

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



**“Evaluación de impacto del Programa Más Sonrisas para Chile  
2014 mediante el cuestionario Oral Health Impact Profile  
(OHIP-49-Sp)”**

**ALEXIS AHUMADA SALINAS**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR/A GUIA DE TESIS: ALDO VERA CALZARETTA**

**Santiago, 22 de octubre de 2016**



## **INDICE**

ÍNDICE DE TABLAS	6
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	7
RESUMEN	9
INTRODUCCION	11
I.- MARCO TEORICO DE REFERENCIA	13
1.- SALUD ORAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	13
2.- INTERVENCIÓN ODONTOLÓGICA “MÁS SONRISAS PARA CHILE”	20
3.- EVALUACION DE IMPACTO DE PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS	25
4.- CALIDAD DE VIDA	26
4.1.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD Y CON SALUD ORAL	27
4.2.- INSTRUMENTOS PARA MEDIR CVRSO	30
4.3.- ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP)	33
III. HIPOTESIS	37
IV. OBJETIVOS	37
IV.1.- GENERAL	37
IV.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS	37
V. METODOLOGIA	38

V.1.- DISEÑO	38
V.2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO	38
V.3.- VARIABLES	39
V.4.- INSTRUMENTO	40
V.5.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: MEDICIONES PRE Y POST INTERVENCIÓN	41
V.6.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	44
V.7.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.	46
V.8.- ASPECTOS ÉTICOS	46
V.9.- LIMITACIONES	47
V.10.- CONFLICTOS DE INTERES	48
VI. RESULTADOS	49
VI.1.- Caracterización de la variable percepción de CVRSO por puntuación total y cada dimensión de la encuesta OHIP-49-Sp pre y post, Total País.	51
VI.2.- Caracterización y variación del puntaje de la variable percepción de CVRSO por puntuación total y cada dimensión de la encuesta OHIP-49-Sp pre y post tratamiento, por Región de Procedencia.	53
VI.3.- Comparación de las variaciones del puntaje total y por dimensiones de la encuesta OHIP-49-Sp pre y post, según grupos etarios.	62

VII. DISCUSION	66
VIII. CONCLUSIONES	74
IX. REFERENCIAS	76
ANEXO N°1: AUTORIZACIÓN MINISTERIO DE SALUD PARA EL USO DE BASE DE DATOS ENCUESTA OHIP-49-SP AÑO 2014	81
ANEXO N°2: CUESTIONARIO OHIP-SP-49	82
ANEXO N°3: TABLA CARACTERIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DE CVRSO POR PUNTUACIÓN TOTAL Y CADA DIMENSIÓN DE LA ENCUESTA OHIP-SP-49 PRE Y POST, POR REGIÓN.	85
ANEXO N°4: ORIENTACIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL 2014	94
ANEXO N°5: ORIENTACIONES PARA LA APLICACION DE AUDITORIAS Y ENCUESTAS COMPONENTES MHER Y MAS SONRISAS PARA CHILE DEL PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL 2014	104
ANEXO N°6: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO POR COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.	109

## Índice de Tablas

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DEL DAÑO BUCAL EN MUJERES, DE ACUERDO A LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA: ZONA NORTE, METROPOLITANA Y SUR DE CHILE, GRUPO DE EDAD 35-44 AÑOS. GAMONAL 1996.(11)	14
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DEL DAÑO BUCAL EN MUJERES, DE ACUERDO A LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA: ZONA NORTE, METROPOLITANA Y SUR DE CHILE, GRUPO DE EDAD 65-74 AÑOS. GAMONAL 1996.(11)	15
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN NÚMERO DE TRATAMIENTOS MÁS SONRISAS PARA CHILE ASIGNADOS A LOS SERVICIOS DE SALUD.	22
TABLA 4: COSTO POR UNIDAD DE TRATAMIENTO Y AUDITORÍA CLÍNICA “MÁS SONRISAS PARA CHILE” 2014.	23
TABLA 5: MONTO TOTAL PROGRAMA “MÁS SONRISAS PARA CHILE” 2014 EN \$.	24
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LAS ENCUESTAS PRE Y POST TRATAMIENTO SOLICITADAS Y RECIBIDAS.	44
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS VÁLIDOS PARA PUNTUACIÓN TOTAL DE ENCUESTA OHIP-49-SP PRE Y POST TRATAMIENTO.	49
TABLA 8: CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO OHIP-49-SP PRE Y POST TRATAMIENTO, PUNTUACIÓN TOTAL Y POR DIMENSIONES.	50
TABLA 9: CARACTERIZACIÓN DE LA VARIABLE PERCEPCIÓN DE CVRSO Y COMPARACIÓN DE LAS VARIACIONES DEL PUNTAJE TOTAL Y POR DIMENSIONES DE LA ENCUESTA OHIP-49-SP PRE Y POST PARA MUESTRAS DEPENDIENTES.	52
TABLA 10: COMPARACIÓN DE LAS VARIACIONES DEL PUNTAJE TOTAL Y POR CADA DIMENSIÓN DE LA ENCUESTA OHIP-SP-49 PRE-POST, SEGÚN GRUPOS ETARIOS PARA MUESTRAS DEPENDIENTES, TOTAL PAÍS.	63
TABLA 12: COMPARACIÓN DE PUNTAJE TOTAL Y POR DIMENSIONES DE LA ENCUESTA OHIP-49-SP DEL PRESENTE ESTUDIO CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS POR LÓPEZ & BAEUM Y LEÓN Y COLS.	67

## Índice de Ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1: REGISTRO DE CONSULTAS DE URGENCIA GES ODONTOLÓGICA (ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALES) 2009- 2014 EN LA RED NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD.	18
ILUSTRACIÓN 2: EVOLUCIÓN DEL NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS Y EGRESO DE PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS (ALTAS) EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RED NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD 2009-2014.	19
ILUSTRACIÓN 3: MODELO CONCEPTUAL PROPUESTO POR LOCKER (45).	31
ILUSTRACIÓN 4: RESUMEN DE LA SECUENCIA EVALUATIVA DE LA ENCUESTA OHIP-SP-49.	39
ILUSTRACIÓN 5: PASOS PARA LA OBTENCIÓN DEL N DE ENCUESTAS FINAL (MEDICIÓN PRE-POST CON RESPUESTAS COMPLETAS DEPENDIENTES DEL MISMO CASO).	51
ILUSTRACIÓN 6: MEDIANA DEL PUNTAJE TOTAL DE ENCUESTA OHIP-49-SP, PRE Y POST TRATAMIENTO DENTAL, POR SERVICIO DE SALUD.	54
ILUSTRACIÓN 7: MEDIANA Y PERCENTIL 75 DEL PUNTAJE DE LA DIMENSIÓN “LIMITACIÓN FUNCIONAL”, PRE Y POST TRATAMIENTO DENTAL, POR REGIÓN.	55
ILUSTRACIÓN 8: MEDIANA Y PERCENTIL 75 DEL PUNTAJE DE LA DIMENSIÓN “DOLOR FÍSICO PRE Y POST TRATAMIENTO DENTAL, POR REGIÓN.	56
ILUSTRACIÓN 9: MEDIANA Y PERCENTIL 75 DEL PUNTAJE DE LA DIMENSIÓN “DISCONFORT PSICOLÓGICO” PRE Y POST TRATAMIENTO DENTAL, POR REGIÓN.	57
ILUSTRACIÓN 10: MEDIANA Y PERCENTIL 75 DEL PUNTAJE DE LA DIMENSIÓN “INCAPACIDAD FÍSICA” PRE Y POST TRATAMIENTO DENTAL, POR REGIÓN.	58
ILUSTRACIÓN 11: MEDIANA Y PERCENTIL 75 DEL PUNTAJE DE LA DIMENSIÓN “INCAPACIDAD PSICOLÓGICA” PRE Y POST TRATAMIENTO DENTAL, POR REGIÓN.	59
ILUSTRACIÓN 12: MEDIANA Y PERCENTIL 75 DEL PUNTAJE DE LA DIMENSIÓN “INCAPACIDAD SOCIAL” PRE Y POST TRATAMIENTO DENTAL, POR REGIÓN.	60

ILUSTRACIÓN 13: MEDIANA Y PERCENTIL 75 DEL PUNTAJE DE LA DIMENSIÓN “EN DESVENTAJA” PRE Y POST TRATAMIENTO DENTAL, POR REGIÓN. 61



## RESUMEN

Antecedentes: Desde 1995 el Ministerio de Salud ha desarrollado programas de atención odontológica a los beneficiarios de los Servicios de Salud del país, los cuales no han sido evaluados en el impacto que provocan en la calidad de vida de sus beneficiarios.

Hipótesis: Se postula que existe una mejora en la percepción de calidad de vida en salud oral (CVRSO), mediante disminución en el puntaje de la encuesta OHIP-49-Sp, posterior a la aplicación del tratamiento odontológico “Más Sonrisas para Chile” en mujeres beneficiarias del año 2014.

Objetivo: Evaluar el impacto del tratamiento odontológico “Más Sonrisas para Chile” sobre la percepción de CVRSO, mediante el cuestionario “Oral Health Impact Profile (OHIP-49-Sp)”.

Métodos: Se realizó un estudio pre-experimental con medición pre-post intervención dental, mediante la aplicación del cuestionario OHIP-49-Sp en 12 regiones del país en un grupo de 1.800 mujeres beneficiarias del programa en el año 2014. Se determinó la variación en la autopercepción de CVRSO previa y post al tratamiento dental, tanto en el puntaje total, como en cada una de las siete dimensiones del instrumento, por lo tanto, si la población objetivo ha experimentado cambios atribuibles al programa de salud.

Resultados: Se determinó una confiabilidad de la encuesta OHIP-sp-49 con un valor de 0.962-0.960 pre-post test respectivamente ( $\alpha$  Cronbach). Un total de 870 encuestas pre y post tratamiento fueron asociadas al mismo caso y presentaron 100% de respuestas completas del instrumento. Se determinaron asociaciones significativas entre las variables CVRSO entre las mediciones pre y posterior a la intervención dental “Más Sonrisas para Chile” ( $p < 0,001$ ), tanto para el puntaje total del instrumento OHIP-sp-49, como en cada una de sus dimensiones. Las medianas de la variable percepción de CVRSO pre y post tratamiento odontológico disminuyen en todas las regiones estudiadas. La caracterización de la variable percepción de CVRSO previo al tratamiento dental indica que la región de Antofagasta presentó la mediana más alta para el puntaje total de la encuesta (29 sobre un máximo de 49, 29/49) y para las dimensiones Discomfort Psicológico

(4/5), Incapacidad Física (5/9), Incapacidad Psicológica (5/6) e Incapacidad Social (2/5), Atacama para la dimensión Limitación Funcional (6/9), Coquimbo en dimensión Dolor Físico (6,5/9). Así mismo, en la región de Coquimbo se determinó el mayor percentil 75 pre tratamiento de las regiones estudiadas, tanto para el puntaje total de la encuesta como en 6 de sus 7 dimensiones (Limitación Funcional, Discomfort Psicológico, Incapacidad Física, Incapacidad Psicológica, Incapacidad Social y En Desventaja). Al realizar un análisis de la variable CVRSO pre y post tratamiento ajustada por la variable edad, se observan diferencias significativas 5 grupos etarios estudiados ( $p < 0,001$ ).

Discusión: Se demostró una asociación positiva del tratamiento odontológico “Más Sonrisas para Chile” del año 2014 como autopercepción de mejora de CVRSO mediante la aplicación del cuestionario OHIP-49-Sp ( $p < 0,001$ ), además de una alta confiabilidad mediante la prueba de consistencia interna del  $\alpha$  Cronbach. Nuestros resultados son similares a los hallados en los estudios de validación del instrumento por López & Baelum y por León y cols., concentrándose mayores medianas de puntaje en las dimensiones: Limitación Funcional, Dolor Físico y Discomfort Psicológico, y menores puntajes en las dimensiones Incapacidad Social y En Desventaja.

Conclusión: Se trata de la primera evaluación de impacto de un programa de Salud Oral del Ministerio de Salud en nuestro país. Como se observa en los resultados, a nivel de la puntuación total del cuestionario OHIP-49-Sp existen diferencias significativas entre las mediciones pre y post tratamiento dental “Más Sonrisas para Chile”. A su vez, al ingreso del tratamiento, puntaje es particularmente mayor a la mediana nacional para el total de la encuesta OHIP-49-Sp en las regiones de Antofagasta y Coquimbo. Se propone para futuras investigaciones recoger variables sociodemográficas para poder generar un mayor análisis de esta diferencia respecto al resto de las regiones del país, mediante un estudio experimental.

## INTRODUCCION

La Encuesta de Calidad de Vida y Salud del 2006, indica que un 27% de la población chilena declara que su salud bucal afecta a su calidad de vida “siempre” y un 9,6% “casi siempre”. Estos porcentajes se elevan a un 39,6% en el grupo de 75 años y más (1). A su vez, la Encuesta Nacional de Salud, realizada 3 años antes, indicó que los chilenos mayores de 17 años tienen en promedio 2,5 dientes afectados por caries y la pérdida de dientes (criterio hasta 10 dientes por hueso maxilar) alcanza al 36,9% para el maxilar superior y un 30,7% para el maxilar inferior. En ambos casos, se observa mayor daño (caries y pérdida dentaria) a medida que disminuye el nivel educacional y socioeconómico (2).

Las políticas públicas en salud oral han priorizado la atención de la población de menor edad, que es cuando la evidencia indica que las medidas preventivas tienen su mayor efectividad y el daño bucal logra ser controlado con los recursos existentes (3). Sin embargo, por lo altos costos de la atención odontológica y el daño acumulado en la población adulta, el acceso a la atención de este grupo ha sido limitado. Es en este contexto en que la salud oral se convierte en uno de los ámbitos sanitarios en que las personas adultas tienen mayores demandas de acceso y oportunidad de atención. Resultados de los foros de salud realizados el 2009, muestran la solicitud de organizaciones comunitarias al Ministerio de Hacienda para destinar recursos en pos de mejorar la cobertura en la atención dental en todo el país (4). A su vez, el “Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud (GES)” señala que la salud dental es de vital importancia, puesto que afecta el funcionamiento social y limita a las personas en su desempeño público, indicándose frases como: “*la salud dental es muy cara y no hay preocupación en eso (Mujeres Profesionales C2, 26 y 45 años, Santiago)*” (5).

El Ministerio de Salud desarrolló en el año 1995 una estrategia de acceso dental denominado “Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres

Jefas de Hogar”, con el propósito de rehabilitar la salud oral de mujeres adultas y cuyo fin radicaba en mejorar la empleabilidad. Este Programa fue consolidándose con los años, para incorporar posteriormente atención dental en hombres adultos, denominándose “Mujeres y Hombres de Escasos Recursos”, formando parte del Programa Odontológico Integral, el cual se realizó en la atención primaria de los Servicios de Salud de Chile hasta el 2014.

A partir de esta experiencia, se crea en abril de 2014 el programa “Más Sonrisas para Chile”, tratamiento dental destinado a mujeres beneficiarias del FONASA, sobre los 15 años y de condiciones de mayor vulnerabilidad, con el fin de mejorar sus condiciones orales y estéticas para incorporarse al mercado laboral en igualdad de oportunidades y mejorar su calidad de vida. Esta nueva estrategia de tratamiento odontológico pretende dar respuesta a una necesidad sentida y reconocida por las mujeres adultas, para las que el daño y deterioro de su salud bucal dificulta su inserción laboral, provoca frustraciones, inseguridad y baja autoestima, afectando su calidad de vida (6).

Sin embargo, desde la génesis de estos programas odontológicos en el Ministerio de Salud, ninguno de ellos ha sido evaluado en su impacto en la calidad de vida de sus beneficiarios, siendo clave preguntarse acerca de qué cambia en estos sujetos con el tratamiento dental entregado. La finalidad de la presente investigación es determinar si existe cambio en la percepción de calidad de vida en salud oral posterior al tratamiento “Más Sonrisas para Chile” y con ello evaluar el impacto del Programa.

## **I.- MARCO TEORICO DE REFERENCIA**

Primeramente se abordará el eje de la epidemiología de las patologías orales en la población adulta de nuestro país como problema de salud pública, donde además se describirán las políticas públicas diseñadas para abordarlas. En un segundo eje, se describirá la estrategia “Más Sonrisas para Chile”, sus componentes y focalización. El tercer eje detallará evaluaciones de impacto realizadas a programas odontológicos, tanto en Chile como en la atención primaria en Latinoamérica. Un cuarto eje detallará la calidad de vida, como objetivo de cuantificación de este estudio. Para finalizar se abordarán los instrumentos diseñados para medir calidad de vida en salud oral.

### **1.- SALUD ORAL COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA**

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y son un importante problema de salud pública debido a su alta prevalencia, impacto en los individuos y en la sociedad. y el alto costo de tratamiento(7). Las patologías bucales más prevalentes en el mundo, así como en nuestro país, son la caries dental, la enfermedad periodontal y las anomalías dentomaxilares. Éstas se inician desde los primeros años de vida y a lo largo del ciclo vital aumentan su prevalencia considerablemente(8). Representan el 1,4% de la carga de enfermedad medida a través de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA). Dentro de las condiciones orales, la mayor carga está dada por la caries dental en los menores de 45 años y por el edentulismo (pérdida de dientes) en los de 45 años y más. La carga es mayor en mujeres que en hombres, al considerar todas las edades. Esta diferencia es especialmente importante en el grupo de 45 a 59 años donde el edentulismo es la 3º causa de AVISA en las mujeres y la carga, por esta causa específica, es 2,8 veces mayor en las mujeres que en los hombres. (9)

No existen muchos estudios que den cuenta de la situación de salud bucal de la población adulta en Chile. Gamonal(10) en 1996 realiza una investigación en la

región metropolitana, en población de 35-44 y 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo. Sus resultados indican que el 100% de los adultos presentan historia por caries (en ambos grupos de estudio), la prevalencia de edentulismo (uno o más dientes perdidos) es de 79,7 % de los adultos entre 35 a 44 años y la prevalencia de desdentamiento total alcanza al 29,1 % de los adultos mayores de 65 años. El mismo autor en 2010 reveló una alta prevalencia de individuos con enfermedad periodontal, con pérdida de inserción clínica o PIC (medida de referencia a las fibras de tejido conectivo gingivales que se insertan al cemento radicular del diente) mayor a 3 milímetros en al menos uno de los dientes examinados. La pérdida de inserción mayor a 6 milímetros, en al menos uno de los dientes examinados, fue del 39% para el grupo etario de 35-44 años y de 69% para el de 65-74 años, lo que refleja la severidad del daño periodontal en la población adulta del país (11).

Al analizar los datos de este estudio separados por género, se observa que en las mujeres del grupo etario de 35 a 44 años existe un 1% de desdentadas totales, llegando al 24% en las adultas mayores. De las que presentan al menos un diente en boca, el 92.3% de ellas tiene enfermedad periodontal, con un promedio de 6 dientes extraídos a los 35-44 años y de 15 dientes extraídos cuando el grupo de edad es de 65-74 años (11).

Tabla 1: Distribución del daño bucal en mujeres, de acuerdo a la distribución geográfica: zona norte, metropolitana y sur de Chile, grupo de edad 35-44 años. Gamonal 1996 (11).

	Mujeres 35 - 44 años			
	% Desdentadas Totales	Promedio Dientes Perdidos	Prevalencia PIC>3mm *	Prevalencia PIC>6mm
Zona Norte	0	6	89,1	36,5
Metropolitana	0,8	7	94,7	34,5
Zona Sur	1	7	91,2	26,3

Tabla 2: Distribución del daño bucal en mujeres, de acuerdo a la distribución geográfica: zona norte, metropolitana y sur de Chile, grupo de edad 65-74 años. Gamonal 1996 (11).

	Mujeres 65 - 74 años			
	% Desdentadas Totales	Promedio Dientes Perdidos	Prevalencia PIC>3mm	Prevalencia PIC>6mm
Zona Norte	11,7	14	94,1	52,9
Metropolitana	30,7	16	98,9	69,3
Zona Sur	25	17	98,4	63,5

Para la patología de caries dental, el mismo estudio describe que afecta al 100% de hombres y mujeres, con un promedio de 4 dientes cariados por cada mujer, con un promedio de dientes extraídos por caries que es mayor en el sexo femenino. En el grupo etario 35-44, se observan 6 dientes extraídos en promedio en las mujeres versus 5 en los hombres, y en el grupo etario 65-74 tenemos que son 18 los dientes en promedio extraídos en las mujeres versus 16 en los hombres (11).

Otro estudio, realizado en 2008, determinó la prevalencia de caries y desdentamiento en 109 individuos de 65 a 74 años de nivel socioeconómico bajo de la Provincia de Santiago, donde se reveló que la totalidad de la muestra presentó pérdidas de dientes, siendo 2 dientes el mínimo de piezas perdidas. La prevalencia de lesiones de caries no tratadas fue del 45,9% (12).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009 – 2010 revelan la percepción de los encuestados acerca de su salud bucal, en particular sobre el uso de prótesis dental, satisfacción con su uso y visitas al odontólogo. El 22,9% de los encuestados usa prótesis dental, donde destaca que el 21,1% se manifiesta “poco conforme” o “nada conforme, no me sirve”. Un 25,3% de las personas declaró tener la percepción de necesitar uso de una prótesis dental y el 27,8% de

los encuetados indicó nunca haber visitado al odontólogo o no haberlo realizado en los últimos 5 años, con diferencias significativas según sexo (32,9% en los hombres y 22,9% de las mujeres (13).

