

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



**“DESCRIPCIÓN DEL GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LOS
EQUIPOS ODONTOLÓGICOS DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA, EN RELACIÓN A LOS PROCESOS DE
TRANSFORMACIÓN AL MODELO DE ATENCIÓN
INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO”**

JAIME ALBERTO FARFÁN URZÚA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESOR GUIA DE TESIS: MARIA TERESA VALENZUELA SHMIDT.

Santiago, Septiembre 2012

INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	5
MARCO DE REFERENCIA.....	9
RESUMEN MARCO TEORICO.....	36
OBJETIVOS.....	39
METODOLOGIA.....	40
RESULTADOS.....	51
DISCUSION.....	64
CONCLUSIONES.....	73
LIMITACIONES.....	75
BILBIOGRAFIA.....	76
ANEXOS.....	87

RESUMEN

Introducción: En los últimos diez años los centros de APS han experimentado procesos de transformación aplicando un nuevo modelo de salud que pone a la familia como marco de referencia en mejorar la salud, obligando a iniciar un proceso de transformación en diferentes ámbitos que tienen como objetivo promover una atención de salud integral y de calidad incorporando nuevas dimensiones y otorgando los cuidados de salud a lo largo de la vida de las personas. En este contexto los programas odontológicos han incorporado nuevas directrices reorientando y creando nuevos programas; Sin embargo se desconoce la real integración de los equipos odontológicos a estos procesos que incluye formación de equipos, diagnósticos epidemiológicos y programas de capacitación, así como también la integración de las nuevas herramientas que ofrece el modelo.

Metodología: Se realizó estudio descriptivo de corte transversal, mediante encuesta enviada vía mail a los jefes de programa odontológicos de CESFAM acreditados del país. **Resultados:** Se obtuvo la respuesta de 183 centros de 24 Servicio de Salud del país, representando una tasa de respuesta del 61%. La mayoría de los centros encuestados (84%) llevan como mínimo 2 años acreditados como CESFAM, de estos cerca del 90% tiene a lo menos un profesional capacitado en relación al modelo; Sin embargo solo 37% odontólogos han recibido la formación mediante Diplomado de Salud Familiar, el resto lo ha hecho mediante de Cursos o Jornadas de Capacitación de su establecimiento. Con respecto a la incorporación a las actividades que ofrece el modelo se observa una buena autopercepción en la participación de reuniones de sector, planificación

y derivación a programas, disminuyendo con respecto a la incorporación de otros profesionales de la salud en los programas odontológicos o en la realización de nuevas prestaciones (solo 14% realiza consejerías familiares). Por otro lado la mayoría de los equipos (83%) realiza actividades de promoción y prevención en establecimientos educacionales; Sin embargo no se participa de otras instancias que permitan ejecutar el programa en forma integral (46% participa del programa de protección social Chile Crece Contigo y solo 15% en comités Vida Sana comunales). **Conclusiones:** Se observa un alto porcentaje de capacitación de los equipos encuestados, con diferentes tipos de formación que difieren en su carga académica. Además encontramos una alta participación en las actividades que ofrece el modelo; Sin embargo esta no se ve reflejada incorporación de temas de salud bucal en estas, así como también en la integración de las nuevas herramientas o la participación en programa multidisciplinarios. Por último, se genera la necesidad que a nivel central se formulen protocolos que permitan a los equipos odontológicos programar y ejecutar nuevas estrategias cuantificando su rendimiento.

1.- INTRODUCCIÓN

En los últimos diez años los centros de atención primaria han experimentado procesos de transformación aplicando un nuevo modelo de salud que pone a la familia como marco de referencia en mejorar la salud del individuo y también la considera como unidad de cuidados, entendiéndola como transmisora de hábitos y creencias vinculadas a salud (1).

La lógica de abrazar este nuevo modelo, obliga a iniciar un proceso de transformación en diferentes ámbitos que tienen como objetivo promover una atención de salud integral y de calidad, con enfoque promocional, preventivo y continuo a lo largo del ciclo vital individual y familiar. Esto implica asumir la responsabilidad del cuidado en distintas dimensiones, durante la ocurrencia de un problema de salud, a lo largo de la vida con un trabajo que debe ser interdisciplinario, articulado en una red asistencial y con participación comunitaria (1).

Esta nueva forma de afrontar los problemas de salud se ha reflejado en la incorporación de nuevas prestaciones a las carteras de servicios de los Centros Asistenciales, como consejería familiar y visitas domiciliarias integrales, y a la implementación de procesos de cambios y fortalecimientos de los equipos de salud por medio de la sectorización y formación de equipos de cabecera. A partir de lo anterior se ha generado un trabajo interdisciplinario para lograr la implementación y desarrollo del modelo a través de acciones como: diagnóstico de salud, implementación de normas, guías clínicas y objetivos comunes con el fin de dar solución a los distintos problemas de salud de la población (2,3).

Dentro de los problemas que se incluyen en la cartera de prestaciones de Atención primaria y que se ven influidos por el cambio en el modelo de atención se encuentran las patologías bucales, siendo la caries una de las patologías más prevalente afectando a cerca del 100% de la población adulta. En consecuencia se han implementado en los últimos años diversos programas focalizando los recursos humanos y físicos a determinados grupos estratégicos que permitan mejorar la salud bucal de la población; situación que se ve reflejada en los programas de atención de los centros de salud primarios que incluyen a niños de 2 ,4 ,6 , 12 años, embarazadas, adultos de 60 años donde se realizan principalmente prestaciones que buscan lograr el alta odontológica integral del paciente, como una manera de evitar la instalación y progresión del daño de la salud oral en la población (4,5).

Pese a la focalización, la baja cobertura de los programas de la primera infancia, entre otras razones hace que muchas veces el primer contacto que tiene el odontólogo con el niño y su madre, sea generalmente a los 6 años, edad en que las patologías bucales principalmente la caries ya está instaurada y avanzada. Por lo tanto se hace necesaria la aplicación de medidas en las diferentes etapas de la vida de las personas para así poder prevenir masivamente el daño y evitar que éste aparezca, situación que debe ser propiciada por el odontólogo de atención primaria (6,7).

Frente a esta situación, en los últimos años se han hecho esfuerzos para actualizar las orientaciones programáticas de los programas de salud bucal como en el caso del Control Odontológico del Niño Sano y el Programa de Promoción y Prevención para niños y niñas preescolares, orientando las acciones

principalmente a lo promocional y preventivo e incorporando una serie de intervenciones que obedecen a la necesidad de actuar en todas las etapas del ciclo vital iniciada durante en el embarazo y en la primera infancia; esto con el fin de lograr hábitos adecuados y un mejor acceso a medidas preventivas generando además la instancia de participación de otros sectores en el cumplimiento de los objetivos finales (6,8).

Sin embargo a pesar de las reestructuraciones para abordar el problema desde una perspectiva integral con enfoque familiar, la participación de los odontólogos ha quedado reducida a estos programas y no existen suficiente evidencia que permitan establecer la real incorporación del programa odontológico a este nuevo modelo, tal como lo refleja la baja incorporación del odontólogo a los distintos programas de capacitación a través de Diplomados de Salud Familiar desarrollados por el Ministerio de Salud en los últimos cinco años o el desconocimiento del porcentaje de atención odontológica sectorizada (9,10).

Además, se desconoce la participación de los odontólogos en los equipos multidisciplinarios que se conforman en los distintos procesos de transformación del modelo en los centros de salud, llegando a tener una escasa participación en programas que involucran a una serie de actores sociales en el cumplimiento de objetivos que involucran la salud bucal, como en el caso de la “estrategia global contra la obesidad” o la red de protección social “Chile Crece Contigo” (2,11).

Es en este contexto donde surge la necesidad de describir el grado de incorporación de los odontólogos al modelo con enfoque familiar y comunitario que se está adoptando en la atención primaria, estableciendo la situación actual y la

real integración de las nuevas herramientas y conceptos que incluyen el nuevo modelo en ellos, así como también su participación en los distintos equipos y programas multidisciplinarios que genera la implementación del nuevo modelo.

Además permitirá levantar información necesaria y actualizada, en momentos en que por parte del MINSAL se trabaja en el diseño del programa de salud bucal con enfoque familiar, generando un insumo que permita identificar posibles brechas al levantar este nuevo perfil de los odontólogos de atención primaria, frente a las reestructuraciones del programa. Por último permitirá esbozar la condición actual de los odontólogos en el conocimiento del nuevo modelo de atención para que se tenga en cuenta en la formación de futuros profesionales.

Por lo tanto el objetivo de esta investigación es determinar el grado de conocimiento y participación de los odontólogos en el proceso de transformación al modelo de Salud integral con enfoque familiar de los centros de atención primaria información que resultaría importante conocer para orientar los esfuerzos de capacitación y recursos permitiendo incorporar el componente familiar al programa de salud bucal y además estimular una mayor participación e integración del odontólogo en el equipo de salud en este proceso de cambios de la atención primaria.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es grado de conocimiento y participación que tienen los odontólogos que se desempeñan en la atención primaria del Modelo de Atención de salud integral con enfoque Familiar vigente en nuestro país?

2.-MARCO TEORICO DE REFERENCIA

2.1-EVOLUCION DEL MODELO DE SALUD FAMILIAR EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN CHILE.

La Atención Primaria concebida en la última mitad del siglo XX con el fin de resolver los problemas de salud de la población ha ido evolucionando de la misma manera en que los cambios demográficos, sociales y epidemiológicos han ido ocurriendo en los distintos países. En 1978 la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional de Alma-Ata estableció una serie de propuestas con el fin de reformar los servicios sanitarios poniendo un mayor énfasis en la atención primaria, incentivando un nuevo enfoque en la atención dirigida más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental (12,13).

Por otro lado surge la necesidad de reformar y reorientar los servicios de salud en especial la Atención Primaria, en respuesta al cambio de paradigma de entender los problemas de salud y sus determinantes que obligan a generar estrategias con sentido promocional y preventivo como lo reflejan a nivel internacional la Carta de Ottawa y autores como Marc Lalonde ().

De estos hechos han pasado varios años y en nuestro país surgen conversaciones acerca de los lineamientos ideológicos que sustentan nuestro modelo de atención. Los cambios epidemiológicos como el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas junto con otros aspectos como la creciente inequidad social y la pobreza, plantean la necesidad de reformar los servicios sanitarios poniendo un mayor énfasis en la atención primaria

junto con una mayor participación comunitaria y la acción intersectorial orientando las intervenciones sanitarias más hacia la salud que a la enfermedad (1,16,17).

Además a principios de los noventa se produce la unión de dos grandes procesos de cambio: la difusión de conceptos de Salud familiar y la necesidad de reforma de la Salud Chilena, facilitando así los cambios políticos para instaurar un nuevo modelo de salud utilizando a la atención primaria como eje principal . Este proceso de cambio del modelo de atención se inicia en forma gradual planteando primero la transformación de los Consultorios a Centros de Salud, que desde el año 1981 están a cargo de las municipalidades como una manera de mejorar la acción intersectorial , participación comunitaria y descentralización; Sin embargo estos objetivos no se cumplen y se comienza a discutir la aplicación de la estrategia de la atención primaria de salud a través de la creación y desarrollo de sistemas comunales de salud en Chile, lo que se refleja en la publicación del año 1993 del Marco Conceptual “De Consultorio a Centros de Salud” (18,19,20).

A partir del año 1997 se enfatiza la necesidad de poner a la familia como el centro en el cuidado de salud del individuo y también considerar a la familia como unidad de cuidados, mediante la transformación sistemática a los denominados “Centros de salud Familiar” (CESFAM) incorporando de manera inicial un nuevo modelo de salud en respuesta al nuevo paradigma que conlleva los conceptos de salud familiar (1,16).

Este nuevo modelo comienza a consolidarse a comienzos de la década del 2000 , donde se realizan diagnósticos, priorización de problemas y definición de objetivos sanitarios que constituyen la base del proceso de reforma al sistema de

salud, donde se reconoce, que el nuevo perfil epidemiológico exige transformaciones y adaptaciones al actual modelo de atención, cuyo diseño fue concebido para una época con otras necesidades observándose desventajas como un sistema básicamente curativo, con un nivel primario de atención con una baja capacidad para resolver los problemas emergentes ; estableciéndose necesarias tres transformaciones: el cambio en el modelo de atención, fortalecimiento de la atención primaria y la integración del sistema en torno a redes asistenciales (21,22)

Este cambio de modelo surge como necesidad de implementar una atención centrada en las personas y sus familias y la aplicación de un enfoque biopsicosocial en reemplazo del tradicional enfoque biomédico. Además la reforma de salud produce un aumento del presupuesto en la atención primaria de manera de potenciar su acción aumentando la capacidad resolutive frente a la demanda de atención médica y junto con la ley de autoridad sanitaria se desarrollan definiciones de funcionamiento en red que permiten una mejor coordinación entre los distintos niveles de salud, estableciendo funciones, mecanismos de evaluación, relación entre los distintos componentes de la red y participación de los usuarios en la gestión de dichos establecimientos identificando claramente los establecimientos de menor complejidad, entre los cuales se encuentran todos los centros del nivel primario de atención y los hospitales de baja complejidad (21,22,23)

El gran desafío entonces, fue dar una mirada renovada a las características y rol que los establecimientos de APS deberían tener en la satisfacción de las necesidades de atención de salud de la población y adaptarlos para su

incorporación al nuevo modelo de atención, mediante el proceso de transformación de la APS a CESFAM y Hospitales Comunitarios. Esta renovación implica un proceso gradual, que se encuentra en marcha, de renovación de conceptos, toma de decisiones en el diseño de las funciones de estos establecimientos, su relación con la red tanto asistencial como territorial o comunal y su adaptación a los nuevos desafíos de la estrategia de APS (1,3,24).

2.2-MODELO INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO EN CHILE

En Chile la atención primaria de salud es otorgada por un equipo de salud conformado por profesionales y técnicos a través de prestaciones basadas en un modelo de atención que en Chile se le ha llamado primero Modelo de salud con enfoque familiar, Modelo de Salud Familiar y desde el año 2006 el MINSAL lo ha llamado Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario (24,25)

Establecer un modelo de atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector que el MINSAL ha decidido mirar desde un prisma más preventivo y promocional y que se resume en un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, que posee estas características(1,3,25):

1. *Centrado en el usuario*, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud.

2. Énfasis en *lo promocional y preventivo*, incorporando la promoción como una política de estado, que trasciende al sector salud.
3. *Con enfoque familiar* de los cuidados garantizando el cuidado de su salud continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital.
4. *Integral* tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos.
5. *Centrado en la atención abierta*, fortaleciendo la atención primaria, aumentando su capacidad resolutiva y la atención de especialidades ambulatorias.
6. *Participación en salud* estableciendo un proceso social en que la institucionalidad pública y la comunidad asumen responsabilidades y definen estrategias para alcanzar metas comunes.
7. *Intersectorialidad* mediante la coordinación con otros sectores sociales y gubernamentales para potenciar los componentes de la calidad de vida que inciden en la salud de la población.
8. *Calidad de atención* no sólo desde el punto de vista de la calidad científico técnica, sino también de la percibida por los usuarios.
9. *Uso de tecnología adecuada* para que los servicios de salud realicen prestaciones de calidad con efectividad y eficiencia.

Para poder desarrollar estas características se deben hacer intervenciones dentro de la dimensión familiar de un individuo, lo que implica evaluar no solo su condición biológica sino que también su estructura, sus recursos, sus riesgos, sus eventos estresantes etc.. provocando un giro en el paradigma de entender el proceso de salud-enfermedad desde una mirada biológica a una biopsicosocial (25,26).

Este nuevo paradigma genera la necesidad de introducir nuevas herramientas diagnósticas diferentes a la anamnesis tradicional permitiendo registrar y cuantificar estas características. Prueba de esto es la incorporación de herramientas como el genograma, eco mapa, apgar familiar y mapa familiar que permiten aportar información acerca de la estructura, dinámica y procesos familiares, con el objetivo de comprender mejor el contexto en el que se producen los problemas de cada persona que acude a los centros de salud, reorientando su manejo hacia soluciones con un enfoque biopsicosocial. (25,26,27,28)

Los equipos de salud también deben tener en cuenta que la familia atraviesa una serie de etapas desde su establecimiento hasta su disolución, lo que se denomina Ciclo Vital Familiar (CVF), entendiendo que lo que ocurre en una etapa va influir en las siguientes etapas positiva o negativamente. De esta manera se deben adecuar el conjunto de prestaciones a determinados programas que permitan tener un sentido anticipatorio de manera de evitar posibles crisis ligadas al desarrollo de la etapa en la que se encuentra un individuo o su familia. En este contexto se han creado programas integrales, como el Programa de protección social Chile Crece Contigo, dirigido a la etapa de la primera infancia y donde no sólo se involucran prestaciones de salud sino que también intervenciones para mejorar las condiciones de vulnerabilidad que a su vez van a provocar problemas de salud.

(27,28,29,30)

Además se incorporan nuevas prestaciones en las carteras de servicios de los establecimientos con el fin de lograr intervenir, interactuando con uno o más integrantes de la familia, con la intención de apoyarlos en el desarrollo de sus

habilidades y destrezas para que asuman y compartan la responsabilidad del autocuidado familiar. Para este fin se han incorporado las consejerías familiares o la visita domiciliaria utilizando el ambiente familiar como centro de las intervenciones en la mejora de salud de la población. (2,31).

