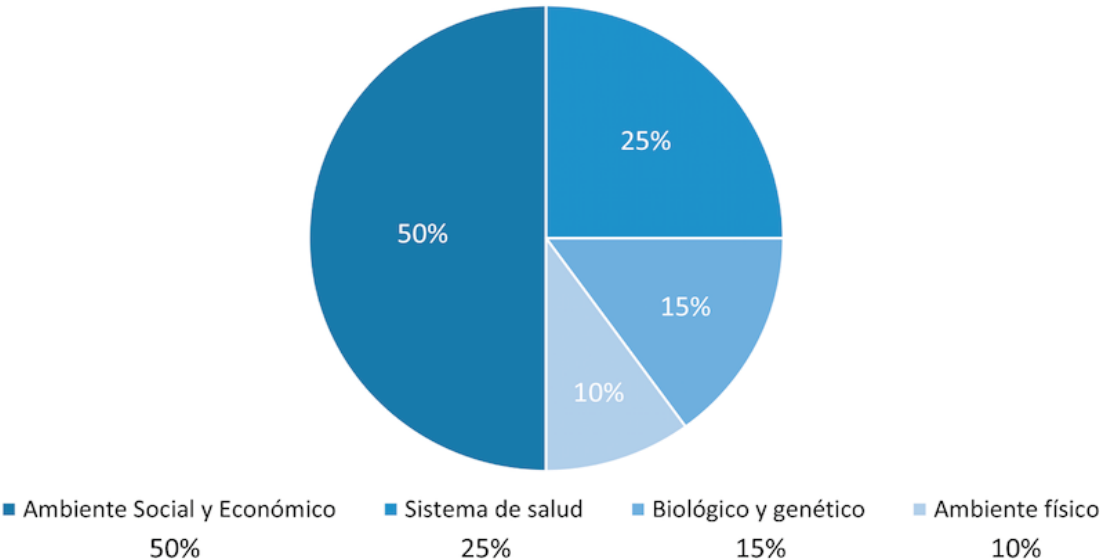
MARCO TEÓRICO

La pobreza se define como escasez o carencia de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas (5) siendo un problema a nivel mundial el cual ha persistido a lo largo del tiempo. En todo el mundo, 1,200 millones de personas aproximadamente viven en extrema pobreza. Esto significa que estas personas tienen un acceso restringido a vivienda, agua limpia, instalaciones sanitarias básicas o cualquier tipo de atención médica. A menudo los niveles de educación en áreas pobres son bajos ya que no pueden acceder a la educación por diferentes motivos como por ejemplo tener que aportar en el hogar (6). A pesar de que se han logrado avances significativos para erradicar esta situación en muchos países de Asia oriental y sudoriental, aún hay lugares en los que ésta es muy significativa como lo es en África Subsahariana en el cual casi el 42% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza (7).

Los países de escasos recursos tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y dentro de cada país, las personas que viven en la pobreza tienen más problemas de salud que las con más recursos, es por esto que se puede deducir que la pobreza esta interrelacionada con la mala salud (8). Esto se define como inequidades sanitarias que son las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país o entre países. Las inequidades son el resultado de desigualdades en las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermarse (9). Esta relación de salud y pobreza se explica en base a los determinantes sociales de la

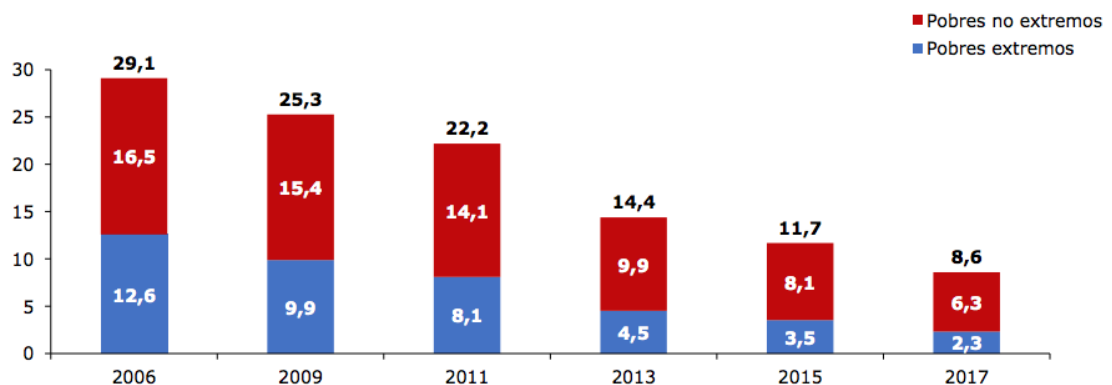
salud que son las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que tienen influencias sobre el proceso salud-enfermedad o “las características sociales dentro de las cuales la vida transcurre” (10). Es decir los determinantes sociales de la salud se refieren a las condiciones sociales que afectan o tienen consecuencias para la salud, y son factores sociales, políticos, económicos, culturales, étnico-raciales, psicológicos y de comportamiento que influyen la presencia de los problemas de salud y sus factores de riesgo en la población. En un estudio realizado por *Canadian Institute Advanced Research*, en el año 2002 se puede observar que el determinante social de la salud que más afecta a la población es el ambiente social y económico con un 50%, es por esto que es tan importante erradicar la pobreza ya que influye en este y en otros de los determinantes (Figura 1) (11).

FIGURA 1. Estimación del impacto de los Determinantes Sociales sobre el Estado de Salud de la población, 2002



En Chile, la pobreza es un problema latente. Las últimas estadísticas entregadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2017, arrojaron como resultado un 8,6% (Figura 2) de personas en situación de pobreza y pobreza extrema que en comparación con años anteriores denota una baja en este porcentaje (2).

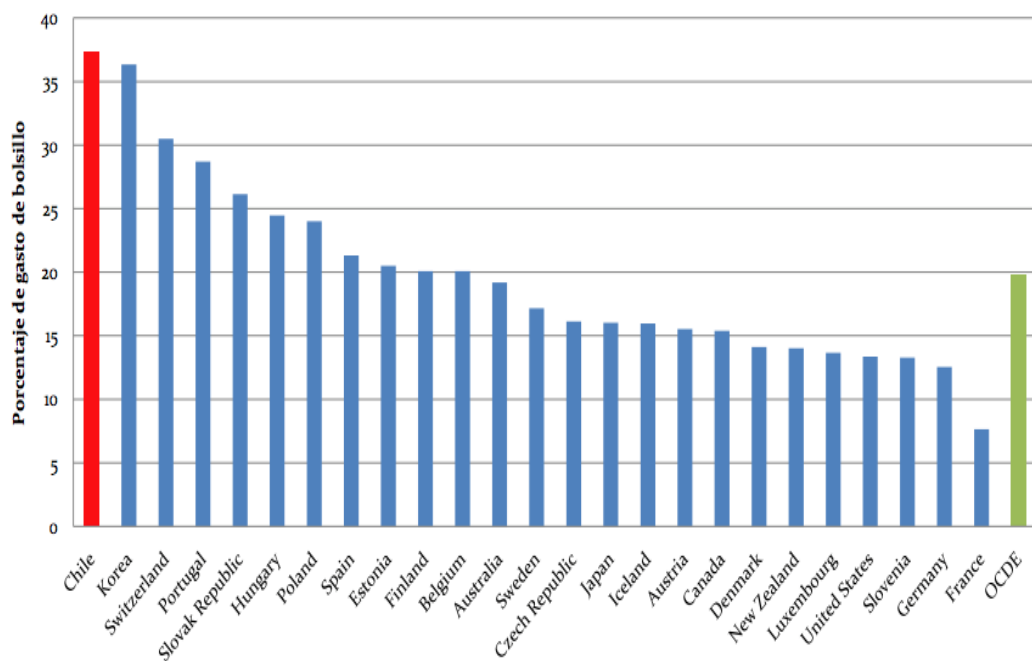
FIGURA 2. Incidencia de la pobreza y la pobreza extrema en la población, 2016-2017



La situación de pobreza es un tema que en Chile va ligado con el poco acceso a la salud ya que Chile es uno de los países con mayor inequidad, teniendo una gran brecha en la distribución del ingreso económico, con un Índice de Gini (forma de medir la desigualdad en los ingresos, medición en la que 0 representa igualdad perfecta y 1 la máxima desigualdad posible) (12) de 50,5% según el banco mundial, ocupando el número 14^a en ranking de los países con mayor inequidad de ingreso en el mundo (13).