Un último estudio realizado en 2012 evaluó la prevalencia de la caries dental, la pérdida de dientes y factores de riesgo en la población adulta de Chile, con datos secundarios provenientes de la Encuesta Nacional de Salud el 2003, determinó que la media del número de lesiones de caries no tratadas fue de 4,2 por cada individuo en el grupo de 35 a 44 años y de 1,44 en el grupo de 65 a 74 años. La media de dientes perdidos por caries fue de 5.9 y 17.46 para los grupos de 35 a 44 y 65 a 74 años respectivamente (14). Los resultados de este estudio indican prevalencias levemente menores a las encuentras por Gamonal en 1996.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) indica en sus reportes de salud del 2013 y 2015, que una mejora en la calidad de la atención médica y dental es de alta prioridad en la mayoría de sus países miembros. Se informa que el tratamiento dental es costoso, representando en promedio un 5% del gasto total en salud en los distintos países de la OCDE, entre ellos Chile, con la mayor parte del mismo efectuado en forma privada. La media de gasto de bolsillo para tratamiento dental en los países de la OCDE representa el 55 % del total del gasto en cuidado dentales, fluctuando desde un 18% en los Países Bajos a un 97% en España. En países como España, Israel y Suiza, el acceso a tratamiento dental del adulto generalmente no es parte de la paquete básico del seguro de salud pública, aunque algunos cuidados pueden ser proporcionados para ciertos grupos de la población(15)(16).

Para la resolución de los problemas de salud oral en nuestro país, los gobiernos han definido diferentes estrategias y políticas públicas odontológicas en Chile:

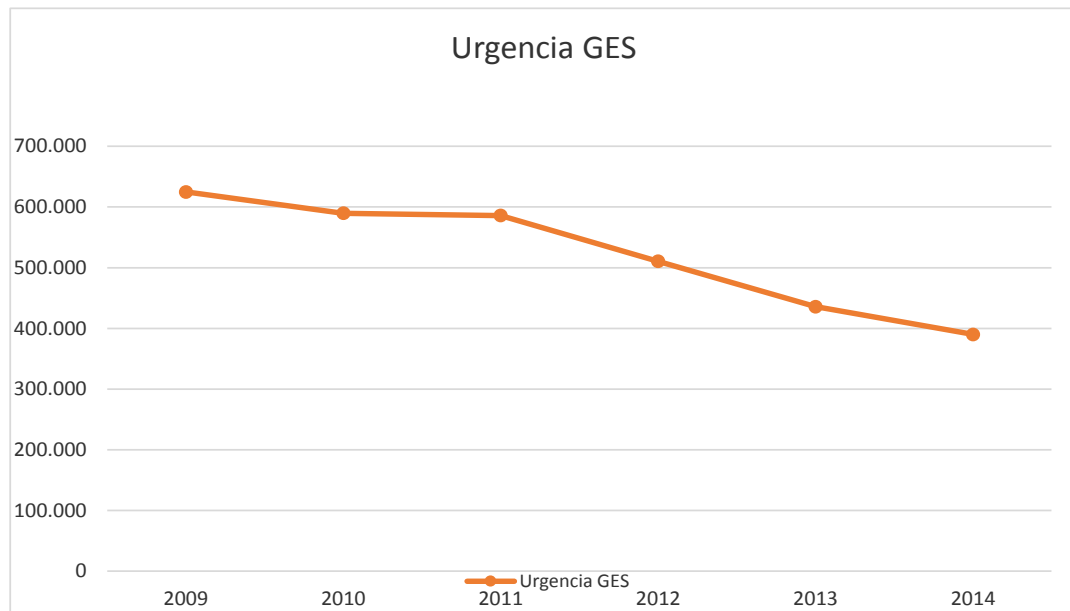
- 1980 Norma Técnica en Odontología general adultos y en odontología general niños (17).
- 1990 Plan Nacional de Salud Buco Dental 1990-1999 (18).



- 1995 Inicio del Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar.
- 2000 Se definió priorizar la atención odontológica de los menores de 20 años con el fin de lograr los Objetivos Sanitarios propuestos para la década 2000-2010 (3).
- 2005 Parte Ley N° 19.966 de las Garantías Explícitas en Salud (GES): GES Salud Oral 6 años y GES Fisura Labio Palatina (19).
- 2007 GES Salud Oral 60 años y GES Urgencia Odontológica Ambulatoria (20).
- 2009 Atención Odontológica en menores de 19 años como IAAPS (índice de Actividad de Atención Primaria de Salud).
- 2010 GES Salud Oral Integral de la embarazada (21).
- 2013 Modalidad de libre elección en el FONASA (PAD dental).
- 2014 Definición de Objetivo estratégico del MINSAL desarrollar un “Plan Nacional de Salud Oral” y ejecución de cuatro nuevas medidas Presidenciales en el sector público: Programa Más Sonrisas para Chile, Programa Sembrando Sonrisas, Programa Atención Odontológica Integral a alumnos de cuarto año medio, Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención odontológica de la población adulta (22).

Si bien en un inicio, se intentó abordar el acceso a la urgencia dental como manera de resolución de las patologías orales, especialmente para la población adulta (20), la incidencia de ésta ha disminuido en la Red Nacional de Servicios de Salud en los últimos años, como se observa en la siguiente ilustración:

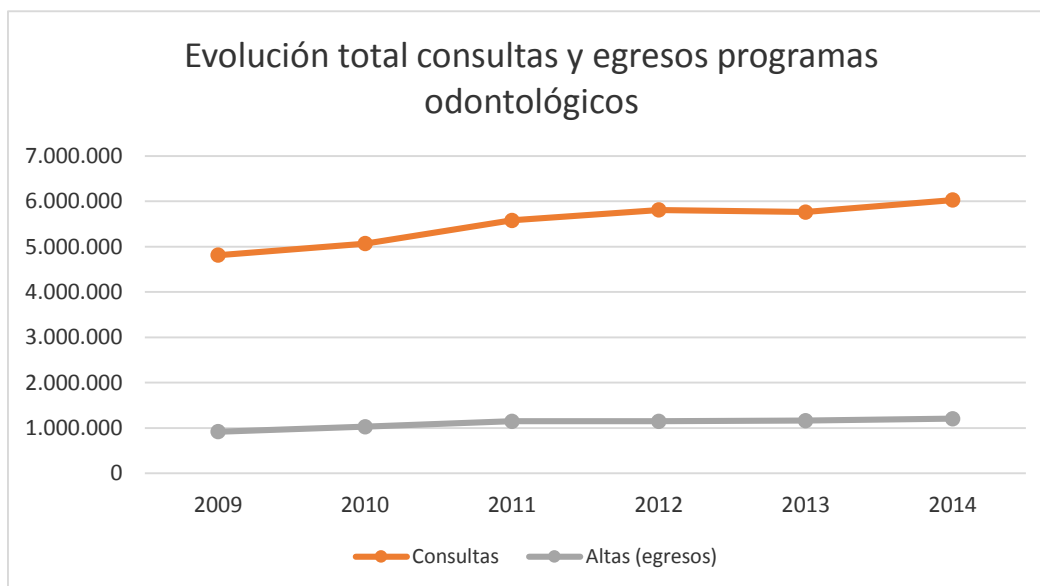
Ilustración 1: Registro de consultas de urgencia GES odontológica (Atención primaria y Hospitales) 2009- 2014 en la Red Nacional de Servicios de Salud.



Elaboración personal. Fuente DEIS MINSAL.

Este leve cambio en el perfil de salud bucal de nuestra población, se ha acompañado con la implementación de las estrategias y políticas anteriormente descritas, donde el número total de consultas odontológicas ha crecido de manera significativa, tal como se aprecia en la ilustración número 2:

Ilustración 2: Evolución del número total de consultas odontológicas y egreso de programas odontológicos (altas) en Atención Primaria de la Red Nacional de Servicios de Salud 2009-2014.



Elaboración personal. Fuente DEIS MINSAL.

Dentro de los programas que han contribuido al aumento de las prestaciones odontológicas, se encuentra “Más Sonrisas para Chile” el cual desde el año 2014 se ha implementado en el país, el cual se detallará a continuación:

## **2.- INTERVENCIÓN ODONTOLÓGICA “MÁS SONRISAS PARA CHILE”**

En abril de 2014 comienza la implementación del programa “Más Sonrisas para Chile”, destinado a mujeres sobre los 15 años, priorizando a aquellas provenientes del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) con el objeto de focalizar el tratamiento dental en las más vulnerables. Esta estrategia es parte del componente N°4 del Programa Odontológico Integral del mismo año (6)(23).

Según el Programa, el producto esperado al finalizar el tratamiento corresponderá a un “alta odontológica integral”. Esto incluye una serie de sesiones de tratamiento dental (programada una sesión a la semana, con una concentración promedio de 14 sesiones). El “alta” incluye a pacientes que han finalizado su tratamiento, cumpliendo las etapas de: examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde, y contempla las siguientes prestaciones: examen de salud, destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, vidrio ionómero y/o composite, radiografías periapicales, exodoncias, y prótesis removible (acrílica o metálica), todo lo anterior, según indicación del cirujano dentista tratante. Además contempla la entrega de un cepillo de dientes suave y una pasta dental para adulto (6).

El acceso al programa contempla los siguientes criterios (24):

a) Criterios de inclusión:

- Ser Beneficiaria legal del sistema público de salud (FONASA tramos A, B, C y D y/o PRAIS).
- Mayores de 15 años.

b) Criterios de exclusión:

- Beneficiaria legal de la GES “Salud oral integral de la embarazada” y de la GES “Salud Oral del adulto de 60 años”.

La priorización de los cupos está determinada por generar el acceso a las mujeres más vulnerables, según los siguientes criterios (24):

- Beneficiarias de Chile Solidario o Ingreso Ético Familiar del Ministerio de Desarrollo Social.
- Toda beneficiaria del Servicio Nacional de la Mujer.
- Personal de Educación Parvularia, que incluye a Personal de Aseo, Manipuladoras de Alimentos, Asistentes de la Educación y Educadoras, de Establecimiento JUNJI, INTEGRA y MINEDUC.
- Mujeres de la lista de espera local, de todos los tramos de FONASA: A, B, C y D.

El programa fue diseñado para implementarse entre los meses de mayo a diciembre de 2014 en los siguientes dispositivos de la red de salud primaria: Centros de Salud Familiar, Consultorios Generales Urbanos, Centros de Salud Rural, Postas de Salud Rural, Centros de Referencia de Salud, Hospitales Comunitarios y mediante compras de servicios a clínicas privadas, en aquellos Municipios y Hospitales que no tengan la capacidad instalada para su resolución interna. La distribución del número de tratamientos asignados por el Ministerio de Salud a cada Servicio, fue determinada según número de habitantes inscritos y validados por el FONASA en cada Servicio y acorde a la capacidad de realización de los tratamientos, que se detalla en la siguiente tabla (6):

Tabla 3: Distribución número de tratamientos Más Sonrisas para Chile asignados a los Servicios de Salud.

Región	Servicio de Salud	Nº Tratamientos Más Sonrisas Asignados
Arica y Parinacota	Arica	92
Tarapacá	Iquique	300
De Antofagasta	Antofagasta	1.085
Atacama	Atacama	467
Coquimbo	Coquimbo	2.447
Valparaíso	Valparaíso San Antonio	637
Valparaíso	Viña Del Mar Quillota	2.571
Valparaíso	Aconcagua	946
Del Libertador B.O'higgins	Lib. Bdo. O'higgins	1.752
Del Maule	Del Maule	2.543
Del Bío Bío	Ñuble	3.630
Del Bío Bío	Concepción	2.150
Del Bío Bío	Talcahuano	940
Del Bío Bío	Bío Bío	1.318
Del Bío Bío	Arauco	507
De La Araucanía	Araucanía Norte	1.038
De La Araucanía	Araucanía Sur	2.858
De Los Ríos	Valdivia	1.515
De Los Lagos	Osorno	775
De Los Lagos	Del Reloncaví	1.491
Aysén Del General Carlos Ibáñez Del Campo	Aysén	102
Magallanes	Magallanes	384
Metropolitana	Metropolitano Oriente	2.962
Metropolitana	Metropolitano Central	1.261
Metropolitana	Metropolitano Sur	2.170
Metropolitana	Metropolitano Norte	575
Metropolitana	Metropolitano Occidente	1.213
Metropolitana	Metropolitano Sur Oriente	1.630
De Los Lagos	Chiloé	824
Total País		40.183

Fuente Programa Odontológico Integral 2014

Como control de calidad, el Ministerio de Salud contempla para este programa la realización de auditorías (componente de “Auditorías clínicas al 5% de las Altas Más Sonrisas para Chile”), financiados en el mismo Programa Odontológico Integral en 2014. Esta auditoría corresponde al *“análisis independiente, retrospectivo y sistemático de los resultados de la actividad de los profesionales odontólogos, realizado por profesionales odontólogos calificados y de reconocida idoneidad, con el objeto de evaluar la calidad de las atenciones otorgadas, de modo de verificar la ejecución de normas de operación, asegurar mínimos de calidad y satisfacción de las expectativas de usuarios”*. El auditor externo será contratado por cada Municipio u establecimiento dependiente de cada Servicio de Salud, al 5% de las mujeres que recibirán este programa, es decir 2.009 auditorías. El costo de cada tratamiento “Más Sonrisas para Chile” y sus respectivas auditorías ascienden a (6):

Tabla 4: Costo por unidad de Tratamiento y Auditoría Clínica “Más Sonrisas para Chile” 2014.

Glosa	Cantidad	Frecuencia	Valor 2014 \$
Tratamiento “Más Sonrisas para Chile”	1	100%	144.623
Auditoria Clínica “Más Sonrisas para Chile”	1	5%	28.292

Fuente Programa Odontológico Integral 2014

El monto total del Programa para 2014 es de \$5.869.412, distribuido en la tabla 6 entre el valor total de los tratamientos y auditorías.

Tabla 5: Monto total Programa “Más Sonrisas para Chile” 2014 en \$:

Programa y Autorías “Más Sonrisas para Chile”	Gasto
Altas “Más Sonrisas para Chile”, n	40.183
Valor canasta Alta “Más Sonrisas para Chile” (\$)	\$144.623
Auditorías “Más Sonrisas para Chile” (5%) , n	2.009
Valor auditoría “Más Sonrisas para Chile” (\$)	\$28.292
Monto total Programa “Más Sonrisas para Chile” (M\$)	\$5.869.412

Fuente Resolución de Recursos N° Programa Odontológico Integral 2014

La metodología selección de las mujeres que recibirán las Auditorías Clínicas ( 5% del total de cupos distribuidos) fue detallada en el documento “Orientaciones para la aplicación de Auditorías clínicas Más Sonrisas para Chile del Programa Odontológico Integral 2014”, el cual fue distribuido por el Ministerio de Salud a todos sus Servicios en Mayo de 2014(25):

1. Se define el 5% de las Auditorías, a la muestra sobre el total de mujeres beneficiarias por convenio suscrito entre cada Municipio y el Servicio de Salud para desarrollar el Programa “Más Sonrisas para Chile”.
2. Cada 5% de pacientes que recibirá la auditoría, debe tener una representatividad proporcional a los ingresos registrados al programa por rangos etarios (grupos de 15 a 19, 20 a 64 y 65 y más años).
3. Una vez obtenido el 5% representativo por grupo etario, se debe realizar la selección de las pacientes mediante un muestreo aleatorio simple.



### 3.- EVALUACION DE IMPACTO DE PROGRAMAS ODONTOLÓGICOS

Pocos estudios han determinado el impacto de los programas odontológicos en sus beneficiarios. En 2010, la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda desarrolló una evaluación de impacto del “Programa Mejorando la Empleabilidad de las Mujeres Jefas de Hogar del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM)” y contempló la evaluación de impacto de la atención odontológica “Mujeres y Hombres de Escasos Recursos”, el cual se desarrolló por el Ministerio de Salud en la atención primaria del país en convenio con el SERNAM. El diseño de este estudio fue cuali-cuantitativo, mediante cuestionarios y grupos focales. Los ejes en la atención odontológica estaban dados por las preguntas: ¿Solucionó en alguna medida el problema que ocasionó la atención?; Si tuviera que calificar a la calidad de la atención dental con una nota de 1 a 7, donde 1 es “pésimo” y 7 es “excelente” ¿qué nota le pondría a la calidad de la atención o servicio? (26).

Los resultados de esta evaluación indican que en términos la calidad, la atención odontológica recibe una las puntuaciones más deficitarias en términos relativos (5 puntos sobre 7). Además para la atención odontológica, se describe *“la contradicción inversa de baja calificación relativa y percepción de alta contribución, sumada a la alta demanda por el servicio, otra vez muestra- complementando el análisis con el discurso abierto de las entrevistadas- la necesidad de mejoras tanto en términos de calidad como de ‘tipo’ de prestaciones”*.

Un artículo desarrollado en la región de Valparaíso para el evaluar el tratamiento de la Garantía Explícita en Salud “Salud oral integral del adulto de 60 años”, indica que este tratamiento odontológico se traduce principalmente en actividades de rehabilitación disminuyendo el promedio de dientes cariados y aumenta sustantivamente los tratamientos protésicos de tipo removible sobre la población en estudio. Sin embargo, no demuestra capacidad para mejorar el daño periodontal ni los niveles de higiene de los usuarios (27).

Pocos estudios en Latinoamérica han investigado el impacto de políticas públicas de salud oral en atención primaria. Una revisión de la literatura de 211 artículos se realizó en Brasil con el fin de analizar los elementos que han trabajado en el cambio de la salud oral en atención primaria, posterior a los 10 años de implementación de la política pública “Brasil Sonríe”, el cual constituye una guía en la implementación de la Política de salud oral brasileña. 57 artículos informaron de que la planificación, supervisión y evaluación de las acciones odontológicas en atención primaria eran insuficientes e indicaron dificultades en la generación de encuestas para reconocer las necesidades de la población, con el fin de las características sociales y epidemiológicas de la población brasileña. Se indica que el control y la evaluación de sus acciones fortalecen la planificación y la toma de decisiones en esta política de salud oral (28).

#### **4.- CALIDAD DE VIDA**

La calidad de vida corresponde a un concepto que ha sido desarrollado en las últimas décadas en respuesta a la necesidad de medir la sensación del paciente de bienestar, además de relacionarlo con la enfermedad y su tratamiento. (29)

La OMS define calidad de vida como *“La percepción que tiene el individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas e intereses”* (30). A su vez, la OPS la define como *“Calidad de vida: Percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal”* (31). Según Martha Nussbaum y Amartya Sen (32), estas necesidades humanas básicas deben ser satisfechas para que las personas puedan sobrevivir, relacionarse con los otros y evitar vivir en el aislamiento social. Por lo tanto, la calidad de vida corresponde a un concepto multidimensional, donde se incorporan variables materiales y no materiales (como estilo de vida, vivienda, satisfacción en varios ámbitos de la vida y situación económica, entre otros factores).

El concepto de calidad de vida puede ser utilizado en una diversidad de propósitos, como la medición y análisis de las necesidades de distintos grupos de individuos y sus niveles de satisfacción, así como para la evaluación de los resultados de los programas o servicios que entregan diversas organizaciones, siendo una herramienta clave en la dirección estratégica de los recursos y formulación de las políticas públicas (33). Por lo tanto, su medición es clave en los estudios que pretenden evaluar resultados o impacto.

#### **4.1.- CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD Y CON SALUD ORAL**

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud se ha incorporado al campo de la salud pública bajo la mirada del bienestar de los pacientes como un eje clave, tanto en el tratamiento como en el sustento de sus vidas. Así se incorpora como una medición del estado de salud de las personas con el fin de evaluar la calidad de los cambios experimentados por las intervenciones sanitarias (34).

De esta manera la calidad de vida relacionada con la salud busca determinar aquellas percepciones de los pacientes relacionadas tanto con la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectarán diversos aspectos de sus vidas, especialmente su bienestar físico, emocional y social, como con aquellos aspectos de la percepción de la experiencia que el paciente tiene con su enfermedad y en un tercer ámbito, para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria (35)(36).

Laura Schwartzmann (37) realiza una revisión sobre la importancia del concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS), como un aporte fundamental en la evaluación de resultados sanitarios. Indica que este concepto incorpora la percepción del paciente, *“como una necesidad en la evaluación de resultados en salud”*. En este sentido, indica que el ocupar este tipo de mediciones se sustenta en:

- La toma de decisiones en el sector debiese considerar la percepción de sus beneficiarios, como complemento a la evidencia científica.
- El análisis de la atención en salud, además, debe integrar la evaluación de la *“excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente.”*
- Uno de los puntos fundamentales de su análisis, es que al estudiar las percepciones de los beneficiarios del sistema de salud, como un proceso de adaptación a la enfermedad crónica (como son las caries y enfermedades bucales en nuestro estudio), es posible determinar los mecanismos que inciden perjudicialmente en la CVRS y desarrollar estrategias biopsicosociales para su abordaje.

Locker (38) indica que visualizar el cuerpo (visto como fenómeno estrictamente biológico) de manera aislada de las experiencias subjetivas de los pacientes respecto a su salud es una mirada reduccionista de los servicios de salud, puesto que la provisión de servicios de salud buscan restaurar y mejorar la salud de las poblaciones y los individuos. En el campo de la salud oral, se ha trabajado siempre desde la mirada de tratar las caries, por ejemplo, como eventos aislados del individuo, considerando a la boca como una estructura anatómica, que pasa a estar situado dentro del cuerpo, pero no está conectado a ella o la persona de una manera significativa.

En las últimas décadas no solo se ha puesto mucha atención en los efectos que conlleva una mala salud oral, sino que también como una mala salud oral afecta a la salud general y como la salud oral afecta en el día a día de las personas, tanto en su funcionamiento, su bienestar y a la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria. Todos estos términos han sido englobados y referidos colectivamente como “Calidad de vida relacionada en salud oral” (CVRSO) (39).

De esta manera, utilizando el enfoque de calidad de vida relacionada con salud e incorporando elementos como que *“la percepción que tiene el individuo del grado*

*de disfrute con respecto a su dentición, así como en los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural*", se determina el concepto de CVRSO, el cual es cada vez más utilizado en la investigación sanitaria para cuantificar aspectos no clínicos de la salud oral que los pacientes consideren más relevantes de su bienestar y salud general (40)(41).