Por otro lado, al observar las características y objetivos que posee este nuevo modelo, se hace necesario desarrollar un modelo de gestión adecuado, es decir, determinar la forma cómo se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas y regulaciones para instalar el modelo.

Esto no sólo incluye los procesos de transformación a CESFAM y Hospitales Comunitarios donde se incorporan nuevas herramientas y prestaciones, sino que además se provoque un cambio más profundo, que afecta especialmente la relación entre el equipo de salud y la población.; estableciéndose una relación más horizontal que generen las instancias para estimular a las personas, familias y comunidades al autocuidado y adquirir mejores hábitos para su salud. Para este fin el MINSAL ha establecido lineamientos estratégicos claros con programas coherentes al modelo, apoyando, orientando y evaluando los distintos procesos de transformación en la APS (25,32,33).

Las experiencias han sido variadas y poco sistemáticas, y surge el conflicto de poner a la familia en el centro de los cuidados a través de prestaciones que históricamente se han orientado a lo individual. Si bien se han creado instancias para estimular y experimentar nuevas formas de otorgar la atención en salud, se puede caer en la ineficiencia del modelo al no haber una mayor estructuración y evaluación del mismo (31).

Una situación que refleja lo anterior es la dificultad de cuantificar la incorporación de las nuevas prestaciones en la APS , que debieran verse reflejados en los resúmenes estadísticos mensuales de evaluación de los centros de salud (REM); al observar el REM del programa odontológico solo está la posibilidad de registrar una consejería en tabaco y actividades de promoción sin mayor especificación, impidiendo el registro de alguna intervención familiar en salud bucal lo que indirectamente puede provocar que los profesionales mantengan sus esfuerzos en las antiguas prestaciones preventivas y curativas al no poder registrar nuevas estrategias promocionales o preventivas (34)

2.3- IMPLEMENTACION DEL MODELO DE SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO EN LA APS

Para implementar el modelo en nuestro país se ha desarrollado un proceso de transformación que el MINSAL ha estado apoyando en los últimos años, y que ha sido descrito como un proceso que debería transcurrir en ciertas etapas, si bien es bastante utópico el planteamiento de éstas, también se establece que no es un avance homogéneo y con una duración determinada, sino que es variable con la probabilidad de observar aspectos de distintas etapas en un mismo momento. Esta transformación según el MINSAL transcurre en cuatro etapas, que parte de una *inicial o consultorio* en donde el accionar de sus funcionarios se centra en el modelo tradicional biomédico, seguido por otra de *motivación y compromiso* generando que lentamente se incorporen las nuevas estrategias, entrando a una *etapa de desarrollo del modelo* con innovaciones en su organización y prestaciones hacia la comunidad lo que a su vez producirá cambios en la forma de

otorgar salud reflejándose en resultados y en el paso a una nueva *etapa de Fortalecimiento* en la que debiera estar incluida la familia como el centro de los cuidados con las transformaciones necesarias de su funcionamiento mejorando su relación con la red asistencial y la comunidad generando una *etapa final de Consolidación*. (1,3,32)

Esta situación genera que para ir transcurriendo las distintas etapas es necesario generar cambios culturales y organizacionales en los centros de salud primarios los que serán analizados de acuerdo a las distintas pautas, normas y guías que se han descrito con el fin de contextualizar los procesos y características necesarias según el MINSAL en la implementación de este modelo.

2.3.1-Modelo Organizacional:

Este nuevo modelo de atención, necesariamente lleva a modificar la estructura organizacional del CESFAM caracterizada según los propios funcionarios en una organización burocrática, individual y rígida, ya que se orientaba a obtener resultados principalmente curativos que obedecían al cumplimiento de objetivos para enfrentar los problemas de un determinado perfil epidemiológico y de generar la mayor cobertura posible. (35).

En la actualidad nos enfrentamos a un nuevo escenario, que requiere una organización flexible, que genere las instancias de un trabajo en equipo con los profesionales de los distintos estamentos, pero además la incorporación de la comunidad. Por lo tanto el centro de salud debería tender a un nivel de autonomía, que le permitiera ofrecer respuestas oportunas y eficientes a los problemas detectados localmente. Esto se traduce en gestionar y tomar decisiones en

aspectos como definición y priorización de problemas; administración de recursos financieros; administración de recursos humanos, gestión clínica y otros. (1,3,33,35).

Estos cambios deben ir insertos en una planificación estratégica, que permita establecer una hoja de ruta reflejada en la Misión y Visión del establecimiento generando un objetivo común a seguir, tal como lo reflejan los procesos de planificación de los distintos Servicios de Salud en los últimos cinco años como una forma de dar una pauta de trabajo a los establecimientos de su red asistencial (34).

A nivel local esta planificación está a cargo de un equipo de trabajo que el MINSAL denomina como el “equipo gestor de la transformación”, constituido por funcionarios de los distintos estamentos, con cargos de autoridad y con la capacidad de liderazgo idealmente ya que deben realizar las acciones que involucran a los demás funcionarios y tareas específicas del proceso de cambio (1,3,33)

Dentro de las funciones principales del equipo gestor está el generar un espacio de discusión de manera que puedan ir estableciendo los cambios necesarios dentro de la estructura del CESFAM. Para el MINSAL estos cambios deberían verse reflejados en aspectos como la conformación de equipos de salud, procesos, capacitación, tipo de atención y resultados, los que son verificados mediante pautas que básicamente observan la existencia de Actas de reuniones de trabajo, Resoluciones con la conformación de equipos, Diagnóstico epidemiológicos locales entre otros medios de verificación, para finalmente establecer el grado de avance de la incorporación al nuevo modelo (3,32,37).

Si bien el equipo gestor debiera incluir funcionarios de los distintos estamentos , la integración del odontólogo a este equipo se desconoce y podría verse disminuido debido a que generalmente son los médicos quienes participan en representación del estamento médico, desaprovechando una oportunidad de integración del odontólogo al equipo de salud. (3)

2.3.2-Determinar población a cargo:

Considerando que este modelo debe trabajar con las familias, un punto de partida de este proceso es conocer y determinar la cantidad de población beneficiaria que está a su cargo mediante la inscripción y validación del establecimiento, cumpliendo todas las formalidades definidas por FONASA y el MINSAL . (1,3,38,39).

En este proceso se pueden identificar características como la edad promedio de la población, condición socioeconómica, tipo de vivienda entre otros que son de interés para tener en cuenta en el plan de intervención del nuevo modelo o incluso distinguiendo a los usuarios de atención abierta, cerrada y urgencia en el caso de los Hospitales Comunitarios. (3,38,39).

La inscripción de la población fue considerada en el año 2006 como un compromiso de gestión que debían adquirir los distintos Servicios de salud con el fin de lograr que el 100% de establecimientos dependientes de Servicios de Salud contaran con población inscrita y sectorizada. Estas acciones son generalmente llevadas a cabo por personal administrativos del SOME para lo cual se desarrollan proceso de capacitación de inscripción familiar mediante un programa

computacional “INSCRITO III” en el que además de los datos demográficos, permite incorporar otras características de la población entre las que encontramos tipo de familia, ingreso familiar, escolaridad , presencia de enfermedad crónica entre otros. Estos datos son validados y certificados posteriormente por FONASA dos veces por año (40,41).

2.3.3-Sectorización:

Uno de los procesos más característicos de la implementación del nuevo modelo es el mecanismo de distribución y asignación de la población ya que mientras en el Consultorio la población se asignaba aleatoriamente al equipo de salud según la disponibilidad de profesionales, y/o por programas específicos; en el CESFAM la población se distribuye por sectores a cargo de un determinado equipo de salud. Esta estrategia consiste en la división de un territorio de acción correspondiente a un Centro de Salud, considerando el número de familias beneficiarias, una superficie y un número determinado de habitantes, para lo cual es de suma importancia la identificación del equipamiento e infraestructura comunitaria y la forma cómo se organizan los recursos.(1,3,27,29,38).

El objetivo de la sectorización es mejorar la acción de los diferentes programas en una población más accesible con características similares y geográficamente colindantes, permitiendo identificar sus problemas de salud y sus factores de riesgo. Al mismo tiempo al delimitar la población permite utilizar eficazmente redes de apoyo locales y realizar diagnóstico participativos mejorando el trabajo en equipo. La forma de realizar la delimitación debe considerar aspectos geográficos, densidad poblacional, recurso humano disponible,

existencia de grupos poblacionales de mayor riesgo, etc. que deben ser analizados y deben guiar la manera de conformar los sectores (29,38,39).

Además este proceso va de la mano de una sectorización interna del Centro de Salud, es decir, una reorganización de los aspectos administrativos, técnicos y humanos para cada uno de los sectores definidos. Esto implica disponer de mapas con perfil epidemiológico que incluya daño y factores de riesgo por sector; reordenamiento de fichas y tarjeteros, señalética clara, definición de un Sistema de Registro Estadístico, otorgar las prestaciones de salud de acuerdo al sector. También se deben coordinar acciones y prestaciones con la red asistencial, comunitaria y familiar, contactándose con otros niveles a través de la referencia y contra referencia (1,3)

En este contexto se desconoce el grado de implementación de la atención sectorizada de las prestaciones del programa odontológico, ya que no hay registros que permitan establecer si la atención odontológica es otorgada de esta manera o en qué grado se está implementado.

2.3.4-Conformacion de Equipos de cabecera:

Una vez distribuida la población, corresponde ordenar el equipo de salud responsable del cuidado de la población de un determinado sector. Cada equipo debe al menos estar conformado por médicos, enfermera(o)s, matrona(o)s, técnicos paramédicos y asistentes sociales , generándose la instancia de coordinación técnica multiprofesional, permitiendo realizar un diagnóstico inicial de su sector , identificando los principales problemas de salud que debiera verse reflejado en la construcción de los mapas epidemiológicos.(1,3,32,38)

Estos diagnósticos epidemiológicos por sector debieran reflejar las características socio-demográficas, económicas y culturales de cada sector, permitiendo al mismo tiempo conocer las principales patologías y factores de riesgos que los afectan. Todos estos aspectos deben ser considerados en la planificación de los programas de cada sector y en la definición de las intervenciones necesarias (3,38,39)

Este equipo además debe trabajar directamente y en forma proactiva con la comunidad para lo cual debe coordinar las prestaciones de salud que las personas requieran, dentro o fuera del establecimiento incorporando las nuevas prestaciones que ofrecen este nuevo modelo (3,35).

Se han realizado estimaciones para determinar la cantidad de sectores de acuerdo a la población a cargo, llegando a la conclusión de que debieran existir por lo menos 3 y 4 equipos de cabecera en un CESFAM que abarca una población de 20.000 habitantes.

Además se han definido de acuerdo a la cantidad de horas disponibles la cantidad de profesionales por habitantes por cada equipo de cabecera; Con respecto a los profesionales, técnicos y administrativos que no integran los equipos de sector, debido a la imposibilidad de contar con más de un recurso humano, forman lo que se denomina equipos transversales y mantienen un vínculo cercano con el trabajo de los sectores. En este aspecto no hay una definición clara de la cantidad de odontólogos, ya que algunas orientaciones la definen como 1 odontólogo por 10.000 habitantes y en otras uno por cada 5.000 habitantes (24,42).

Sin embargo generalmente los odontólogos son considerados como transversales lo que genera que estén a cargo del total de la población adscrita al centro imposibilitando una acción sectorizada a la población, lo que además puede provocar una disminución en la participación del odontólogo en las actividades de planificación de los programas que sí están sectorizados pero que tienen relación con el de salud bucal , como es el caso del programa pediátrico; y por contraparte provoca un obstáculo en la participación del odontólogo en el trabajo con las familias (1,3,32,33,38).

2.3.5-Cambios en el Equipo de salud:

El equipo de salud debe poseer habilidades y destrezas que les permitan interaccionar con los usuarios y sus familias en condiciones apropiadas. Sin embargo la mayoría de los profesionales de la salud han sido formados y han desarrollado su experiencia laboral bajo el antiguo sistema biomédico, es por esto que el MINSAL ha generado procesos formativos para difundir las características de este nuevo modelo permitiendo la sensibilización de los funcionarios y autoridades locales, mediante programas de capacitación que incluyen Diplomados de Salud Familiar y pasantías nacionales y extranjeras a Centros de Salud Familiar, como una manera de compartir experiencias(43,45).

Por otro lado la implementación del modelo trae consigo la necesidad de dotar a los establecimientos con un número de profesionales suficiente para desarrollar de buena forma este nuevo modelo, ya que idealmente se ha establecido atender a una población no mayor de 20.000 personas por parte de los CESFAM para mantener una relación entre usuario y servicio, favoreciendo

una mejor relación en los ámbitos personal, familiar y comunitario. Sin embargo los equipos de salud primarios han estado sometidos a crecientes demandas y responsabilidades que orientan sus esfuerzos a mejorar coberturas y acceso a programas básicos, principalmente por falta de recursos humanos, que no están asociados a la implementación del modelo de salud familiar, generándose una sobrecarga en ellos lo que provoca una postergación de la implementación del nuevo modelo (33).

Por último, el equipo de salud debe trabajar en forma armónica y coordinada, en forma intersectorial con la comunidad y sus organizaciones e instituciones, realizando acciones principalmente de promoción y prevención. Es por esto que se han creado organismos como los Comités de Desarrollo Local en Salud o Comités Vida Chile con el fin de planificar y evaluar las acciones desarrolladas por el establecimiento, como también promover iniciativas y propuestas de solución de la comunidad frente a problemas vinculadas con salud(44,45).

Se han descrito diversas experiencias que ha demostrado el éxito de estas instancias, en el caso de los Comités de Desarrollo local, ha facilitando la comunicación de la comunidad con sus respectivos centros de salud , permitiendo lograr cambios en el funcionamiento de estos, en aspectos tan simples como la forma de otorgar horas de atención en SOME o generando la incorporación de dirigentes sociales en la planificación del plan de salud, situaciones que han sido consideradas positivas tanto por los profesionales como también por la comunidad. En el caso de los Comités de promoción de la salud se han

estimulado la coordinación de un plan de acción intersectorial comunal que se ha visto reflejado en distintos proyectos concursables de promoción de la salud , en la creación de escuelas y comuna saludables y en experiencias que ha fomentado hábitos saludables como la alimentación (46).

2.3.6.-Grado de avance en la implementación:

Actualmente estos procesos de transformación han sido bastante heterogéneos y como una forma de estandarizarlos se han confeccionado instrumentos que permiten identificar al establecimiento de acuerdo al grado de avance en la incorporación del nuevo modelo, estas pautas acreditadoras consideran distintos criterios entre los cuales se encuentran cambios en el equipo de salud, una organización de la atención centrada en la familia, mejoramiento continuo de la calidad y la orientación a resultados, cada uno de estos criterios son evaluados con medios verificadores y finalmente se categoriza el grado de avance de la incorporación al modelo y en caso de cumplir con los criterios se acredita el establecimiento. En la actualidad se han acreditado 480 establecimientos de atención primaria como Centros de Salud Familiar, representando al 87 por ciento de los establecimientos de salud (37,38,47).

Lamentablemente estas pautas de acreditación de CESFAM no incluyen en estos medios verificadores algún componente del programa odontológico ya que sólo incluye procesos generales de los equipos de salud sin especificar algún programa; si a esto sumamos que generalmente el odontólogo es considerado

transversal, puede que algún establecimiento este acreditado sin mayor modificación en las prestaciones del programa odontológico(37).

2.4.-PERFIL PROFESIONAL DEL EQUIPO DE APS CON ENFOQUE FAMILIAR

Los cambios en el modelo de salud que centra su atención y acción en el individuo y su familia, genera que se produzca una relación más horizontal entre los equipos de salud y la comunidad que van a estar mediadas por elementos del modelo biopsicosocial que según Engel sirven para explicar de otra forma el proceso de salud enfermedad:

Se centra en el individuo: La tarea del equipo de salud no consiste sólo en curar la enfermedad, sino que, también, en cuidar la salud, que es un proceso multidimensional en el que interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales.

Es sistémico. La enfermedad no puede ser separada del individuo que la padece. La forma que afecta un determinado estímulo o noxa está dada por alteraciones bioquímicas y por la “vivencia” o dolencia de cada individuo, es decir, depende de las interacciones que se dan en el sistema.

Considera la unidad mente y cuerpo. Frente a algún problema de salud es necesario observar y considerar esta unión, ya que no existen personas con problemas o enfermedades puramente físicas o psicológicas sino que coexisten ambas concepciones (27,28,48,49).

Por lo tanto el equipo de salud requiere destrezas y conocimientos específicos para incorporar, en su quehacer habitual las variables psicosociales, de manera científica. Se debe participar del proceso salud-enfermedad, aportando sus conocimientos y creencias; lo que exige al profesional ser un experto entrevistador, para centrarse en la persona enferma y su contexto y no en la enfermedad, realizando un diagnóstico que considere su interacción familiar (1,29,50).

El equipo de salud actúa como facilitador de la curación del paciente, valorándose la relación equipo-persona, es decir, se establece una relación de ayuda considerando la familia y el entorno como aliados relevantes en la solución de sus problemas y estimulando las responsabilidades de la persona sobre su cuidado (49,50,51).