Lo anterior toma relevancia ya que en Chile el acceso a la salud, según el estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en el año 2009, es uno de los países con mayor gasto en salud del bolsillo (cerca del 40% del gasto total en salud vs 20% promedio de la OCDE (Figura 3)), también presenta un mayor gasto privado (4.4% del PIB vs 2.7% promedio OCDE) y menor gasto público (4% del PIB vs 6.8% promedio OCDE) (14). Estos porcentajes indican que en Chile el gasto monetario en salud es más para las familias y que el estado no cubre tanto en este aspecto. Esto trae como consecuencias que el gasto de bolsillo afecta principalmente a las familias de menores recursos, ya que deben destinar más de su presupuesto familiar a la salud, asimismo el gasto privado en salud no es solidario, porque no hay un fondo universal.

FIGURA 3. Porcentaje de gasto de bolsillo en función de gasto total en salud, 2009



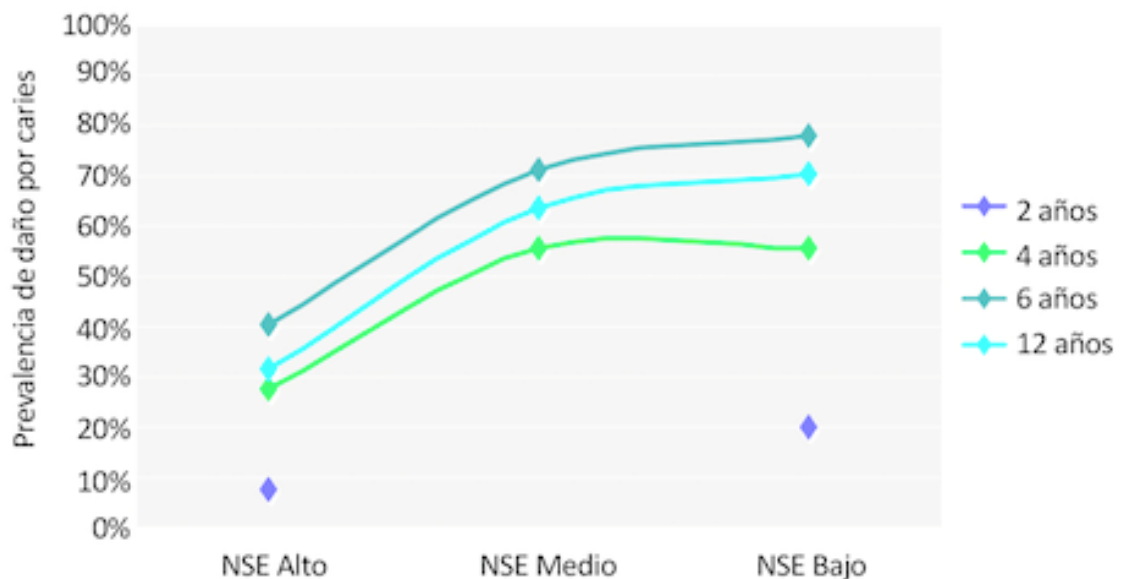
Se puede deducir de lo anterior que el derecho a la salud en Chile está condicionado por la capacidad de pago de las personas y no se cumpliría lo que la Constitución de la República de Chile declara, que la salud es un derecho básico reconocido para todos los ciudadanos(15), ya que en familias con escasos recursos esto se ve difícil o imposible en alguno de los casos.

Según el nivel socio económico, Chile tiene diferencias abismantes en cuanto a la prevalencia de algunas patologías, esto es directamente proporcional con el nivel educacional, siendo mayor la prevalencia a niveles socio económicos y educacionales menores. Estos factores de riesgo afectan a muchas patologías crónicas, entre ellas se encuentran las enfermedades bucales, en las cuales se observan importantes inequidades (16). Las enfermedades bucales o también conocidas como enfermedades de la cavidad oral son las más comunes de las enfermedades crónicas y son un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad, y también el alto costo de tratamiento (17). Las patologías bucales más prevalentes en el mundo, así como en Chile, son la caries dental, la enfermedad gingivales y periodontales y las anomalías dentomaxilares. Éstas se inician desde los primeros años de vida y a lo largo del ciclo vital aumentan su prevalencia considerablemente (16).

El departamento de salud pública en el año 2010, creó un análisis de situación de la salud bucal en Chile, en el cual se observa que las caries es la enfermedad oral más común, seguida por la enfermedad periodontal. También se advierte que en los adultos el

problema que más se presenta es el edentulismo (perdida de dientes) con un promedio de 15,8 dientes perdidos en personas de 65-74 años y 6,5 en adultos de 35-44 años. Además se analizan los factores de riesgo de las enfermedades orales, entre los cuales se destaca el nivel socioeconómico, el que se observa en desmedro de los niveles más bajos. Se observa que en pacientes con nivel socio económico alto de 12 años la prevalencia de caries es de un 30% versus un 70% a la misma edad pero con nivel socioeconómico bajo (Figura 4) (16).

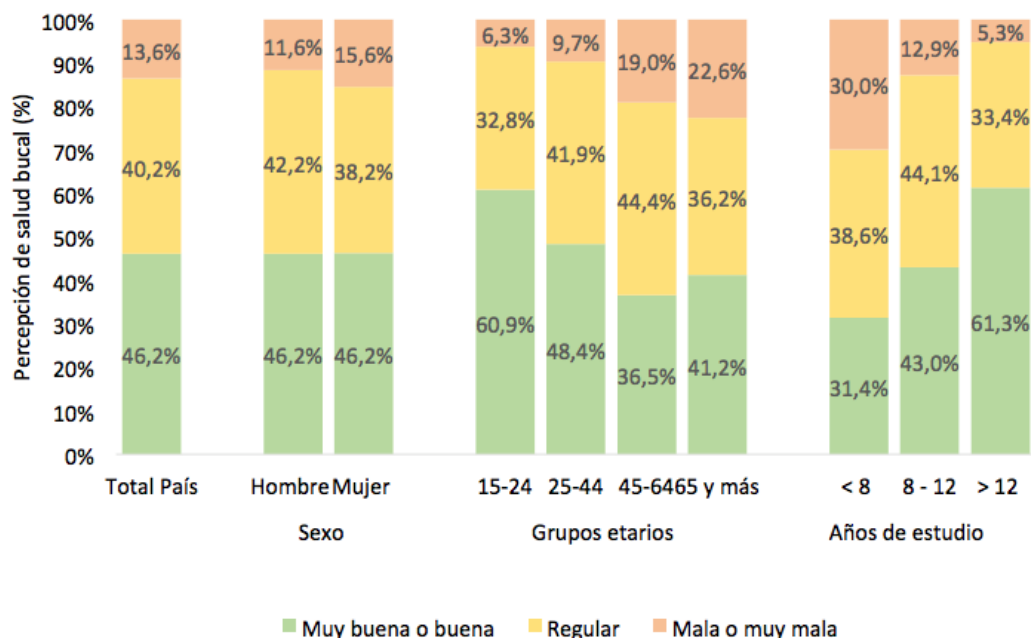
FIGURA 4. Grafico de Prevalencia de daño por caries según edad y NSE en Chile, 2010



En relación con el nivel educacional, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en el año 2016-2017, se indicó que según que la percepción de salud bucal v/s años de estudio, los chilenos con menos de 8 años de estudio percibe su salud oral como buena o muy buena en un 31,4%, regular con un 38,6% y mala o muy mala con

un 30,0%, en cambio, con 12 años de estudio o más, la percepción de su propia salud oral cambia a 61,3% como buena o muy buena, 33,4% como regular y 5,3% como mala o muy mala, dando como resultado una diferencia notable (Figura 5) (18). Se puede deducir de lo anterior que mientras disminuye el nivel educacional y socioeconómico, peor es la salud oral en Chile.