Una revisión sistemática de desarrolló para artículos publicados de estudios observacionales, transversales de casos y controles y estudios de cohortes publicados en lengua inglesa entre el año 1990 y julio de 2009, a fin de responder la a pregunta: *¿La pérdida de dientes asociada al deterioro de la salud bucodental está relacionada con la calidad de vida, y cuál es el papel de la ubicación y distribución de pérdida de dientes en esta relación?*. La revisión analizó la relación entre el número y la ubicación de los dientes ausentes y CVRSO. De un total de 924 referencias, 35 fueron elegibles para la síntesis de esta revisión, indicando todos los estudios que la pérdida de dientes se asoció con puntuaciones desfavorables en CVRSO, independientemente del lugar de estudio e instrumento utilizado para cuantificarla (42).

La salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional. En Chile, según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del 2006, un 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre (1).

Un estudio chileno del 2013, reportó las inequidades socioeconómicas relacionadas con la CVRSO en adultos, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2003, usando cuatro de sus preguntas (las cuales fueron diseñadas por el MINSAL para cuantificar discretos componentes de la CVRSO). El estudio encontró que las disparidades socioeconómicas en los aspectos de CVRSO en

población adulta son evidentes, lo que confirma la existencia de un gradiente social, al menos cuando se determina el nivel socioeconómico usando el nivel de educación (43).

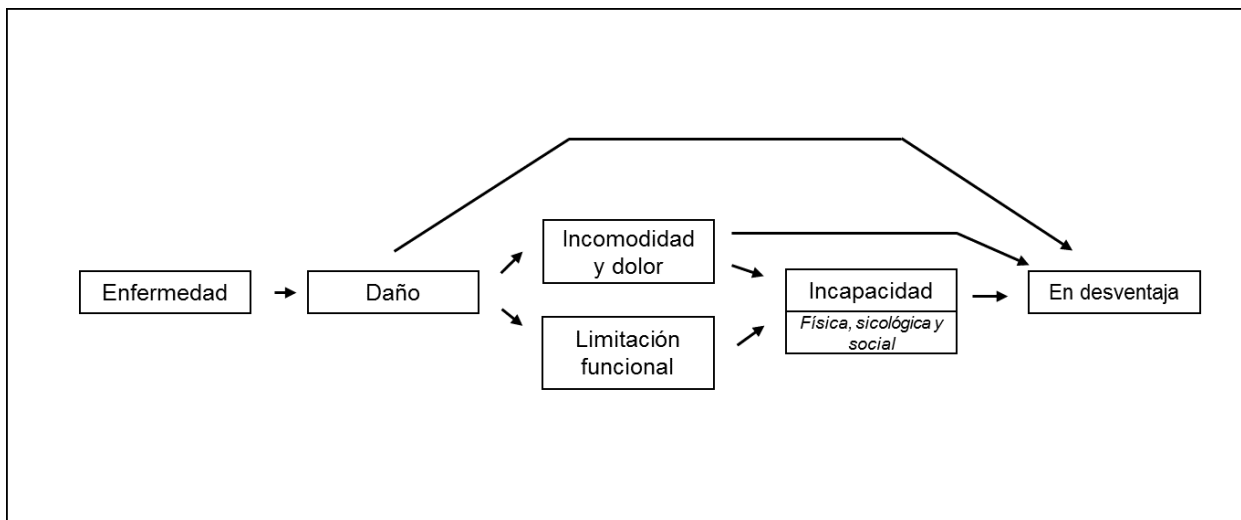
Una revisión de la literatura desde el año 1990 al 2010, se realizó en Brasil con la finalidad de relacionar el alcance de la CVRSO y la investigación en salud. Si bien la mayoría de los 300 artículos hallados eran de naturaleza descriptiva (n=121), un total de 48 fueron conducidos para evaluar la efectividad del tratamiento dental mediante instrumentos de medición de la CVRSO (como el OHIP), es decir, si dichos tratamientos mejoraban la percepción de CVRSO de los pacientes. 7 estudios se centraron en tratamientos de odontopediatría, 8 en efectividad de tratamientos de ortodoncia, 7 en tratamientos de prótesis, 16 en odontogeriatría, 9 en cirugía-medicina oral y uno para tratamientos craneofaciales. Los autores indican que si bien la mayor parte de la investigación en CVRSO se ha desarrollado en las dos décadas pasadas, la gran parte de los esfuerzos se han concentrado en desarrollar y validar instrumentos de medición de la CVRSO, donde tales instrumentos abren la puerta para su utilización como medida de resultado, tales como la efectividad del tratamiento odontológico (44).

#### **4.2.- INSTRUMENTOS PARA MEDIR CVRSO**

Misrachi (33) en su revisión bibliográfica sobre “Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud”, indica que los instrumentos que miden calidad de vida relacionada con la salud presentan aplicabilidad en diversas áreas, tales como auditoría médica, evaluación de servicios de salud o análisis de costo-efectividad, sin embargo, indica que *“una de las aplicaciones mejor conocidas son los estudios clínicos para evaluar los efectos de ciertas intervenciones sobre la Calidad de Vida”*. Existen instrumentos para mediciones genéricas del estado de salud-enfermedad, así como también instrumentos para problemas de salud específicos. Los primeros incluyen la medición del estado de salud general (con diversas dimensiones de ella), y los segundos, son sensibles a un problema de salud en particular.

Locker (38)(45) planteó un modelo basado en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, donde los impactos de las enfermedades orales son categorizados desde síntomas internos de los individuos, hasta la desventaja social. Este modelo, que se ilustra en la figura 1, relata que las personas que pierden sus dientes están con un daño, homólogo a la pérdida de cualquier parte de su cuerpo, que conlleva a dolor físico y limitación de funciones fisiológicas. Otras consecuencias de las enfermedades orales son: la discapacidad (pérdida de realizar actividades de la vida diaria, como la masticación) y la desventaja, donde se se minimiza el contacto social por la vergüenza que provoca tener menos dientes (45). La figura número 3 detalla el modelo propuesto por Locker:

Ilustración 3: Modelo conceptual propuesto por Locker (45).



Adaptado de P. Finbarr Allen

A partir de este modelo, se desarrollaron en el campo de la odontología diversos instrumentos para medir la CVRSO, los cuales han sido diseñados, tanto para medir el impacto social de los tratamientos odontológicos, como para evaluar la

efectividad de dichos tratamientos (33). Dentro de los instrumentos más utilizados, se destacan:

1. **Índice de medida de salud oral geriátrica (Geriatric Oral Health Assessment Index u GOHAI)**. Este instrumento fue diseñado por Atchison y Dolan en 1990, evalúa la salud oral de una manera global. Consta de 12 preguntas y define la salud oral como *“como la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social”* (33). El impacto que los trastornos orales causan en la CVRSO se calcula mediante la asignación de una puntuación global para indicar el alcance de las consecuencias funcionales y psicosociales (45). Este instrumento fue validado en adultos mayores para población chilena en 2010, por el Dr. Omar Salazar, en una muestra de 100 adultos mayores de 60 años (46).
2. **Impacto Dental sobre la Vida Diaria (Dental Impact on Daily Living o DIDL)**. Desarrollado por Leao y Sheiham en 1996, utiliza 5 escalas (comodidad, apariencia, dolor, comportamiento y restricción en las comidas) distribuidas en 36 preguntas. El puntaje total corresponde al puntaje obtenido en cada dimensión sobre el total de puntaje esperado(33)(45). Este instrumento no se encuentra validado en población chilena.
3. **Impacto Dental sobre el Desempeño Diario (Oral Impacts on Daily Performances u OIDP)**. Desarrollado por Adulyanon y Sheiham en 1997, el cual tratan de cuantificar los impactos orales en 7 dimensiones (comer y disfrutar la comida; hablar y pronunciar con claridad; limpieza de los dientes; dormir y relajarse; sonreír, reír y mostrar los dientes sin vergüenza; el mantenimiento habitual estado emocional sin estar irritable; llevar a cabo funciones sociales y disfrutar del contacto con otra gente). Un puntaje total es otorgado, multiplicando la puntuación de frecuencia por la puntuación de la gravedad de cada dimensión (45). Este instrumento no se encuentra validado en población chilena.



#### 4. Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile u OHIP).

Descrito en 1994 por Slade y Spencer, es uno de los instrumentos más conocidos y usados, el cual que mide como influyen los trastornos orales en la CVRSO(47), y será tratado de manera independiente, puesto que es el único instrumento validado en Chile.

#### 4.3.- ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP)

El Perfil de Impacto de Salud Oral (Oral Health Impact Profile u OHIP) es el instrumento más conocido para evaluar calidad de vida relacionada a salud oral (45). Desarrollado Slade y Spencer, quienes indican *“El perfil impacto en salud oral (OHIP) fue desarrollado con el objetivo de proporcionar una medida integral auto-reportada sobre la disfunción, el malestar y la discapacidad atribuidas a la cavidad oral”*. Indican que este instrumento está relacionado con el deterioro funcional y tres dimensiones de estado funcional: social, psicológica y física. Además el OHIP tiene como objetivo captar aquellos impactos que están relacionados con las condiciones orales en general, por sobre aquellos impactos atribuibles a trastornos orales específicos (47).

La versión original consiste en 49 estados (condiciones orales o derivadas de éstas) que han sido reformulados como preguntas, denominado OHIP-49. Los autores se basaron en el modelo conceptual de Locker para definir las siete dimensiones de impacto de este instrumento: limitación funcional, dolor físico, disconfort psicológico, incapacidad física, incapacidad social, incapacidad psicológica y en desventaja. Fue diseñada para ser respondida en una escala Likert y los autores señalan como válida, aquella encuesta que tiene menos de 9 preguntas no respondidas. Este instrumento genera un valor total del cuestionario, así como por cada una de sus 7 dimensiones. Los autores indican que respuestas se codifican: *“0 (nunca o no se aplica), 1 (casi nunca), 2 (ocasionalmente), 3 (con bastante frecuencia) o 4 (muy a menudo)”*. Las respuestas con un "No sé" y en

blanco se consideran como valores perdidos, que posteriormente son recodificados con el valor medio de todas las respuestas válidas a la correspondiente (47).

Los autores, además señalan que las conclusiones sustantivas de la OHIP provienen principalmente de estudios epidemiológicos que indican que un mayor puntaje en la encuesta revela una pobre situación de salud (dientes perdidos, enfermedad periodontal y caries no tratadas) y una mayor vulnerabilidad (social y económica) de los grupos investigados (47).

En nuestro país han sido publicados tres estudios validando este instrumento. El primero fue llevado a cabo en el año 2007 por López R. y Baelum V.(48) y tuvo como objetivo determinar el impacto de las enfermedades periodontales en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 9.203 individuos a quienes se les realizó un examen clínico y se les aplicó el instrumento de medición de calidad de vida OHIP. Las 49 preguntas originales del OHIP fueron traducidas al español (revisado para la comprensión y semántica por dos dentistas independientes, y luego traducidos de nuevo a inglés por un dentista independiente bilingüe, instrumento denominado OHIP-49-Sp) y sus resultados fueron comparados con mediciones clínicas de enfermedades orales en la población en estudio. Los resultados dieron asociación significativa entre las variables estudiadas (enfermedad periodontal: pérdida de inserción clínica en molares e incisivos, pérdida de dientes y presencia de lesiones de ulcerosas gingivales) y el estado de salud bucal autopercebido asociado con la puntuación total OHIP-49-Sp. Se determinó convergencia, validez discriminativa y consistencia interna en todas las dimensiones del instrumento. Este estudio no utilizó la escala original en formato Likert sino que de manera dicotómica (SI, NO).

El segundo, realizado en 2014 por León S. y colaboradores (49) de la Universidad de Talca, validó este instrumento en adultos mayores chilenos (muestra de 85 adultos mayores de 60 años o más), mediante entrevistas y examen clínico,

aplicando un análisis a variables sociodemográficas y clínicas: número de dientes, caries y necesidad de tratamiento periodontal y protésico, además de la funcionalidad de aquellos pacientes que usaban prótesis. Se aplicó la encuesta OHIP-49-Sp en escala Likert (cuya traducción estaba siendo validada en curso). Se obtuvo una alta consistencia interna, tanto para el total del instrumento (0.990), como para cada una de sus 7 dimensiones (0.875–0.995). se determinó una alta puntuación de la encuesta OHIP-49 en aquellos pacientes con caries ( $p = 0.01$ ) y en aquellos que necesitaban tratamiento periodontal complejo ( $p = 0.0001$ ) y en aquellos que necesitaban prótesis dentales ( $p \leq 0.0001$ ).

Este mismo equipo validó en 2014 el cuestionario abreviado OHIP-14. Se aplicó el instrumento original (OHIP-Sp-49) y un examen clínico a 490 pacientes adultos mayores, seleccionando catorce preguntas con el mayor impacto en la CVRSO de dicha muestra, a través de una regresión lineal. De esta manera se logró extraer un instrumento abreviado (OHIP-14Sp), el cual fue aplicado en un estudio retrospectivo con una cohorte de 85 adultos mayores, determinándose una alta consistencia interna del instrumento ( $\alpha$  de Cronbach = 0.91) y una asociación entre las puntuaciones de la encuesta abreviada con la presencia de caries ( $p=0,003$ ), necesidad de tratamiento periodontal complejo ( $p=0,002$ ), necesidad de tratamiento de prótesis ( $p < 0,0001$ ) y edad menor de 70 años ( $p < 0,0001$ ) (50).

Como resumen, la alta prevalencia de enfermedades bucales que afectan a la población adulta de nuestro país, en especial a las mujeres, determina que se concentren grandes esfuerzos económicos del Estado por recuperar su salud oral. Se han desarrollado diversos programas en las últimas décadas con el fin de recuperar la salud bucal de la población adulta, especialmente en la atención primaria de salud, sin embargo, ninguno de ellos ha sido evaluado en el impacto que provocan en sus beneficiarios. A su vez, en los últimos años se ha puesto énfasis en el ámbito de la salud y específicamente en salud oral, sobre aquellos aspectos que afectan la calidad de vida de los usuarios del sistema, entendiendo que es posible determinar aquellos aspectos que inciden de manera negativa en la

CVRSO, y que una de las funciones de los Servicios de Salud es recuperar y mantener la salud de los individuos y comunidades, abarcado aspectos psicosociales. Es por esto que la presente investigación busca determinar si existe cambio en la percepción de CVRSO posterior a la intervención odontológica “Más Sonrisas para Chile”, utilizando un instrumento validado en nuestro país como es el OHIP-Sp-49, y con ello generar evidencia del impacto en la población de este nuevo programa de salud.

### **III. HIPOTESIS**

Existe una mejora en la percepción de CVRSO, mediante disminución en el puntaje de la encuesta OHIP-49-Sp, posterior a la aplicación del tratamiento odontológico “Más Sonrisas para Chile” en mujeres beneficiarias del año 2014.

### **IV. OBJETIVOS**

#### **IV.1.- GENERAL**

Evaluar el impacto del tratamiento odontológico “Más Sonrisas para Chile”, mediante el cambio de la percepción de CVRSO de beneficiarias del año 2014, mediante la encuesta OHIP-49-Sp.

#### **IV.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS**

**IV.2.1.-** Caracterizar la percepción de CVRSO de las beneficiarias del tratamiento “Más Sonrisas para Chile” durante el año 2014, mediante la encuesta OHIP-49-Sp, tanto al ingreso como al egreso del tratamiento.

**IV.2.2.-** Describir los resultados de las distintas dimensiones de la encuesta OHIP-49-Sp en función del Servicio de Salud o región de procedencia y de la edad de las beneficiarias, pre y post tratamiento.

**IV.2.3.-** Determinar si existen diferencias significativas en la variación del puntaje de la encuesta OHIP-49-Sp pre y post al tratamiento.

**IV.2.4.-** Realizar recomendaciones en base a los resultados obtenidos para la gestión de programas odontológicos actualmente vigentes.

## **V. METODOLOGIA**

### **V.1.- DISEÑO**

Estudio pre-experimental con un pretest-posttest de un solo grupo. Se trató de la aplicación de un cuestionario en una ventana de tiempo, entre los meses de mayo a diciembre de 2014, pre y post intervención (tratamiento dental).

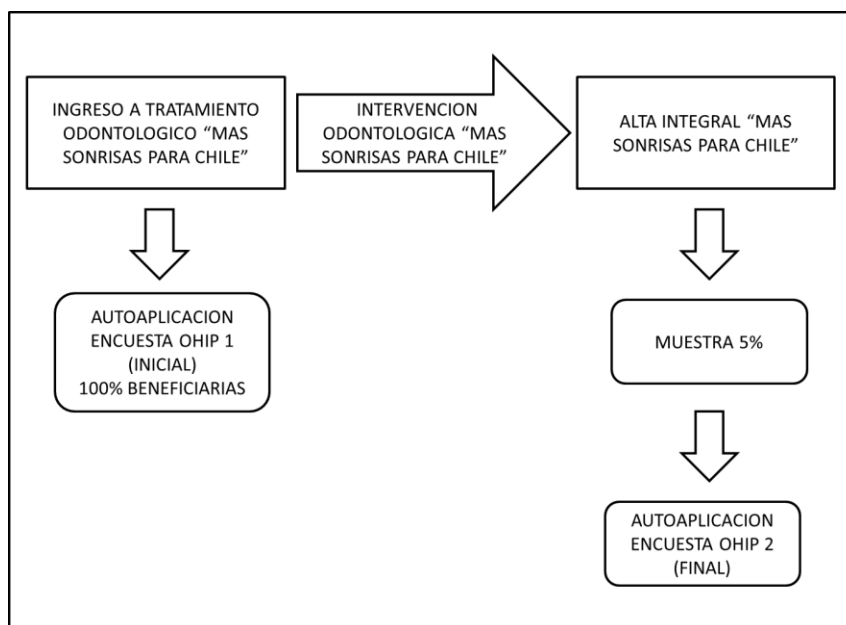
### **V.2.- POBLACIÓN DE ESTUDIO**

El presente estudio abarcó la población de mujeres beneficiarias ingresadas y con egreso finalizado (alta de tratamiento odontológico) por el Programa “Más Sonrisas para Chile” y que a su vez recibieron el componente “Auditorías clínicas al 5% de las Altas Más Sonrisas para Chile”, equivalente a 2.012 mujeres potenciales en los 29 Servicios de Salud del país, quienes debían recibir la encuesta pre y posterior al tratamiento dental (6).

El Ministerio de Salud implementó las “Orientaciones para la aplicación de Auditorías clínicas Más Sonrisas para Chile del Programa Odontológico Integral 2014” (Anexo N°5), donde se señala que la selección de la muestra de mujeres que recibieron la auditoría al tratamiento realizado, debía generarse mediante un muestreo aleatorio simple a partir de los ingresos realizados al programa, debiendo tener una representatividad proporcional a los ingresos registrados por los grupos etarios del registro estadístico mensual (REM): grupos de 15 a 19, 20 a 64 y 65 y más años (23).

La Ilustración N°4 indica la secuencia de obtención de la secuencia evaluativa del estudio.

Ilustración 4: Resumen de la secuencia evaluativa de la encuesta OHIP-sp-49.



### V.3.- VARIABLES

Como el diseño del presente estudio fue pre y post intervención odontológica, la variable respuesta corresponde a la percepción de CVRSO, la cual fue medida antes y después de la presencia de la variable independiente (intervención odontológica) mediante el cuestionario OHIP-49-Sp. Además se midieron las variables: Servicio de Salud de procedencia y edad en los siguientes grupos etarios: 15-29, 30-39, 40-49, 50-59 y 60 años o más.

#### Posibles Variables Confundentes

El Ministerio de Salud trata de controlar una posible variable confundente de selección mediante los criterios de inclusión al programa: *“mujeres mayores de 15 años, con un claro énfasis en la priorización de las mujeres más vulnerables, haciendo más homogéneo al grupo: beneficiarias de Chile Solidario o Ingreso Ético Familiar del Ministerio de Desarrollo Social, beneficiarias del Servicio Nacional de la Mujer, personal de educación parvularia, que incluye a personal de*

*aseo, manipuladoras de alimentos, asistentes de la educación y educadoras, de establecimiento JUNJI, INTEGRAL y MINEDUC y mujeres de la lista de espera local, de todos los tramos de FONASA” (24).* En este mismo ámbito, según el perfil de daño en salud bucal de la población chilena, a mayor edad es mayor el daño, lo que puede reflejarse en la aplicación de los test ( a mayor edad peor calidad de vida). Es por esto que en las Orientaciones para la aplicación del cuestionario, se indica que el grupo en estudio debe tener una representatividad proporcional a los ingresos registrados por rangos etarios (25).

#### **V.4.- INSTRUMENTO**

Para determinar la calidad de vida con relación a la salud oral, se utilizó el cuestionario OHIP-49-Sp validado para la población chilena por López (48), el cual consta de 49 preguntas agrupadas en siete dimensiones: Limitación Funcional, Dolor Físico, Discomfort Psicológico, Incapacidad Física, Incapacidad Psicológica, Incapacidad Social y En Desventaja. Las respuestas son dicotómicas: SI-NO. Según los mismos autores, a cada respuesta si se codificará con un valor, igual a 1 si registra “SI” y a la respuesta “no” con el valor 0. Para calcular los resultados, se utilizará la misma metodología de los autores:

- Para la obtención del puntaje total del cuestionario OHIP-49-Sp se debe sumar los valores obtenidos en todas las respuestas (0-49), donde un mayor puntaje indica peor calidad de vida.
- Para la obtención del puntaje en cada una de las dimensiones, se deben sumar los valores obtenidos en todas las respuestas de la dimensión, donde igualmente un mayor puntaje indica peor calidad de vida:
  - (0-9) para la dimensión de Limitación Funcional.
  - (0-9) para la dimensión de Dolor Físico.
  - (0-5) para la dimensión de Discomfort Psicológico.
  - (0-9) para la dimensión de Incapacidad Física.
  - (0-6) para la dimensión de Incapacidad Funcional.
  - (0-5) para la dimensión de Incapacidad Social.
  - (0-6) para la dimensión de En Desventaja.



El Ministerio de Salud consultó a los autores y recibió el permiso para el uso del instrumento, a través de la Dra. Gisela Jara B., Jefa de la Unidad Odontológica de la División de Atención Primaria.

El formato que utilizó el Ministerio de Salud se encuentra en las Orientaciones Técnicas del Programa (Anexo N° 2).