Como consecuencia de este cambio de paradigma de entender el proceso salud enfermedad, que incorpora una mirada más holística ,personal y familiar , surge la necesidad de una relación del profesional de la salud distinta frente a los usuarios de la APS , generando que estos tengan un perfil de competencias adecuado con conocimientos, habilidades y actitudes que permitan enfrentar estos nuevos desafíos(49,50,51,52).

Frente a esta situación se han generado procesos de capacitación dirigidos a los profesionales de APS para incorporar una mirada biopsicosocial en la forma de otorgar las prestaciones de salud .Este consiste generalmente en Cursos de Capacitación otorgados por los Servicios de Salud o de recursos por medio del Plan Anual de Capacitación (PAC) para que los centros de Atención busquen las instituciones que la puedan otorgar, también están las becas para cursar

Diplomados de Salud Familiar y finalmente las pasantías a nivel nacional a Centros de Atención que se encuentren acreditados como CESFAM. Durante el año 2009 se realizaron 487 pasantías nacionales y se capacitó a 368 profesionales con Diplomados en los distintos centros de atención primaria.(43,46)

Con respecto a la participación de los odontólogos en las diferentes instancias de capacitación, no hay una cuantificación de la cantidad de odontólogos o asistentes dentales que están capacitados en estos momentos en la atención primaria, y al observar informes que detallan la participación de los profesionales de la salud en los Diplomados de Salud Familiar otorgados por la Universidad de Chile, se observa una escasa participación del odontólogo en éstas (10).

2.5-PROGRAMA ODONTOLÓGICO EN EL MODELO INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR.

Dentro de los problemas de salud encontramos las patologías de la cavidad bucal debido a su alta prevalencia y severidad, es considerada una prioridad salud país, siendo la caries, la enfermedad periodontal y las anomalías dento-maxilares las patologías más prevalentes.

La manera en que se han enfrentado estos problemas por parte del MINSAL ha considerado la costo-efectividad de los tratamientos; un estudio desarrollado en Chile demostró, que la caries dental alcanza el mayor costo por AVISA evitado (\$184.992.774 pesos del año 1998) considerando un 26% de cobertura de tratamiento, bajando este costo a \$53.442.357 frente a un aumento de cobertura de atención al 90%. Por otro lado, se consideró también el

tratamiento preventivo a través de la fluoración del agua potable; siendo ésta última, altamente más costo-efectiva(52) .

Considerando esta situación y además que la caries dental es una patología que se inicia en la infancia, los programas odontológicos se orientaron hacia grupos estratégicos, priorizando la población menor de 20 años lo que se ve reflejando en los Objetivos Sanitarios en Salud Bucal para la década 2000-2010 que plantearon como meta una disminución de caries en este grupo etario (53).

Para cumplir los objetivos se han incorporado programas de atención integral a niños de 2,4,6,12 y embarazadas en los distintos centros de atención primaria; Sin embargo, la mayoría de los esfuerzos se han concentrado en la Garantía GES de Salud Oral para niños de 6 años y el Programa de Altas Integrales para niños de 12 años más que en el grupo etario completo, principalmente por los compromisos de gestión, metas y garantías asociadas a estos programas(4,5).

Por otro lado, las orientaciones del programa del control odontológico del niño sano (CONS) de 2 y 4 años, establece que los equipos deben realizarlo con coberturas propuestas entre un 30 y 40%; quedando su implementación a los recursos y prioridades de los equipos locales, esta situación genera que en algunos establecimientos no exista cobertura del programa odontológico a esta edad (4,6,9).

En vista de lo anterior se genera que el primer contacto que tiene el odontólogo con el niño y su madre, es generalmente a los 6 años situación que provoca una obstáculo en evitar el daño, ya que la patología está instalada y avanzada, como lo reflejan los índices de historia de caries que alcanzan un 17%

en niños de 2 años , un 48,02% en niños de 4 años y alcanzan un 70,4% en niños de 6ª año. Por lo tanto se hace necesario la aplicación de medidas en las primeras etapas de la vida con el fin de prevenir masivamente el daño y evitar que éste aparezca, situación que debe ser propiciada por el odontólogo de atención primaria (6,9,54,56,57,58).

Ante esta situación y de manera de abordar en forma más integral el problema se han hecho esfuerzos en reorientar el programa del Control odontológico del niño sano. En 2007 se actualizaron las Pautas de Evaluación Buco-Dental publicadas por el MINSAL, de manera de fortalecer la entrega del Componente Odontológico en el Control del Niño Sano (CNS) a través del equipo pediátrico de Atención Primaria (Nutricionista y Enfermera fundamentalmente), definiendo la forma de implementación, recurso humano requerido y sistema de registros adecuados; esta estrategia fue evaluada a través de una encuesta a profesionales y técnicos de Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana incluidos en una actividad de capacitación del Departamento de Salud Bucal del MINSAL ; dentro de los resultados destaca que solo el 18,6% de quienes respondieron al instrumento fueron clasificados en la categoría “realiza evaluación buco-dental aceptable” asociando nº de respuestas correctas de la encuesta en relación a las Pautas de Evaluación Buco-Dental (Conocimientos y prácticas), junto a ello se menciona la necesidad de capacitación, el rol del Odontólogo del equipo y la coordinación del equipo para sacar adelante con éxito la estrategia. Además tal como ocurrió en un estudio que realizó en el Servicio de Salud del Maule hay un alto porcentaje de odontólogos que no registran las

actividades del Control Odontológico del Niño Sano y la calidad de los que registraron fue deficiente. (6,8,59).

Por otro lado la participación del odontólogo en equipos multidisciplinarios ha sido escasa desaprovechando una integración de los cuidados en salud bucal en instancias como el programa de protección social Chile Crece Contigo, esto se ve reflejado en que la salud bucal es el tema de salud con menor porcentaje de participación en los ingresos de madres, padres y/o cuidadores a educación grupal, además no se observa una participación en los programas del Niño o Niña o de la Mujer donde el odontólogo coordine y prepare al equipo pediátrico y materno en la entrega del componente de Salud Oral logrando de mejor manera los objetivos.(8,31)

Frente a la necesidad de intervenir en las etapas del ciclo vital, se han estimulado actividades preventivas y promocionales desde el embarazo y en la primera infancia esto con el fin de lograr hábitos adecuados y un mejor acceso a medidas preventivas, se ha incorporado el Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niñas y Niños Preescolares; que inserta el componente de Salud Oral a través de la red de educación preescolar pública de país, generando la instancia de participación de otros sectores en el cumplimiento de los objetivos finales, principalmente el educacional(8,59,60).

Al observar los cambios hechos en los últimos años, la mayoría de las actividades del programa odontológico se han orientado al desarrollo de prestaciones en forma individual, y si bien se han realizado esfuerzos en describir la forma adecuada de realizar acciones preventiva y promocionales con el fin de mejorar la condición bucal de las personas, existen dificultades en desarrollarlas ,

un ejemplo de esta situación se observa en la posibilidad de registrar actividades de promoción en el REM odontológico solo permite la educación grupal y en el caso del REM 19 que registra las diversas actividades de promoción y prevención y de participación social dentro de las áreas temáticas no se incluye la salud bucal(34).

Esta situación genera que las actividades del programa odontológico se limiten al cumplimiento de las metas, es decir, acciones curativas y preventivas para alcanzar la altas odontológicas integrales reduciendo la incorporación del nuevo modelo en acciones como otorgar las prestaciones odontológicas en forma sectorizada o de acuerdo al riesgo de la comunidad, sin incorporar los elementos y las características analizadas anteriormente.

Por último la presencia de los odontólogos en los equipos intersectoriales que se conforman en los distintos procesos de transformación de los centros de salud (Comités de Desarrollo Local, Equipos Cabeceras, Comités Vida Chile) o en programas que involucran a una serie de actores sociales es desconocida y en algunos casos escasa, como lo refleja la participación en el cumplimiento de objetivos de la estrategia global contra la obesidad (EGO) que dentro de su plan de acción no se incorpora algún componente odontológico teniendo en consideración que una mala alimentación además de obesidad produce un aumento de caries en la cavidad bucal.

Frente a este escenario podríamos encontrar un desconocimiento por parte del odontólogo de las características de la comunidad en donde se está aplicando los distintos programas y por lo tanto una dificultad en la efectividad de

medidas de promoción, desaprovechando al mismo tiempo instancias para generar interés en el tema de salud bucal por parte de la comunidad (9,10).

2.6-COMPONENTE FAMILIAR EN EL PROGRAMA ODONTOLOGICO.

Considerando que la caries dental es una de las patologías más frecuentes dentro de la cavidad bucal, resulta interesante revisar aspectos epidemiológicos y factores de riesgo para comprender la importancia de la dinámica familiar en el desarrollo de esta enfermedad.

Al observar el comportamiento de la caries en Chile, con respecto al nivel socio económico, los índices más altos en todas las edades se asocian al nivel socio económico más bajo. Además se observa un aumento considerable de incidencia de caries entre los 4 y 6 años de alrededor del 40% al 70% respectivamente para llegar a cerca del 100% en la población adulta (56,57,58).

Con respecto a los factores de riesgo locales se han asociado a la caries dental generalmente con mala higiene bucal, alimentación rica en carbohidratos, defectos en la calidad de los dientes, tipo de flora bucal y PH de la saliva; pero además se han descrito diversos factores sociales asociados como el nivel socioeconómico o el nivel educacional. Estos factores tienen en común que provocan la acumulación de bacterias en la boca (placa bacteriana) productora de ácidos que destruyen los dientes, por lo que medidas simples de promoción y prevención evitarían el daño (61,62).

Considerando que entre los 4 y 6 años se inicia un aumento considerable en el daño de los dientes por caries, se considera un momento clave para estimular medidas de prevención y promoción evitando factores de riesgos

asociados a la patología. Estas medidas de protección como la difusión de medidas de higiene o aumentar el conocimiento sobre la enfermedad han demostrado ser efectivas en mejorar los índices de higiene oral e incluso en el control bacteriológico bucal. Sin embargo la incorporación de estos hábitos de higiene bucal, generalmente son de forma transitoria e incluso pueden no interferir en la historia de caries a futuro (62,63,64).

Estas medidas preventivas suponen el desarrollo de conductas , como el cepillado de dientes, que el individuo debe incluir a su cultura y en este proceso de socialización se han descrito que la utilización de mediadores es fundamental para lograr incluir un nuevo patrón de acción del individuo. Por lo tanto en el caso de los niños de 4 a 6 años cobran importancia las prácticas y actitudes que tienen estos mediadores que pueden ser profesores, amigos, profesionales de APS pero sobre todo, los que conforman su familia en especial padres y madres (65).

Esta situación se ve reflejada en estudios que demuestran cómo una mala condición de la cavidad bucal está relacionada con una mala percepción de la salud bucal de los padres o el nivel socioeconómico de éstos (66,67). Por lo tanto las distintas intervenciones de promoción y prevención deben ir de la mano con la incorporación de estos mediadores, por ende, debemos considerar a los colegios y principalmente a las familias como un centro promotor de estas medidas preventivas , pero no debemos olvidar que el principal centro promotor será la familia y que realizando un buen diagnóstico de la dinámica familiar y estableciendo su nivel de riesgo, podremos aplicar las mejores medidas

preventivas situación que es favorecida con la incorporación de este nuevo modelo de atención a la APS.

Finalmente al observar las intervenciones comunitarias exitosas que se han descrito en distintos países, en todas antes de realizar las actividades de promoción y prevención se ha realizado un diagnóstico previo de la comunidad a intervenir que incluye la descripción familiar en aspectos como nivel educacional, nivel socio-económico, expectativas de la atención dental, percepción de salud bucal y condición previa de la cavidad bucal son analizados. Esto demuestra que necesariamente para intervenir en una comunidad hay que conocer las características que posee y por lo tanto entender el tipo de dinámica familiar que enfrentamos, ya que si bien se pueden diseñar estrategias de intervención la forma de desarrollarla será distinta para cada comunidad (67,68).

Resumen del Marco Teórico y Justificación del Estudio.

Se han analizado los procesos de cambio que ha sufrido la Atención Primaria del país, pasando de los llamados Consultorios a los Centros de Salud hasta llegar a los actuales Centros de Salud Familiar, establecimientos que tienen por objetivo brindar las prestaciones de salud correspondientes al nivel primario de atención con un enfoque integral y familiar a la comunidad.

Se han revisado los aspectos básicos que están incluidos en la incorporación del nuevo modelo de salud, situación que ha provocado una serie de cambios en la estructura de los antiguos Consultorios y diversos procesos de transformación que se están llevando a cabo en los distintos centros de APS del país, como respuesta al cambio de paradigma de un modelo biomédico a un biopsicosocial.

En relación a esto, se han descrito las características necesarias para la implementación del modelo, y las etapas de cambio que requieren los establecimientos de APS, que incluye un cambio en el modelo organizacional del CESFAM reflejado en la creación de equipos de trabajos como el equipo gestor, sectorización de la población y conformación de equipos de cabecera, esto con el fin de delimitar la población a cargo, otorgando las prestaciones de salud de una forma más cercana, dejando a la familia como centro de cuidados.

Por otro lado la incorporación de nuevas prestaciones en las carteras de servicios como es el caso de las visitas domiciliarias, consejerías individuales y familiares, provocan que cambie el perfil del profesional de salud de APS, incorporando elementos que estimulen una relación más horizontal con la población situación que se ve estimulada por parte del MINSAL con la creación de

instancias de trabajo intersectorial como es el caso de los Comités de Desarrollo Local o los Comités de Promoción de la Salud locales.

Con respecto a esta transformación se ha discutido la participación del programa odontológico y del odontólogo en cada una de estas etapas, evidenciando que en la mayoría de las veces no existe una cuantificación del grado de participación de estos en la implementación y la mayoría de las normativas, pautas o guías no lo consideran en los equipos de cabeceras sino que generalmente en los equipos transversales.

También se analizó la forma en que ha evolucionado el programa odontológico en la atención primaria y las distintas reestructuraciones que ha sufrido con el fin de cumplir con los objetivos del nuevo modelo, demostrando que a pesar de los esfuerzos se han mantenido los programas con una visión más curativa y con enfoque de riesgo que favorece a prestaciones centradas en el individuo más que en la familia.

Con respecto a los procesos de transformación que han tenido los equipos de salud es incierta la incorporación del componente de salud familiar en las prestaciones odontológicas, prueba de ello es la escasa bibliografía del estado del arte con respecto a las estrategias de salud familiar en nuestro país. Además se observa un escaso registro que demuestre la incorporación del odontólogo a los procesos de cambio, como también la implementación de nuevas estrategias de atención en los programas odontológicos. Sin embargo no hay consistencia en asegurar esta situación ya que por ejemplo se desconoce la cantidad de odontólogos capacitados en el nuevo modelo o el conocimiento que tienen de las nuevas herramientas que ofrece.

Por último al analizar la forma de incluir a la comunidad en las estrategias de promoción y prevención del programa odontológico, no se cuenta con los medios de verificación para establecer la participación del odontólogo en las distintas instancias de trabajo intersectorial, con qué frecuencia participa el odontólogo en actividades con la comunidad o en el caso de participar no hay una mayor evaluación de los resultados de ésta.

Es en este contexto donde surge la necesidad de describir el grado de incorporación que poseen en estos momentos los odontólogos que se desempeñan en la atención primaria en relación al modelo de atención integral con enfoque familiar, así como también su participación en los distintos procesos de la implementación de éste y en el trabajo con el equipo de salud y la comunidad. De esta manera se espera generar un insumo que permita determinar el perfil actual que poseen y orientar los esfuerzos de capacitación y recursos, a solucionar posibles brechas con relación al perfil que idealmente deben tener, para el desarrollo de programas de salud bucal con un enfoque familiar en los distintos centros de APS de nuestro país.

3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el nivel de participación e incorporación que poseen los Odontólogos que se desempeñan en Centros de Atención Primaria durante el año 2012, en relación a los procesos de transformación al Modelo de Atención integral con enfoque familiar y comunitario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir la formación en relación al Modelo de Salud Familiar, que han recibido el equipo Odontológico de la atención primaria de salud en nuestro país.
2. Identificar el grado de incorporación de los Odontólogos/as a los equipos de trabajo que ofrece la implementación del Modelo de Salud Integral con enfoque familiar.
3. Describir la participación de los/las Odontólogos/as de la atención primaria en actividades interdisciplinarios e intersectoriales que ofrece el modelo con enfoque de familia.
4. Describir las fortalezas y debilidades percibidas por los Odontólogos/as de la atención primaria de salud, para incorporar el enfoque de familia en las intervenciones del programa odontológico

4.- METODOLOGÍA

4.1.- Diseño:

Este es un estudio descriptivo, de corte transversal.

4.2.- Universo de estudio y Marco muestral:

El Universo de estudio lo componen los equipos odontológicos de los distintos Centros de APS (Atención Primaria de Salud) de nuestro país, dependientes de las distintas Municipalidades y de los 29 Servicios de Salud; en total 548 Centros de Atención Primaria, de los cuales 480 están acreditados como Centros de Salud Familiar (69).

El marco maestral corresponde a los odontólogos jefes de los distintos equipos odontológicos que se desempeñan en los Centros de Salud Familiar de la APS acreditados, ya que serán los encargados de describir las actividades que desarrollan en conjunto.