FIGURA 5. Grafico de percepcion de salud bucal total según sexo, edad y años de estudios cursados, 2016-2017



En respuestas a estas problemáticas, el gobierno de Chile empezó a implementar políticas públicas, que se explican cómo “Gobernar es una afirmación de la voluntad, un intento de ejercer control, de modelar el mundo. Las políticas públicas son instrumentos de esta resuelta ambición” (19). Estas se implementan en diversos ámbitos como lo son:

el desarrollo social, trabajo, educación, salud, entre otros. El Ministerio de Salud (MINSAL) es el encargado de desarrollarlas y denotan la correcta manera para llegar a abarcar problemas de complejidad mayor como lo son la cobertura para tratar enfermedades bucodentales asociadas a mayor pobreza y menor nivel socioeconómico. De la creación de las políticas públicas surgen estrategias de intervención en salud bucal que se materializan a través de programas, entre estos se encuentran: a) Las Metas sanitarias (poseen 4 objetivos sanitarios a nivel país), b) Los Índice de Actividad de Atención Primaria en Salud (IAAPS), c) Los Programas de Reforzamiento Atención Primaria en Salud (PRAPS) y d) Fluoración de agua. Los PRAPS están compuestos por 4 programas los cuales son: 1) Sembrando Sonrisas, 2) Programa Odontológico Integral (Más Sonrisas para Chile, Hombres de escasos Recursos, Estrategia Resolución de Especialidades en APS), 3) Ges Odontológico: (6 Años de Edad, Embarazadas, Urgencias GES Ambulatorias, 60 Años) y 4) Mejoramiento Acceso a la Atención Odontológica. Estos programas son ejecutados en los establecimientos de Atención Primaria de Salud municipal (APS municipal) en los cuales se encuentran: Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Posta de Salud Rural (PSR), Servicio de atención primaria de urgencia de alta resolución (SAR) y Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). (20)

El Programa Odontológico Integral (POI) tiene como propósito mejorar la salud bucal de la población beneficiaria en el primer nivel de atención, a través de atención preventiva, recuperativa y/o de rehabilitación protésica de acuerdo a los grupos

priorizados. Está formado por tres componentes los que son: a) Más Sonrisas para Chile, b) Hombres de escasos Recursos, c) Atención odontológica integral a estudiantes que cursen tercero y cuarto año de educación media y/o su equivalente (21).

El componente “Más Sonrisas para Chile” tiene su origen, con otro nombre, en el año 1995, cuando se inicia el “Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar”, como línea complementaria del “Programa Nacional de Habilitación Laboral para Mujeres de Escasos Recursos”, estrategia integral de apoyo coordinada por el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG), que busca promover la superación de uno de los principales problemas de salud que dificultan la inserción y permanencia de estas mujeres en el mercado del trabajo. A partir del año 2000 se incorporó a los varones, transformándose en la Estrategia Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (MHER), y que posteriormente contempla también la atención de funcionarios de JUNJI-INTEGRA, beneficiarios del Programa Chile Solidario y la resolución de lista de espera local. A partir del año 2014, considerando esta experiencia y el éxito obtenido por la iniciativa Sonrisa de Mujer, se crea la estrategia “Más Sonrisas para Chile” destinada a mujeres de escasos recursos. Este componente del programa odontológico integral, posee 2 estrategias las que son: 1) Atención odontológica Integral de mujeres mayores de 20 años. De estas atenciones al menos el 70% debe incluir rehabilitación protésica, 2) Auditorías clínicas al 5% de las altas odontológicas integrales “Más Sonrisas para Chile”. Los requisitos para optar a este componente son: ser beneficiaria legal del sistema público de salud (FONASA tramos A, B, C y D y/o PRAIS) y además debe

cumplir con el rango de edad establecido que es 20 años o más. El programa consta con las siguientes prestaciones: examen de salud bucal, intervención preventiva en alcohol, tabaco y otras drogas, destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, obturaciones estéticas (composite o vidrio Ionómero), radiografías periapicales, exodoncias, la realización de endodoncia en dientes uni o bi radiculares y prótesis removible (acrílica o metálica). Estas se realizan según indicación del cirujano dentista tratante. Además contempla la entrega de un cepillo de dientes suave, una pasta dental para adulto y la enseñanza de una adecuada higiene bucal. Durante la realización del tratamiento, el profesional tratante debe estar alerta a signos y señales de violencia de género, de existir, se deben comunicar oportunamente al equipo de salud con el fin de colaborar en una pesquisa precoz de problemas de violencia(21).

Con el objetivo de optimizar los cupos disponibles, se prioriza el acceso según el nivel de daño de la población, considerándose en primer lugar a aquellas mujeres que tengan una mayor carga de enfermedad oral y/o que requieran prótesis. De este modo, para la atención de las mujeres derivadas a programa Más Sonrisas se realizará una consulta de evaluación en el programa Morbilidad del Adulto para examinar y determinar, de acuerdo al nivel de daño, si corresponde su derivación al programa Mas Sonrisas o puede ser resuelta en morbilidad del adulto. Para poder ser derivadas al programa deben requerir una atención de 6 sesiones o más y que necesiten rehabilitación con prótesis removibles. Usuaris que requieran 5 sesiones o menos y no necesiten rehabilitación con prótesis se continua la atención dentro de la Morbilidad del Adulto, hasta su alta (21).

Este programa tiene diversas aristas en cuanto a su funcionamiento: entre las cuales se encuentra la distribución de recursos tanto humanos como económicos, el tiempo y materiales, entre otros. Dado lo anterior, el objetivo del presente estudio es Valorar la percepción de los Odontólogos sobre el funcionamiento del programa “Más sonrisas para Chile” con el fin de reconocer las fortalezas y debilidades del programa desde el punto de vista de odontólogos que ejecutan activamente este programa en el Servicio de Salud Talcahuano y así poder implementar futuras mejoras.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Valorar la percepción de los Odontólogos sobre el funcionamiento del programa “Más sonrisas para Chile” del servicio Talcahuano en el año 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Valorar la percepción en relación al funcionamiento general con respecto a la gestión y recursos del programa “Más sonrisas para Chile”.

Valorar la percepción en relación al tipo de tratamientos que se realizan y tiempos en consulta , si son adecuados y suficientes.

Establecer la percepción sobre la efectividad de la promoción del programa de acuerdo al publico objetivo en relación a la edad.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, donde la población de estudio está dada por 24 odontólogos que ejecutan el programa ‘‘Más sonrisas para Chile’ en el Servicio de Salud Talcahuano, el cual consta de 4 comunas Talcahuano con 9 tratantes, Hualpén con 6 tratantes, Penco con 1 tratante y Tome con 8 tratantes.

Las entrevistas fueron aplicadas a los Odontólogos que cumplían con los respectivos criterios de inclusión, los cuales fueron: Odontólogos que participen en el Servicio Talcahuano y que además ejecuten el programa ‘‘Más sonrisas para Chile ’’. Se excluyeron de este estudio a: Odontólogos del Servicio Talcahuano que no trabajen en el programa, Odontólogos que no accedan a la entrevista por motivos de tiempo y lejanía.

Para reclutar la información se realizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve, hasta alcanzar la muestra por saturación de respuestas. Se reclutaron un total de 10 odontólogos que ejercen el programa de los cuales 4 son de la comuna de Talcahuano, 3 de Hualpén, 1 de Penco y 2 de Tome.

Se elaboró una tabla lógica donde se identificaron las variables, las cuales fueron la percepción del funcionamiento con respecto a la gestión y recursos, la percepción sobre tratamientos y tiempo en consulta y la percepción sobre la efectividad de la promoción del programa de acuerdo al público objetivo (Anexo 1). Estas se utilizaron para elaborar las preguntas de la entrevista, la cual se utilizó para la recolección de datos (Anexo 2).

La entrevista fue previamente validada por el juicio de 3 expertos los cuales obtuvieron un K de competencia de 0,9 (Anexo 4 y 5), y así se obtuvo la depuración del lenguaje del instrumento. Se llevó a cabo entre los meses de agosto y octubre del año 2018. El lugar se fijó a conveniencia del entrevistado.

El dialogo de la entrevista fue grabado con la grabadora de voz incluida en un Smartphone marca iPhone modelo 8 plus y posteriormente se traspasó la entrevista a un escrito en Microsoft Word, un Software de procesamiento de texto y documentos para ser analizado a través de un Análisis Semántico Estructural donde se identificaron código base, código opuesto, totalidades, para finalizar creando un protocolo analítico.