## **V.5.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: MEDICIONES PRE Y POST INTERVENCIÓN**

### **V.5.i.- Paso 1: Aplicación de encuesta OHIP-49-Sp previo al tratamiento odontológico.**

Según las Orientaciones del Programa Odontológico Integral (24) y las Orientaciones de aplicación de auditorías y encuestas 2014 (25), se señalan las siguientes fases:

1. La encuesta OHIP-49-Sp inicial será autoaplicada por el paciente previo al inicio de la intervención odontológica.
2. La encuesta debe ser en hoja tamaño oficio impresa por ambas caras. Indicar fecha y una identificación del paciente (o número correlativo por Servicio que permita asociar posteriormente la encuesta post de la misma persona). Se indica a los Servicios de Salud que se debe respetar la confidencialidad de la información, según lo dispuesto en la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.
3. El momento definido de su autoaplicación es en el ingreso a tratamiento odontológico (primera sesión).
4. La encuesta no debe ser guiada o asistida por ningún funcionario de los centros de salud.
5. Lugar físico: Se recomienda sala de espera, preferentemente silenciosa. Facilitar lápiz.

6. Tiempo: el tiempo promedio piloteado en Santiago de finalización del cuestionario es de 25 minutos.
7. Posteriormente esta encuesta será almacenada en la ficha del paciente.

**V.5.ii.- Paso 2: Aplicación de encuesta OHIP-49-Sp posterior al tratamiento odontológico.**

Según las Orientaciones del Programa Odontológico Integral (22) y las Orientaciones de aplicación de auditorías y encuestas 2014 (23), se señalan las siguientes fases:

1. Se citarán a las beneficiarias a la auditoría clínica por un odontólogo externo y en dicha citación se procederá a la autoaplicación de la segunda encuesta OHIP-49-Sp, previo a la aplicación de la auditoría.
2. La citación en beneficiarias sin tratamiento de rehabilitación por prótesis removible: al momento del alta.
3. La citación en beneficiarias con tratamiento de rehabilitación por prótesis removible: al segundo control post instalación de prótesis removible.
4. En el caso la de la pérdida de una integrante seleccionada para esta citación, deberá ser reemplazada por otra, según las mismas indicaciones para la obtención de la muestra señaladas en las "Orientaciones para La aplicación de Auditorias y Encuestas componentes MHER y Más Sonrisas para Chile del Programa Odontológico Integral 2014".
5. La encuesta debe ser en hoja tamaño oficio impresa por ambas caras. Indicar fecha y una identificación del paciente (o número correlativo por Servicio que permita asociar posteriormente la encuesta inicial de la misma persona). ). Se indica a los Servicios de Salud que se debe respetar la confidencialidad de la información, según lo dispuesto en la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada.
6. La encuesta no debe ser guiada o asistida por ningún funcionario de los centros de salud.

7. Lugar físico: Se recomienda sala de espera, preferentemente silenciosa. Facilitar lápiz.
8. Tiempo: el tiempo promedio piloteado en Santiago de finalización del cuestionario es de 25 minutos.
9. Posteriormente esta encuesta será almacenada junto con la auditoría realizada y con la encuesta OHIP-49-Sp inicial.

#### **V.5.iii.- Paso 3: Envío de encuestas al Ministerio de Salud.**

La recolección de encuestas las realizó el Asesor Odontológico de cada comuna, las cuales fueron posteriormente recolectadas por cada Asesor Odontológico de los 29 Servicios de Salud. Se indicó obligatorio el envío de las 2 encuestas OHIP-49-Sp de cada paciente en un sobre cerrado. El plazo final de envío fue el 31 de marzo de 2015.

#### **V.5.iv.- Paso 4: Criterios considerados para incluir un caso como válido para la construcción de la base de datos.**

Una vez recibidos los sobres de cada Servicio de Salud con las encuestas OHIP-49-Sp de cada beneficiaria, El Ministerio de Salud procedió a la revisión de las mismas con el fin de incluir aquellos casos donde se identificase el número correlativo de cada beneficiaria por Servicio de Salud, o en su defecto, algún código o identificación que permitiese asociar las encuestas pre y post a una misma beneficiaria e identificando claramente la encuesta inicial y la final, ya sea con la fecha de aplicación, con las siglas “Pre” y “Post”; “Inicial” y “Final” o “1” y “2”.

## V.6.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se recibió un 89.95% de las encuestas solicitadas (1.800 encuestas pre-post consideradas válidas para la digitación), provenientes de 28 de los 29 Servicios de Salud. Solo el Servicio de Salud de Arica no envió encuestas. La mayor parte de los Servicios enviaron menos encuestas que las solicitadas, por lo que el Ministerio de Salud decidió incluir todas las encuestas de aquellos que sobrepasaron el número solicitado (Servicios de Salud de Iquique, Aconcagua, Ñuble, Valdivia y los Metropolitanos Central, Sur y Occidente).

La distribución de las encuestas pre y post tratamiento solicitadas por el Ministerio de Salud y recibidas desde los Servicios de Salud, se detalla en la tabla N°6.

Tabla 6: Distribución de las encuestas pre y post tratamiento solicitadas y recibidas.

Región	Servicio de Salud	Encuestas pre-post solicitadas	Encuestas pre-post recibidas
Arica y Parinacota	Arica	5	0
Tarapacá	Iquique	15	28
De Antofagasta	Antofagasta	54	47
Atacama	Atacama	23	30
Coquimbo	Coquimbo	122	46
Valparaíso	Valparaíso San Antonio	32	15
Valparaíso	Viña Del Mar Quillota	129	129
Valparaíso	Aconcagua	47	49
Del Libertador B.O'higgins	Lib. Bdo. O'higgins	88	15
Del Maule	Del Maule	127	106
Del Bío Bío	Ñuble	182	194
Del Bío Bío	Concepción	108	124
Del Bío Bío	Talcahuano	47	49
Del Bío Bío	Bío Bío	66	60
Del Bío Bío	Arauco	25	12
De La Araucanía	Araucanía Norte	52	28
De La Araucanía	Araucanía Sur	143	131
De Los Ríos	Valdivia	76	78

De Los Lagos	Osorno	39	39
De Los Lagos	Del Reloncaví	75	77
Aysén Del General Carlos Ibáñez Del Campo	Aysén	5	4
Magallanes	Magallanes	19	19
Metropolitana	Metropolitano Oriente	148	145
Metropolitana	Metropolitano Central	63	88
Metropolitana	Metropolitano Sur	109	110
Metropolitana	Metropolitano Norte	29	13
Metropolitana	Metropolitano Occidente	61	78
Metropolitana	Metropolitano Sur Oriente	82	62
De Los Lagos	Chiloé	41	24
<b>Total País</b>		<b>2.009</b>	<b>1.800</b>

Fuente Programa Odontológico Integral 2014

Los puntajes de las 1.800 encuestas OHIP-49-Sp pre-post fueron ingresados a una base de datos. Para tales efectos el Ministerio de Salud realizó una licitación a una empresa digitadora externa, para construir la base de datos con doble digitación (licitación número ID: 4127-2-L115 del 2015, en el portal Mercado Público, según la ley de compras públicas). Se solicitó como producto la entrega de la información en archivo Excel con las respuestas de las 49 preguntas pre y posterior del tratamiento odontológico de cada usuaria (identificada con un código correlativo por Servicio de Salud), registrando además la edad y Servicio de Salud donde se otorgó el tratamiento, en los casos que presentaron dicho registro. En la digitación de cada respuesta se utilizó el formato aplicado por López & Baelum (48), donde 1 representó "SI" y 0 a la respuesta "NO".

Se realizó un análisis exploratorio de datos con el fin de conocer la distribución de las variables. Se encontró que las variables cuantitativas no se distribuyen normalmente (prueba de Shapiro-Wilk), en consecuencia, para la comparación de dos muestras pareadas (medidas pre y post) se utilizó la prueba de Wilcoxon utilizando un nivel de significación de 0,05. Para la representación de la posición de las puntuaciones obtenidas por los grupos se utilizó la mediana.

Por otra parte, para la determinación de la consistencia interna del instrumento OIHP-sp 49, se utilizó como indicador el  $\alpha$  de Cronbach.

El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS 20.

#### **V.7.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.**

El Ministerio de Salud autorizó el uso de la base de datos para el presente estudio a través de la Jefa de División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, Dra. Paz Robledo Hoecker (Anexo N°1). Según la autorización, se utilizó la base de datos con la información codificada de cada beneficiaria de manera secuencial (números correlativos con el código del Servicio respectivo, del 1 al 29) por cada Servicio de Salud, entregado en la base de datos. En ningún momento, el investigador tuvo acceso a información individual o personal de las beneficiarias, puesto que se considera un dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2 de la Ley 19.628.

Además, como la ejecución del programa se realizó en las entidades de administración Municipal y hospitalarias, éstas deben regirse según lo establecido en la Ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes del Paciente, aplicando los respectivos consentimientos informados en formato local, así como de adoptar las medidas necesarias para asegurar la confidencialidad durante la entrega de la información al paciente, así como de lugares adecuados para ello.

#### **V.8.- ASPECTOS ÉTICOS**

1. El estudio cuenta con la autorización de empleo de datos por el Ministerio de Salud, propietario intelectual del Programa Odontológico Integral. Todos los resultados del estudio serán de responsabilidad del autor y en nada comprometerán a dicho Ministerio.

2. Independiente que la intervención haya sido realizada en 2014 y solo se esté utilizando una base de datos con la información codificada de cada beneficiaria de manera secuencial por cada región del país, el investigador envió el protocolo al Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, con el número 133-2016, siendo aprobado por dicho Comité el 6 de agosto de 2016. (Anexo N°6)

## V.9.- LIMITACIONES

1. La gestión del programa “Más Sonrisas para Chile” radica en el ámbito local (comunal y/o Servicios de Salud), lo que puede llevar a la no ejecución final de la totalidad de los tratamientos odontológicos convenidos entre éstos y el Ministerio de Salud. Para tales efectos, el Ministerio de salud realiza dos evaluaciones durante el año, la primera al 31 de agosto con el fin de velar por el cumplimiento del 40% del total de acciones convenidas y una final al 31 de diciembre por el 100% de cumplimiento. La no verificación de cumplimiento implica una re liquidación de los recursos convenidos.(6)
2. Las “Orientaciones para la Aplicación de Auditorías y Encuestas Mas Sonrisas para Chile del Programa Odontológico Integral 2014” del Ministerio de Salud, indican las siguientes dos limitaciones del estudio:
  - a. **La auto aplicación del instrumento.** Un posible sesgo de instrumentación se pudo generar con esta indicación, pues al momento de considerar la auto aplicación y no la aplicación por parte de un profesional o funcionario capacitado para dirigir la encuesta.
  - b. **No existe la indicación o alternativa de marcar “No Aplica”.** Las preguntas: *¿Ha sentido usted que sus prótesis no ajustan apropiadamente?, ¿Ha tenido prótesis incómodas? y ¿Ha sido usted incapaz de comer con sus prótesis por problemas con ellas?*, las cuales podrían ser no contestadas o ser omitidas, pues el uso de prótesis removible no es generalizado a toda la población previa al ingreso a tratamiento y en los pacientes dentados totales pre o post, pues no estaría considerado en su diagnóstico de tratamiento,

situación que no pudo ser recogida, al no dejar la opción de responder “no aplica”. En este sentido, el presente estudio solo tomará como caso válido a aquel que presente todas sus respuestas completas.

3. El presente estudio corresponderá a la primera aproximación en Chile de la evaluación de impacto de un programa odontológico con instrumentos que evalúan calidad de vida autorizado por el MINSAL. Para futuras investigaciones se deberá recomendar un estudio experimental.

#### **V.10.- CONFLICTOS DE INTERES**

El investigador trabaja desde mediados de 2014 en el Ministerio de Salud, momento en el cual ya se había instaurado y difundido a la red de Servicios de Salud la encuesta OHIP-49-Sp para el Programa “Más Sonrisas para Chile”.



## VI. RESULTADOS

En abril de 2016, se recibió la base de datos desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud. Se realizó un análisis de la distribución de los datos de la variable percepción de CVRSO, mediante los puntajes de las 1.800 encuestas OHIP-49-Sp pre-post tratamiento dental, mediante la prueba de Shapiro-Wilk, arrojando una distribución no normal ( $p < 0,05$ ).

Se realizó un ajuste en la base de datos considerando sólo como casos válidos a aquellos con respuesta al 100% de sus preguntas, tanto para la puntuación total de la encuesta OHIP-49-Sp, como para la puntuación de cada una de sus dimensiones, en la muestra de encuestas pre y post tratamiento como muestras independientes, es decir no asociadas a la misma mujer (ver Ilustración N° 3). Se determinó que el número total de encuestas disminuye en un 38,1% (1.113 encuestas) para las pre tratamiento y en un 31,8% (1.226 encuestas) para las post tratamiento “Más Sonrisas para Chile”. Los resultados de este primer análisis indican una disminución de la mediana para el puntaje total de la encuesta OHIP-49-sp de 21 en la encuesta pre, a una mediana de 6 en la encuesta posterior al tratamiento dental, como se observa en la tabla 7.

Tabla 7: Distribución de los casos válidos para puntuación total de encuesta OHIP-49-Sp pre y post tratamiento.

<b>Estadísticos</b>		<b>Total Encuesta OHIP-49-sp Pre</b>	<b>Total Encuesta OHIP-49-sp Post</b>
<b>N</b>	Válido	1.113	1.226
	Perdidos	688	575
<b>Mediana</b>		21,0000	6,0000
<b>Mínimo</b>		0,00	0,00
<b>Máximo</b>		49,00	49,00
<b>Percentiles</b>	25	11,0000	2,0000
	50	21,0000	6,0000
	75	34,0000	15,0000

La determinación de la confiabilidad del cuestionario OHIP-49-Sp se llevó a cabo realizando la prueba de consistencia interna del instrumento, mediante el  $\alpha$  de Cronbach, tanto para el total del instrumento como para cada una de sus dimensiones (tabla 8).

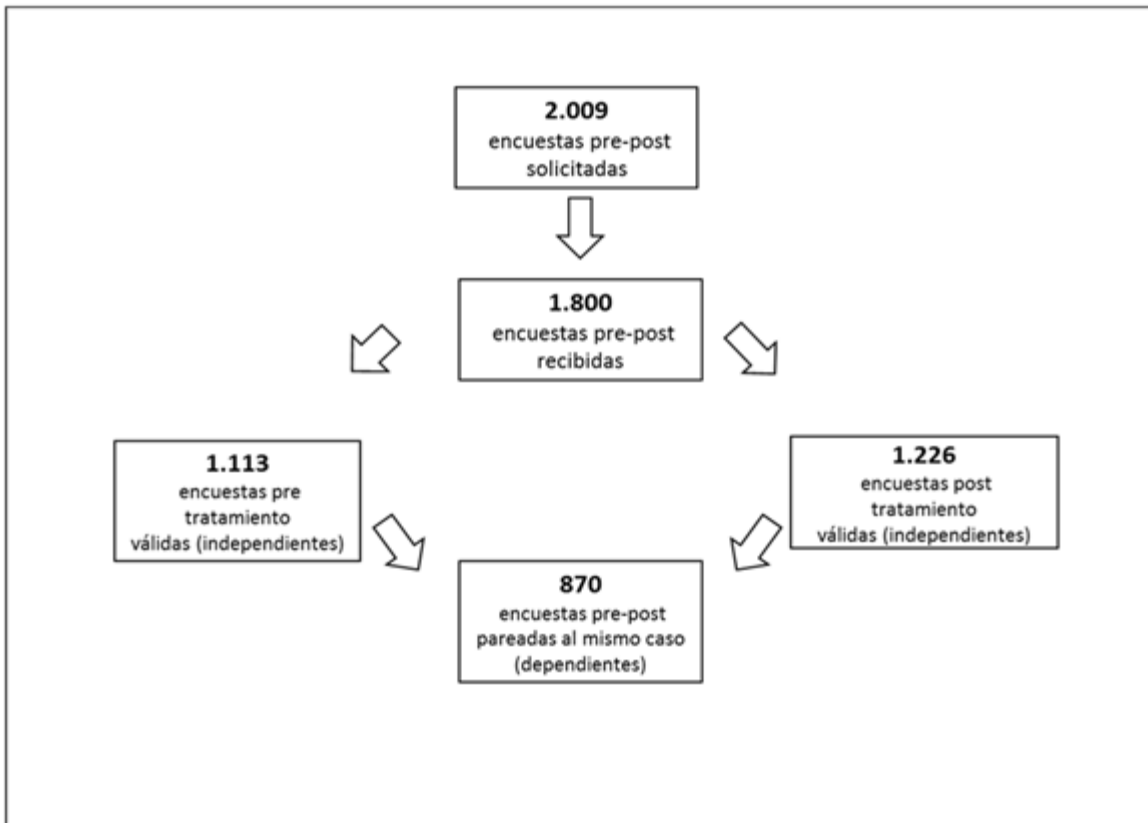
Tabla 8: Confiabilidad del cuestionario OHIP-49-Sp pre y post tratamiento, puntuación total y por dimensiones.

Variable	Pre Tratamiento		Post Tratamiento	
	N	$\alpha$ Cronbach	N	$\alpha$ Cronbach
Total OHIP- 49-sp	1.113	0.962	1.226	0.960
Limitación Funcional	1.438	0.818	1.553	0.821
Dolor Físico	1.464	0.812	1.551	0.852
Discomfort Psicológico	1.665	0.671	1.678	0.741
Incapacidad Física	1.490	0.878	1.578	0.858
Incapacidad Psicológica	1.707	0.868	1.707	0.870
Incapacidad Social	1.669	0.872	1.688	0.871
En Desventaja	1.700	0.857	1.712	0.843

Para la puntuación total del instrumento, tanto encuesta pre como post, el  $\alpha$  Cronbach es mayor a 0.9. Al analizar cada dimensión, se observa que todas ellas presentan este índice igual o superior a 0,8, exceptuando la dimensión “Discomfort Psicológico”, tanto pre tratamiento (0.671) como post tratamiento (0.741).

Los resultados de la realización del análisis de la variable percepción de CVRSO para muestras dependientes pareadas, es decir, identificación de la misma mujer con encuesta pre y post tratamiento y un 100% de respuestas completas, indican un total 870 casos con encuesta OHIP-49-Sp para dicho análisis. La secuencia de obtención de las 870 encuestas pre-post con respuestas completas dependientes del mismo caso se resumen en la Ilustración 5:

Ilustración 5: Pasos para la obtención del n de encuestas final (medición pre-post con respuestas completas dependientes del mismo caso).



#### **VI.1.- Caracterización de la variable percepción de CVRSO por puntuación total y cada dimensión de la encuesta OHIP-49-Sp pre y post, Total País.**

La caracterización de la variable percepción de CVRSO de las beneficiarias del tratamiento “Más Sonrisas para Chile”, mediante el puntaje total de la encuesta OHIP-49-Sp y cada una de sus dimensiones para los 870 casos pareados se refleja en la tabla 9. Se compararon los puntajes totales y por cada dimensión del cuestionario realizado antes y después de la intervención dental, mediante el test de Wilcoxon para determinar la significación estadística del cambio en la percepción de CVRSO.

Tabla 9: Caracterización de la variable percepción de CVRSO y comparación de las variaciones del puntaje total y por dimensiones de la encuesta OHIP-49-Sp pre y post para muestras dependientes.

Variable	N	Puntaje máximo posible	Valor obtenido								Valor-p**
			Mediana Pre Tto.	R.I*	Min	Max	Mediana Post Tto.	R.I*	Min	Max	
Total OHIP-49-Sp	870	49	20	22,0	0	49	6	14,0	0	49	0,001
Limitación Funcional	870	9	4	5,0	0	9	1	3,0	0	9	0,001
Dolor Físico	870	9	5	4,0	0	9	1	4,0	0	9	0,001
Discomfort Psicológico	870	5	3	3,0	0	5	1	2,0	0	5	0,001
Incapacidad Física	870	9	3	5,0	0	9	0	2,0	0	9	0,001
Incapacidad Psicológica	870	6	3	4,0	0	6	0	2,0	0	6	0,001
Incapacidad Social	870	5	1	3,0	0	5	0	0,0	0	5	0,001
En Desventaja	870	6	1	3,0	0	6	0	1,0	0	6	0,001

\* R.I.= Recorrido Interpercentílico (Percentil 75-25)

\*\* Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

Min: Mínimo / Max: Máximo

Se observó una reducción significativa de los puntajes posterior al tratamiento odontológico “Más Sonrisas para Chile” ( $p < 0,001$ ), al comparar tanto los puntajes totales del OHIP-49-Sp, como en cada una de sus dimensiones: Limitación Funcional, Dolor Físico, Discomfort Psicológico, Incapacidad Física, Incapacidad Psicológica, Incapacidad Social y En Desventaja. La mediana disminuye de 20 a 6 para el puntaje total de la encuesta OHIP-49-Sp.