Criterios de inclusión: Se considerarán elegibles los odontólogos que se desempeñan en los Centros de Salud Familiar acreditados:

- Jefe del programa odontológico de atención primaria.
- Que acepte participar del estudio

La tabla N°1 y 2 resume nuestro Universo y Marco muestral de acuerdo a los Centros de Atención Primaria existentes en cada Servicio de Salud.

Tabla N°1: Extracto de la distribución de los establecimientos de salud según Servicio de Salud. Tipo de Centro Corresponde a: 1=Centro de salud Familiar / 2=Centro de Salud Urbano/ 3= Centro de Salud Rural/ 4=Hospital Baja Complejidad.(Fuente: DEIS MINSAL)

Servicio de Salud	Comuna	Establecimiento	Tipo
Arica	Arica	Centro de Salud Familiar Víctor Bertín Soto	1
		Centro de Salud Familiar Dr. Amador Neghme de Arica	1
		Centro de Salud Familiar Iris Véliz Hume	1
		Centro de Salud Ambiental de Arica	2
	Putre	Centro de Salud Familiar Putre	1
Iquique	Pozo Almonte	Consultorio Pozo Almonte	3
	Alto Hospicio	Hospital Comunitario de Salud Familiar Dr. Héctor Reyno Gutiérrez (Alto Hospicio)	1
		Consultorio Pedro Pulgar Melgarejo	2
	Iquique	Centro de Salud Familiar Cirujano Aguirre	1
		Centro de Salud Familiar Cirujano Videla	1
		Centro de Salud Familiar Cirujano Guzmán	1
		Centro de Salud Familiar Sur de Iquique	
		Centro de Salud Familiar dur de Iquique	
	Pica	Centro de Salud Familiar Dr. Juan Marquez Vismarra	1
Antofagasta	Antofagasta	Consultorio Antonio Rendic (Ex Cautín)	2
		Consultorio Corvallis	2
		Centro de Salud Familiar Norte de Antofagasta	1
		Centro de Salud Familiar Centro Sur de Antofagasta	1
		Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Antofagasta	1
	Calama	Consultorio Central de Calama	2

		Centro de Salud Familiar Montt	1
	Maria Elena	Consultorio María Elena	3
	Mejillones	Hospital de Mejillones	4
	Taltal	Hospital 21 de Mayo (Taltal)	4
	San Pedro de Atacama	Consultorio San Pedro Atacama	3

Tabla N°2: Marco muestral de los Jefes de programa odontológico de los establecimientos de salud según Servicio de Salud. (Fuente: DEIS Y DIVAP MINSAL)

Servicio de Salud	Total de Establecimientos acreditados	Jefe de programa
Arica	5	5
Iquique	5	5
Antofagasta	10	10
Atacama	16	16
Coquimbo	19	19
Aconcagua	12	12
Valparaíso	24	24
Viña del Mar	31	31
O'Higgins	25	25
Maule	41	41
Ñuble	28	28
Bio-bío	15	15
Talcahuano	10	10
Concepción	21	21
Arauco	5	5
Araucanía Norte	8	8
Araucanía Sur	22	22
Osorno	12	12
Valdivia	16	16
Del Reloncaví	14	14
Chiloé	9	9
Aisén	2	2
Magallanes	6	6
M. Central	11	11

M. Norte	20	20
M. Occidente	22	22
M. Oriente	18	12
M. Sur	22	20
M. Sur Oriente	31	29
Total	480	470

41.3.-Procedimiento selección de la muestra:

Se confeccionó un listado con los Centros de Salud Familiar información extraída de la base de datos del Departamento de Estadísticas e información de Salud del Ministerio de Salud (DEIS). Posteriormente, con la ayuda del Departamento de Salud Bucal, se envió una solicitud a los distintos asesores odontológicos de los Servicios de Salud y de las distintas Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) permitiendo obtener el contacto con los distintos jefes del programa odontológico.

Se obtuvo un listado conformado por 299 Centros de Salud Familiar de 24 Servicios de Salud con la información correcta que incluyó el nombre, mail y número de teléfono de cada uno de los jefes del programa odontológico, junto con el tipo de financiamiento per-cápita de cada establecimiento, según ley 19.378 que establece el aporte estatal a municipalidades, de manera de establecer el grado de ruralidad y pobreza de las comunas a las que pertenecen los distintos centros (71); No se obtuvo información de los Servicios de Salud de Aconcagua, Iquique, Chiloé, Osorno y Viña del Mar.

Los datos obtenidos fueron cruzados con la base del Departamento del Modelo de Atención Integral en Salud Comunal del MINSAL para corroborar la acreditación de los establecimientos como Centros de Salud Familiar; En relación al Servicio de Salud Aysén al no existir Centros de Salud Familiar en la atención

primaria, se consideraron los 2 Hospitales Comunitarios acreditados del Servicio. De esta manera con la información recopilada de los 299 Jefes de Programas Odontológicos, se aplicó la encuesta vía mail hasta alcanzar una muestra representativa.

Finalmente se aplicó un total de 183 encuestas equivalente a una proporción de respuestas del 61% considerando los 299 centros que fueron efectivamente contactados. Los porcentajes de tasa de respuesta y cantidad de centros que participaron según Servicio de Salud se muestran en el Gráfico N° 1 y 2. Destacando la participación de los Servicios de Maule, Concepción, Ñuble, Metropolitano Sur oriente y Norte.

Gráfico n°1: Distribución de la tasa de respuesta de los equipos odontológicos, según Servicio de Salud.

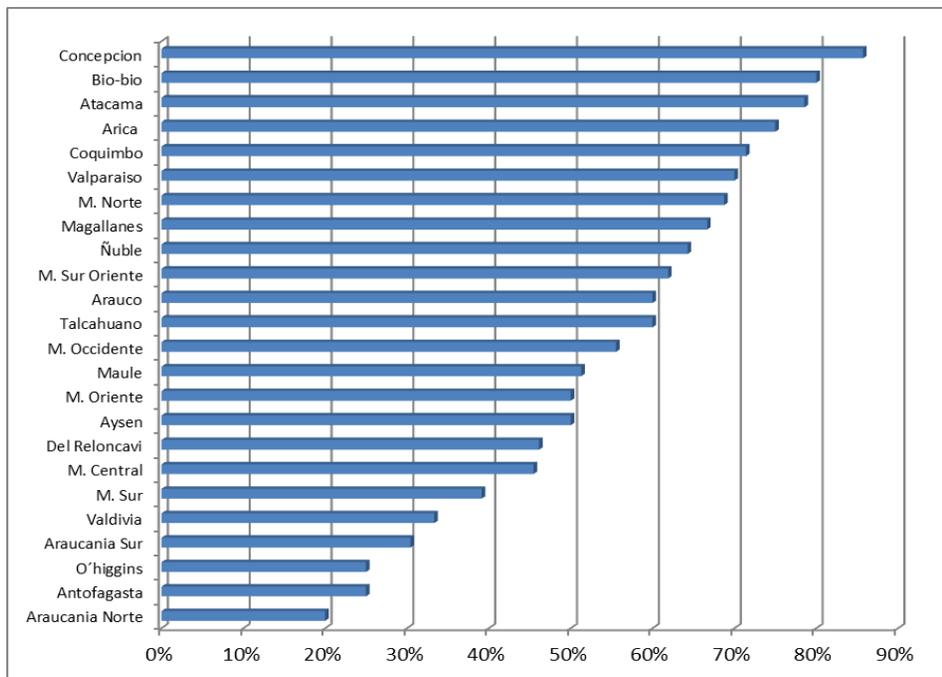
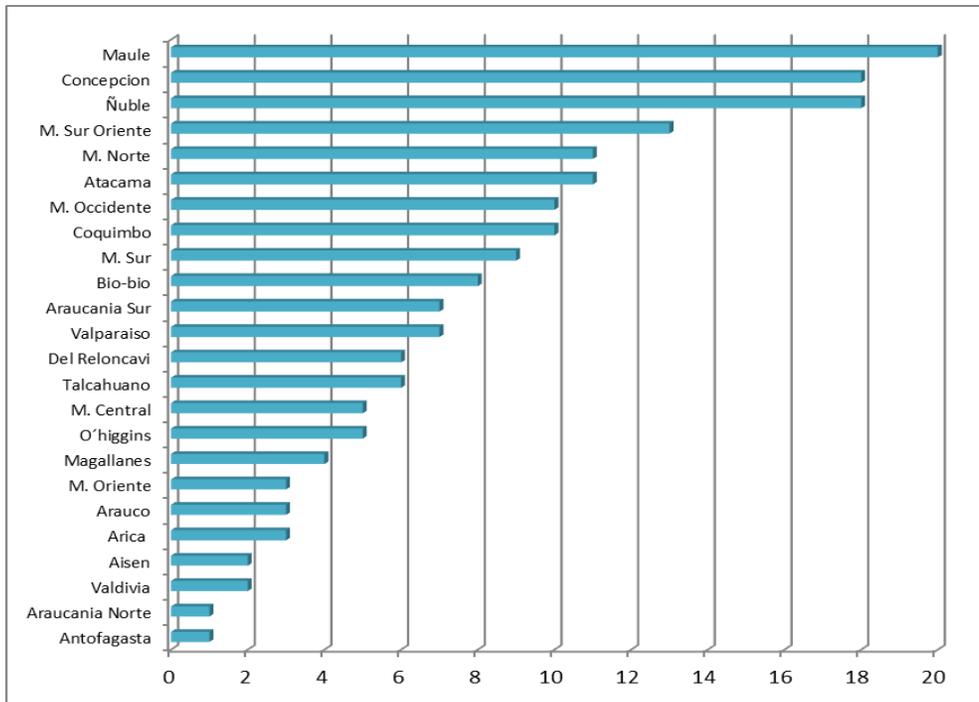


Gráfico n°2: Distribución de los equipos odontológicos que participaron de la encuesta, según Servicio de Salud.



4.4.-Construcción del Instrumento

Para cumplir con los objetivos de la investigación se decidió realizar una encuesta. La primera fase de esta consistió en definir las dimensiones a evaluar y las preguntas necesarias de acuerdo a los siguientes criterios y pasos:

- a) Revisión bibliográfica en la que se analizaron las pautas de implementación del modelo de salud integral con enfoque familiar, las guías y normas que describen las características deseables del nuevo modelo.
- b) Revisión de encuesta confeccionada por el Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud creada con objetivos similares a esta investigación

,la cual fue piloteada en odontólogos que se desempeñan en atención primaria del Servicio de Salud del Bio- Bio durante el año 2011.

- c) Se realizó una reunión de trabajo con el equipo del Departamento de Salud Bucal Ministerio de Salud con fecha 21 de Octubre de 2011 con la presencia de la Dra. Carolina Mendoza asesora programa odontológico y Dra. María José Letelier Jefa(s) programa odontológico; instancia en la que se discutió la pertinencia de los ámbitos y componentes a evaluar.
- d) Finalmente se obtuvo una encuesta preliminar para la investigación con un total de 21 preguntas.

En una segunda fase se realizó una validación de contenido de la encuesta para lo que se seleccionó un panel de expertos de acuerdo a las siguientes características: que sean odontólogos; que tuvieran experiencia y reconocida competencia en relación a la planificación del programa odontológico y su incorporación del nuevo modelo de atención integral con enfoque familiar; y que aceptaran evaluar la primera versión de la encuesta. Finalmente el panel estuvo compuesto por 10 profesionales del ámbito clínico, ministerial y docente.

Se realizó una evaluación cuantitativa que consistió en establecer un índice numérico para la validez de contenido del cuestionario, utilizándose la fórmula y metodología propuesta por Lawshe y perfeccionada por Tristan (70), que cuantifica el grado de consenso del panel de expertos para cada pregunta de la encuesta de acuerdo a su relevancia si es "esencial", "útil pero no esencial" o "irrelevante" para lograr el objetivo de la investigación por medio de la encuesta.

Además se calificó la redacción de la pregunta como “claro” o “no claro” en relación al vocabulario utilizado (Anexo 2).

Las calificaciones obtenidas fueron tabuladas y utilizadas para encontrar la razón de validez de contenido con la fórmula diseñada por Lawshe. La razón de validez debiera variar de 0 a 1, donde 0 indica negativo para el criterio a considerar y 1 razón de validez positiva. A partir de los datos obtenidos se realizaron los ajustes necesarios.

Finalmente se obtuvo una encuesta que evaluó 4 dimensiones con un total de 21 preguntas (Anexo 2) según lo que se describe en la tabla N°3; esta fue piloteada en 25 odontólogos que se desempeñaban en otros centros de Atención Primaria (Centros de Salud Urbanos y Rurales).

Tabla N° 3 Resumen instrumento y operacionalización de variables.

Ámbito	Criterios a evaluar o Característica	Nº Preguntas	Tipo Respuesta o Variable
Grado de Capacitación en relación a salud familiar	Cantidad de Odontólogos capacitados	1	Continua
	Cantidad de Asistentes capacitados	1	Continua
	Tipo Capacitación Odontólogos	1	Categórica
	Tipo Capacitación Asistentes	1	Categórica
Incorporación a las actividades del nuevo modelo	Incorporación a planificación interna	1	Categórica
	Incorporación a reuniones de sector	1	Categórica
	Incorporación a diagnósticos epidemiológicos	1	Categórica
	Atención odontológica sectorizada	1	Dicotómica
Participación en actividades intersectoriales e interdisciplinarias	Tipo de prestaciones del nuevo modelo ejecutadas por el equipo odontológico	1	Nominal
	Auto percepción de la incorporación del equipo a actividades con otros profesionales en el centro de salud	5	Categórica y Dicotómica
	Auto percepción de la participación del equipo odontológicos en actividades con la comunidad	1	Nominal

Fortalezas y debilidades percibidas	Beneficios en la incorporación al nuevo modelo	1	Nominal y Abierta
	Barreras en la incorporación al nuevo modelo	1	Nominal y Abierta
	Cambios necesarios en la incorporación al nuevo modelo	2	Nominal y Abierta

Además en cada encuesta enviada se considero las siguientes variables:

- Servicio de Salud a la que pertenece el CESFAM (Nominal).
- N° de odontólogos por CESFAM (Continua).
- N° de asistentes dentales por CESFAM (Continua).
- Tiempo de acreditación del CESFAM (Categórica).

Con el instrumento terminado, se procedió a solicitar el apoyo y la autorización formal para la investigación al Jefe del Departamento Odontológico de la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

4.5-Recolección de la Información:

Una vez desarrollados los pasos definidos previamente e identificado los odontólogos jefes de los distintos programas de salud bucal se procedió a la aplicación de la encuesta durante el periodo de Febrero a Junio del 2012 de acuerdo a los pasos enunciados a continuación:

1. Contacto con odontólogos a través de los distintos asesores odontológicos de los Servicios de Salud y SEREMIS del país, con el fin de corroborar información de números de teléfono y mail.
2. Envío de la encuesta vía mail, por medio de los distintos Servicios de Salud del país, para este fin se utilizó el programa GOOGLE DOCS que permitió recopilar la información en forma instantánea.

3. En el caso de no haber respuesta, se contactó en forma telefónica a los jefes de programas con el fin de que respondieran la encuesta.
4. La encuesta sólo permite ser enviada vía mail, una vez contestada totalmente y sin errores.
5. Se finalizó la aplicación de la encuesta una vez alcanzada la muestra representativa.

4.6-Análisis de Información

Para la construcción de la base de datos se utilizaron planillas EXCEL formato en que se entregan los datos del programa GOOGLE DOCS, para luego realizar el análisis estadístico con el programa STATA 8 y SPSS 18.0

Los indicadores se evaluaron con estadígrafos descriptivos, frecuencias y medidas de resumen y tendencia central (de acuerdo a la naturaleza de las variables a medir). Dado el carácter exploratorio y descriptivo de este estudio, no se utilizó estadística analítica con fines inferenciales.

4.7- Consideraciones especiales

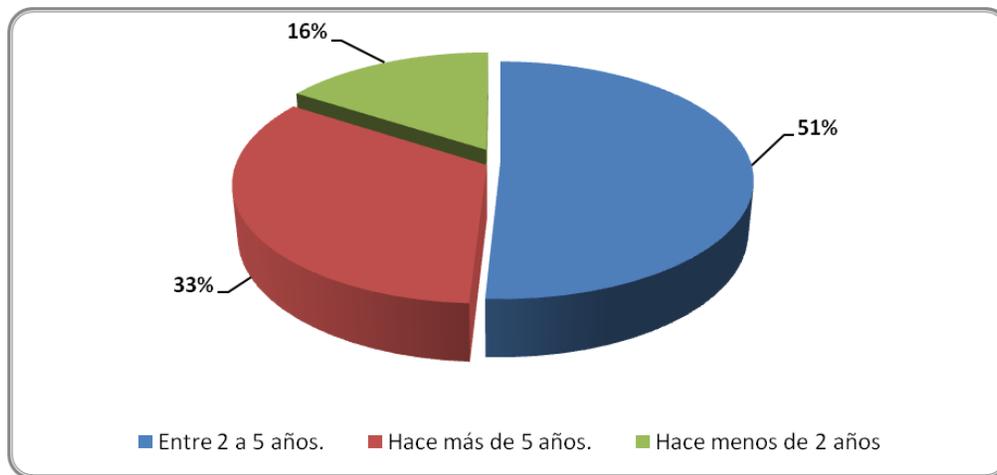
El presente estudio no involucra manejo de información o intervenciones directas sobre pacientes, y se enmarca en el proceso de transformación al modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, por lo que no presenta conflictos éticos y no requiere una evaluación por el comité de ética. Paralelamente, los resultados encontrados no harán referencia al

nombre de los CESFAM en particular, y no se pretende hacer comparaciones o construir un ranking de Centros a partir de estos. Por último se entregaran los resultados al Departamento de Salud Bucal del MINSAL de modo de contribuir con el proceso de incorporación del programa odontológico al nuevo modelo de atención.