Se siguieron los principios estipulados en la declaración de Helsinki y la Ley N°20.120, artículo 11, ya que no se realizaron intervenciones que perjudiquen la integridad física o psicológica del grupo de estudio y solo se recolectó información entregada por ellos. Además, se utilizó un consentimiento informado (Anexo 3) donde el sujeto de estudio tenía la opción de aceptar o rechazar su participación en la investigación, teniendo conocimiento de toda la información respecto a los propósitos de la investigación y las condiciones de su participación. Este consentimiento informado plantea el objetivo del estudio y deja expresado que la identidad del sujeto en estudio siempre estará resguardada y de no ser así se le pedirá previa autorización para dar a conocer su identidad.

RESULTADOS

En relación a la percepción de los odontólogos sobre el funcionamiento del programa se agrupó en 3 temas de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación. Los temas fueron: 1) Funcionamiento en cuanto a gestión y recursos, 2) Tratamientos realizados y tiempo en consulta y 3) Efectividad de la promoción del programa de acuerdo y rango de edad. Se obtuvieron los siguientes resultados.

Tema N^o 1:

TABLA 1. Análisis de datos pregunta N^o1, Tema 1.

| Entrevistado | Código base | Código opuesto | Totalidad |
|--------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| 1 | Bastante bueno. | Bastante malo. | Percepción de funcionamiento. |
| 2 | Buen programa. | Mal programa. | Valoración. |
| 3 | Bueno, bien organizado. | Malo, mal organizado. | Organización del programa. |
| 4 | En general es súper ordenado. | En general es súper desordenado. | Orden del programa. |
| 5 | Súper ordenado. | Súper desordenado. | Orden del programa. |
| 6 | Bueno, lo importante son las metas. | Malo, no importan las metas. | Valoración y cumplimiento de metas |
| 7 | Es un sistema ordenado y eficiente. | Es un sistema desordenado e ineficiente. | Orden y eficiencia del sistema. |
| 8 | Ha sido distinto todos los años. | Ha sido igual todos los años | Cambios en el tiempo. |
| 9 | Sumamente desordenado. | Sumamente ordenado. | Orden del programa. |

| | | | |
|-----------|--------|-------|--------------------------------|
| 10 | Bueno. | Malo. | Percepción del funcionamiento. |
|-----------|--------|-------|--------------------------------|

TABLA 2. Análisis de datos pregunta N^a2, Tema 1.

| Entrevistados | Código base. | Código opuesto. | Totalidad. |
|----------------------|---|---|---|
| 1 | Proporción de cupos de prótesis metálicas. | Proporción de prótesis acrílicas | Proporción de prótesis en cuanto al material. |
| 2 | Proporción de cupos de prótesis metálicas. | Proporción de prótesis acrílicas. | Proporción de prótesis en cuanto al material. |
| 3 | Agregar más prótesis metálicas. | Quitar prótesis metálicas. | Cantidad de prótesis metálicas. |
| 4 | Derivar pacientes que lo necesiten más. | Derivar pacientes que no lo necesiten. | Derivación de pacientes. |
| 5 | Que incluyeran hombres. | Que no incluyeran hombres. | Inclusión de hombres al programa. |
| 6 | Que fueran más cupos y horas | Que fueran menos cupos y horas | Cantidad de cupos y horas. |
| 7 | La gestión de convenios | No gestión de convenios. | Administración de convenios. |
| 8 | La transparencia de la distribución del dinero. | La no transparencia de la distribución del dinero | Distribución del dinero. |
| 9 | La organización. | La desorganización | Organización del programa. |
| 10 | La gestión del programa. | La no gestión del programa. | Funcionamiento. |

TABLA 3. Análisis de datos pregunta N^a3, Tema 1.

| Entrevistado | Código base | Código opuesto | Totalidad. |
|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | Insumos insuficientes.. | Insumos suficientes. | Insumos a disposición del tratante. |
| 2 | Bastantes recursos. | Pocos recursos. | Recursos para el programa. |
| 3 | Los recursos están bien distribuidos. | Los recursos están mal distribuidos. | Distribución de los recursos. |
| 4 | Hay pocos recursos. | Hay bastantes recursos. | Cantidad de recursos. |
| 5 | Siempre faltan. | Siempre alcanzan. | Cantidad de recursos. |
| 6 | Escasez de recursos. | Abundancia de recursos.. | Disposición de recursos. |
| 7 | Al menos el material es muy bueno. | Al menos el material es muy malo. | Calidad del material. |
| 8 | Son buenos. | Son malos. | Valoración. |
| 9 | Se inicia con pocos materiales. | se inicia con suficientes materiales. | Disponibilidad de materiales. |
| 10 | Los recursos están bien. | Los recursos están mal. | Cantidad de recursos. |

Protocolo analítico:

La **percepción del funcionamiento** del programa por parte del odontólogo tratante en general tiene una **valoración** en cuanto al **orden y eficiencia del sistema**, el cual tiene **cambios en el tiempo** a favor **del cumplimiento de metas**.

En relación a las necesidades consideradas por parte de los participantes, se sugiere el cambio de la **proporción de prótesis en cuanto al material** incrementando **la cantidad de prótesis metálicas**, además de la **derivación de pacientes, cantidad de cupos y horas e inclusión de hombres**. Así como **la organización del programa** por ejemplo: **la administración de convenios y distribución de dinero**.

En cuanto a la vinculación de los **recursos para el programa y la distribución** adecuada, se traduce en **insumos a disposición del tratante** donde la **cantidad y calidad del material** es ejemplo de **valoración** de estos.

Análisis interpretativo:

La percepción del funcionamiento del programa por parte del odontólogo tratante, en general tiene una valoración positiva en cuanto al orden y eficiencia del sistema, se expresa en frases como: *“me parece que funciona bien, es un buen programa, lo ejecuto hace 3 años, lo bueno es que funciona por metas, es por cumplimiento”*... (entrevistado n°2). Además este ha tenido cambios en el tiempo mejorando año tras año para poder lograr el cumplimiento de las metas instauradas por el gobierno, tal como lo menciona el entrevistado n°7 *“...desde el 2010 a la fecha, me encuentro a cargo de este programa y ha mejorado a través de los años...”*.

En relación a las necesidades consideradas por parte de los participantes, se sugiere el cambio de la proporción de prótesis en cuanto al material, incrementando la cantidad de prótesis metálicas, además de la derivación de pacientes, cantidad de cupos y horas e inclusión de hombres. Así como la organización del programa por ejemplo: la administración de convenios y distribución de dinero. Entre las oportunidades de cambio que evidencian, están el incrementar dentro de lo posible la cantidad de prótesis metálicas ya que tiene ventajas por sobre las de acrílico, tal como mencionó el entrevistado n°1 *“son mucho más cómodas para el paciente y duran más...”*. Además de la derivación correcta de las beneficiarias por parte de las instituciones respectivas para poder realizar tratamientos de prótesis removible, por otra parte ven posibilidades de cambio en cuanto a la organización del programa por ejemplo la administración de convenios con laboratorios dentales los cuales si se licitaran a tiempo les amenizaría su trabajo clínico, tal como relató el entrevistado n°7 *“todo se atrasa y tenemos a los pacientes esperando para poder tomar impresiones y empezar con la rehabilitación protésica...”*, así como también la correcta distribución de dinero. Para el odontólogo la vinculación de los recursos para el programa y la distribución adecuada, se traduce en insumos a disposición del tratante donde la cantidad y calidad del material es ejemplo de valoración de estos.

En cuanto a los recursos destinados para el odontólogo, la mala distribución de estos a veces genera que la disposición de materiales no sea la adecuada entorpeciendo el trabajo clínico, aunque los materiales cuando están son de buena calidad, pero en general

están bien distribuidos tal como mencionó el entrevistado n°1, quién indicó que *“los recursos en realidad yo encuentro que se destinan bien porque es el presupuesto que llega y la cantidad de prótesis que se puede hacer...”*.