## **VI.2.- Caracterización y variación del puntaje de la variable percepción de CVRSO por puntuación total y cada dimensión de la encuesta OHIP-49-Sp pre y post tratamiento, por Región de Procedencia.**

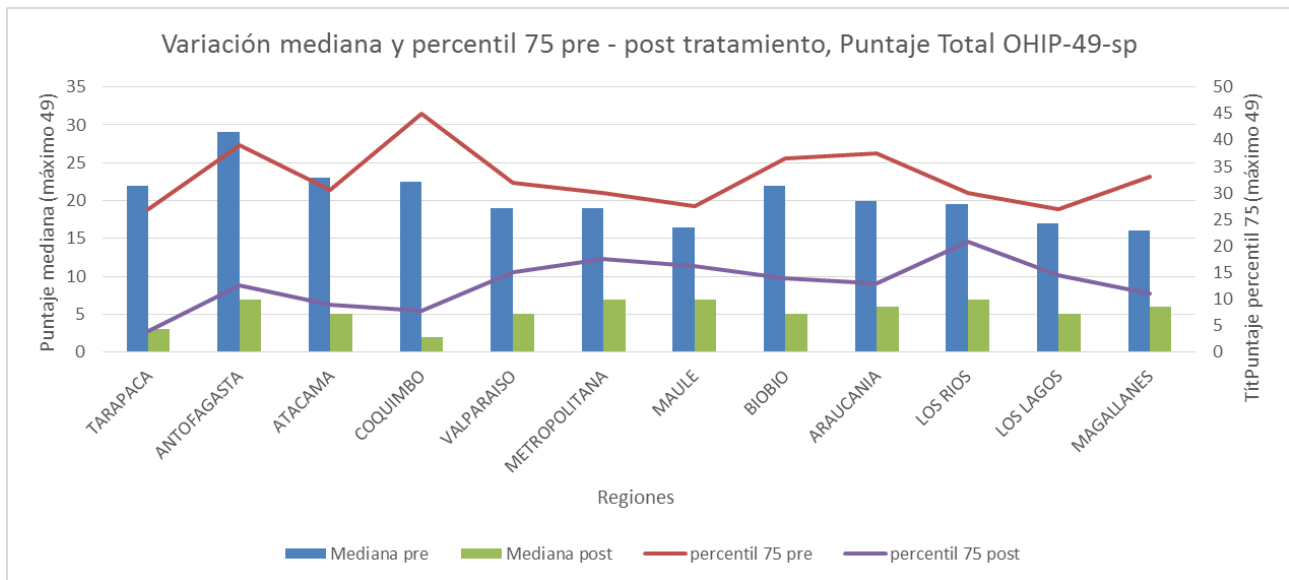
El Anexo N° 3 contiene la tabla con la desagregación de los resultados de la caracterización de la variable percepción de la CVRSO y la variación del puntaje entregados por la prueba de Wilcoxon, tanto para el total como de cada una de las 7 dimensiones de la encuesta OHIP-49-Sp, por región del país. Se descartó el análisis por Servicio de Salud, pues los Servicios de Salud de Valparaíso San Antonio, O'Higgins, Metropolitano Norte y Arauco presentaron un n menor a los 10 casos y el análisis por región permite el análisis de la variación del puntaje pre-post. Se excluye del análisis a las regiones del Libertador General Bernardo O'Higgins y de Aysén, por el bajo tamaño muestral (n=7 y 1 respectivamente).

En las ilustraciones siguientes se graficará el valor obtenido de las medianas pre y post tratamiento como medida de tendencia central que ilustren la variable, y a su vez, se graficará el valor obtenido del percentil 75, como referencia a aquellos puntajes más altos.

### VI.2.i.- Puntaje Total encuesta OHIP-49-Sp.

La Ilustración 6 indica las medianas pre y post tratamiento para el total del puntaje de la encuesta OHIP-49-Sp. La región de Antofagasta presentó la mediana pre tratamiento más alta (29 de 49 puntos, 29/49). Todas las regiones presentan variación significativa del puntaje pre y post tratamiento odontológico ( $p < 0,001$ , desglose en Anexo 3). Al graficar la mediana del puntaje pre-post con el puntaje del percentil 75 pre-post, se observa que la región de Coquimbo concentró el mayor percentil 75 pre-post, y se observa que existe disminución del percentil 75 post tratamiento en todas las regiones analizadas.

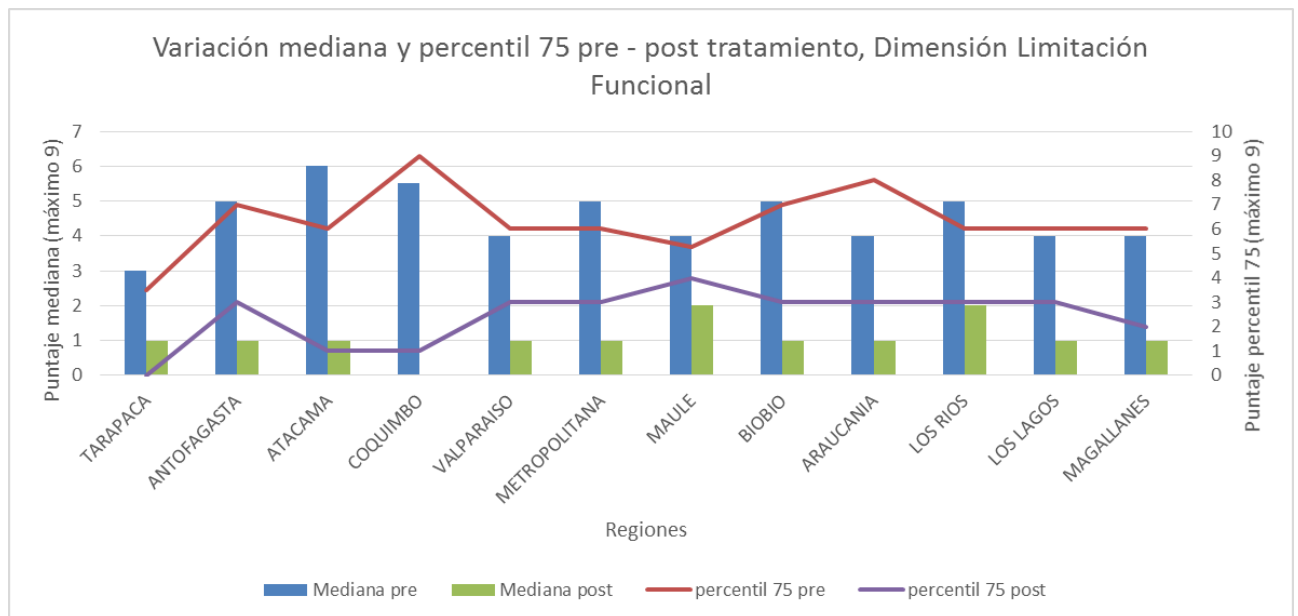
Ilustración 6: Mediana del puntaje total de encuesta OHIP-49-Sp, pre y post tratamiento dental, por Servicio de Salud.



## VI.2.ii.- Dimensión Limitación Funcional.

En la Dimensión Limitación Funcional todas las regiones analizadas presentaron reducciones significativas pre y post tratamiento ( $p < 0,001$ , desglose en Anexo 3). Las regiones de Atacama y Coquimbo presentaron la mediana más alta pre tratamiento (6/9 y 5,5/9 respectivamente), nuevamente la región de Coquimbo presentó el percentil 75 más alto. La caracterización de la variable percepción de la CVRSO pre y post tratamiento para esta dimensión se refleja en la ilustración 7. Nuevamente se observa que la región de Coquimbo concentró el percentil 75 más elevado (7/9).

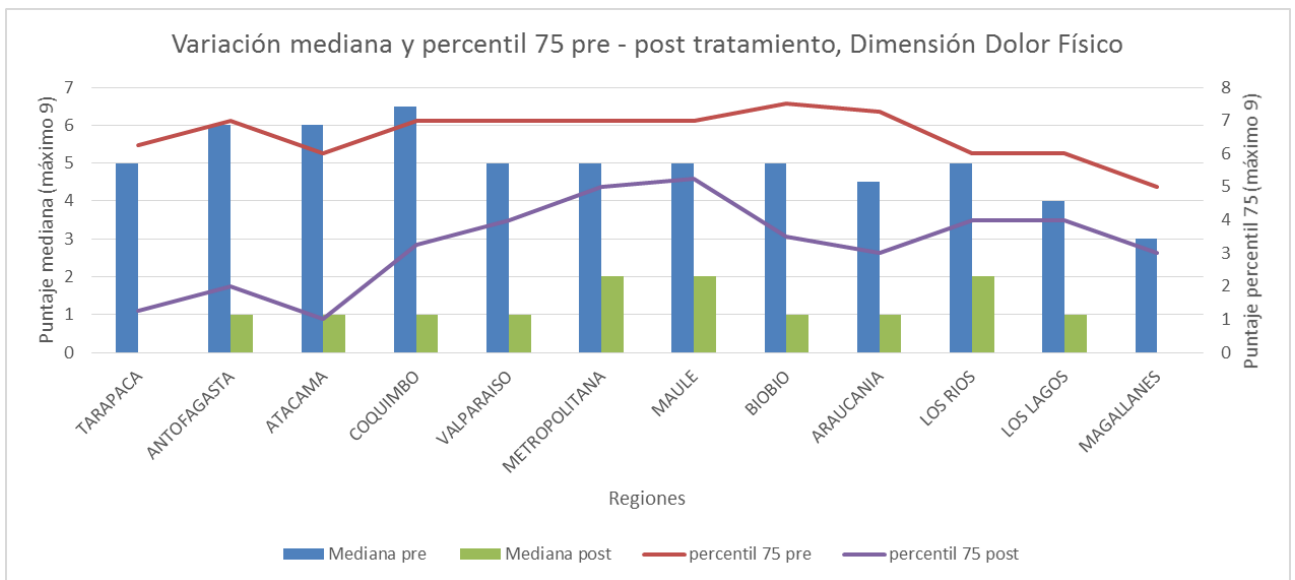
Ilustración 7: Mediana y percentil 75 del puntaje de la dimensión “Limitación Funcional”, pre y post tratamiento dental, por Región.



### VI.2.iii.- Dimensión Dolor Físico.

La caracterización de la variable percepción de CVRSO pre y post tratamiento para la dimensión “Dolor Físico”, se muestra en la ilustración N° 8. Un total de 10 regiones presentaron medianas pre tratamiento de 5 o más, sobre un máximo de 7, donde la región de Coquimbo presentó la mediana de puntaje pre tratamiento más alta (6.5/9). Las regiones de Biobío y Araucanía presentaron el mayor percentil 75 pre tratamiento (7,5 y 7,25/9 respectivamente). En todas las regiones se presentaron reducciones significativas pre y post tratamiento para esta dimensión ( $p < 0,001$ , desglose en Anexo 3), salvo la región de Magallanes ( $p = 0,134$ ).

Ilustración 8: Mediana y percentil 75 del puntaje de la dimensión “Dolor Físico pre y post tratamiento dental, por Región.

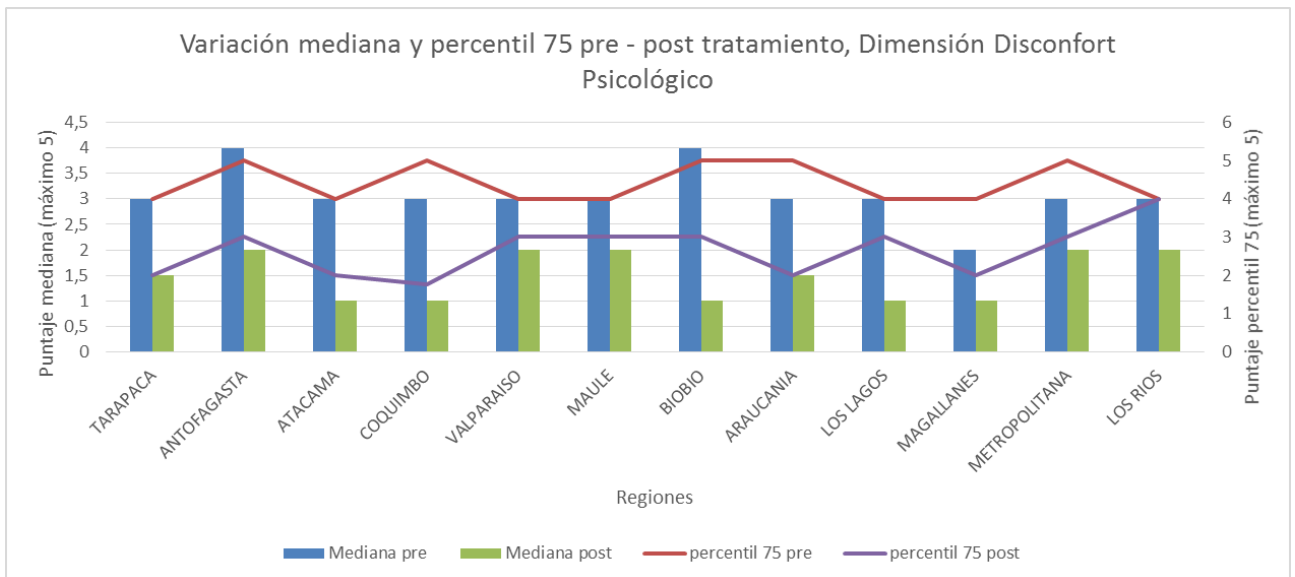




#### VI.2.iv.- Dimensión Disconfort Psicológico.

La Ilustración 9 indica las medianas pre y post tratamiento para la dimensión “Disconfort Psicológico”. Todas las regiones presentaron reducciones significativas en las medianas de los puntajes pre-post para esta dimensión ( $p < 0,001$ ). Respecto a la caracterización de la variable percepción de la CVRSO al inicio del tratamiento, las regiones de Biobío y Antofagasta presentaron las medianas de puntaje más alta (4/5) y otras 9 regiones presentaron mediana de 3. Antofagasta, Coquimbo, Biobío, Araucanía y Metropolitana presentaron un percentil 75 con puntaje máximo (5/5) para esta dimensión.

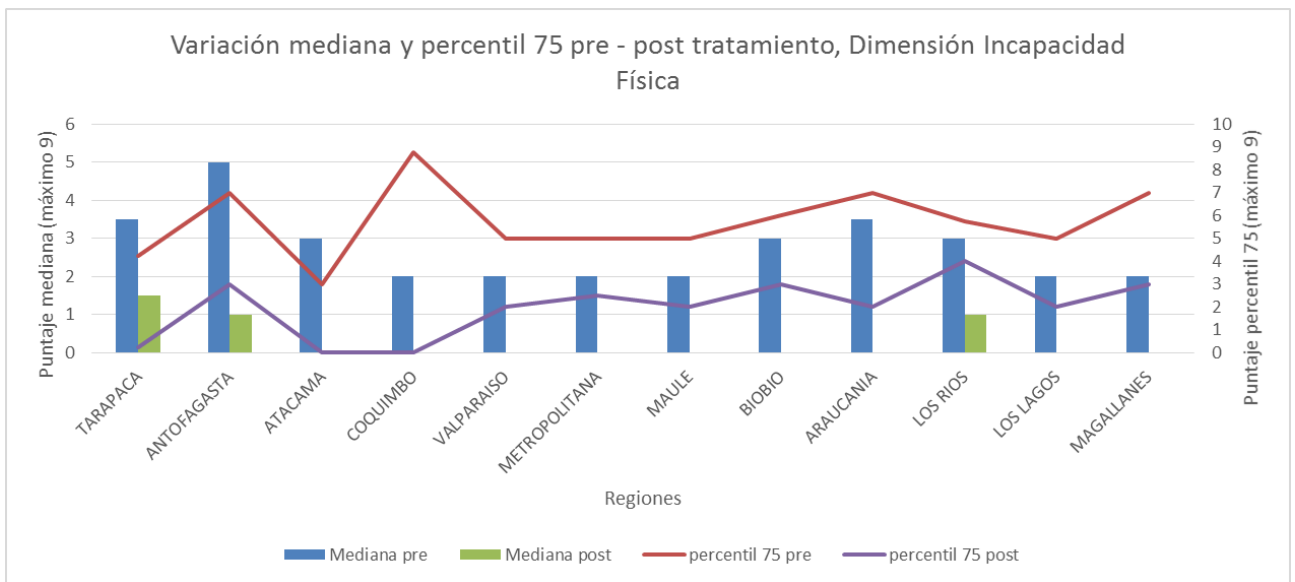
Ilustración 9: Mediana y percentil 75 del puntaje de la dimensión “Disconfort Psicológico” pre y post tratamiento dental, por Región.



## VI.2.v.- Dimensión Incapacidad Física.

En la Dimensión Incapacidad Física la región de Antofagasta presentó la mediana pre tratamiento más alta (5/9). A excepción de Magallanes, todas las regiones presentaron reducciones significativas en los puntajes pre y post tratamiento ( $p > 0,001$ ). Nuevamente la región de Coquimbo presentó el percentil 75 pre tratamiento más alto (8,75/9). Para esta dimensión, otras 5 regiones presentaron medianas mayores 3 pre tratamiento, como se detalla en la ilustración 10.

Ilustración 10: Mediana y percentil 75 del puntaje de la dimensión “Incapacidad Física” pre y post tratamiento dental, por Región.

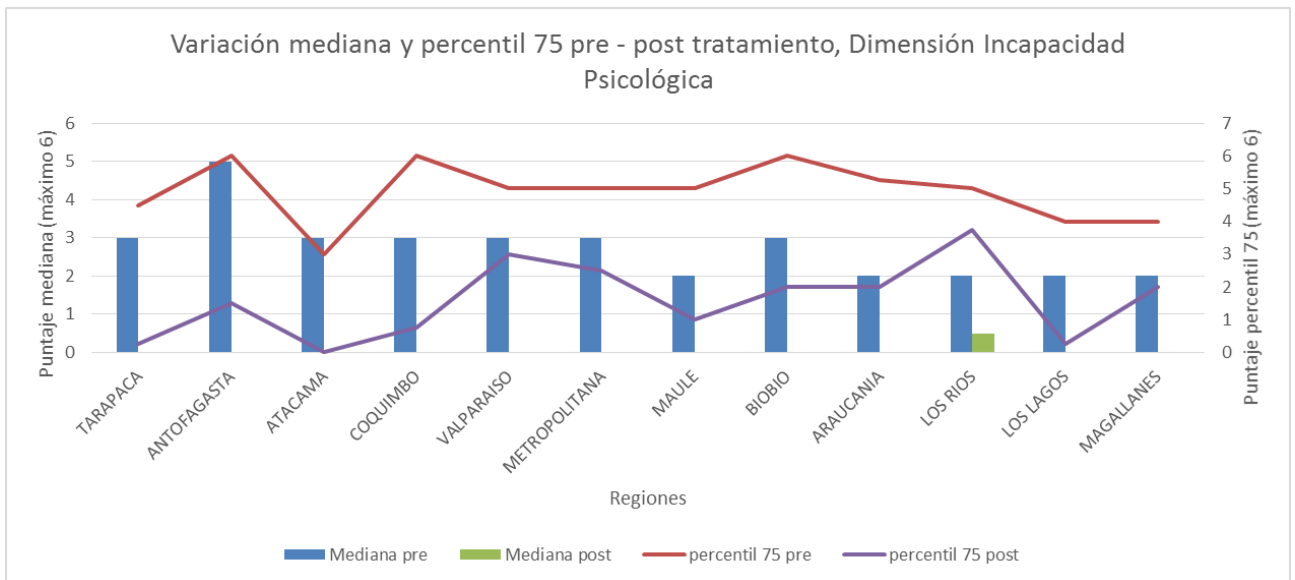


## VI.2.vi.- Dimensión Incapacidad Psicológica.

La caracterización de la variable percepción de CVRSO para la dimensión Incapacidad Psicológica se ilustra en la ilustración 11. Se observa nuevamente que región de Antofagasta presentó la mediana de puntaje más alta pre tratamiento (5/6). Nuevamente la región de Coquimbo presentó el percentil 75 pre tratamiento más alto (8,75/9). La misma región de Antofagasta en conjunto con las regiones de Coquimbo y Biobío presentaron los percentiles 75 más altos (6/6).

A excepción de Los Ríos ( $p=0,069$ ) todas las regiones presentaron reducciones significativas en los puntajes pre y post tratamiento para esta dimensión ( $p<0,001$ ).

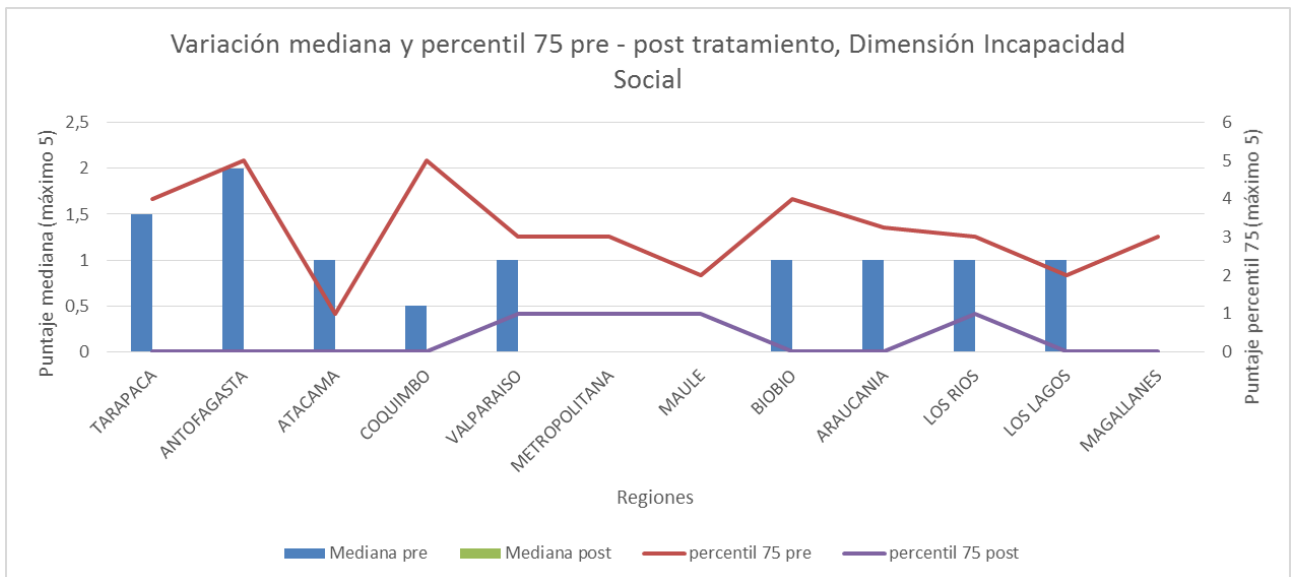
Ilustración 11: Mediana y percentil 75 del puntaje de la dimensión “Incapacidad Psicológica” pre y post tratamiento dental, por Región.