5.-RESULTADOS

Durante el periodo de Febrero a Mayo de 2012 se envió la encuesta a un total de 299 Centros de salud que tenían la información completa (mail, número de teléfono y nombre del jefe de programa odontológico); obteniendo la respuesta de 183 jefes de programas, que corresponde a una tasa de respuesta del 61%. Con respecto al tiempo de acreditación de los CESFAM encuestados, la mayoría lo ha estado entre 2 a 5 años 51%(n=93), seguido por aquellos que ya se encuentran acreditados por más de 5 años 33%(n=61) y el 16%(n=29) hace menos de 2 años (Gráfico N°3).

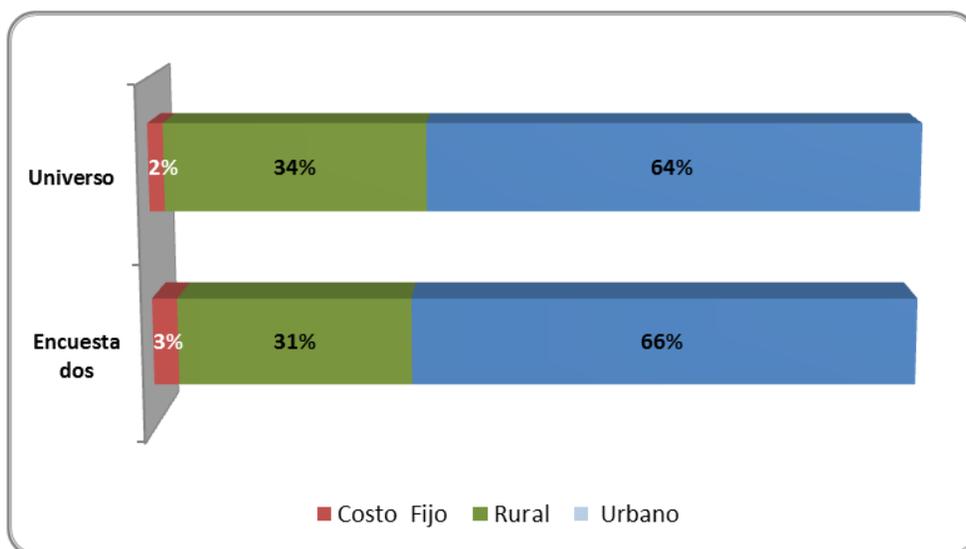
Gráfico n°3: Distribución de los centros de salud que participaron de la encuesta, según tiempo de acreditación.



Al analizar la distribución de los centros de salud encuestados según tipo de financiamiento per- cápita; Se observa un mayor porcentaje de CESFAM pertenecen a comunas urbanas 66%(n=121), seguido por comunas rurales

31%(n=56) y costo fijo 3%(n=6). Esta distribución es similar a la distribución observada en el total de CESFAM que componen el Universo (Gráfico N°4).

Gráfico N° 4: Distribución de los centros de salud, según financiamiento per-cápita.



En relación a la composición de los 183 equipos odontológicos encuestados, en promedio estaban conformados por 4,9 odontólogos y 4,3 asistentes dentales, sumando un total de 901 odontólogos y a 456 asistentes dentales. Al analizar la cantidad de profesionales con respecto al tipo de financiamiento per-cápita. Se observa que en las comunas urbanas el promedio fue de 5,4 odontólogos y 4,6 asistentes dentales; para las comunas rurales 4,1 y 3,9, mientras que para las de Costo Fijo 2,2 y 1,8 respectivamente (Tabla N° 4).

Tabla N° 4: Cantidad de profesionales por equipo odontológico.

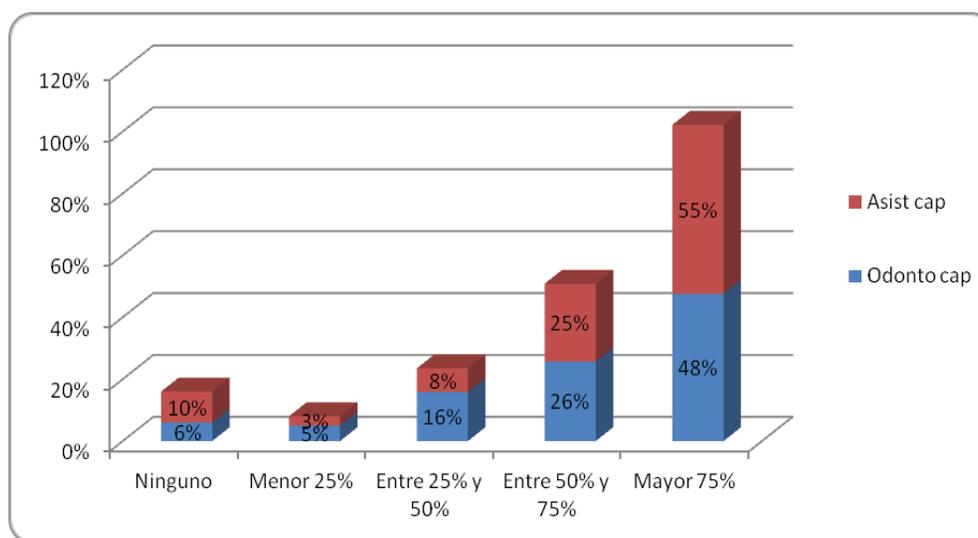
Profesionales	Costo Fijo	Rural	Urbano	Total
Odontólogos	13(± 2,2)	231 (± 4,1)	657 (± 5,4)	901 (± 4,9)
Asistentes	11 (± 1,8)	216(± 3,9)	555 (± 4,6)	555 (± 4,3)

A continuación se detallaran los resultados de acuerdo a los ámbitos que fueron evaluados por la encuesta:

5.1.- Grado de capacitación de los equipos odontológicos encuestados.

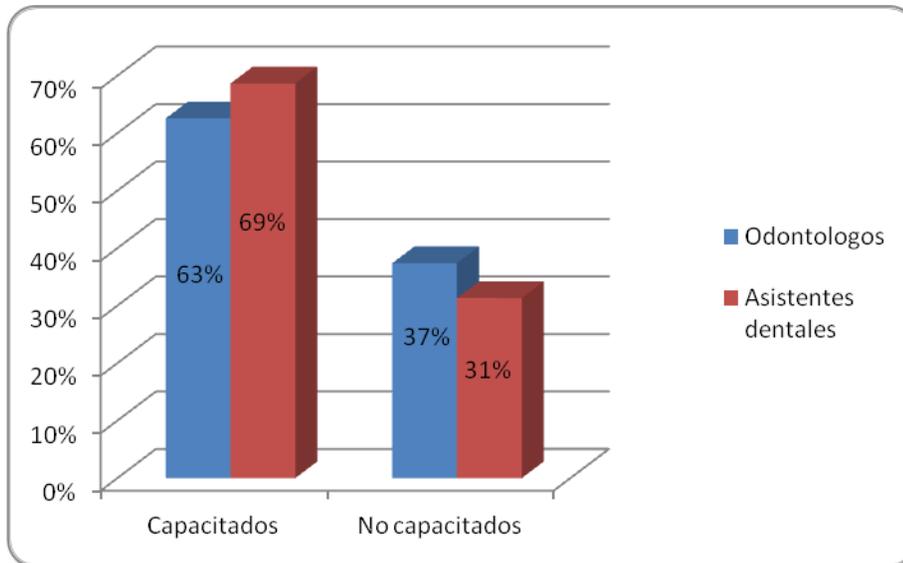
Al analizar el porcentaje de profesionales capacitados en salud familiar, los equipos que tienen un nivel de capacitación mayor al 75% representan el 48% (n=87), mientras que solo el 6%(n=11) de la muestra no tiene odontólogos capacitados. Esta tendencia se repite en relación a las asistentes dentales ya que el 55% (n=100) de los equipos encuestados alcanza un nivel superior al 75% de capacitación y sólo 10% (n=18) no ha tenido formación alguna (Gráfico N°5).

Gráfico N° 5: Distribución de porcentajes de odontólogos y asistentes dentales capacitados en relación al total de profesionales por equipo.



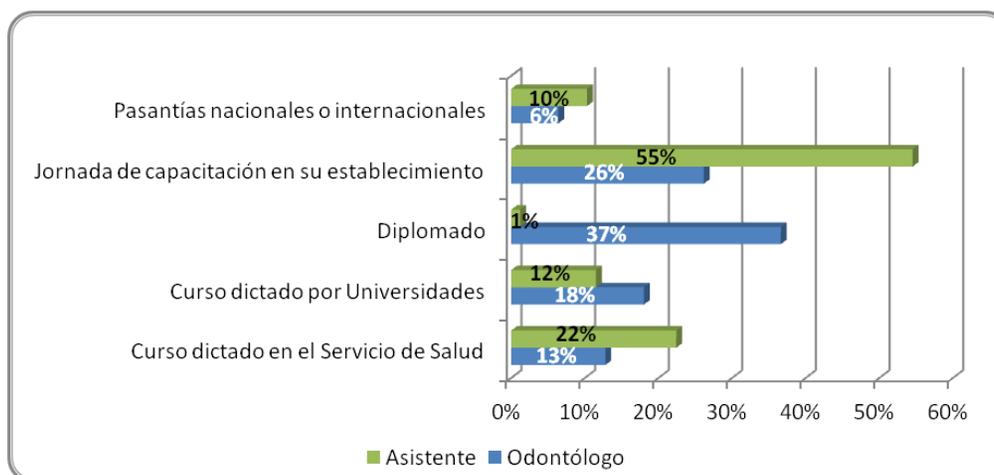
Por otro lado al considerar el total de profesionales que forman parte de la muestra; el 37%(n=337) de los odontólogos y el 31%(n=245) de asistentes dentales no han recibido alguna capacitación (Gráfico N°6).

Gráfico N° 6: Distribución del total de profesionales capacitados de los equipos odontológicos encuestados.



En relación a los centros que están conformados por odontólogos que tienen alguna capacitación, representando el 94%(n=172) de la muestra, el 37%(n=63) la realizó mediante un Diplomado de Salud Familiar, seguido por un 26%(n=45) a través de un curso dictado por su Establecimiento y un 18%(n=31) impartido por alguna Universidad; para la descripción anterior se consideró al profesional con el más alto nivel de capacitación por equipo odontológico. Por otro lado, el 90%(n=165) de los centros encuestados, estaban conformados por asistentes con formación en salud familiar, de estos en un 55%(n=90) la capacitación fue adquirida en su establecimiento, seguido por el 22% por algún curso dictado por el Servicio de Salud (Gráfico N°7).

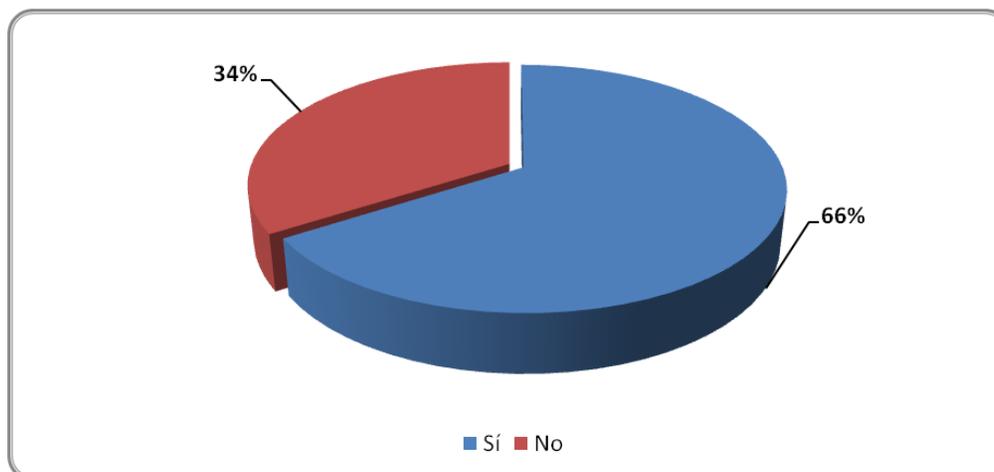
Gráfico N° 7: Tipo de capacitación en relación al modelo de salud familiar de los equipos odontológicos encuestados, considerando al profesional con el más alto nivel de formación.



5.2- Incorporación a las actividades que ofrece el nuevo modelo de atención.

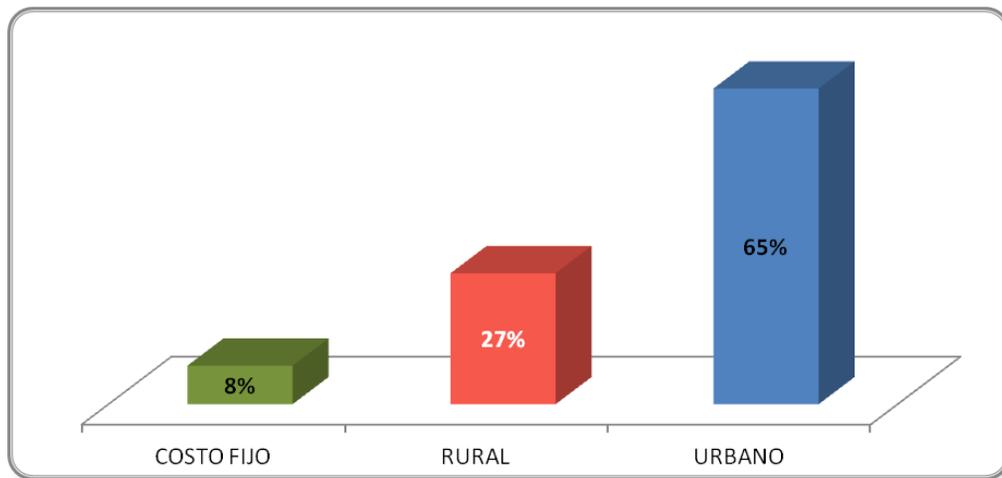
En relación a la modalidad de atención realizada por los equipos encuestados, un 66%(n=120) lo hace en forma sectorizada, mientras que el 33%(n=63) no lo hace (Gráfico N°8).

Gráfico N° 8: Atención odontológica sectorizada realizada por los equipos encuestados.



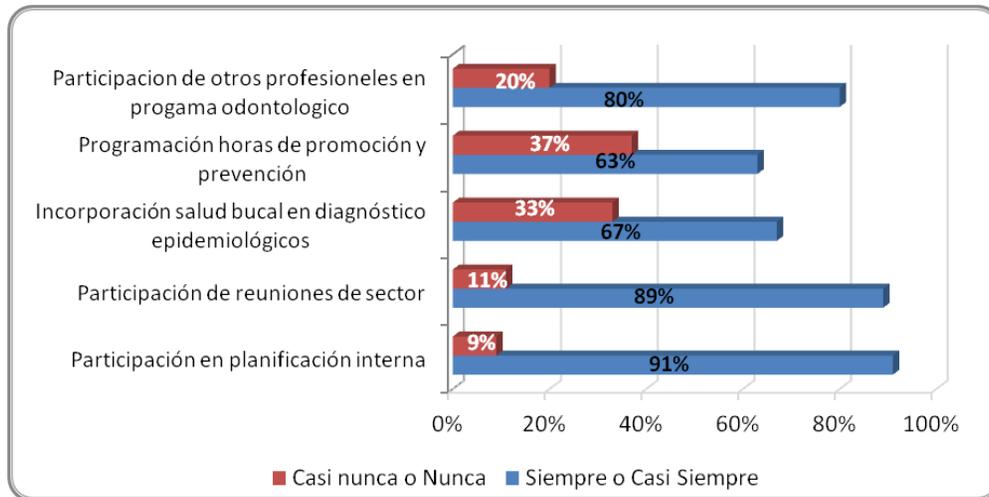
Al analizar los centros que no realizan atención sectorizada, y su relación con el financiamiento per-cápita comunal, se observa que el 65%(n=41) corresponde a centros de salud urbanos, seguidos por un 27%(n=17) rurales y un 8% (n=5) costo fijo (Gráfico N°9).

Gráfico N° 9: Centros de salud que no realizan atención odontológica sectorizada, según financiamiento per-cápita.