Tema N°2:

TABLA 4. Análisis de datos pregunta N°4, Tema 2.

| Entrevistado | Código base | Código opuesto. | Totalidad. |
|---------------------|---|--|--|
| 1 | Lo podemos regular. | No lo podemos regular. | Regulación del tiempo. |
| 2 | Lo podemos distribuir. | No lo podemos distribuir. | Distribución del tiempo. |
| 3 | Lo determina cada dentista. | No lo determina cada dentista. | Determinación de cada dentista. |
| 4 | Se puede decidir. | No se puede decidir. | Decisión de distribución de tiempo. |
| 5 | Está bien distribuido. | No está bien distribuido. | Valoración de distribución del tiempo. |
| 6 | Es dependiente de la acción clínica. | Es independiente de la acción clínica. | Según acción clínica. |
| 7 | Se puede decidir. | No se puede decidir. | Decisión de distribución de tiempo. |
| 8 | Depende del dentista. | No depende del dentista. | Dependencia de cada dentista. |
| 9 | Lo podemos distribuir. | No lo podemos distribuir. | Facultad de distribución. |
| 10 | Distribución del tiempo depende del dentista. | Distribución del tiempo no depende del dentista. | Dependencia de cada dentista. |

TABLA 5. Análisis de datos pregunta Nª5, Tema 2.

| Entrevistado | Código base. | Código opuesto. | Totalidad. |
|---------------------|--|--|----------------------------------|
| 1 | Lo que más se realiza son prótesis removible y obturaciones. | Lo que menos se realiza son prótesis removible y obturaciones. | Tratamientos más realizados. |
| 2 | Tratamiento de operatoria. | ----- | Operatoria. |
| 3 | Prótesis removible. | ----- | Prótesis removible. |
| 4 | Tratamiento de operatoria. | -----. | Operatoria. |
| 5 | Es operatoria. | No es operatoria. | Tratamiento más realizado. |
| 6 | Composite. | -----. | Composite. |
| 7 | Restauraciones de composite. | -----. | Restauraciones de composite. |
| 8 | Sistema de higienización básico. | -----. | Sistema de higienización básico. |
| 9 | Extracciones. | -----. | Extracciones. |
| 10 | Composite. | -----. | Composite. |

TABLA 6. Análisis de datos pregunta Nª6, Tema 2.

| Entrevistado | Código base | Código opuesto. | Totalidad. |
|---------------------|--|-----------------------------|--|
| 1 | Se alcanza. | No se alcanza. | Cumplimiento de metas. |
| 2 | Se alcanzan las 2 metas. | No se alcanzan las 2 metas. | Cumplimiento de ambas metas. |
| 3 | Si, la primera instancia que es el 50% al 31 de agosto y la segunda del 100% al 31 de diciembre. | -----. | Cumplimiento de metas en agosto y diciembre. |
| 4 | Sí, ya que los tiempos | No, ya que los | Tiempo establecido. |

| | | | |
|-----------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| | están bien establecidos. | tiempos están mal establecidos. | |
| 5 | Sí, se alcanza | No se alcanza. | Cumplimiento de metas. |
| 6 | Se deberían cumplir. | No se deberían cumplir. | Cumplimientos de metas. |
| 7 | Se cumplen. | No se cumplen | Cumplimientos de metas. |
| 8 | Si, porque son plazos alcanzables. | No, porque son plazos inalcanzables. | Plazos realizables. |
| 9 | Casi nunca se alcanzan. | Casi siempre se alcanzan. | Cumplimientos de metas. |
| 10 | La verdad es que no. | La verdad es que si. | Cumplimiento de metas. |

TABLA 7. Análisis de datos pregunta Nª8, Tema 2.

| Entrevistado | Código base. | Código opuesto. | Totalidad. |
|---------------------|---|---|--|
| 1 | Tener acceso a endodoncia. | No tener acceso a endodoncia. | Accesibilidad a tratamientos de conducto. |
| 2 | Contar con incrustaciones y endodoncia. | No contar con incrustaciones y endodoncia | Disponibilidad de tratamientos de incrustación y endodoncia. |
| 3 | Tratamientos que requieran especialidad | Tratamientos que no requieran especialidad. | Tratamientos de especialidad |
| 4 | No agregaría más tratamientos. | Agregaría más tratamientos. | Adición de tratamientos. |
| 5 | Agregaría coronas. | No agregaría coronas. | Prótesis fija. |
| 6 | Agregar coronas. | No agregar coronas. | Prótesis fija. |
| 7 | No es necesario agregar tratamientos. | Es necesario agregar tratamientos. | Adición de tratamientos. |
| 8 | Agregaría endodoncias. | No agregaría endodoncias. | Accesibilidad a tratamientos de conducto. |
| 9 | Agregar tratamientos de especialidad | No agregar tratamientos de | tratamientos de especialidad |

| | | | |
|-----------|--------------------|-----------------|--------------------------|
| | | especialidad. | |
| 10 | No agregaría nada. | Agregaría algo. | Adición de tratamientos. |

Protocolo analítico:

La **regulación del tiempo** en la atención por paciente, pasa por la **determinación de cada dentista** que ejecuta el programa, ya que tienen la **facultad de distribución del tiempo según la acción clínica** a realizar.

Según los entrevistados entre los **tratamientos más realizados** están los de **operatoria**, como lo son **las restauraciones de composite, prótesis removible, sistema de higienización básico y extracciones**.

Los ejecutores del programa establecen que **el cumplimiento de metas en agosto y diciembre** es posible gracias a **plazos realizables** en el **tiempo establecido** por el gobierno.

Por otra parte los profesionales agregarían **tratamientos de especialidad** mediante la **disponibilidad de incrustación y endodoncia**, además de **prótesis fija** para lograr el alta integral.

Análisis interpretativo:

En relación a la regulación del tiempo en la atención por paciente, ésta pasa por la determinación de cada dentista que ejecuta el programa, ya que tienen la facultad de distribución del tiempo según la acción clínica a realizar. Todos los sujetos del estudio coinciden en que la distribución del tiempo está bien, ya que el programa les da la

potestad de organizar la agenda de pacientes a su conveniencia dependiendo de la acción clínica a realizar para poder lograr las metas impuestas y se expresa en frases como: *“la atención de los pacientes depende del dentista, como te digo depende del sistema de contrato que tenga por ejemplo a nosotros nos contratan por altas y por prótesis, nos dicen el Cesfam está a su disposición para que usted trabaje, si yo quiero estar con un paciente una hora y si el paciente lo amerita yo he estado con pacientes una hora... pero también hay pacientes que pueden estar media hora y eso depende...”* (entrevistado n°8).

Los participantes del presente estudio coinciden en que entre los tratamientos más realizados están los de operatoria, como lo son las restauraciones de composite, además de prótesis removible, sistema de higienización básico y extracciones. Las restauraciones de composite en primer lugar y en último o menos recurrentes las extracciones dentarias, ya que han notado un aumento en la preocupación por parte de las pacientes a perder piezas dentarias, tal como lo menciona el entrevistado n°5 *“...ya no hay tantas extracciones, la gente ya no quiere perder los dientes y las que llegan son porque la periodontitis está muy avanzada o restos radiculares...”*.

Los ejecutores del programa establecen que el cumplimiento de metas en agosto y diciembre es posible gracias a plazos realizables en el tiempo establecido por el gobierno, dentro de esto ellos indican que el cumplimiento del 50% de las altas en agosto y del 100% al mes de diciembre se puede realizar en el tiempo establecido por el

gobierno tal como mencionó el entrevistado n°2, quién indicó que “...es que es difícil no cumplir porque uno va haciendo avances mensuales...”, y cuando no se alcanza es por mala gestión de laboratorio como indica en entrevistado n°8 “...habitualmente nos pasamos pero por que también depende no solo de la atención del dentista, sino que depende también de la dirección de salud y que licite un buen laboratorio dental...”.

Con respecto a los tratamientos realizados en el programa los entrevistados agregarían incrustaciones, endodoncia y prótesis fija lo cual permitiría la mantención de piezas en boca tal como lo menciona el entrevistado n°5 “...estos tratamientos sirven mucho para mantener dientes y no extraerlos...”, esto en un contexto ideal, ya que dentro de los tratamientos que se pueden realizar en APS el programa tiene buena cobertura como lo indicó el entrevistado n°4 “...en general está bien, si son las coberturas que podemos hacer tanto como odontólogo general y con las condiciones que tenemos en el Cesfam...”.