### VI.2.vii.- Dimensión Incapacidad Social.

Para la dimensión “Incapacidad Social”, salvo la región de Magallanes ( $p=0,066$ ), todas las regiones presentaron reducciones significativas en los puntajes pre y post tratamiento para esta dimensión ( $p<0,001$ ). La región de Antofagasta cuantificó la mediana pre tratamiento más alta (2/5), el mayor percentil 75 correspondió a las regiones de Antofagasta y Coquimbo (5/5). Todas las regiones analizadas presentaron una mediana pre tratamiento menor de 2 (2/5), algunos con mediana de 0, como las regiones Metropolitana y Maule.

Ilustración 12: Mediana y percentil 75 del puntaje de la dimensión “Incapacidad Social” pre y post tratamiento dental, por Región.

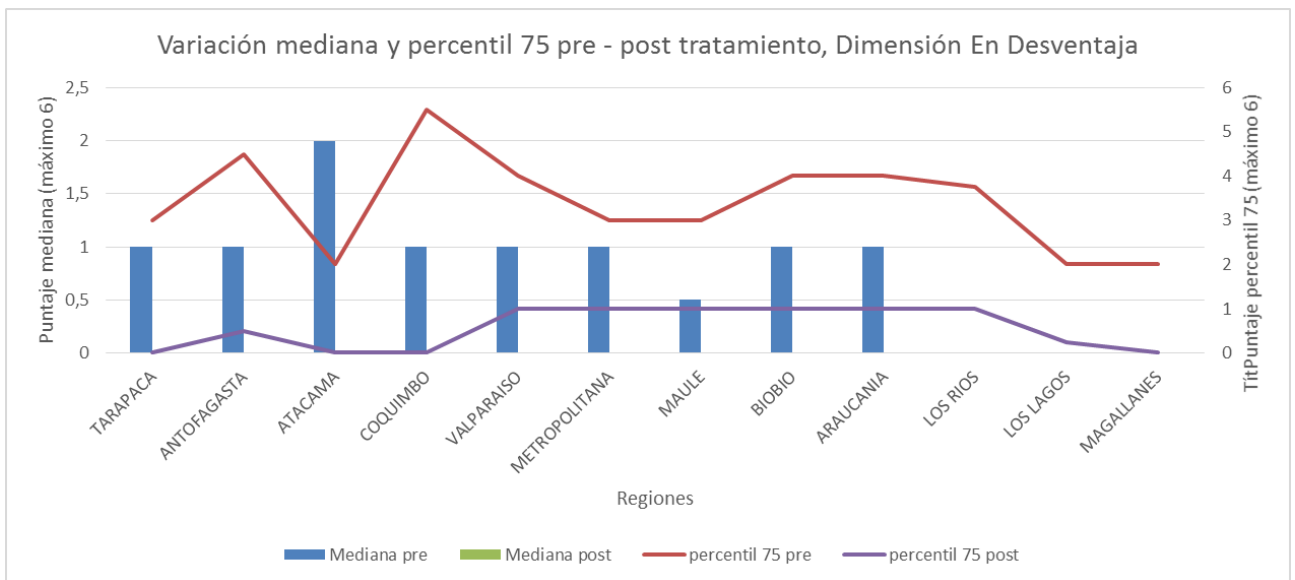


### VI.2.viii.- Dimensión En Desventaja.

Para la última dimensión del instrumento OHIP-49-Sp, similar a la dimensión anterior, todas las regiones presentaron mediana pre tratamiento menor a 2, siendo la región de Atacama con la mediana más alta (2/6) y la región de Coquimbo presentó el mayor percentil 75 (5,5/6).

Solamente la región de Magallanes no presentó reducción significativa en las mediana de los puntajes pre y post para esta dimensión ( $p < 0,05$ , desglose en Anexo 3).

Ilustración 13: Mediana y percentil 75 del puntaje de la dimensión “En Desventaja” pre y post tratamiento dental, por Región.



### **VI.3.- Comparación de las variaciones del puntaje total y por dimensiones de la encuesta OHIP-49-Sp pre y post, según grupos etarios.**

Se realizó un nuevo ajuste a partir de las 870 encuestas pre-post asociadas al mismo caso, esta vez, considerando solo aquellos casos en que se registró la edad. Un total de 417 encuestas pre-post asociadas al mismo caso registraron dicha variable, registrándose una edad mínima de 15 años y una máxima de 82 con una media de 47,17 años. Se procedió a categorizar en grupos etarios: 15-29, 30-39, 40-49, 50-59 y 60 años o más, con el fin de conocer diferencias en la distribución de los datos con el curso de la edad.

En la caracterización al inicio del tratamiento dental, se puede observar que el grupo de 50-59 es el que presenta la mediana más alta (29), seguido del grupo de 60 o más (23,5) y con tercer mayor puntaje el grupo de 40-49 años (23). Los puntajes de las beneficiarias de edades menores son más bajos, así en el grupo de 15-29 años la mediana es de 14,5 y en el grupo de 30-39 años de 18,5.

En los 5 grupos etarios estudiados se observó una reducción significativa en los puntajes pre y post tratamiento ( $p < 0,001$ ), tanto para el puntaje total de la encuesta OHIP-49-Sp como para una de sus 7 dimensiones, como se detalla en la tabla 10:

Tabla 10: Comparación de las variaciones del puntaje total y por cada dimensión de la encuesta OHIP-sp-49 pre-post, según grupos etarios para muestras dependientes, total país.

<b>Total País</b>											
	<b>Total OHIP-sp-49 / Dimensiones</b>	<b>N</b>	<b>Pre Tratamiento</b>				<b>Post Tratamiento</b>				<b>Valor p**</b>
			<b>Perce ntil 50 (Medi ana)</b>	<b>R.I*</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Perce ntil 50 (Medi ana)</b>	<b>R.I*</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	
<b>Todos</b>	<b>Total OHIP-sp-49</b>	<b>417</b>	<b>20,0</b>	<b>23,50</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>5,0</b>	<b>13,00</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>0,0001</b>
	Limitación Funcional	417	4,0	5,00	0	9	1,0	3,00	0	9	0,0001
	Dolor Físico	417	5,0	4,00	0	9	1,0	4,00	0	9	0,0001
	Disconfort Psicológico	417	3,0	3,00	0	5	1,0	3,00	0	5	0,0001
	Incapacidad Física	417	3,0	6,50	0	9	0,0	2,00	0	9	0,0001
	Incapacidad Psicológica	417	3,0	5,00	0	6	0,0	2,00	0	6	0,0001
	Incapacidad Social	417	1,0	3,00	0	5	0,0	0,00	0	5	0,0001
	En Desventaja	417	1,0	3,50	0	6	0,0	1,00	0	6	0,0001
<b>15-29</b>	<b>Total OHIP-sp-49</b>	<b>88</b>	<b>14,5</b>	<b>12,75</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>5,5</b>	<b>11,00</b>	<b>0</b>	<b>39</b>	<b>0,0001</b>
	Limitación Funcional	88	3,0	2,00	0	9	1,0	2,00	0	9	0,0001
	Dolor Físico	88	4,0	4,00	0	9	2,0	3,75	0	8	0,0001
	Disconfort Psicológico	88	3,0	2,00	0	5	1,0	1,00	0	5	0,0001
	Incapacidad Física	88	1,0	3,00	0	9	0,0	1,00	0	6	0,0001
	Incapacidad Psicológica	88	2,0	3,00	0	6	0,0	2,00	0	6	0,0002
	Incapacidad Social	88	0,0	1,00	0	5	0,0	0,00	0	5	0,0049
	En Desventaja	88	0,0	1,00	0	6	0,0	0,00	0	5	0,0004
<b>30-39</b>	<b>Total OHIP-sp-49</b>	<b>88</b>	<b>18,5</b>	<b>15,75</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>7,0</b>	<b>11,00</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>0,0001</b>
	Limitación Funcional	88	4,0	4,00	0	9	1,0	3,00	0	9	0,0001
	Dolor Físico	88	5,0	4,00	0	9	2,0	5,00	0	9	0,0001

	Disconfort Psicológico	88	3,0	2,00	0	5	1,5	2,00	0	5	0,0001
	Incapacidad Física	88	2,0	3,75	0	8	0,0	2,00	0	9	0,0002
	Incapacidad Psicológica	88	2,0	3,00	0	6	0,0	2,00	0	6	0,0001
	Incapacidad Social	88	0,0	2,00	0	5	0,0	0,00	0	5	0,0001
	En Desventaja	88	0,5	2,00	0	6	0,0	0,00	0	5	0,0001
<b>40-49</b>	<b>Total OHIP-sp-49</b>	<b>120</b>	<b>23,0</b>	<b>20,75</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>4,0</b>	<b>13,75</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>0,0001</b>
	Limitación Funcional	120	5,0	4,00	0	9	1,0	3,00	0	9	0,0001
	Dolor Físico	120	6,0	4,00	0	9	1,0	3,75	0	9	0,0001
	Disconfort Psicológico	120	4,0	2,00	0	5	2,0	2,00	0	5	0,0001
	Incapacidad Física	120	3,0	4,00	0	9	0,0	3,00	0	9	0,0001
	Incapacidad Psicológica	120	3,5	5,00	0	6	0,0	2,00	0	6	0,0001
	Incapacidad Social	120	1,0	4,00	0	5	0,0	1,00	0	5	0,0001
	En Desventaja	120	1,0	4,00	0	6	0,0	1,00	0	6	0,0001
<b>50-59</b>	<b>Total OHIP-sp-49</b>	<b>87</b>	<b>29,0</b>	<b>24,00</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>8,0</b>	<b>16,00</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>0,0001</b>
	Limitación Funcional	87	6,0	4,00	0	9	1,0	3,00	0	9	0,0001
	Dolor Físico	87	6,0	4,00	0	9	1,0	4,00	0	9	0,0001
	Disconfort Psicológico	87	4,0	2,00	0	5	2,0	3,00	0	5	0,0001
	Incapacidad Física	87	5,0	7,00	0	9	0,0	3,00	0	9	0,0001
	Incapacidad Psicológica	87	5,0	4,00	0	6	0,0	2,00	0	6	0,0001
	Incapacidad Social	87	2,0	4,00	0	5	0,0	0,00	0	5	0,0001
	En Desventaja	87	3,0	5,00	0	6	0,0	1,00	0	6	0,0001
<b>60 ó más</b>	<b>Total OHIP-sp-49</b>	<b>70</b>	<b>23,5</b>	<b>20,25</b>	<b>0</b>	<b>49</b>	<b>9,5</b>	<b>17,00</b>	<b>0</b>	<b>48</b>	<b>0,0001</b>
	Limitación Funcional	70	6,0	3,00	0	9	2,0	4,00	0	9	0,0001
	Dolor Físico	70	5,0	4,00	0	9	2,0	4,25	0	9	0,0001
	Disconfort Psicológico	70	4,0	3,00	0	5	2,0	4,00	0	5	0,0001
	Incapacidad	70	4,0	5,00	0	9	1,0	3,00	0	9	0,0001



Física										
Incapacidad	70	3,0	4,00	0	6	0,0	2,00	0	6	0,0001
Psicológica										
Incapacidad	70	1,0	4,00	0	5	0,0	1,25	0	5	0,0041
Social										
En	70	1,0	3,00	0	6	0,0	2,00	0	6	0,0085
Desventaja										

\* R.I = Recorrido Interpercentílico (Percentil 75-25)

\*\* Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

Min: Mínimo / Max: Máximo

## VII. DISCUSION

La CVRSO es un constructo multidimensional que incluye una evaluación subjetiva de la persona respecto de su salud oral, de su bienestar funcional y emocional, así como en los sentimientos de bienestar social en torno a los trastornos orales (51). Es por estas razones que los resultados del presente estudio son un valioso aporte para comenzar el estudio de las políticas públicas de salud oral de nuestro país, pues mostraron una asociación positiva del tratamiento odontológico “Más Sonrisas para Chile” del año 2014 como autopercepción de mejora de CVRSO mediante la aplicación del cuestionario OHIP-49-Sp ( $p < 0,001$ ). Cabe destacar que se trata del primer estudio donde las encuestas se aplicaron en una importante cantidad de comunas del país, donde se realiza una evaluación del impacto sobre la CVRSO de un programa odontológico.

El Ministerio de Salud implementó como parte del Programa “Más Sonrisas para Chile” en abril de 2014 el cuestionario validado en nuestro país por López & Baelum (48). Dicho instrumento presenta una categorización de respuesta dicotómica (SI-NO), pues los autores consideraron que el periodo de recuerdo de los encuestados debía ajustarse a esta respuesta dicotómica, debido a que el estudio se validó en población adolescente (de 12 a 21 años). Sin embargo, el instrumento original desarrollado por Slade (47), contempla una escala tipo Likert, con opciones de respuesta de: “nunca o no se aplica, casi nunca, ocasionalmente, con bastante frecuencia y muy a menudo”. Por lo tanto, los resultados de nuestro estudio pueden ser comparables con otros que hayan aplicado escalas similares. Sin embargo, investigaciones sugieren que las diferencias encontradas entre los grupos con el uso del cuestionario OHIP puede ser consistente, sin importar la utilización de escalas de puntuación dicotómicas u ordinales.(52)

Nuestros resultados indican que la caracterización de percepción de CVRSO al ingreso del tratamiento, es similar a la hallada en otros estudios realizados en nuestro país. Se obtuvo una mediana de 20 (sobre un máximo de 49) para el total

del puntaje de la encuesta OHIP-49-Sp. López & Baelum determinaron una media de 9.7 (sobre un máximo de 49), con la observación del grupo etario estudiado, ya que la población adolescente presenta un menor daño acumulado en salud oral. El estudio de León y cols para la validación el OHIP-49 del 2014, ocupó la escala original de Slade, donde podemos realizar una proporcionalidad comparable entre los puntajes obtenidos y el máximo puntaje de cada uno de las dimensiones. Para dicho estudio la mediana de puntaje obtenido sobre el puntaje máximo posible fue de 55 sobre 196, menor a la proporcionalidad obtenida en nuestro estudio. Sin embargo, los 3 estudios concentran mayores medianas de puntaje en las dimensiones de Limitación Funcional, Dolor Físico y Discomfort Psicológico, y menores puntajes en las dimensiones Incapacidad Social y En Desventaja, tal como se observa en la tabla 12.(48)(49)

Tabla 11: Comparación de puntaje total y por dimensiones de la encuesta OHIP-49-Sp del presente estudio con los resultados obtenidos por López & Baelum y León y cols.

Variable	Presente Estudio				López & Baelum 2014 (48)				León y cols 2014 (49)			
	N	Máximo posible	Mediana Pre	R.I *	N	Máximo posible	Media**	I.C*	N	Máximo posible	Mediana	D.S
Total OHIP-49-Sp	870	49	20	22,0	9.133	49	9,7	9.5;9.8	85	196	55	43,73
Limitación Funcional	870	9	4	5,0	9.133	9	2,1	2.0;2.1	85	36	15	9,37
Dolor Físico	870	9	5	4,0	9.133	9	3,0	3.0;3.1	85	36	10	8,13
Discomfort Psicológico	870	5	3	3,0	9.133	5	1,9	1.9;1.9	85	20	9	5,83
Incapacidad Física	870	9	3	5,0	9.133	9	0,9	0.9;0.9	85	36	8	9,08
Incapacidad Psicológica	870	6	3	4,0	9.133	6	1,1	1.1;1.1	85	24	6	6,69
Incapacidad Social	870	5	1	3,0	9.133	5	0,3	0.3;0.3	85	20	2	4,47
En Desventaja	870	6	1	3,0	9.133	6	0,4	0.4;0.4	85	24	3	6,06

\*R.I = Recorrido Interpercentílico (Percentil 75-25)

\*\*López utiliza 95% de intervalo de confianza para el promedio.

Cabe destacar que López & Baelum desarrollaron un análisis de datos descartando aquellas encuestas que presentaban 9 o más respuestas en blanco

(perdidas). En este estudio se decidió realizar el análisis de casos como válidos a aquellos que completaron todas sus respuestas, atendiendo al tamaño muestral importante en estudio. 1.113 encuestas OHIP-49-Sp pre tratamiento y 1.226 post tratamiento fueron contempladas en el análisis de muestras no dependientes y 870 para muestras dependientes del mismo caso.

Al analizar los valores obtenidos en este estudio para la determinación de la consistencia interna del cuestionario OHIP-sp-49, se observan valores similares al de los dos estudios chilenos: se obtuvo un valor del  $\alpha$  Cronbach de 0.962 para el total del puntaje de la OHIP-sp-49 (0.900 López & Baelum y 0.990 León) y  $\alpha$  Cronbach entre 0.671 y 0.878 en las dimensiones del instrumento (López 0.480 – 0.760 y 0.875–0.995) (48)(49). También es mayor el valor del  $\alpha$  Cronbach en el presente estudio, comparado con el original de Slade (47). Estos resultados sugieren la estabilidad del instrumento en el intervalo máximo de tiempo entre ambas encuestas (7 meses, desde mayo a diciembre de 2014), acotando la posible variable confundente de la historia.

El OHIP-49-Sp se convierte en un instrumento a usar para medir lo que hoy en día se conoce como “*Patient-Reported Outcome*” (PRO o en español, “resultados reportados por el paciente”), tipo de medición reportada por el paciente sin interpretación de la respuesta del mismo por un médico o cualquier otra persona, y pertenece a la salud del paciente, su calidad de vida, o el estado funcional asociada con el cuidado de la salud o de su tratamiento(53). Estos PRO se pueden utilizar para reportar cambios con respecto a una medida anterior o para la evaluación de un tratamiento, tal como el caso de “Más Sonrisas para Chile”. En este sentido, la literatura indica que el desarrollo y selección de estos instrumentos requiere la consideración de varias cuestiones metodológicas, incluyendo la validez, sensibilidad, fiabilidad generalización y la viabilidad. La validez de estos instrumentos se basa en si estas herramientas representan o miden lo que pretenden medir (validez de constructo) desde la perspectiva del paciente. Un instrumento preciso y fiable debe ser válido y sensible a los cambios en la

evaluación de diferencias de tratamiento con el fin de medir las diferencias entre los grupos, si es que estas existen(53). Es en este sentido que se propone para futuros estudios del impacto de “Más Sonrisas para Chile”, realizar un análisis factorial para la obtención de datos referentes a la validez de constructos de CVRSO del presente instrumento.

Estudios transversales que han utilizado el OHIP en diversas poblaciones revelan que los niveles de disfunción, malestar y discapacidad aparecen en concordancia con las condiciones clínicas y el acceso a la atención dental en dichas poblaciones. Slade (47) indica que en estudios a nivel descriptivo, los resultados revelan algunas diferencias en las siete dimensiones del instrumento (como modelo conceptual de impacto), por ejemplo, pacientes desdentados del sur de Australia tenían niveles más altos de Limitación Funcional y la Incapacidad Física que las personas con dentadura completa, mientras que otras dimensiones no difirieron significativamente.

Considerando que el presente estudio corresponde a la primera aproximación en Chile de la evaluación de impacto de un programa odontológico con instrumentos que evalúan la precepción de CVRSO, se recomienda para futuras investigaciones la realización de un estudio experimental. Una observación a la metodología aplicada por el Ministerio de Salud radica en que la encuesta original de Slade se indica realizar una entrevista guiada donde los encuestados señalaran en una escala tipo Likert de cinco puntos, con qué frecuencia se produce cada problema dentro de un período de referencia. Para el presente estudio, el Ministerio de Salud señaló que la encuesta no debe ser guiada y el paciente debía llenar ambas encuestas como un autoreporte, sin especificar en las Orientaciones de Aplicación de la encuesta OHIP (25) un periodo de referencia (Slade indica, por ejemplo, el periodo del último año u otros similares (47)). Esto representa un posible sesgo de información (sin embargo se produjo de la misma manera en el pre como en el post test, no presentándose de manera diferencial entre los grupos que se compararon). Así mismo, diferencias cognitivas en las participantes al momento de

leer la encuesta podrían entorpecer el uso de un instrumento y afectar los resultados de los sistemas de puntuación, tal como indican López & Baelum (48), donde en dicho estudio excluyen del análisis la ausencia de más de 5 preguntas en la OHIP-49-Sp. En nuestro análisis, excluimos aquellos cuestionarios con ausencia de 1 o más preguntas (n=687 pre test y n=574 post test), entendiendo además, que el instrumento aplicado por el Ministerio de Salud no dejaba la opción de marcar “no aplica”, detallado éste en el acápite de limitaciones de la metodología.

El anexo N° 3 muestra el detalle y las ilustraciones 6 a la 13 el abordaje por grupos (puntaje total/dimensiones) de la caracterización de la variable percepción de CVRSO de los puntajes de la encuesta OHIP-49-Sp al ingreso del tratamiento, donde la región de Antofagasta es la que presentó la mediana más alta para el puntaje total de la encuesta (29 sobre un máximo de 49, 29/49) y para las dimensiones Discomfort Psicológico (4/5), Incapacidad Física (5/9), Incapacidad Psicológica (5/6) e Incapacidad Social (2/5), Atacama para la dimensión Limitación Funcional (6/9), Coquimbo en dimensión Dolor Físico (6,5/9). Así mismo, en la región de Coquimbo se determinó el mayor percentil 75 pre tratamiento de las regiones estudiadas, tanto para el puntaje total de la encuesta como en 6 de sus 7 dimensiones (Limitación Funcional, Discomfort Psicológico, Incapacidad Física, Incapacidad Psicológica, Incapacidad Social y En Desventaja).

Estos resultados no tienen una concordancia con los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud del 2010. Teniendo en cuenta tamaños muestrales y un diseño diferente (esta Encuesta solo indaga en la percepción acerca de su salud dental, en específico 3 preguntas sobre uso prótesis dental, satisfacción con el uso de prótesis dental y visitas al odontólogo), al extrapolar los resultados de esta Encuesta con las regiones que presentaron mayor puntaje, como Antofagasta y Coquimbo, no existe una relación descriptiva con las regiones que presentaron una mayor prevalencia de percepción de necesitar uso de prótesis dental, donde

es más alta en las regiones de la Araucanía (50,7), Aysén (37,5), Los Ríos (34,7), Biobío (32,7), Los Lagos (28,1) y posteriores O'Higgins (27,5) (13).