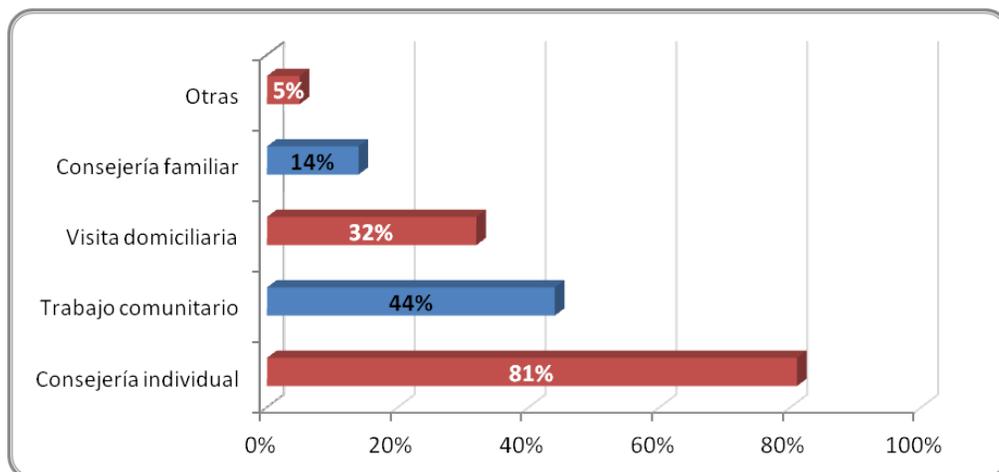
Con respecto a la participación de los equipos encuestados en las instancias de coordinación que ofrece el nuevo modelo, se observa que el 91%(n=167) siempre o casi siempre participan de la planificación interna de los CESFAM y el 89%(n=162) de las reuniones de sector. Sin embargo, esta participación disminuye en la incorporación de temas de salud bucal en los diagnósticos epidemiológicos y en la programación de horas de promoción y prevención por parte de los equipos odontológicos; 33%(n=60) y un 37%(n=67) de los equipos nunca o casi nunca participa de estas instancias respectivamente (Gráfico N°10).

Gráfico N° 10: Participación de los equipos odontológicos encuestados en actividades que ofrece el nuevo modelo de atención.



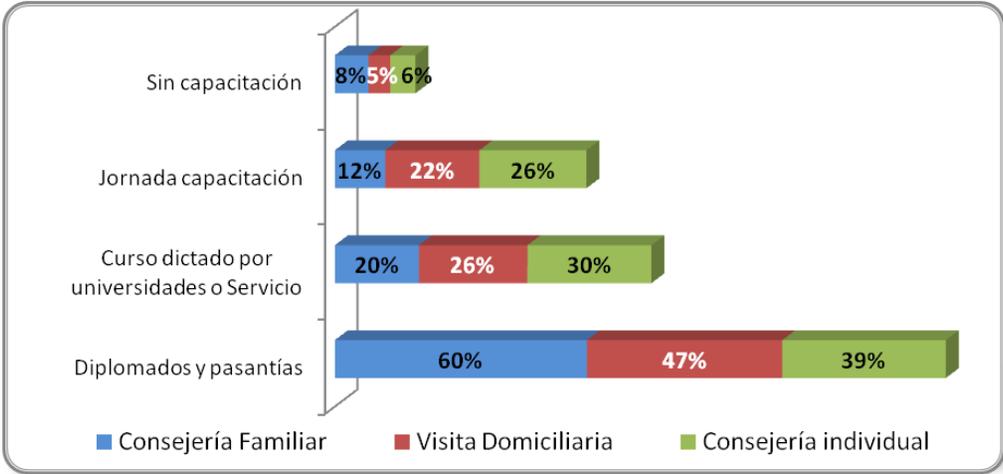
Con respecto al tipo de prestaciones que ofrece el nuevo modelo de atención, se observa que el 81%(n=148) de los equipos realiza consejería individual, un 44%(n=81) Trabajo comunitario, 32%(n=58) Visita Domiciliaria y solo un 14%(25) consejería familiar (Gráfico N°11).

Gráfico N° 11: Tipo de prestaciones con enfoque familiar y comunitario que desarrollan los equipos odontológicos encuestados.



Al analizar estas nuevas prestaciones realizadas por los equipos encuestados, según el tipo de capacitación, la mayoría están formados por odontólogos con Diplomado en salud familiar o que han realizado pasantías nacionales o internacionales; un 60% de los 25 centros que realizan Consejería Familiar, 47% de los 58 que realizan Visitas Domiciliarias y el 39% de los 148 que desarrollan consejerías individuales (Gráfico N°12).

Gráfico N° 12: Tipo de prestaciones con enfoque familiar y comunitario que desarrollan los equipos odontológicos encuestados, según tipo de capacitación.

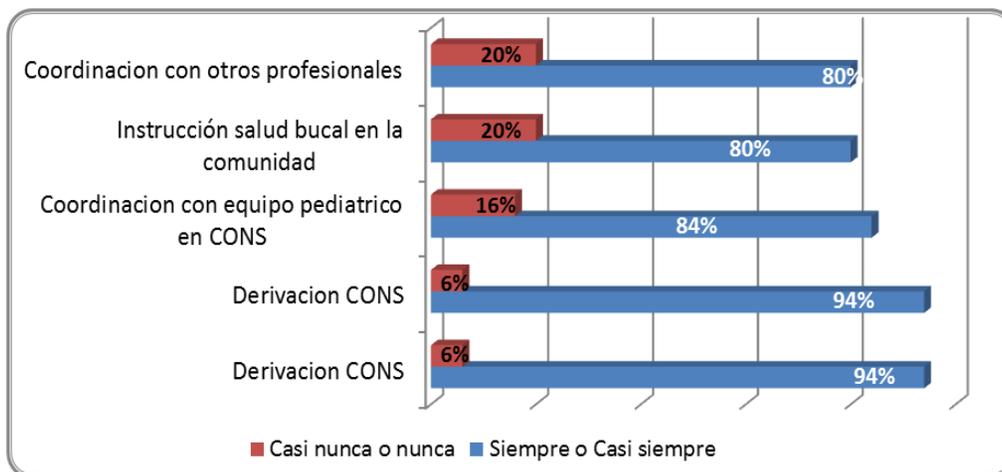


5.3- Participación en actividades interdisciplinarias e intersectoriales.

Con respecto a la participación en estas actividades, se consultó la opinión sobre la derivación y coordinación de pacientes GES odontológicos y Control del Niño sano (CONS); 94%(n=173) y de los encuestados considera que siempre o

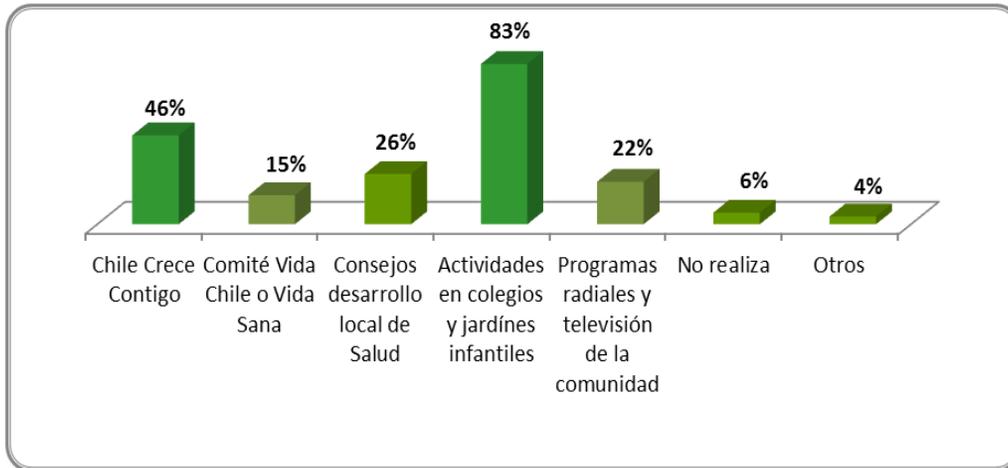
casi siempre se realiza adecuadamente. En relación a la incorporación de otros profesionales a los programas odontológicos y a la pesquisa e instrucción de salud oral en la comunidad se mantiene la buena percepción ya que el 80%(n=146) de los equipos encuestados siempre y casi siempre lo hace, Sin embargo un 20%(n=37) nunca o casi nunca lo realiza (Gráfico N°13).

Gráfico N° 13: Autopercepción de la incorporación de actividades interdisciplinarias de los equipos odontológicos encuestados.



Con respecto a las actividades desarrolladas en la comunidad, sólo el 6%(n=172) no las realiza, y de los centros que las realiza un 83% lo hace en Colegios y jardines infantiles comunales, seguido por actividades que ofrece el Programa Chile Crece Contigo con un 46%, y por un 26% a través de consejos de desarrollo local, disminuyendo su participación en instancias como los Comité Vida Sana (15%); cabe mencionar que dentro de la opción de respuesta abierta algunos equipos mencionaron que realizan actividades de vistas a postrados de su comuna (Gráfico N°14).

Gráfico N° 14: Participación de actividades con la comunidad de los equipos odontológicos encuestados.*



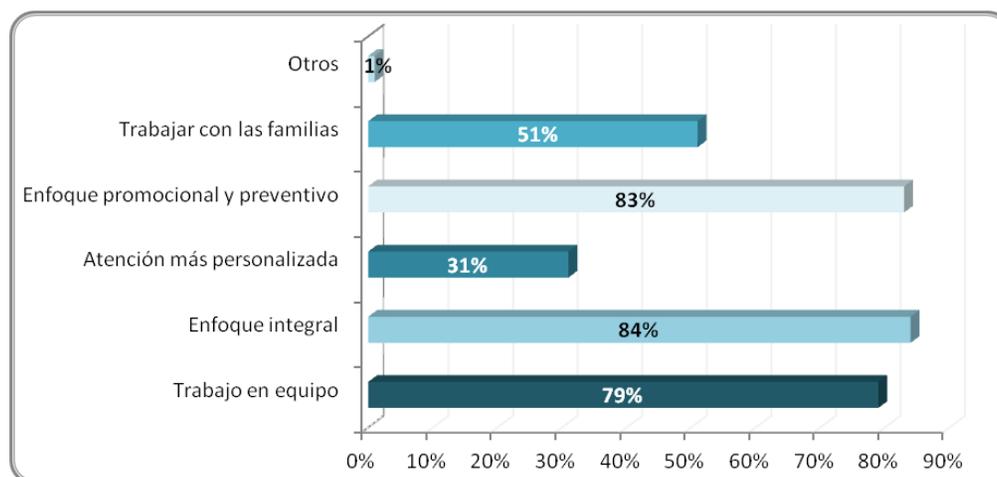
* Respuestas incluyen mas de una alternativa por lo que el total puede superar el 100%

5.3- Fortalezas y debilidades percibidas por los equipos odontológicos.

Frente a la pregunta de mencionar los beneficios que puede otorgar la incorporación del programa odontológico al nuevo modelo, la mayoría coincide que se traduciría en un enfoque preventivo y promocional, integral y un trabajo en equipo ya que entre el 84%(n=154) y el 79%(n=145) de los equipos encuestados se inclinaron por esas respuestas (Gráfico N°15).

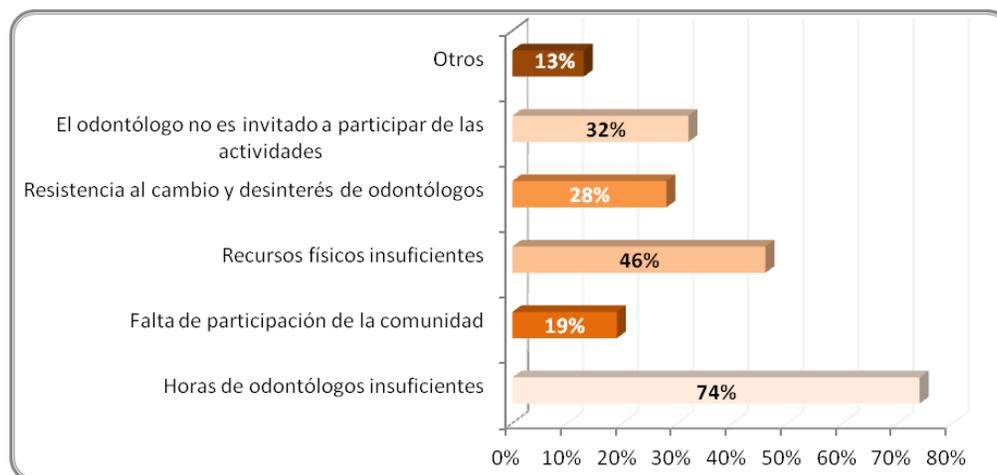
En relación a las barreras observadas por los equipos encuestados para incorporar este nuevo modelo, la mayoría coincide en las horas de odontólogos insuficientes (74%), seguido por la falta de recursos físicos (49%) , y que el odontólogo no es invitado a participar de las actividades (32%) (Gráfico N°16)

Gráfico N°15: Beneficios percibidos por los odontólogos encuestados de la integración del programa odontológico al Modelo de Salud Familiar. *



* Respuestas incluyen mas de una alternativa por lo que el total puede superar el 100%

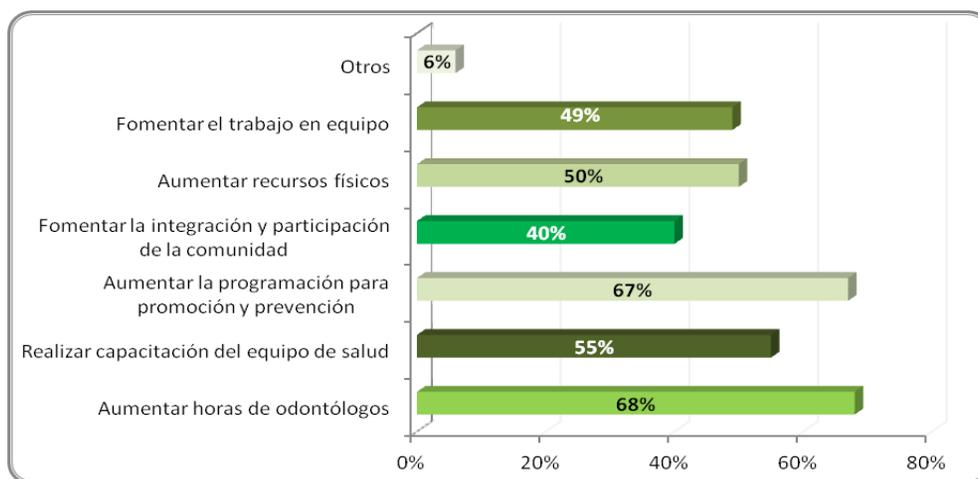
Gráfico N° 16: Barreras percibidas por los odontólogos encuestados en la incorporación del Programa odontológico al Modelo de Salud Familiar.*



* Respuestas incluyen mas de una alternativa por lo que el total puede superar el 100%

Con respecto a los cambios que se deben realizar, para la incorporación al nuevo modelo, la mayoría cree en un aumento de las horas de odontólogos (68%), seguido por un aumento de horas de promoción (67%) y por una mayor capacitación respecto al tema (55%) (Gráfico N°17).

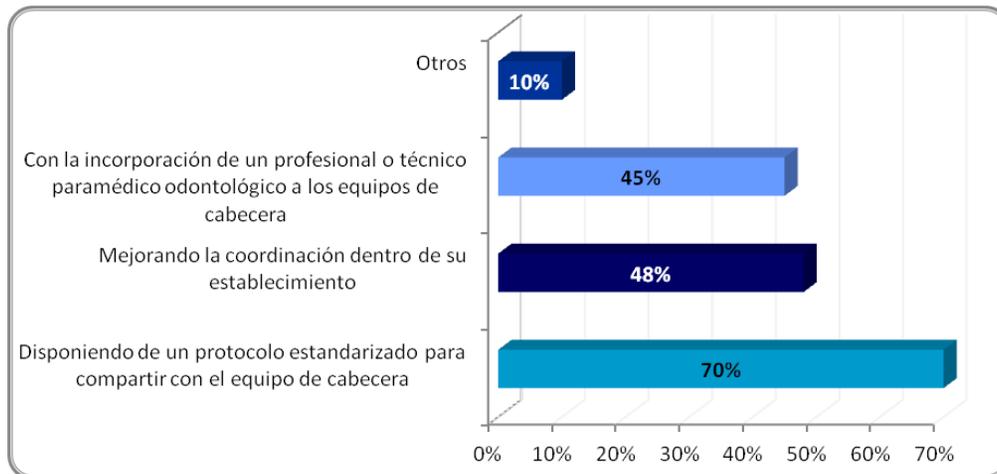
Gráfico N° 17: Percepción de los odontólogos encuestados, respecto a mejoras en la incorporación del programa odontológico al Modelo de Salud Familiar.



* Respuestas incluyen mas de una alternativa por lo que el total puede superar el 100%

Por último en relación a los cambios que se pueden realizar para que el equipo de salud observe, pesquise e instruya sobre hábitos de salud bucal, la mayoría coincide que se deben disponer de protocolos estandarizados para compartir con el equipo (70%), seguido por una mejor coordinación con los establecimientos (48%) (Gráfico N°18)

Gráfico N° 18: Percepción de los odontólogos encuestados, con respecto a los cambios que se deben hacer, para mejorar la pesquisa e instrucción de higiene oral en la comunidad.



* Respuestas incluyen mas de una alternativa por lo que el total puede superar el 100%

6. DISCUSION

Al observar la distribución de los equipos odontológicos de los CESFAM encuestados según Servicio de Salud, se aprecia que es heterogénea, además en relación al financiamiento per-cápita, mantiene las características del universo. Por otro lado, la mayoría de los centros encuestados estaban acreditados como mínimo 2 años (51% entre 2 a 5 años y 33% más de 5 años); Esto genera que los resultados extraídos tenga una representatividad adecuada y además reflejan la situación de establecimientos que llevan años adoptando los lineamientos de este nuevo modelo.