Tema N°3:

TABLA 8. Análisis de datos pregunta N°7, Tema 3.

| Entrevistado | Código base. | Código opuesto. | Totalidad. |
|---------------------|--|--|---|
| 1 | Entre 40 y 70 años. Porque vienen por prótesis. | -----. -----. | Entre 40 a 70 años. Daño adquirido en el tiempo. |
| 2 | Es heterogéneo Son pacientes con menos acceso a tratamientos. | Es homogéneo. Son pacientes con más acceso a tratamientos | Heterogeneidad en la edad de pacientes. Accesibilidad a tratamientos por parte de los pacientes. |
| 3 | Entre 45 y 60 años. Por recambio de prótesis. | -----. -----. | Entre 45 y 60 años. Por recambio de prótesis. |
| 4 | Entre 40 a 55 años. Por el gran número de piezas perdidas. | -----. -----. | Entre 40 a 55 años. Pérdida dentaria. |
| 5 | Entre 35 y 55 años. Aumento en su preocupación personal. | -----. Disminución en su preocupación personal. | Entre 35 y 55 años. Nivel de preocupación personal. |
| 6 | Entre 50 y 60 años. Dientes perdidos. | -----. Dientes mantenidos. | Entre 50 y 60 años. Pérdida dentaria. |
| 7 | Entre 45 y 55 años. Mejorar salud y autoestima. | -----. Empeorar salud y autoestima. | Entre 45 y 55 años. Nivel de salud y autoestima. |
| 8 | Entre 40 a 70 años. Son personas más | -----. Son personas menos | Entre 40 a 70 años. Daño adquirido por |

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| | dañadas. | dañadas. | el tiempo. |
| 9 | Entre 50 y 70 años. Cantidad de piezas dentarias perdidas. | -----. Cantidad de piezas mantenidas. | Entre 50 y 70 años. Piezas dentarias en boca. |
| 10 | Entre los 40-50. | -----. | Entre los 40-50. |

TABLA 9. Análisis de datos pregunta N^a9, Tema 3.

| Entrevistado | Código base. | Código opuesto. | Totalidad. |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 1 | No hacemos propaganda. | Hacemos propaganda. | Realización de propaganda. |
| 2 | No hacemos propaganda. | Hacemos propaganda. | Realización de propaganda. |
| 3 | No hay difusión. | Hay difusión. | Difusión del programa. |
| 4 | Pacientes realizan difusión. | Pacientes no realizan difusión. | Difusión por parte de beneficiarias. |
| 5 | Es mala. | Es buena. | Valoración de la propaganda del programa. |
| 6 | No es mucha. | Es mucha. | Difusión del programa. |
| 7 | Suficiente | Insuficiente | Realización de propaganda. |
| 8 | Tiene buena recepción | Tiene mala recepción. | Recepción del programa. |
| 9 | Falta educación de la población. | Educación óptima de la población. | Educación de la población. |
| 10 | Es buena. | Es mala. | Calidad de propaganda. |

TABLA 10. Análisis de datos pregunta N^a10, Tema 3.

| Entrevistado | Código base. | Código opuesto. | Totalidad. |
|--------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 1 | Debería tener equiparidad. | No debería tener equiparidad. | Equidad de género. |
| 2 | No me parece. | Me parece | Aceptación del nombre del programa. |
| 3 | Es dispar. | No es dispar. | Equidad de género. |
| 4 | No me parece que excluyan hombres. | Me parece que excluyan hombres. | Inclusión de hombres al programa. |
| 5 | Tiene que ser equitativo. | No tiene que ser equitativo. | Equidad de género. |
| 6 | Me parece bien. | Me parece mal. | Apreciación del programa con respecto al nombre |
| 7 | Deberían acceder los hombres. | No deberían acceder los hombres. | Acceso a programa. |
| 8 | No es original. | Es original. | Originalidad. |
| 9 | Deberían cambiar el nombre. | No deberían cambiar el nombre. | Cambio de nombre. |
| 10 | Se debería incluir a los hombres | No se debería incluir a los hombres | Inclusión al programa. |

Protocolo analítico:

Según los entrevistados existe **heterogeneidad en la edad de las pacientes** donde el rango mayoritario es **entre 40 y 70 años**. Esto debido al **daño adquirido en el tiempo** que lleva a la **pérdida dentaria** por poca **accesibilidad a tratamientos por parte de las pacientes** y buscan un **nivel de salud y autoestima**.

Los odontólogos relatan que no hay **realización de propaganda del programa**, existe **difusión por parte de las beneficiarias** y la **recepción del programa** es valorada pero falta **educación de la población**.

En cuanto a la **apreciación del programa con respecto al nombre** opinan que le falta **originalidad** requiriendo un **cambio de nombre**. Y el **acceso al programa** permita la **inclusión de hombres** para una **equidad de género**.

Análisis interpretativo:

Según los entrevistados existe un rango variado en la edad de las pacientes que se atienden en el programa donde el rango mayoritario es entre 40 y 70 años. La apreciación en cuanto al rango que accede se expresa en frases como: *“es súper heterogéneo el grupo...”* (entrevistado n°2) y se puede explicar con la frase *“...los pacientes mientras mayor edad es como normal que tengan más piezas dentarias perdidas y que necesiten de prótesis...”* (entrevistado n°9).

Por otro lado los odontólogos relatan que en cuanto a la propaganda del programa, ésta es casi nula tal como menciona el entrevistado n°5 *“la propaganda es mala, mala mala, nadie sabe del programa con suerte la vecina, que le dijo yo estuve en un programa el año pasado que era para mujeres y vienen con eso...”*, pese a esto relatan que hay una difusión por parte de las beneficiarias tal como lo menciona el entrevistado n°4 *“...entre las pacientes existe difusión a través del voz a voz...”*. Las pacientes beneficiarias en su mayoría son derivadas de instituciones y de listas de espera local, como expresó el

entrevistado n°2 “...los pacientes llegan de listas de espera local o de las instituciones que derivan para la atención...”. También se menciona que la recepción del programa es valorado pero falta educación de la población en cuanto a la información de programas mencionado por el entrevistado n°7 “es conocido por la gente, pero falta mayor educación de la población...”.

En cuanto a la apreciación del programa con respecto al nombre en su gran mayoría los entrevistados no están de acuerdo con este, porque no refleja lo que es fidedignamente, también opinan que le falta originalidad tal como indicó el entrevistado n° 8 “buscaría un nombre un poco más original...”. De la misma manera creen que el nombre no representa una equidad de género, mostrando interés en que el acceso fuese equitativo entre hombres y mujeres, como lo relatado por el entrevistado n°10 “la verdad encuentro de que se debería incluir a los hombres o por lo menos el programa que está destinado para hombres porque existen dos, este programa que es para la mujer “Más Sonrisas para Chile” y está también el programa de hombre, creo que en vez de hacer una combinación se debería aumentar los cupos de hombres porque es muy pequeña en comparación a la totalidad de cupos de este programa para las mujeres”.

DISCUSIÓN

Cuando se ejecuta un POI, en este caso el “Más Sonrisas para Chile” intervienen diversos actores, como lo son: los odontólogos tratantes, asistentes y pacientes. Generando un vínculo entre ellos de lo cual surge una opinión en cuanto a la atención otorgada y recibida respectivamente. La percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades. Es el resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones (22).

La percepción de los odontólogos sobre el programa “Más Sonrisas para Chile” reflejó una valoración positiva en cuanto al funcionamiento que en el discurso de los entrevistados se expresa en orden y eficiencia del sistema.

Una arista a considerar en la cual los entrevistados coincidieron en su totalidad, es que se hace necesaria una mejor distribución y gestión de los recursos económicos, ya que es de gran importancia para la transparencia del programa y un trabajo clínico más expedito, tal como indica la subsecretaría de redes asistenciales, que hace mención a la gestión de los recursos financieros en Atención Primaria, la cual se inscribe dentro del contexto de la administración de los recursos estatales en los distintos niveles de gobierno; estos recursos se insertan en una lógica macro de presupuesto por resultados, reconociendo la importancia de la asignación de recursos transparente y la necesidad de dar cuenta a la comunidad y a los distintos actores sociales involucrados, dónde se gasta,

cómo se gasta, quienes son beneficiados y cómo son las fuentes de financiamiento de los gastos efectuados. Esto cobra especial importancia en salud, pues involucra a las personas y su bienestar (23).