Las regiones de Antofagasta y Coquimbo aparecen como la más afectadas en la percepción de CVRSO de las beneficiarias previo al tratamiento odontológico en 2014. Si bien no disponemos datos de otras variables que revelen alguna diferencia en particular del por qué estas regiones resultan las más afectadas, como nivel socioeconómico, edad registrada en todas las encuestas (solo contamos con un bajo porcentaje de registro de la edad del paciente) u otras variables sociodemográficos que expliquen esta diferencia, se propone para futuras investigaciones recoger dichas variables para poder generar un mayor análisis.

Los resultados de la variación del puntaje de la encuesta OHIP-49-Sp pre y post tratamiento indican que podrían generar efectos positivos en la percepción de CVRSO en sus beneficiarias. Todas las regiones presentaron variaciones significativas en el análisis estadístico entre la medición pre y post tratamiento dental ( $p < 0,001$ ). Si bien no existen muchos estudios en Chile que hayan determinado un cambio en la percepción de la CVRSO debido a un tratamiento dental, nuestros resultados son similares a los obtenidos por Jofré y cols. en 2013, quienes determinaron en una muestra de 30 pacientes desdentados totales el efecto del tratamiento de implantes dentales mínimamente invasivos y la CVRSO de sus beneficiarios, además de un grupo control que no recibió el tratamiento. Utilizaron el cuestionario Oral Health Impact Profile-EDENT (derivación específica del OHIP con preguntas a pacientes con ausencia total de dientes). Los resultados indicaron diferencias significativas entre los puntajes del cuestionario OHIP entre ambos grupos, siendo menores en el grupo en estudio ( $p < 0,001$ ) (54).

Nuestros resultados al realizar un ajuste por edad, categorizando en los grupos etarios de: 15-29, 30-39, 40-49, 50-59 y 60 años, revelaron que la caracterización de percepción de CVRSO al ingreso del tratamiento dental presenta el puntaje

más alto en el grupo de 50-59 (mediana de 29), seguido del grupo de 60 o más (23,5) y con tercer mayor puntaje el grupo de 40-49 años (mediana de 23). Los puntajes de las beneficiarias de edades menores son más bajos, así en el grupo de 15-29 años la mediana es de 14,5 y en el grupo de 30-39 años de 18,5. Estos resultados si se comparan con los publicados en la Encuesta Nacional de Salud del 2010, muestran una similitud con la prevalencia de percepción de necesidad de uso de prótesis dental, la cual presenta diferencias significativas por edad, aumentando de 0,6% en el grupo de 15 a 24 años, a 20,7% en el grupo de 25 a 44 años, a 44,3% en el grupo de 45 a 64 años y a un 55,3% en el grupo de 65 y más años. Además, se pueden relacionar con el porcentaje de personas que no visita al odontólogo en los últimos 5 años, donde los datos de la Encuesta Nacional de Salud muestran que es mayor en los grupos de 45 a 64 años, y 65 y más años, en comparación con los participantes del grupo de 15 a 24 años (13).

El perfil de daño en salud oral de los adultos de países en desarrollo está caracterizado por una acumulación de enfermedades no tratadas y sistemas de salud que limitan el acceso a la atención odontológica, siendo relevante el estudio del impacto de las intervenciones odontológicas. Uno de los potenciales usos de la aplicación de instrumentos que determinen la CVRSO destaca la identificación de grupos con una alta prioridad para el acceso a tratamiento dental (47)(44). En nuestro estudio, se pudo determinar que la población beneficiaria del tratamiento odontológico “Más Sonrisas para Chile” presenta una alta necesidad de tratamiento, como medida de resultado de la caracterización de la percepción de CVRSO previa al ingreso del programa. A su vez, los resultados del cambio en los puntajes pre y post tratamiento, tanto a nivel nacional como por Servicios de Salud, e incluso en los 5 grupos etarios estudiados, muestran una reducción significativa de la variable percepción de CVRSO pre y post tratamiento ( $p < 0,001$ ), tanto para el puntaje total de la encuesta OHIP-49-Sp como para cada una de sus dimensiones. Con estos antecedentes el Programa se justifica, tanto por abarcar a la población objetivo con su necesidad y por la eficacia del tratamiento otorgado.



El impacto beneficioso demostrado del tratamiento dental “Más Sonrisas para Chile” en todas las regiones analizadas, abren la puerta para desarrollar otros estudios con mediciones relacionadas con la CVRSO y el impacto de tratamientos dentales. La información proporcionada por estas medidas facilitaría una comprensión cada vez mayor de la forma en que los individuos perciben necesidades de salud oral. Por ejemplo, ya están disponibles implantes dentales para ser utilizados en los tratamientos de prótesis removibles mandibulares. Esta tecnología ha abaratado sus costos y actualmente existen algunas iniciativas para implementarlas en atención primaria. Si bien, es un tratamiento de mayor costo, la demostración de una posible mejora sustancial de este tratamiento en la percepción de CVRSO, podrían justificar la financiación pública de este tipo de tratamientos.

## VIII. CONCLUSIONES

La principal fortaleza de esta investigación radica en que se trata de la primera evaluación de impacto de un programa de Salud Oral del Ministerio de Salud en nuestro país. A partir de un diseño pre-experimental, el tratamiento dental “Más Sonrisas para Chile” desarrollado en 2014, podría generar efectos positivos en la percepción de CVRSO en sus beneficiarias. Como se observa en los resultados, a nivel de la puntuación total del cuestionario OHIP-49-Sp existen diferencias significativas entre las mediciones pre y post tratamiento dental “Más Sonrisas para Chile”.

Se determinó la caracterización de la percepción de CVRSO de las beneficiarias al ingreso del tratamiento “Más Sonrisas para Chile” durante el año 2014, determinando una mediana de 20 (sobre un máximo de 49) para el total del puntaje de la encuesta OHIP-49-Sp. Se determinó que en las 13 regiones estudiadas se concentran mayores medianas de puntaje en las dimensiones de Limitación Funcional, Dolor Físico y Discomfort Psicológico, y menores puntajes en las dimensiones Incapacidad Social y En Desventaja.

A su vez, al ingreso del tratamiento, puntaje es particularmente mayor a la mediana nacional para el total de la encuesta OHIP-49-Sp en las regiones de Antofagasta y Coquimbo. Se propone para futuras investigaciones recoger variables sociodemográficas para poder generar un mayor análisis de esta diferencia respecto al resto de las regiones del país.

Al egreso del tratamiento dental “Más Sonrisas para Chile” se observa una reducción en la mediana del puntaje total de la encuesta OHIP-Sp-49 en todas las regiones estudiadas. Estos resultados de variación del puntaje de la encuesta OHIP-49-Sp pre y post tratamiento, indican que este tratamiento podría generar efectos positivos en la percepción de CVRSO en sus beneficiarias. Para cada una

de las dimensiones del instrumento en estudio existen diferencias significativas entre las mediciones pre y post tratamiento.

La caracterización de percepción de CVRSO al ingreso del tratamiento dental presenta el puntaje más alto en el grupo de 50-59 (mediana de 29), seguido del grupo de 60 o más (23,5) y posteriormente el grupo de 40-49 años (mediana de 23). Los puntajes de las beneficiarias de edades menores son más bajos (grupo de 15-29 la mediana = 14,5 y grupo de 30-39 mediana =18,5).

Se demostraron las características del instrumento de medición (confiabilidad del cuestionario OHIP-sp-49), mediante un  $\alpha$  de Cronbach de 0.962 y 0.960, pre y post tratamiento respectivamente, valores del test que indican que se determina un instrumento confiable en la población en estudio. La consistencia de la medida pre-post tratamiento determina el mismo patrón en el periodo de 6 meses como máximo de duración del tratamiento.

Es por estas razones, que nuestro país debe salvaguardar estos programas odontológicos que están siendo implementados en la red pública de salud. Si bien, la cobertura de la población adulta es aún baja, demostrar mediante este estudio que el tratamiento “Más Sonrisas para Chile”, con una meta de 400 mil mujeres entre 2014- 2018 presentó un impacto beneficios en la percepción de CVRSO y justifica la utilización de sus altos montos financieros. La focalización de esta estrategia a su vez, se vio demostrada por el alto valor en el puntaje de caracterización de percepción de CVRSO al inicio del tratamiento.

Si bien, los resultados indican que la estrategia “Más Sonrisas para Chile” está focalizando a población con una alta percepción de mala CVRSO, y la disminución de puntaje del instrumento estudiado posterior a su aplicación es estadísticamente significativa, como se trata de una primera aproximación en Chile a la evaluación de impacto de un programa odontológico con instrumentos que evalúan calidad de vida, se recomienda para futuras investigaciones realizar un estudio experimental

## IX. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de Chile. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud [Internet]. 2006. Available from: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/ENCAVI-2006.pdf>
2. Ministerio de Salud de Chile. Resultados I Encuesta de Salud, Chile 2003. Minist Salud [Internet]. 2004;(1<sup>o</sup> de julio de 2007):340. Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>
3. Ministerio de Salud de Chile. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 - 2010 [Internet]. 2000. Available from: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/94c89f56c4e270b0e04001011e011c9c.pdf>
4. Ministerio de Salud de Chile. Desafíos y Propuestas Ciudadanas [Internet]. 2009. Available from: <http://repositoriodigitalonemi.cl/web/handle/2012/530>
5. Ministerio de Salud de Chile. Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud [Internet]. 2008. Available from: [http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/IF\\_ESTUDIO\\_PREFERENCIAS\\_SOCIALES\\_GES\\_2009.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/IF_ESTUDIO_PREFERENCIAS_SOCIALES_GES_2009.pdf)
6. Ministerio de Salud de Chile. Programa Odontológico Integral 2014. Resolución Exenta N° 531 del 22 de abril de 2014. 2014.
7. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ [Internet]. 2005 Oct;83(9):644. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2626333&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
8. Ministerio de Salud de Chile. Prevalencia y severidad de la Patología Bucal en Chile [Internet]. 2011. 1 p. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/9c81093d17385cafe04001011e017763.pdf>
9. Ministerio de Salud de Chile. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible [Internet]. 2008. Available from: <http://www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/tp76246caadc23/uploadImg/File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf>
10. Gamonal J. Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries dental en la población de 35-44 y 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la provincia de Santiago, Región Metropolitana y determinación de los recursos necesarios para su tratamiento. Universidad de Chile; 1996.
11. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Muñoz A, Urzúa I, Aranda W, et al. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. J Periodontol [Internet]. 2010;81(10):1403–10.

- Available from:  
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123368/jop.2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Arteaga O, Urzua I, Espinoza I, Muñoz A, Mendoza C. Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago , Chile. Rev Chil periodoncia, Implantol y Rehabil oral [Internet]. Elsevier; 2009;2(3):161–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0718-5391\(09\)70027-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0718-5391(09)70027-8)
  13. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010 [Internet]. 2010. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
  14. Urzua I, Mendoza C, Arteaga O, Rodríguez G, Cabello R, Faleiros S, et al. Dental caries prevalence and tooth loss in chilean adult population: First national dental examination survey. Int J Dent [Internet]. 2012;2012. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/ijd/2012/810170/>
  15. OECD P. Health at a Glance 2013: OECD Indicators [Internet]. 2013. Available from: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)
  16. OECD P. Health at a Glance 2015: OECD Indicators [Internet]. Paris; 2015. Available from: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)
  17. Ministerio de Salud de Chile. Norma Técnica en Odontología general adultos y en odontología general niños. 1980.
  18. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Buco Dental 1990 1999. 1990.
  19. Ministerio de Salud de Chile. Ley N° 19.966 [Internet]. 2004. Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-554.html>
  20. Ministerio de Salud de Chile. Decreto N° 44 Ley N° 19.966 [Internet]. 2007. Available from: [http://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Decreto-AUGE-N%C2%BA-44-Tercer-R%C3%A9gimen-9-enero-2007.pdf](http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Decreto-AUGE-N%C2%BA-44-Tercer-R%C3%A9gimen-9-enero-2007.pdf)
  21. Ministerio de Salud de Chile. Decreto N°1 Ley N° 19.966 [Internet]. 2010. Available from: [http://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Decreto-AUGE-N%C2%BA-1-del-6-de-enero-2010.pdf](http://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Decreto-AUGE-N%C2%BA-1-del-6-de-enero-2010.pdf)
  22. Gobierno de Chile. Programa de Gobierno 2014-2018 [Internet]. 2013. Available from: <http://www.gob.cl/programa-de-gobierno/>
  23. Ministerio de Salud de Chile. Programa Más Sonrisas para Chile [Internet]. 2014. Available from: <http://www.gob.cl/2014/11/24/mas-sonrisas-para-chile/>
  24. Ministerio de Salud de Chile. Orientación Técnica Programa Odontológico Integral 2014. 2014.
  25. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la aplicación de auditorías y encuestas componentes MHER y Más Sonrisas para Chile del Programa Odontológico Integral 2014. 2014.

26. Ministerio de Planificación; Servicio Nacional de la Mujer. Informe Final: Programa Nacional de Mujeres Jefas de Hogar Ministerio de Planificación Institución Evaluadora: [Internet]. 2010. Available from: [http://www.dipres.gob.cl/574/articles-139693\\_informe\\_final.pdf](http://www.dipres.gob.cl/574/articles-139693_informe_final.pdf)
27. Quezada P.C.; Muñoz A.; Cueto U.; Barraza A. Reforma de Salud en Chile: Evaluación Garantía Explícita en Salud Oral en Población de 60 Años. *Int J Odontostomatol* [Internet]. 2013;7(2):319–26. Available from: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2013000200024>
28. Duarte M, Scherer A. Advances and challenges in oral health after a decade of the “ Smiling Brazil ” Program. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2015;49(98). Available from: <http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961>
29. Osoba G. Quality: Its Definition and Measurement As Applied to the Medically Ill. 1994.
30. Skevington SM, Lotfy M, O’Connell K a. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res* [Internet]. 2004 Mar;13(2):299–310. Available from: <http://link.springer.com/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
31. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: Una Antología. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 1996;71:317–20. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n3/recension.pdf>
32. M. Nussbaum; A. Sen. La Calidad de Vida. Fondo de Cultura Económica, editor. 1996. 17-18 p.
33. Misrachi C; Espinoza I. Revisión Bibliográfica Utilidad de las Mediciones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud \* Resumen La Calidad de Vida , un Concepto Multidimensional Mediciones del Estado de Salud. *Rev Dent Chile*. 2005;96(2):28–35.
34. Urzua A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile* [Internet]. 2010;138:358–65. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000300017](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017)
35. Misrachi C, Barahona P. Calidad de Vida y Condición de Salud Oral en Embarazadas Chilenas e Inmigrantes Peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(4):455–61.
36. Nanda U.; Andresen EM. Health related Quality of life, a guide por the health professional. *Eval Health Prof* [Internet]. 1998;21:179–215. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10183344>
37. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: health-related quality of life: conceptual aspects. *Cienc Y Enferm IX* [Internet]. 2003;(2):9–21. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
38. Locker. D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Chapel Hill: University of North Carolina DE 1997., editor. Slade GD, ed Measuring

- Oral Health and Quality of Life. 1997. p. 11–23.
39. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *CommunityDentHealth*. 1988;5(13):3–18.
  40. De la Fuente-Hernández J; Sumano-Moreno O; Sifuentes-Valenzuela MC; Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. *Univ Odontol* [Internet]. 2010;83–92. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf>
  41. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36(4):305–16.
  42. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2010 Jan [cited 2014 Aug 16];8(1):126. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2992503&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  43. Espinoza I, Thomson WM, Gamonal J, Arteaga O. Disparities in aspects of oral-health-related quality of life among Chilean adults. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2013;41(3):242–50. Available from: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123534/Espinoza2013a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  44. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res* [Internet]. 2011 Nov [cited 2014 Sep 1];90(11):1264–70. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3318061&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  45. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2003 Jan;1:40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18568471>
  46. Antonio O, Díaz S. Validación en Chile del cuestionario GOHAI y Xerostomía Inventory ( XI ) en adultos mayores. Trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano-dentista. Universidad de Chile; 2010.
  47. Slade GD. The Oral health Impact Profile. *Meas Oral Heal Qual Life* [Internet]. 1996;93–104. Available from: <papers3://publication/uuid/B1F63559-AAC8-4CFC-969C-02B6533C6504>
  48. Lopez R, Baelum V. Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health* [Internet]. 2006 Jan [cited 2014 Aug 18];6:11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1534011&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  49. León S, Bravo-Cavicchioli D, Giacaman RA, Correa-Beltrán G, Albala C. Validation of the Spanish version of the oral health impact profile to assess

an association between quality of life and oral health of elderly Chileans. *Gerodontology*. 2014;97–105.

50. León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health* [Internet]. 2014;14:95. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4128544&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
51. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res* [Internet]. 2011;90(11):1264–70. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3318061&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
52. Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 1998;(4):52–61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9511843>
53. Weldring T, Smith SMS. Patient-Reported Outcomes ( Pros ) and Patient-Reported Outcome Measures ( Proms ). *Heal Serv Insights* [Internet]. 2013;6:61–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4089835/>
54. Jofré J; Castiglioni X; Asenjo CA. Influence of minimally invasive implant-retained overdenture on patients ' quality of life : a randomized clinical trial. *Clin Oral Impl Res*. 2012;1–5.



ANEXO N°1: Autorización Ministerio de Salud para el uso de base de datos  
Encuesta OHIP-49-Sp año 2014

1512290



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA

MEMO C5 N° 018 /

ANT.: No hay

MAT.: Solicita autorización BBDD OHIP  
2014 Programa Mas Sonrisas para Chile  
para Tesis de Magíster.

SANTIAGO, 27 ABR. 2016

A : ALEXIS AHUMADA SALINAS  
DE : JEFA DIVISION DE ATENCION PRIMARIA

Por la presente, informo a usted que se autoriza el uso de las bases de datos de la encuesta OHIP-49-Sp del año 2014 al Dr. Alexis Ahumada Salinas, para el análisis de estos datos en la tesis denominada "Evaluación de impacto del Programa Más Sonrisas para Chile 2014 mediante el cuestionario Oral Health Impact Profile (OHIP-49-Sp)" de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y para artículos relacionados con el estudio.

Cabe destacar que la base de datos, se entregará sin RUN o identificación de las beneficiarias, siendo la base construida con un número correlativo y por el código del Servicio respectivo, del 1 al 29. En ningún momento se tendrá acceso a información confidencial o datos contenidos en las fichas clínicas de los pacientes de este estudio, dando fiel cumplimiento con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2 de la Ley 19.628.

Saluda atentamente a usted,



Distribución:  
Archivo

## ANEXO N°2: Cuestionario OHIP-sp-49



### Encuesta “perfil de impacto en la salud oral”\*

#### **1) Limitación funcional**

- a) ¿Has tenido dificultades mordiendo algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- b) ¿Has tenido problemas pronunciando alguna palabra por problemas con tus dientes, boca o prótesis?.. SI  NO
- c) ¿Has notado un diente que no se ve bien?..... SI  NO
- d) ¿Has sentido que tu apariencia ha sido afectada por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- e) ¿Has sentido que tu aliento se ha deteriorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- f) ¿Has sentido que tu sensación de sabor ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis? SI  NO
- g) ¿Has retenido alimento en tus dientes o prótesis?..... SI  NO
- h) ¿Has sentido que tu digestión ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- i) ¿Has sentido que tus prótesis no ajustan apropiadamente?..... SI  NO

#### **2) Dolor físico**

- a) ¿Has tenido molestias dolorosas en tu boca?..... SI  NO
- b) ¿Has tenido dolor en los maxilares?..... SI  NO
- c) ¿Has tenido dolor de cabeza por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- d) ¿Has tenido dientes sensibles, por ejemplo debido a calor o alimentos o líquidos fríos?..... SI  NO
- e) ¿Has tenido dolor de dientes?..... SI  NO
- f) ¿Has tenido dolor de encías?..... SI  NO
- g) ¿Has encontrado inconfortable comer algún alimento por problemas con tus dientes, boca o prótesis?.. SI  NO
- h) ¿Has tenido áreas dolorosas en tu boca?..... SI  NO
- i) ¿Has tenido prótesis inconfortables?..... SI  NO

**3) Disconfort psicológico**

- a) ¿Has estado preocupado por problemas dentales?..... SI  NO
- b) ¿Has sido consciente de ti mismo por tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- c) ¿Los problemas dentales te han hecho miserable?..... SI  NO
- d) ¿Has sentido disconfort sobre la apariencia de tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- e) ¿Te has sentido tenso/a por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO

**4) Incapacidad física**

- a) ¿Ha sido poco clara la forma en que tú hablas por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- b) ¿La gente ha malentendido algunas de tus palabras por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- c) ¿Has sentido que hay menos sabor en tus alimentos por problemas con tus dientes, boca o prótesis?.... SI  NO
- d) ¿Has sido incapaz para cepillar tus dientes apropiadamente por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- e) ¿Has tenido que evitar comer algunos alimentos por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- f) ¿Tu dieta ha sido insatisfactoria por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- g) ¿Has sido incapaz de comer con tus prótesis por problemas con ellas?..... SI  NO
- h) ¿Has evitado sonreír por problemas con tus dientes, boca o prótesis? ..... SI  NO
- i) ¿Has tenido que interrumpir comidas por problemas con tus dientes, boca o prótesis? ..... SI  NO

**5) Incapacidad psicológica**

- a) ¿Tu sueño ha sido interrumpido por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- b) ¿Has estado molesto por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- c) ¿Has encontrado difícil relajarte por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- d) ¿Te has sentido deprimido por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- e) ¿Se ha afectado tu concentración por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- f) ¿Has estado un poco avergonzado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO

**6) Incapacidad social**

- a) ¿Has evitado salir por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- b) ¿Has sido menos tolerante con tu pareja o familia por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- c) ¿Has tenido problemas relacionándote con otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis? SI  NO
- d) ¿Has estado un poco irritable con otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- e) ¿Has tenido dificultades haciendo tu trabajo habitual por problemas con tus dientes, boca o prótesis?.. SI  NO