Con respecto a la capacitación del equipo odontológico se observa que en casi la totalidad de los centros encuestados, a lo menos un integrante ha recibido alguna capacitación en relación al nuevo modelo de atención. Sin embargo, al analizar en forma individual la cantidad de odontólogos y asistentes dentales se observa que una tercio de ellos (37% y 31% respectivamente) no ha recibido formación en relación al modelo de salud familiar lo que refleja una gran desventaja para aplicar nuevas prestaciones o métodos diagnósticos que permitan dar un enfoque comunitario y familiar al programa odontológico.

Esta situación , que es compartida por otros profesionales de la salud, se ve reflejada en la brecha existente entre la descripción del perfil de competencias necesarias para el nuevo modelo y las mallas curriculares de las carreras de pregrado de nuestro país; en la primera se ha descrito que debe haber un cambio de relación con las personas, un trabajo multidisciplinario y con un campo de acción orientado hacia la comunidad , mientras que la mayoría de las carreras de

salud sigue siendo abordada desde un punto de vista biomédico centrando su eje de acción en vencer la enfermedad y fomentando el conocimiento profundo en determinadas áreas estimulando la especialización, dejando los aspectos psicológicos y sociales de la salud fuera del análisis médico, siendo abordados por otras disciplinas (49,50,52). Como consecuencia de esto, los profesionales de la salud recién egresados pueden carecer de conocimientos y entrenamiento en el campo de la medicina familiar, fundamentalmente porque no existen asignaturas en pregrado, provocando la necesidad de un entrenamiento posterior para adquirir los conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas propias del médico familiar, lo que entorpece y enlentece la implementación del nuevo modelo (51,52).

En este contexto , los resultados de la encuesta demuestra que solo el 37% de los equipos odontológicos cuenta con un profesional con Diplomado en Salud Familiar, el resto de los equipos tiene conocimientos recibidos por alguna capacitación dictada por el servicio o establecimiento de APS, generando una desventaja en la implementación de estrategias o cambios en las prestaciones odontológicas con enfoque familiar, por el desconocimiento de éstas o no poseer los fundamentos teóricos y prácticos que pueden ser adquiridos en una capacitación que tenga horas académicas suficientes. Prueba de esto es que la mayoría de las capacitaciones realizadas en los establecimientos de APS varían entre 8 a 20 horas, carga académica que impide adquirir una base adecuada para integrar nuevas herramientas como las visitas domiciliarias o un genograma, además el objetivo final de estos cursos es motivar e introducir en el modelo a los equipos de salud, que incluso han formado parte de los compromisos de gestión obligando a los establecimientos a realizarlo (72).

Por lo tanto es necesario estimular un proceso de formación que involucren una mayor carga académica en relación a conceptos básicos de salud familiar, incrementando los profesionales que desarrollen programas de Diplomado, mejorando la implementación del modelo, tal como lo refleja los resultados de este estudio, donde el 60% de los equipos encuestados que realizan consejerías familiares están capacitados con Diplomado, mientras que el 47% con respecto a las visitas domiciliarias. Además, al aumentar la capacitación también se pueden mejorar los resultados sanitarios, tal como lo demuestra un estudio retrospectivo en Estado Unidos que analizó cómo un aumento de médicos especialistas en salud familiar en la APS provocó una disminución de la mortalidad en todas sus causas y un bajo número de hospitalizaciones y consultas de urgencias. Por otro lado, un estudio realizado en Chile donde se compararon los centros de salud Ancora de la Universidad Católica (establecimientos dotados por un 30% a un 60% de médicos especialistas en salud familiar) con otros centros municipalizados, mediante una evaluación técnica y de percepción usuaria, se observó una mayor eficacia de los centros universitarios y una menor tasa de derivación a niveles de mayor complejidad. Sin embargo, estas intervenciones significaron una inversión mayor para capacitar a sus profesionales, pero en el caso de Chile genera un costo beneficio adecuado de \$0,6 US por cada punto de efectividad ganado (73,74,75).

Con respecto a la forma en que el odontólogo se está incorporando a las actividades que se generan con este cambio de modelo de atención, se observa una gran participación de los odontólogos en los equipos multidisciplinarios como es el caso de reunión de sector o del equipo gestor en sus respectivos CESFAM.

Sin embargo esta alta participación no se materializa en incorporar temáticas de salud bucal, tal como lo refleja que el 33% de los diagnósticos epidemiológicos nunca o casi nunca incorpora algún tema de salud bucal o que un 33% de los establecimientos encuestados no realiza una atención sectorizada, esto a pesar de que la mayoría de los CESFAM están acreditados hace años.

Esta situación provoca que los problemas de salud bucal no se aborden con un enfoque familiar, ya que no se está realizando un diagnóstico adecuado que permita caracterizar la población a cargo y detectar factores de riesgos asociados a la salud bucal, proceso que antecede a diversas actividades de promoción y prevención exitosa (38,63,64,68). Esto se sustenta ya que diversos estudios han documentado que factores sociales como nivel educacional, nivel socioeconómico y ruralidad pueden determinar un mayor riesgo e incidencia de historia de caries, incluso se ha llegado a relacionar por parte del Departamento de Salud Bucal en un modelo de información geográfica, con el fin de detectar grupos vulnerables que han tenido una relación con una mayor historia de caries y de esta manera identificarlos para focalizar sus programas (66,67,68,76).

Por otro lado al no realizar una atención sectorizada, la ejecución del programa odontológico se implementa sin considerar las características especiales que puede haber en un determinado sector de la población; sumado a esto, el programa odontológico es considerado generalmente como transversal en la mayoría de las orientaciones programáticas propiciando a que los odontólogos no se les estimule para sectorizar sus prestaciones (1,17,26,27). Otra situación que impide la sectorización, es la falta de recursos humanos y físicos en la APS en relación a la población inscrita por establecimiento, situación que es percibida

por los odontólogos encuestados ya que el 87% considera que la falta de recursos humanos es la principal barrera para incorporar el nuevo modelo. Sin embargo al cruzar la información de los equipos que no realizan atención sectorizada con el tipo de financiamiento per-cápita, un 65% corresponde a centros urbanos con un promedio de 5,4 odontólogos por equipo, lo que puede ser reflejo que es un problema de gestión más que de recursos humanos.

Otro aspecto analizado fue la participación interdisciplinaria de los odontólogos dentro del equipo de salud; la auto percepción en general fue positiva ya que en un gran porcentaje cerca del 90% siempre o casi siempre realiza coordinación con éstos, en especial con respecto a la derivación de programas como el GES o el control niño sano; sin embargo esta percepción disminuye en la incorporación de otros profesionales del equipo de salud a los programas de salud bucal (80%) y en la incorporación del odontólogo a programas interdisciplinarios como en el caso del programa Chile Crece Contigo , ya que solo el 46% de los equipos participa.

Prueba de lo último, son los resultados obtenidos en distintos estudios que evalúan el control odontológico del niño sano ya que se observa una escasa participación de otros profesionales en la planificación y entrega de estas prestaciones (9,56,57); así como también la incorporación de odontólogos a otros programas que tienen como objetivo actuar sobre factores determinantes de la salud bucal como es el caso del programa Chile Crece Contigo, que contempla acciones promocionales y preventivas con una perspectiva de ciclo vital, un factor relevante en la salud bucal, considerando que el índice de caries, aumenta bruscamente entre los 4 a 6 años; En el año 2009 la salud buco dental representó

solo el 5,7 de los ingresos a educación grupal y dentro de los objetivos del programa de desarrollo integral del niño no se observa alguna temática de salud bucal, evidenciando una escasa presencia en instancias que pueden ayudar a lograr los objetivos del programa odontológico (31,77).

En relación a la participación del equipo odontológico en actividades con la comunidad, llama la atención que la mayoría realiza actividades de promoción y prevención, principalmente en los establecimientos educacionales. Sin embargo hay una dificultad en registrarlas, ya que por ejemplo en el resumen estadístico mensual de la APS (REM) en su categoría 19, donde se registra las actividades de promoción no existe la opción para que los odontólogos puedan hacerlo, por lo que deben realizarlo mediante la categoría de “otros profesionales” generando que estas acciones no se cuantifiquen y por ende no se valoricen (34).

Por otro lado, estas actividades que se realizan en los colegios, pone de manifiesto que la educación para la salud es una de las estrategias más utilizadas por los odontólogos para mejorar la condición bucal de las personas, y que tiene como objetivo provocar un cambio de conducta individual, como lo es un correcto cepillado de dientes o una dieta saludable. Sin embargo muchas de estas intervenciones se traducen en cambios conductuales a corto plazo, y por lo tanto se hace necesario intervenir en las familias, que debe transformarse en un agente motivador del cambio de conducta, permitiendo perpetuar esfuerzos de tiempo y recursos en una conducta saludable que permitan mejorar la salud bucal (67,68,69). En este contexto, se observa que en un porcentaje no despreciable de los equipos odontológicos, se están realizando prestaciones como consejería familiar o visitas domiciliarias (14% y 32%, respectivamente), actividades que

debieran seguir estimulándose y no limitar las estrategias de promoción sólo a la educación en colegios sino que incluir a la comunidad y en especial a la familia en éstas.

Además al analizar las orientaciones y pautas que describen estas nuevas prestaciones, como la visita domiciliaria, detallan que el tiempo necesario para realizarla debiera ser de 90 a 60 minutos de trabajo con las familias, además se debe considerar el tiempo de traslado, aumentando este en el caso de comunidades rurales (2). Esto refleja que hay que coordinar adecuadamente estas nuevas prestaciones; Sin embargo en esta investigación el 37% de los equipos odontológicos, ni siquiera realiza programación para actividades de prevención y promoción y aunque no se preguntó directamente por las visitas domiciliarias se puede deducir, por el bajo porcentaje, que no hay una adecuada programación de éstas.

Otro ámbito evaluado fue la percepción de fortalezas y debilidades en la incorporación del programa odontológico a este nuevo modelo de atención; En relación a los beneficios que se describen son un trabajo integral e intersectorial con un mayor énfasis en lo promocional y preventivo, que ponen de manifiesto la inquietud de los odontólogos en desarrollar nuevas estrategias. Sin embargo como hemos visto existen dificultades en su integración y muy pocos equipos están aplicando las nuevas prestaciones. Esto genera un cuestionamiento a los lineamientos estratégicos del programa odontológico ya que el 70% de los equipos encuestados considera necesario una protocolización de las directrices de éste, de manera de estandarizar y objetivar las prestaciones que deben ser incorporadas, esto se ve reflejado en el alto porcentaje de utilización de la

consejería individual por los odontólogos encuestados, y que coincide con su alta protocolización por parte del Departamento odontológico del MINSAL, mediante pautas , guías y metas observables en especial en el programa de salud integral del niño y del adolescente de 12 años. Por otro lado un gran porcentaje considera necesario aumentar las horas para promoción y prevención, ya que son actividades que requieren de tiempo para realizarlas y ejecutarlas; situación reflejada, al analizar la cantidad de horas recomendadas por el Departamento Odontológico del MINSAL, se sugiere que el 3% de las actividades deben destinarse a éstas (78,79).

Sin embargo , se han realizado cambios en las orientaciones programáticas en Departamento de Salud Bucal para estimular actividades de promoción y prevención, al establecer como objetivos para el periodo 2011- 2015, el aumento a un 40% de niños con 6 años libres de caries, a diferencia de los objetivos del 2000 - 2010 que tenían como meta disminuir el índice de caries y aumentar cobertura en menores de 20 años, lo que estimulaba a realizar prestaciones en clínica, más que a desarrollar una planificación para alcanzar objetivos, y desde ese punto de vista consideramos que este cambio estimula la incorporación del nuevo modelo. Junto con esto se ha intentado protocolizar estrategias de promoción como en el caso del Programa de salud oral de niños y niñas preescolares, mediante pautas o la evaluación de conocimientos de los participantes del programa incluyendo la participación de los asesores odontológicos de los SEREMIS en su implementación (54,58,79,80).

Por último no se deben reducir las estrategias sólo al equipo odontológico, sino que se debe incorporar a los demás profesionales de la salud y aprovechando

instancias donde convergen otros actores sociales, como en el caso de la estrategia global contra la obesidad o el programa Chile Crece Contigo, que incluso ya llevan años desarrollando estrategias de promoción y prevención para enfrentar problemas de salud que afectan directamente a los de salud oral. Prueba de lo anterior son las experiencias exitosas que han permitido por ejemplo coordinar un control niño sano desde el nacimiento del niño o incluso disminuir el miedo de los niños a la atención dental, permitiendo fortalecer las medidas de prevención y evitar un mayor daño. (81,82).

Finalmente se espera que la información que se ha descrito y analizado en esta investigación, permita crear un insumo para futuras investigaciones respecto al tema, con el propósito de profundizar en los procesos de transformación del programa odontológico de la atención primaria, y que a su vez genere una discusión necesaria en los distintos centros formadores mejorando sus mallas curriculares.

7.- CONCLUSIONES

La información obtenida describe una muestra representativa de equipos odontológicos que se desempeñan en la atención primaria, que permite caracterizar en forma exploratoria aspectos de la incorporación del programa odontológico al modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario, que no habían sido analizados por otra investigación. Dentro de las conclusiones finales se puede establecer:

- La mayoría de los equipos odontológicos encuestados (aproximadamente el 90%) a lo menos uno de sus integrantes ha recibido alguna capacitación en relación al nuevo modelo de atención. Sin embargo un gran número de odontólogos (37%) no ha recibido formación en relación al modelo de salud familiar y solo el 37% de los equipos odontológicos está compuesto por un Diplomado en Salud Familiar.
- Se observa que hay una gran participación de los odontólogos en los equipos multidisciplinarios como es el caso de reunión de sector o del equipo gestor en sus respectivos CESFAM. Sin embargo no se materializa en incorporar temáticas de salud bucal, tal como lo refleja que en un 33% de los diagnósticos epidemiológicos no lo incorpora nunca o casi nunca; o que el 54% de los equipos no participa del programa Chile Crece Contigo.

- La mayoría de los odontólogos realiza actividades de promoción y prevención en la comunidad; Sin embargo no se utilizan herramientas que ofrece el modelo; 34% no realiza atención sectorizada; sólo el 14% realiza consejerías familiares.
- Por último, se genera la necesidad por parte de los equipos odontológicos en programar en forma adecuada estas nuevas prestaciones y que a nivel central se formulen protocolos que permitan estimular la incorporación de estas y cuantificar su rendimiento que en la actualidad no existen. Esto de la mano en mejoras en recursos humanos y físicos.

8.- LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones del estudio encontramos que la información fue obtenida por la descripción de los jefes de programas mediante una encuesta vía mail la que no fue aplicada en forma directa. Además en el marco muestral no se incluyeron a los jefes de programas de Centros de Salud que no estaban acreditados o de Hospitales Comunitarios de la Atención Primaria.

9.-BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. En el camino a Centro de Salud Familiar. Santiago: MINSAL, Subsecretaria de redes asistenciales; 2008.
2. Chile Crece Contigo. Sistema de protección social a la primera infancia. Subsecretaria Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Santiago: Orientaciones técnicas visitas domiciliarias para el desarrollo Biopsicosocial de la infancia. 2009.
3. Ministerio de Salud. Marco referencial Hospitales de la Familia y la Comunidad. Santiago: MINSAL, Subsecretaria de redes asistenciales ; 2009.
4. Ministerio de Salud. Guías Clínicas Salud oral integral para niños y niñas de 6 años. Santiago: MINSAL, Departamento de Salud Bucal; 2008.
5. Ministerio de Salud. Guía Clínica Salud oral integral para embarazadas. Santiago: MINSAL, Departamento de Salud Bucal; 2008.
6. León M., Zillmann G., (Tutor Principal). "Evaluación Buco-dental en niños de 0 a 3 años realizada en el Control de Salud del Niño en Consultorios y CESFAM, Región Metropolitana, Santiago-Chile". Santiago: Trabajo de investigación, Requisito para optar al Título de Cirujano-Dentista. Facultad de Odontología, Universidad de Chile; 2009.
7. Melhado F, Cunha RF, Nery RS. Influence of dental care for infantson caries prevalence: a comparative study. J DentChild (chic). 2003; May-Aug, Vol 70(2): 120-123

8. MINSAL, Programa educativo de promoción y prevención en salud bucal para niños y niñas preescolares. Santiago: MINSAL, Departamento Salud Bucal ; 2007.
9. Abarca I., Artega O.,(Tutor principal). “Evaluación de calidad del control odontológico del niño sano de 2 y 4 años en centros de atención primaria de la región del maule, año 2010”. Santiago: Trabajo de investigación, Requisito para optar al Grado de Magister en Salud Publica. Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 2010.
10. Henríquez O, Espinoza M. Capacitación en salud familiar (presentación). Viña del Mar: I Congreso Salud Familiar y Atención Primaria; 2008.
11. Ministerio de Salud. Propuesta de trabajo, Estrategia Global contra la obesidad. Santiago: MINSAL; 2006.
12. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención primaria de salud. Alma Ata: OPS Serie Salud para todos N8; 1978.
13. Organización Panamericana de salud. Atención Primaria de Salud en las Américas. Las Enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los Retos Futuros. Washington: OPS Documento CD44/9 Julio 2003.
14. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional auspiciada por la OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública. Toronto, Canadá: OMS, Asociación; 1986.
15. Lalonde M. Social values and public health. Can J Public Health. 1974;65:260-8.