Del mismo modo, mediante el análisis de respuesta entre las oportunidades de cambio que surgieron, se repitió en reiteradas ocasiones por parte de los entrevistados la necesidad de incrementar dentro de lo posible la cantidad de prótesis metálicas, porque según estos tiene ventajas por sobre las de acrílico, lo que coincide con la evidencia que señala las ventajas de las prótesis parciales de cromo-cobalto (esqueléticos) con respecto a las de acrílico, por el menor volumen en su estructura, un mejor ajuste y una mayor dureza (24), esto se debe a que las bases de acrílico son de Polimetilmetacrilato (PMMA), las bases metálicas son de Cr-Co, metales preciosos o Titanio (25). La cantidad de prótesis metálicas depende de los cupos que llega a cada APS municipal, ya que en algunos no está la opción de prótesis metálicas. Del mismo modo ocurre con el acceso a endodoncias donde en ciertos lugares se vió que se contaba con la opción para derivación a centros de salud teniendo una rápida resolutivez en el tratamiento y en otros la derivación es al hospital base, siendo más largos los periodos de espera. Esto cobra especial relevancia en la presente investigación porque hace un llamado a que las orientaciones técnicas del programa sean más concisas en algunos temas, que si bien como el nombre lo indica son orientaciones, se regule de mejor manera y exista mayor unificación de los tratamientos prestados a la comunidad beneficiaria, independiente del centro de salud donde se ejecute el programa. Así también con la licitación de

laboratorios, ya que se manifestó entre los odontólogos la necesidad de la licitación al inicio del programa, porque hace crítico el avance en los tratamientos de las pacientes.

Los entrevistados perciben que el tratamiento más realizado en “Más Sonrisas para Chile” son las restauraciones de composite, esto tiene directa relación a que las caries es la enfermedad oral más común (16). Seguida de la realización de prótesis removibles, ya sea total o parcial, lo cual se debe al proceso de envejecimiento fisiológico que también se manifiesta en la cavidad bucal con la pérdida de piezas dentarias o la periodontitis que por lo general se traduce en la necesidad de una prótesis (26). También esto dice relación con el rango de edad que más accede al programa que va entre los 40 a los 70 años donde se refleja un acumulo de daño a través del tiempo.

En relación al acceso de las pacientes al programa, los odontólogos relataron que el poder realizarse un tratamiento dental integral les permite un mejor nivel de salud y autoestima, que contribuye a la inclusión en el ámbito laboral, donde el Gobierno trabaja arduamente y según publicaciones este ámbito es uno de los espacios donde mayores avances se han realizado, promoviendo la mayor participación de la mujer en el trabajo, intentando evitar las discriminaciones, conciliando el espacio laboral con la familia y compartiendo las responsabilidades de crianza y cuidado de los hijos con los hombres (27).

A su vez, otra de las dimensiones abordada en la presente investigación, tiene relación a la equidad de género, donde la mayoría de los participantes del estudio consideraron aumentar la cantidad de cupos en cuanto al acceso de hombres a su respectivo POI, sin ir en desmedro de los cupos de las beneficiarias del “Más Sonrisas para Chile”, esto contribuye a una no discriminación bidireccional, para esto el Gobierno de Chile en el año 2012 publica la Ley N° 20.609 que establece medidas contra la discriminación, disponiendo un procedimiento judicial para restablecer el imperio del derecho en caso de actos de discriminación arbitraria (27), lo cual es de gran importancia hoy en día.

De acuerdo a lo que se observó en cuanto a los alcances y limitaciones del estudio se extraen recomendaciones respecto a los criterios de inclusión y exclusión de la muestra, como por ejemplo: definir el tiempo que lleva el entrevistado ejecutando el programa, ya que la opinión puede variar según el periodo de ejecución. Pese a lo anterior como no existen investigaciones en relación a la percepción de los odontólogos que ejecutan el “Más Sonrisas para Chile” ni otros programas similares, el presente estudio busca dar pie a futuras investigaciones en materia de salud pública a lo largo de Chile.

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo desarrollado en este estudio se evidenció que los odontólogos que ejecutan el programa “Más Sonrisas para Chile” activamente, tienen una percepción positiva frente al funcionamiento del programa el cual va mejorando a través del tiempo. Sin embargo se observó que existen diferencias entre los establecimientos, dependiendo de la comuna donde se ejecute el programa, ya que en algunas se contaba con ciertos recursos y en otras simplemente no, como pasó con las prótesis parciales de metal. Además desde el punto de vista de los odontólogos, debería existir una mejor distribución y gestión de los recursos económicos, ya que por esto algunas veces no se alcanzan a realizar las metas en los tiempos establecidos, teniendo que extender el programa a más meses.

Esta investigación buscó valorar la imagen mental configurada en el odontólogo tratante, en cuanto al funcionamiento en general del programa “Más Sonrisas para Chile”, ésta es de suma relevancia, ya que recoger la opinión de quien ejecuta un programa de Gobierno permite poder realizar un análisis y ver desde una perspectiva cercana tanto sus fortalezas como debilidades. Donde las posibles mejoras van en directo beneficio de los pacientes atendidos, quienes por lo general tienen mayor vulnerabilidad. Esto abre la posibilidad de abordar con nuevos estudios el tema en cuestión, ya que se podrán generar las directrices para futuros cambios, por ejemplo en las orientaciones técnicas del programa odontológico integral, ya que si bien son sólo orientaciones estas poseen cierto grado de ambigüedad.

El presente estudio busca ser una herramienta de utilidad tanto para el “Más Sonrisas para Chile” como también para otros programas de salud pública instaurados por el Gobierno, no tan sólo en el ámbito odontológico, sino también en otras áreas de la salud.

ANEXOS

ANEXO 1. Tabla de Variables.

| Objetivo específico. | Variable. | Indicador. | Preguntas. |
|---|--|--|--|
| <p>Determinar la percepción sobre cómo es el funcionamiento en general con respecto a la gestión y recursos del programa “Más Sonrisas para Chile”</p> | <p>Percepción del funcionamiento con respecto a la gestión y recursos.</p> | <p>-Percepción sobre el funcionamiento en cuanto a la gestión.</p> <p>-Percepción sobre el funcionamiento con respecto a los recursos .</p> | <p>1- ¿Qué le parece el funcionamiento del programa desde que empezó a ejecutarlo? 2- ¿Qué cambiaría del programa? y ¿Por qué?</p> <p>3-¿Qué le parece los recursos destinados al programa? ¿Están bien distribuidos?</p> |
| <p>Identificar según el odontólogo tratante, si tratamientos que se realizan y el tiempo en consulta, son adecuados y suficientes.</p> | <p>Percepción sobre tratamientos y tiempo en consulta.</p> | <p>-Percepción sobre calidad de los tratamientos.</p> <p>-Percepción sobre los tratamientos más realizados.</p> <p>-Percepción sobre el tiempo</p> | <p>8- Con respecto a los tratamientos que se ofrece el programa ¿cree usted que se debería implementar algo más en la atención dental para el alta integral?</p> <p>5-¿Cuáles son los tratamientos que más se realizan?</p> <p>4- Con respecto a la atención dental.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>utilizado en la atención.</p> | <p>¿Cuanto tiempo demora con cada paciente? ¿Le parece bien distribuido el tiempo por paciente?</p> <p>6-¿Se alcanzan a realizar las metas en el tiempo determinado por el gobierno?</p> |
| <p>Determinar la percepción sobre la efectividad de la promoción del programa de acuerdo al público objetivo en relación a la edad.</p> | <p>-Percepción sobre la efectividad de la promoción del programa de acuerdo al público objetivo.</p> | <p>-Percepción del odontólogo sobre el público objetivo</p> <p>-Percepción sobre la promoción del programa</p> | <p>7- ¿Cuál es el rango de edad que más accede a este programa en el lugar que lo ejecuta?</p> <p>9- Con respecto al público recepciona el programa ¿Cómo encuentra usted que es la propaganda de éste?</p> <p>10-¿Qué le parece en relación con el nombre, que en este programa solo incluyen a mujeres? ¿Está de acuerdo con esto?</p> |

ANEXO 2. Instrumento de recolección de datos.

Entrevista de Tesis para optar al grado de Licenciado en Odontología, Universidad del Desarrollo, sede Concepción:

Percepción de los odontólogos sobre el funcionamiento del programa “Más sonrisas para Chile” del Servicio de Salud de Talcahuano en la región del Bio-bio, en el año 2018.

- 1.-¿Qué le parece el funcionamiento del programa desde que empezó a ejecutarlo?
- 2.- ¿Qué cambiaría del programa y por qué?
- 3.- ¿Qué le parece los recursos destinados al programa? ¿Están bien distribuidos?
- 4.- Con respecto a la atención dental. ¿Cuanto tiempo demora con cada paciente? ¿Le parece que está bien distribuido el tiempo por paciente?
- 5.- ¿Cuáles son los tratamientos que más se realizan?
- 6.- ¿Se alcanzan a realizar las metas en el tiempo determinado por el gobierno?
- 7.- ¿Cuál es el rango de edad que más se accede a este programa en el lugar que lo ejecuta? ¿Por qué cree que esta es la edad que más asiste al programa?
- 8.- Con respecto a los tratamientos que ofrece el programa, ¿Cree usted que se debería implementar algo más en la atención dental para el alta integral? ¿Qué agregaría?
- 9.- Con respecto al público que recibe este programa ¿Cómo encuentra usted que es la propaganda de este programa?
- 10.- ¿Qué le parece ,en relación con el nombre , que en este programa solo se incluyen mujeres? ¿Esta de acuerdo con esto?

ANEXO 3. Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

“Percepción del Odontólogo sobre el funcionamiento del programa “mas sonrisas para Chile” del servicio Talcahuano en el año 2018 ”

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Odontología, Universidad del Desarrollo, Sede Concepción.

Investigadores: Josefa Suazo Galaz , Camila Vásquez Vergara.

En Concepción, a ___ de _____ 2018

Se me ha solicitado participar en un estudio que tiene por objetivo Establecer la percepción del odontólogo sobre el funcionamiento del programa “mas sonrisas para Chile” del servicio Talcahuano en el año 2018 ”

Yo entiendo que:

- a) Debo responder a una entrevista para medir la percepción del Odontólogo sobre el funcionamiento del programa “Más sonrisas para Chile” del servicio Talcahuano en el año 2018 ”. Este será aplicado por las investigadoras Josefa Suazo Galaz y Camila Vásquez Vergara , alumnas de 4to y 5to año respectivamente de la Universidad del Desarrollo.
- b) Cualquier pregunta que yo quiera hacer sobre mi participación en este estudio, deberá ser contestada por las investigadoras responsables.
- c) Yo podré retirarme de este estudio en cualquier momento sin ser obligado a dar razones y sin que esto me perjudique.
- d) A los resultados del estudio podrán tener acceso terceras personas a través de la publicación de la investigación, pero mi nombre no será revelado, a menos que mi identidad sea solicitada por la ley.

Mi consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado, aceptando todos los puntos detallados anteriormente.

Nombre y firma del Investigador

Nombre y firma del Investigador

Nombre y firma del Entrevistado

ANEXO 4. Carta para validación por Juicio de Expertos.

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesor _____

En el contexto de la asignatura de Taller de diseño de investigación, Constanza Belén Neira Urrutia está desarrollando su proyecto de tesis “Función renal y factores asociados en el desarrollo de la Enfermedad Renal Crónica en funcionarios de la Universidad del Desarrollo, 2013”. Tema de investigación basado en una problemática actual a nivel país, que es el incremento de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. El propósito de este estudio es contribuir a la pesquisa precoz de factores de riesgo y así prevenir la progresión de la Enfermedad Renal Crónica. Esto implica la utilización de una encuesta que incorpora preguntas en relación a los factores de riesgo de la Enfermedad Renal Crónica.

Con la finalidad de validar esta herramienta mediante Juicio de expertos, usted ha sido seleccionado como posible experto.

Para ello es necesario determinar el grado de conocimiento que usted posee sobre el tema investigado (o sobre la construcción de este tipo de instrumentos).

Esta información es absolutamente confidencial y los resultados del cuestionario serán conocidos solamente por el tesista y su tutor metodológico.

Si usted está de acuerdo en participar como experto, se le solicita responder las preguntas que aparecen a continuación.

Muchas gracias por su cooperación.

ANEXO 5. Cuestionario de competencia evaluadora.

CUESTIONARIO DE COMPETENCIA EVALUADORA

Nombre: _____

Profesión: _____

Instrucciones:

Marque con una cruz en la alternativa que considere se adapta más a su realidad.

1) ¿Cuál es su nivel de conocimiento sobre el tema de esta investigación?

Considere que el valor 0 indica absoluto desconocimiento de la problemática que se evalúa; mientras que el valor 10 indica pleno conocimiento de la referida problemática.

| | | | | | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

2) En la siguiente tabla, marque con una (X) el grado de influencia que ha tenido cada una de las fuentes de argumentación en sus conocimientos sobre el tema.

| FUENTES DE ARGUMENTACIÓN | GRADO DE INFLUENCIA DE CADA UNA DE LAS FUENTES EN SUS CONOCIMIENTOS | | |
|---|--|------------------|-----------------|
| | ALTO (A) | MEDIO (M) | BAJO (B) |
| 1. Investigaciones teóricas y/o experimentales relacionadas con el tema. | | | |
| 2. Experiencia obtenida en la actividad profesional (docencia de pregrado y postgrado recibida y/o impartida). | | | |
| 3. Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores nacionales. | | | |
| 4. Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores Extranjeros. | | | |
| 5. Conocimiento del estado actual de la problemática en el país y en el extranjero. | | | |
| 6. Intuición. | | | |
| TOTAL | | | |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pobreza, Desigualdad y Oportunidades 2011.pdf [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos/pdf/ipos_2011_pobreza_desigualdad_oportunidades.pdf
2. Resultados_pobreza_Casen_2017.pdf [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_pobreza_Casen_2017.pdf
3. Salud Bucal [Internet]. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. [citado 4 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/salud-bucal/>
4. Gamonal J. Listas de espera en especialidades de la Odontología - Universidad de Chile [Internet]. 2017 [citado 4 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/noticias/136240/listas-de-espera-en-especialidades-de-la-odontologia>
5. Pérez J, Gardey A. Definición de pobreza - Qué es, Significado y Concepto [Internet]. 2009 [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://definicion.de/pobreza/>
6. Pobreza y Salud. Am Med Assoc [Internet]. 2007; Disponible en: <https://sites.jamanetwork.com/spanish-patient-pages/2007/hoja-para-el-paciente-de-jama-071024.pdf>
7. Doss E. Pobreza [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015 [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/poverty/>
8. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Pública. junio de 2002;11:316-26.
9. OMS | Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. WHO. 2008 [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/
10. Tarlov AR. Social determinants of health: The sociobiological translation [Internet]. Health and Social Organization. 2002 [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/>
11. O'Hara P. Creating Social and Health Equity: 2005;25.

12. BBVA. Coeficiente de Gini, el detector de la desigualdad salarial [Internet]. BBVA NOTICIAS. 2016 [citado 14 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.bbva.com/es/coeficiente-gini-detector-la-desigualdad-salarial/>
13. The World Factbook — Central Intelligence Agency [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2172rank.html>
14. Plaza M. Determinantes Sociales de la Salud en Chile: ¿En qué influyen? [Internet]. Escuela de Medicina. [citado 14 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/determinantes-sociales-de-la-salud-en-chile-en-que-influyen/>
15. Lavados Montes C, Gajardo Ugás A. EL PRINCIPIO DE JUSTICIA Y LA SALUD EN CHILE. Acta Bioethica. 2008;14(2):206-11.
16. Ministerio de Salud. Análisis de Situación Salud Bucal. 2010;11.
17. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ. septiembre de 2005;83(9):644.
18. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20180131/asocfile/20180131233128/2_resultados_ens_minsal_31_01_2018.pdf
19. Dockendorff E. Un nuevo equilibrio entre políticas públicas, ética y universidad moderna. Política Rev Cienc Política. 2011;49(2):9–15.
20. Atención Primaria [Internet]. Servicio de Salud Metropolitano Norte. [citado 20 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
21. MINSAL. ORIENTACIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL 2018. 2018.
22. Guardiola P. Percepción. Universidad de Murcia. :17.
23. Ministerio de Salud G de C. EJE GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/4_GESTION-RECURSOS-FINANCIEROS-APS.pdf
24. Cosiansi JC. Tratado de geriatría: conocimientos fundamentales para el manejo primario del anciano. Editorial Brujas; 2001. 194 p.
25. Pazmiño C. Prótesis Parcial Removible [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.gacetadental.com/wp-content/uploads/2014/05/259_LABORATORIO_ProtesisParcial.pdf
26. Osorio P. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS EN LA CLÍNICA DE PRÓTESIS REMOVIBLE DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, EN EL PERÍODO 2009 AL 2012. 2015;133.
27. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Igualdad de género, ¿todavía un largo camino por recorrer? - Observatorio Parlamentario [Internet]. Observatorio Bioética. 2017 [citado 19 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://observatorio.bcn.cl/bioetica/noticias/igualdad-de-genero>