16. Hidalgo C, Carrasco E. Salud Familiar: un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Ediciones Universidad Católica de Chile; 1999.
17. Ministerio de Salud . Modelo de Atención de Salud. Santiago: MINSAL ; 2005.
18. Hevia, Patricio. La salud en Chile: situación actual y propuestas de cambio para la transición democrática. Apuntes de trabajo social. 1988 ;Vol 15, Segundo semestre.
19. Pozo, Hernán. Estructura y significado del municipio bajo el régimen militar (FLACSO, Materiales de difusión). En: Municipio, desarrollo local y sectores populares, E. Morales y cols. Santiago. Chile 9-53; 1988.
20. Ministerio de Salud. De consultorios a centros de salud. Marco conceptual. Santiago : MINSAL, División de salud de las personas, Depto. De Atención Primaria; 1993.
21. Vergara M. Reforma del sector de la salud en Chile: Avances y problemas en su implementación. Serie políticas públicas expansiva. 2007; 112: 1-20.
22. Bastías G, Valdivia G. Reforma de salud en Chile; el plan auge o régimen de garantías explícitas en salud (ges). Su origen y evolución. Boletín escuela de medicina U.C, Pontificia Universidad Católica de Chile . 2007; 32(2):51-58.
23. Sepúlveda A. El significado histórico de la reforma de la atención de salud en Chile. CuadMed Soc. 2004;43(1):21–36.
24. Ministerio de salud. El Modelo de Atención. Santiago: MINSAL, División de Salud de las Personas, Departamento de Atención Primaria; 1998.

25. Ministerio de salud. Documento Modelo de Atención Integral en Salud, Serie Cuadernos Modelo de Atención N° 1. Santiago: MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2005.
26. McWhinney I. Medicina de Familia. Barcelona: Doyma; 1995.
27. Hidalgo CG, Carrasco E. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. 2da. Edición. Santiago: Editorial P. Universidad Católica de Chile ; 2002.
28. Ceitlin J, Gómez T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. SemFYC y CIM; 1997.
29. Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Propuesta para un Modelo de Salud en Chile Incorporando la Medicina Familiar, Julio 2000.
30. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en atención primaria: manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Barcelona: SpringerVerlag Ibérica; 1998.
31. Ministerio de planificación. Cuatro años creciendo juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010. Santiago: MIDEPLAN; 2011.
32. Ministerio de salud. Documento Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios. Santiago: MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2005
33. Tellez A. Atención primaria: factor clave del proceso de reforma al sistema de salud. Universidad Católica de Chile. Santiago: Universidad Católica de Chile, Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos; 2006.

34. Ministerio de Salud. Resumen Estadístico Mensual. Serie A versión 1.5. Santiago: MINSAL, Departamento de Estadística e Informaciones en Salud; 2011.
35. González C. Expectativas y disposición respecto a la implementación del modelo de salud familiar. Dpto. de Medicina Familiar USACH. Globalización y Medicina Familiar, III Congreso Chileno de Medicina Familiar, libro Resumen, Págs. 47-49. Disponible en: <http://http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/salonloa.pdf>.
36. Servicio de Salud de Talcahuano. Planificación Estratégica 2007-2009. Talcahuano: Servicio de Salud Talcahuano : 2007.
37. Ministerio de Salud. Pautas de acreditación para Centros de Salud Familiar. Santiago: MINSAL ; 2009.
38. Pontificia Universidad Católica de Chile. Modelo de atención en salud Familiar. Una propuesta para contribuir al cambio. Santiago: PUC, Programa de Medicina Familiar y Comunitaria; 2001.
39. Aguilera H. Apuntes Diplomado Salud Familiar. Santiago: Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile ; 2007.
40. Ministerio de salud. Compromisos de Gestión. Informe País Enero-diciembre 2005. Santiago: MINSAL, Subsecretaría de Redes asistenciales ; 2006.
41. Fondo Nacional de Salud. Modulo INSCRITO III , Manual de usuario. Santiago : FONASA ; 2010.
42. Regulación programa de capacitación y perfeccionamiento de funcionarios que se desempeñan en atención primaria de

salud/Resolución N° 23. Publicada en el Diario Oficial del Estado (02-12-08)

43. Ministerio de salud. Documento Orientaciones para planificación y programación en red, Serie Cuadernos de redes N° 13. Santiago: MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2009.
44. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F, Soto M. Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile. RevPanam Salud Publica. 2007;21(2/3):136-144. 548
45. Peroni A. El desarrollo local a escala humana: experiencias de desarrollo comunitario en el sector salud. Chile. Revista de la Universidad Bolivariana. 2009; 8(22):. 99-120
46. Ministerio de Salud. Resumen año 2010. Santiago: MINSAL ; 2011. Disponible en: www.gobiernodechile.cl/media/2010/05/SALUD.pdf
47. Taylor, Robert. Medicina de Familia: Principios y Práctica. 3ª edición. España: Ed. Doyma, 1991.
48. Ros E. Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria, una mirada desde tutores y residentes. Educación Médica 2004; 7(4): 125-131
49. Harzheim E, Casado V, Bonal P. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España, Ministerio de Salud de Brasil; 2009.
50. Organización Panamericana de la Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No.2 La Formación en

Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Washington D.C: OPS; 2008.

51. Montero J, Rojas P, Castel J, Muñoz M, Brunner A, Sáez Y, Scharager Y. Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. RevMéd Chile 2009; 137: 1561-1568
52. Ministerio de Salud. Informe Final. Estudio de Costo-Efectividad de Intervenciones para los principales problemas de Salud Pública. Santiago: MINSAL ; 1999.
53. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010. Santiago: MINSAL ; 2002.
54. Ministerio de Salud. Norma de Actividades Promocionales y Preventivas en la Atención Odontológica Infantil. Santiago: MINSAL, Departamento Salud Bucal ; 1998.
55. Ministerio de salud, Ceballos M, Acevedo C y col. Diagnóstico en Salud Bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a la educación preescolar en la Región Metropolitana. Santiago: MINSAL, Departamento Salud Bucal; 2007.
56. Ministerio de salud, Soto L, Jara G y col. 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. Santiago: MINSAL, Departamento salud bucal; 2009.

57. Ministerio de Salud, Soto L, Tapia R y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. Santiago: MINSAL, Departamento Salud Bucal; 2007.
58. Ministerio de salud. Guía Clínica atención primaria del Preescolar de 2 a 5 años. Santiago: MINSAL, Departamento Salud Bucal; 2009.
59. Ministerio de Salud. Manual para el promotor de la salud. Plan de actividades promocionales en salud bucal. Santiago: MINSAL, Departamento salud bucal; 2009.
60. Rioboo, R. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Tomo I. Ediciones Avances Madrid; 2002.
61. Arango M., Baena G., 2004. Caries de la Infancia Temprana y Factores de Riesgo. Revisión de la Literatura. Revista Estomatología; 12(1): 59-65.
62. Hernandez A., Espeso N., Reyes F., Rodriguez L. Intervencion educativo-curativa para la prevención de caries dental en niños de 5 a 12 años. Archivo Medico de Camaguey; 14(6): 1,11.
63. Ismail AI, Ondersma S, Jedele JM, Little RJ, Lepkowski JM. Evaluation of a brief tailored motivational intervention to prevent early childhood caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2011 Oct;39(5):433-48
64. RIVIÉRE, A.: "La psicología de Vigotsky". Madrid, Visor; 1988.
65. Shearer DM, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Does maternal oral health predict child oral health-related quality of life in adulthood? Health Qual Life Outcomes. 2011 Jul 7;9:50.

66. Tyagi R. The prevalence of nursing caries in Davangere preschool children and its relationship with feeding practices and socioeconomic status of the family. 2008 Vol. 26 (4): 153-157.
67. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. Modelo de evaluación de la salud bucodental en atención primaria. Cad. Saúde Pública .2011; 27(9).
68. Hilar E, Moncunill L, Cornejo L. Intervención comunitaria para la promoción de la salud bucal en comunidades rurales . Disponible en: http://hosting.udlap.mx/sitios/unionlat.extension/memorias2009/trabajos/universidad_sociedad/intervencion_comunitaria_para_la_promocion_de_la_salud_bucal_en_comunidades_rurales.pdf
69. Ministerio de Salud. División de Atención Primaria. Departamento Modelo Atención Integral en Salud Comunal. 2012.
70. Tristan-Lopez A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Avances en medición. 2008; 6(1): 37-48.
71. Determina aporte estatal a municipalidades que indica para sus entidades administradoras de salud municipal por periodo que señala. /Resolución N° 132. Publicada en el Diario Oficial del Estado (22-03-12)
72. Ministerio de Salud. Compromisos de gestión n° 4. Subsecretaría Redes Asistenciales. Santiago: MINSAL; 2009.

73. Kravet S, Shore A, Miller R, Green G, Kolodmer K y S Wriugh. Healthcareutilization and theproportion of primarycarephysicians. Am J.2009; Med 121(2): 142-148.
74. Mercado R. Caracterización y análisis del perfil de derivaciones de un centro de salud familiar al nivel secundario. Santiago: Proyecto de investigación para optar al título de especialista en Medicina Familiar. Departamento Medicina Familiar. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2010.
75. Peñaloza B, Leisewitz T y otros. Metodología para evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. 2010. RevPanam Salud Publica 28(5): 376-387.
76. Fuenzalida M, Cobs V, Letelier MJ, Del Valle C. Evaluacion de enfoques de programas del Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud mediante sistema de información geográfica. Santiago: Libro de Resúmenes XXIX Jornadas chilenas de salud publica; 2010.
77. Gobierno de Chile. Programa protección social Chile Crece Contigo. Santiago: Programa de apoyo Biopsicosocial. Catalogo de prestaciones; 2012
78. Ministerio de Salud. Tabaco o Salud bucal, Consejería en tabacos. Santiago: MINSAL, Departamento Salud Bucal; 1993.
79. Ministerio de Salud. Plan Nacional Buco-Dental, Normas Odontológicas. Santiago: MINSAL, Departamento Odontológico; 1993.
80. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020; 2011.

81. Vargas ML. Atender antes para prevenir y evitar el estrés. Experiencias programa chile crece contigo. Disponible en :

<http://www.crececontigo.gob.cl/especialistas/iniciativas-replicables/>

82. Sandoval L. El tesoro de mis dientes Experiencias programa chile crece contigo. Disponible en :

<http://www.crececontigo.gob.cl/especialistas/iniciativas-replicables/>

10.-ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO LA SALUD BUCAL EN EL MODELO DE ATENCION INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO.

Estimado Dr(a):

En el marco del Plan Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios 2011-2020, el Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud está realizando una encuesta para conocer las experiencias de los equipos odontológicos locales en el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en los Centros de Salud Familiar del país.

Toda la información, por usted aportada, será anónima, de absoluta confidencialidad y de uso exclusivo para los fines académicos antes señalados.

Agradezco su valiosa participación y le informo que, si así usted lo estima, podrá acceder a los resultados de este estudio solicitándolo al correo jaime.farfan@gmail.com

Servicio de Salud

Comuna

Establecimiento

Cantidad de odontólogos que forman parte de su equipo. Responda con números.

Cantidad de asistentes dentales que forman parte de su equipo. Responda con números.

¿Hace cuánto tiempo que su establecimiento es Centro de Salud Familiar?

- Hace menos de 2 años
- Entre 2 a 5 años.
- Hace más de 5 años.

¿ Cuántos/as odontólogos/as han sido capacitados en relación al Modelo de Salud Familiar? *

Responda con números.

¿ Cuántos/as asistentes dentales han sido capacitados en relación al Modelo de Salud Familiar? *

Responda con números.

En relación al equipo odontológico ¿Qué tipo de capacitación han recibido en relación al Modelo de Salud Familiar?. Seleccione una alternativa considerando al profesional con más alto nivel de formación para responder. *

	Diplomado	Curso dictado en el Servicio de Salud	Curso dictado por Universidades	Jornada de capacitación en su establecimiento	Pasantías nacionales o internacionales
Odontólogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asistente dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Se incorporan las actividades del programa odontológico en la planificación interna de su establecimiento? *

- Siempre.
- Casi siempre.
- Casi nunca.
- Nunca.

¿Existe la participación de al menos un integrante del equipo odontológico en las reuniones de sector de su establecimiento? *

- Siempre.
- Casi siempre.
- Casi nunca.
- Nunca.

¿Los diagnósticos epidemiológico realizados en su establecimiento han considerado los problemas de salud bucal? *

- Siempre.
- Casi Siempre.
- Casi Nunca.
- Nunca.

¿La atención odontológica de su establecimiento, está actualmente organizada por sectores? *

- Sí.
 No.

Indique su opinión respecto a las siguientes situaciones descritas: *

	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca
¿Hay una adecuada derivación al control odontológico del niño sano del CESFAM?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Existe una coordinación con el equipo pediátrico en la entrega del componente odontológico del niño sano en su CESFAM?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Hay reuniones de coordinación con otros profesionales médicos y no médicos del CESFAM?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Existe una adecuada coordinación en la derivación de pacientes GES?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿El equipo odontológico observa, pesquisa e instruye sobre salud bucal en la comunidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Con respecto a las herramientas que ofrece el nuevo modelo, ¿Cuál de las siguientes prestaciones considera que son incorporadas actualmente a las actividades del programa odontológico? * Seleccione una o mas alternativas.

- Consejería Familiar.
 Consejería Individual (ej: consejería tabaco)
 Visita Domiciliaria.
 Trabajo Comunitario.
 Ninguna de las anteriores.
 Otro:

¿ En cuál de las siguientes instancias considera Ud. que participa actualmente el equipo odontológico? * Seleccione una o más alternativas.

- Chile Crece Contigo.
 Comité Vida Chile o Vida Sana.
 Consejos desarrollo local de Salud.
 Actividades en colegios y jardines infantiles.
 Programas radiales y televisión de la comunidad.
 Ninguna de las anteriores.
 Otro:

Dentro de la programación de actividades del programa odontológico, ¿Se consideran las horas necesarias para realizar actividades de promoción y prevención? *

- Siempre.
- Casi siempre.
- Casi nunca.
- Nunca.

En su opinión, ¿Qué beneficios se obtienen al integrar el equipo odontológico al Modelo de Salud Familiar? * Seleccione una o más alternativas.

- Trabajo en equipo.
- Enfoque integral.
- Atención más personalizada.
- Enfoque promocional y preventivo.
- Trabajar con las familias.
- Otro:

En su opinión, ¿Cuáles son las principales barreras que ha tenido la integración del equipo odontológico al Modelo de Salud Familiar? * Seleccione una o más alternativas.

- Horas de odontólogos insuficientes.
- Falta de participación de la comunidad.
- Recursos físicos insuficientes
- Resistencia al cambio y desinterés de odontólogos.
- El odontólogo no es invitado a participar de las actividades.
- Otro:

¿Qué cambios cree Ud. son necesarios realizar para avanzar en la incorporación del equipo odontológico al Modelo de Salud Familiar ? * Seleccione una o más alternativas.

- Aumentar horas de odontólogos.
- Realizar capacitación del equipo de salud.
- Aumentar la programación para promoción y prevención.
- Fomentar la integración y participación de la comunidad.
- Aumentar recursos físicos.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Otro:

Según Ud. ¿ Qué mejoras se pueden realizar para que el equipo de salud observe, pesquise e instruya sobre hábitos de salud bucal ? *

- Disponiendo de un protocolo estandarizado para compartir con el equipo de cabecera.
- Mejorando la coordinación dentro de su establecimiento.
- Con la incorporación de un profesional o técnico paramédico odontológico a los equipos de cabecera.
- Otro:

ANEXO 2

FORMATO DE EVALUACIÓN DE CUESTIONARIO PARA EXPERTOS

Fecha: _____

Una vez leído el cuestionario, por favor marque con una “x” la calificación que considere adecuada en relación a las dimensiones abordadas por este cuestionario para alcanzar el objetivo final de la investigación, en términos de su relevancia y presentación.

Podrá hacer comentarios adicionales que considere pertinente en la sección de observaciones.

A continuación, se presentan los criterios de calificación para cada una de las categorías de evaluación propuestas.

Relevancia:

- a) Fundamental: Esta característica me parece fundamental.**
- b) Útil pero no esencial: Esta característica me parece adecuada, pero no esencial.**
- c) Irrelevante: Esta característica no es un aporte.**

Presentación:

- a) Claro: La pregunta está redactada de forma adecuada, con vocabulario apropiado y fácilmente entendible para la población a la cual es dirigida.**
- b) No claro: La pregunta es confusa y/o no cuenta con vocabulario apropiado para la población a la cual es dirigida.**

DIMENSION	Nº Pregunta	RELEVANCIA			PRESENTACION	
		<i>Fundamental</i>	<i>Util pero no fundamental</i>	<i>Irrelevante</i>	<i>Claro</i>	<i>No Claro</i>
OBJETIVO 1	1					
	2					
	3					
OBJETIVO 2	4					
	5					
	6					
	7					
OBJETIVO 3	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					
OBJETIVO 4	16					
	17					
	18					
	19					

OBSERVACIONES: _____