**7) En desventaja**

- a) ¿Has sentido que tu salud general ha empeorado por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- b) ¿Has sufrido cualquier pérdida financiera por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- c) ¿Has sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- d) ¿Has sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- e) ¿Has sido totalmente incapaz de funcionar por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO
- f) ¿Has sido incapaz de trabajar a tu capacidad total por problemas con tus dientes, boca o prótesis?..... SI  NO

**\*Versión española del Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-Sp) .Rodrigo Lopez \* and Vibeke Baelum Rodrigo López \* y Vibeke Baelum \* Corresponding author: Rodrigo Lopez rlopez@odont.au.dk \* Autor para la correspondencia: Rodrigo López rlopez@odont.au.dk .Author Affiliations Afiliaciones de los autores Department of Community Oral Health and Pediatric Dentistry, Royal Dental College, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus, Aarhus, Denmark Departamento de Salud de la Comunidad Oral y Odontología Pediátrica, Royal Dental College, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Aarhus, Aarhus, Dinamarca.**

ANEXO N°3: Tabla Caracterización de la variable percepción de CVRSO por puntuación total y cada dimensión de la encuesta OHIP-sp-49 pre y post, por Región

Región	Dimensión	N	Pre Tratamiento			Post Tratamiento			Valor-p*	
			Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	R.I	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	R.I		
TARAPACA	En Desventaja	10	1,0	3,0	3,00	0	5	0,0	0,00	0,017
TARAPACA	Incapacidad Social	10	1,5	4,0	4,00	0	4	0,0	0,00	0,017
TARAPACA	Incapacidad Psicológica	10	3,0	4,5	3,75	0	6	0,0	0,3	0,011
TARAPACA	Incapacidad Física	10	3,5	4,3	3,25	0	7	0,0	0,3	0,007
TARAPACA	Discomfort Psicológico	10	3,0	4,0	2,00	2	5	1,5	2,0	0,007
TARAPACA	Dolor Físico	10	5,0	6,3	3,25	1	8	0,0	1,3	0,005
TARAPACA	Limitación Funcional	10	3,0	3,5	2,00	0	7	0,0	0,0	0,010
TARAPACA	Total OHIP-sp-49	10	22,0	27,0	14,75	5	31	3,0	4,0	0,005



COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	COQUIMBO	ATACAMA	ATACAMA	ATACAMA	ATACAMA	ATACAMA
Incapacidad Psicológica	Incapacidad Física	Discomfort Psicológico	Dolor Físico	Limitación Funcional	Total OHIP-sp-49	En Desventaja	Incapacidad Social	Incapacidad Psicológica	Incapacidad Física	Discomfort Psicológico	Incapacidad Psicológica	Incapacidad Física	Discomfort Psicológico	Incapacidad Psicológica	Incapacidad Física	Discomfort Psicológico	
16	16	16	16	16	16	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	
3,0	2,0	3,0	6,5	5,5	22,5	2,0	1,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	
6,0	8,8	5,0	7,0	9,0	45,0	4,0	3,0	5,0	6,0	4,0	5,0	6,0	4,0	5,0	6,0	4,0	
5,00	8,75	3,75	2,00	6,75	33,75	4,00	3,00	3,50	4,50	4,00	3,50	4,50	2,00	3,50	4,50	2,00	
0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
6	9	5	9	9	49	6	4	6	8	6	6	8	5	6	8	5	
0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	1,0	
0,8	0,0	1,8	3,3	1,0	7,8	0,0	0,0	1,0	2,0	0,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	
0,75	0,00	1,75	3,25	1,00	7,5	0,00	0,00	1,00	2,00	0,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	3	4	7	4	23	1	1	2	4	1	2	4	3	2	4	3	
0,002	0,005	0,003	0,002	0,001	0,001	0,011	0,011	0,005	0,006	0,011	0,005	0,006	0,008	0,005	0,006	0,008	

MAULE	VALPARAISO	VALPARAISO	VALPARAISO	VALPARAISO	VALPARAISO	VALPARAISO	VALPARAISO	VALPARAISO	VALPARAISO	VALPARAISO	VALPARAISO	COQUIMBO	COQUIMBO
Total OHIP-sp-49	En Desventaja	Incapacidad Social	Incapacidad Psicológica	Incapacidad Física	Discomfort Psicológico	Dolor Físico	Limitación Funcional	Total OHIP-sp-49	En Desventaja	Incapacidad Social			
58	79	79	79	79	79	79	79	79	16	16			
16,5	1,0	1,0	3,0	2,0	3,0	5,0	4,0	19,0	1,0	0,5			
27,5	4,0	3,0	5,0	5,0	4,0	7,0	6,0	32,0	5,5	5,0			
20,50	4,00	3,00	4,00	5,00	2,00	4,00	4,00	19,00	5,50	5,00			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
49	6	5	6	9	5	9	9	49	6	5			
7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,0	1,0	5,0	0,0	0,0			
16,3	1,0	1,0	3,0	2,0	3,0	4,0	3,0	15,0	0,0	0,0			
14,3	1,00	1,00	3,00	2,00	3,00	4,00	3,00	14,00	0,00	0,00			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
47	6	5	6	9	5	9	7	47	4	4			
0,001	0,026	0,026	0,024	0,027	0,016	0,018	0,001	0,001	0,016	0,010			



	BIOBIO	BIOBIO	BIOBIO	BIOBIO	MAULE	MAULE	MAULE	MAULE	MAULE	MAULE	MAULE	MAULE	MAULE
	Discomfort Psicológico	Dolor Físico	Limitación Funcional	Total OHIIP-sp-49	En Desventaja	Incapacidad Social	Incapacidad Psicológica	Incapacidad Física	Discomfort Psicológico	Dolor Físico	Limitación Funcional		
	209	209	209	209	58	58	58	58	58	58	58		
	4,0	5,0	5,0	22,0	0,5	0,0	2,0	2,0	3,0	5,0	4,0		
	5,0	7,5	7,0	36,5	3,0	2,0	5,0	5,0	4,0	7,0	5,3		
	3,00	5,50	5,00	27,00	3,00	2,00	4,00	5,00	2,00	5,25	3,25		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	5	9	9	48	6	5	6	9	5	9	9		
	1,0	1,0	1,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	2,0	2,0		
	3,0	3,5	3,0	14,0	1,0	1,0	1,0	2,0	3,0	5,3	4,0		
	2,00	3,50	3,00	13,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	5,25	3,25		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	5	9	9	49	6	5	6	9	5	9	8		
	0,001	0,001	0,001	0,001	0,002	0,009	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001		



MAGALLAN ES	MAGALLAN ES	LOS LAGOS	LOS LAGOS	LOS LAGOS	LOS LAGOS	LOS LAGOS	LOS LAGOS	LOS LAGOS	LOS LAGOS	LOS LAGOS	LOS LAGOS	ARAUCANI A
Limitación Funcional	Total OHIP- sp-49	En Desventaja	Incapacidad Social	Incapacidad Psicológica	Incapacidad Física	Discomfort Psicológico	Dolor Físico	Limitación Funcional	Total OHIP- sp-49	En Desventaja		
11	11	78	78	78	78	78	78	78	78	82		
4,0	16,0	0,0	1,0	2,0	2,0	3,0	4,0	4,0	17,0	1,0		
6,0	33,0	2,0	2,0	4,0	5,0	4,0	6,0	6,0	27,0	4,0		
4,00	27,00	2,00	2,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	18,00	4,00		
1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
9	41	6	5	6	9	5	9	9	47	6		
1,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	5,0	0,0		
2,0	11,0	0,3	0,0	0,3	2,0	3,0	4,0	3,0	14,5	1,0		
2,00	11,00	0,25	0,00	0,25	2,00	2,00	4,00	3,00	12,50	1,00		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
7	25	6	5	6	8	5	8	8	38	4		
0,012	0,014	0,001	0,007	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001		



LOS RIOS	LOS RIOS	LOS RIOS	LOS RIOS	LOS RIOS	LOS RIOS	LOS RIOS	LOS RIOS	LOS RIOS	LOS RIOS	LOS RIOS	METROPOLITANA	METROPOLITANA	METROPOLITANA
En Desventaja	Incapacidad Social	Incapacidad Psicológica	Incapacidad Física	Discomfort Psicológico	Dolor Físico	Limitación Funcional	Total OHIP-sp-49	En Desventaja	Incapacidad Social	Incapacidad Psicológica			
56	56	56	56	56	56	56	56	225	225	225			225
0,0	1,0	2,0	3,0	3,0	5,0	5,0	19,5	1,0	0,0	3,0			3,0
3,8	3,0	5,0	5,8	4,0	6,0	6,0	30,0	3,0	3,0	5,0			5,0
3,75	3,00	4,00	4,75	1,75	3,75	3,00	18,00	3,00	3,00	4,00			4,00
0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0			0
6	5	6	9	5	9	9	48	6	5	6			6
0,0	0,0	0,5	1,0	2,0	2,0	2,0	7,0	0,0	0,0	0,0			0,0
1,0	1,0	3,8	4,0	4,0	4,0	3,0	20,8	1,0	1,0	2,5			2,5
1,00	1,00	3,75	4,00	3,00	4,00	3,00	18,50	1,00	1,00	2,50			2,50
0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
5,0	5	6	9	5	9	8	40	6	5	6			6
0,001	0,005	0,069	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001			0,001

\* R.I = Recorrido Interpercentílico (Percentil 75-25)

\*\* Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo

ANEXO N°4: ORIENTACIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS PARA LA  
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL 2014



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE ATENCION PRIMARIA  
DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO

ORIENTACIONES TÉCNICO ADMINISTRATIVAS  
PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA  
ODONTOLÓGICO INTEGRAL 2014

Abril 2014

El Programa Odontológico Integral deberá entenderse como el conjunto de estrategias y actividades destinadas a mejorar el acceso, oportunidad, calidad, satisfacción y resolutivez de las acciones odontológicas efectuadas por los equipos de salud en la atención primaria de salud. Este programa está compuesto por cuatro componentes y siete estrategias, como se muestra en Tabla N° 1.

Programa	Componente	Estrategia
<b>ODONTOLÓGICO INTEGRAL</b>	1.- Resolución de especialidades odontológicas en APS	1.1.- Endodoncia en APS
		1.2.- Prótesis en APS
	2.- Acercamiento de la atención odontológica en poblaciones de difícil acceso	2.1.- Clínicas dentales móviles
	3.- Promoción y prevención odontológica	3.1.- Apoyo odontológico CECOSF
	4.- Odontología Integral	4.1.- Atención odontológica Integral en mujeres y hombres de escasos recursos.
		4.2.- Atención odontológica integral a mujeres “Más sonrisas para Chile”.
		4.3.- Auditorías clínicas al 5% de las altas odontológicas integrales en mujeres y hombres de escasos recursos y altas odontológicas integrales “Más sonrisas para Chile”.

Tabla N° 1

## OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de la atención y la resolución de especialidades odontológicas en atención primaria de salud, junto con acercar la atención dental a comunidades de difícil acceso, promoviendo la prevención y promoción de la salud oral.

## DEFINICIONES OPERATIVAS GENERALES

El programa y la correspondiente asignación de recursos llegan a cada entidad administradora a través de la firma de convenios con el Servicio de Salud respectivo.

La entidad administradora coordinará la ejecución de cada estrategia a través del gestor odontológico y/o los odontólogos encargados en cada centro de salud, y a los respectivos Directores/as de Establecimientos de Salud.

## I) COMPONENTE Nº 4: Odontología Integral

### a) ESTRATEGIAS

4.1.- Atención odontológica Integral en mujeres y hombres de escasos recursos.

4.2.- Atención odontológica integral a mujeres “Más sonrisas para Chile”

4.3.- Auditorías clínicas al 5% de las altas odontológicas integrales en mujeres y hombres de escasos recursos

### b) ANTECEDENTES

El año 1995 se inicia el “Programa Nacional de Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar”, como línea complementaria del “Programa Nacional de Habilitación Laboral para Mujeres de Escasos Recursos”, estrategia integral de apoyo coordinada por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), que busca promover la superación de uno de los principales problemas de salud que dificultan la inserción y permanencia de estas mujeres en el mercado del trabajo. A partir del año 2000 se incorporó a los varones, transformándose en la **Estrategia Atención Odontológica Integral para Mujeres y Hombres de Escasos Recursos (MHER)**, y que posteriormente contempla también la atención de funcionarios de JUNJI/INTEGRA, beneficiarios del Programa Chile Solidario y en última instancia la resolución de lista de espera local priorizando a beneficiarios FONASA A y B.

A partir del año 2014, considerando esta experiencia y el éxito obtenido por la iniciativa Sonrisa de Mujer, se crea la estrategia “Mas Sonrisas para Chile” destinado especialmente a **mujeres** de escasos recursos, sobre los 15 años cuya coordinación estará a cargo del SERNAM (Programa habilitación laboral para Mujeres jefas de Hogar) y las oficinas de Colocación Municipales, con el objeto de focalizar en las mujeres más vulnerables que buscan empleo, mejorando sus condiciones orales y estéticas, para que jefas de hogar de escasos recursos (o vulnerables) y temporeras puedan incorporarse al mercado laboral en igualdad de oportunidades y mejorar su calidad de vida. También amplía la atención a funcionarias de JUNJI, INTEGRA y MINEDUC a cargo del cuidado de pre escolares, considerando que este personal educador, como adulto significativo, es un modelo para la formación de hábitos y el autocuidado en salud de las niñas y niños. Esto viene a reforzar el alcance del Programa Preventivo en Salud Bucal en Población Pre escolar en APS (Sembrando sonrisas).

Esta Atención Odontológica da respuesta a una necesidad sentida y reconocida por las usuarias, para las que el daño y deterioro de su salud bucal,



dificulta su inserción laboral, provoca frustraciones, inseguridad y baja autoestima.

Con el objetivo de reforzar la calidad de las prestaciones realizadas, a partir del año 2011, se incorporara la **Estrategia Auditorías Clínicas al 5% de las altas odontológicas integrales en mujeres y hombres de escasos recursos**. Esta auditoría se caracteriza por evaluar tanto el registro de la ficha clínica como el procedimiento clínico efectuado y la satisfacción usuaria. A contar del año 2014 estas auditorías también se realizarán al 5% de las altas odontológicas integrales a mujeres “Más sonrisas para Chile”.

Como parte del proceso de mejoras, para “Mas Sonrisas para Chile “se incorpora además, la realización de una encuesta que medirá el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de las personas (Perfil de impacto en Salud Oral Anexo 1 Encuesta).

### **c) CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

4.1.- Atención odontológica Integral en mujeres y hombres de escasos recursos:

- Ser Beneficiario legal del sistema público de salud (FONASA tramos A, B, C y D y/o PRAIS).
- Ampliación de rango etéreo a mayores de 15 años.

Se priorizará en la población de mujeres:

- Beneficiarias de Chile Solidario o Ingreso Ético Familiar del Ministerio de Desarrollo Social.
- **Toda beneficiaria de SERNAM.**
- Personal de Educación Parvularia, **que incluye a Personal de Aseo, Manipuladoras de Alimentos, Asistentes de la Educación y Educadoras**, de Establecimiento JUNJI, INTTEGRA y MINEDUC.
- Mujeres de la lista de espera local, de todos los tramos de FONASA: A, B, C y D.

4.2.- Atención odontológica integral a mujeres “Más sonrisas para Chile”:

- Ser Beneficiaria legal del sistema público de salud (FONASA tramos A, B, C y D y/o PRAIS).
- Ampliación de rango etéreo a mayores de 15 años.

Se priorizará en la población de mujeres:

- Beneficiarias de Chile Solidario o Ingreso Ético Familiar del Ministerio de Desarrollo Social.
- **Toda beneficiaria de SERNAM.**
- Personal de Educación Parvularia, **que incluye a Personal de Aseo, Manipuladoras de Alimentos, Asistentes de la Educación y Educadoras**, de Establecimiento JUNJI, INTTEGRA y MINEDUC.

- Mujeres de la lista de espera local, de todos los tramos de FONASA: A, B, C y D.

4.3.- Auditorías clínicas al 5% de las altas odontológicas integrales en mujeres y hombres de escasos recursos:

- Usuarios dados de alta en la estrategia MHER
- Usuaris dadas de alta en la estrategia “Más sonrisas para Chile”.

#### **d) DEFINICION DE PRODUCTOS ESPERADOS**

4.1.- Atención odontológica Integral en mujeres y hombres de escasos recursos:

Altas odontológicas integrales para mujeres y hombres de escasos recursos, que corresponden a pacientes que han finalizado su tratamiento, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde, y contempla las siguientes prestaciones: examen de salud, destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, vidrio ionómero y/o composite, radiografías periapicales, exodoncias, y prótesis removible (acrílica o metálica), todo lo anterior, según indicación del cirujano dentista tratante. Además contempla la entrega de un cepillo de dientes suave y una pasta dental para Adulto.

4.2.- Atención odontológica Integral a mujeres “Más sonrisas para Chile”:

Altas odontológicas integrales para mujeres “Más sonrisas para Chile” de grupos priorizados y especialmente vulnerables, que corresponden a pacientes que han finalizado su tratamiento, cumpliendo las etapas de examen, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación incluyendo recuperación de dientes remanentes y la instalación de prótesis removible si corresponde, y contempla las siguientes prestaciones: examen de salud, destartraje y pulido coronario, obturaciones de amalgama, vidrio ionómero y/o composite, radiografías periapicales, exodoncias, y prótesis removible (acrílica o metálica), todo lo anterior, según indicación del cirujano dentista tratante. Además contempla la entrega de un cepillo de dientes suave y una pasta dental para Adulto.

A cada paciente que reciba atención odontológica integral a través de la estrategia “Más sonrisas para Chile” se le debe aplicar **antes y después** del alta, la encuesta “Perfil de impacto en la salud oral” (Anexo 1 Encuesta).

4.3.- Auditorías clínicas al 5% de las altas odontológicas integrales en mujeres y hombres de escasos recursos y de las altas odontológicas Más sonrisas para Chile:

Realización de Auditorías Clínicas de las Altas odontológicas integrales para mujeres y hombres de escasos recursos y de las altas odontológicas Más sonrisas para Chile, corresponde al análisis independiente, retrospectivo y sistemático de los resultados de la actividad de los profesionales odontólogos, realizado por profesionales odontólogos calificados y de reconocida idoneidad, con el objeto de evaluar la calidad de las atenciones otorgadas, de modo de verificar la ejecución de normas de operación, asegurar mínimos de calidad y satisfacción de las expectativas de usuarios y de las instituciones (Anexo 2 Auditoría).

## e) DEFINICIONES OPERATIVAS

### Atención odontológica integral

Para lograr una exitosa focalización de estas estrategias, los centros de salud deben tener oferta de atención en horarios compatibles con la actividad laboral de los usuarios (extensión horaria).

Las mujeres interesadas que cumplan los requisitos ya mencionados deberán dirigirse a:

- Centro de Salud en el cual está inscrita, se recomienda que todos los funcionarios del centro conozcan las estrategias para que puedan orientar a las usuarias sobre cómo acceder a la atención odontológica.
- Oficinas de SERNAM: Programa Mujer Trabajadora y Jefa de Hogar (PMTJH), se incorporarán mujeres del Programa 4 a 7 Mujer Trabaja Tranquila, usuarias de los Centros de la Mujer y de las Casas de Acogida.
- El personal de Educación Parvularia, que incluye a Personal de Aseo, Manipuladoras de Alimentos, Asistentes de la Educación y Educadoras, de Establecimientos JUNJI, INTEGRA y MINEDUC, dirigirse a la Dirección del establecimiento educacional.

Se debe establecer una comunicación estrecha con los distintos agentes del Intersector:

**SERNAM:** Para lograr la atención efectiva de las Beneficiarias del SERNAM se debe establecer una coordinación fluida y permanente con la contraparte comunal definida por SERNAM, **quien recepciona las nóminas de beneficiarias de SERNAM que solicitan prestación de salud odontológica, dando estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada,** y las hará llegar al referente odontológico, ya sea al coordinador/a odontológico comunal o al

coordinador odontológico del centro de salud, según sea la estructura de la entidad administradora.

Desde el centro de salud contactarán a la beneficiaria SERNAM para agendar la primera atención

**JUNJI, INTEGRA Y MINEDUC:** Para coordinar la atención del personal de educación parvularia, cada establecimiento educacional debe enviar una lista, con nombre, RUT y teléfono de contacto, autorizada por la dirección del establecimiento educacional (firma y timbre), avalando que la paciente trabaje en dicho establecimiento, y hacerla llegar al referente odontológico, ya sea al coordinador/a odontológico comunal o al coordinador odontológico del centro de salud, según sea la estructura de la entidad administradora.

La atención del personal educador se realizará en el centro de salud más cercano al establecimiento educacional, independiente del centro donde esté inscrita.

El horario de atención para el personal educador será preferentemente después de las 17:00 hrs. (extensión horaria), o en un horario en que no interfiera con su jornada laboral.

Desde el centro de salud contactarán al personal educador para agendar la primera atención.

El registro de las altas odontológicas integrales en mujeres “Más sonrisas para Chile” se realizará por medio de un registro local en el formato adjunto (Anexo 3 Registro local) en su versión digital, y deben ser remitidos en formato digital al asesor odontológico del Servicio de Salud respectivo. El asesor odontológico de cada Servicio de Salud consolidará los resultados de todas las entidades administradoras de su dependencia y enviará dicha información en formato digital a la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Se deberá aplicar la encuesta “Perfil de impacto en salud oral” (Anexo 1 Encuesta), al ingreso a la atención odontológica y una vez que haya obtenido el alta, al menos a todas las beneficiarias de la estrategia “Más sonrisas para Chile”.

El formato de encuesta en el Anexo 1 corresponde a la versión española del Perfil de Impacto en la Salud Oral (OHIP-Sp) realizada por Rodrigo López y Vibeke Baelum del Departamento de Salud de la Comunidad Oral y Odontología Pediátrica, Royal Dental College, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Aarhus, Aarhus, Dinamarca, estandarizada internacionalmente por lo que **NO DEBE MODIFICARSE**.

Las preguntas formuladas son de respuesta dicotómica (Si-No).

Los resultados obtenidos de las encuestas “Perfil de impacto en salud oral” deben consolidarse por comuna en el formato adjunto (Anexo 4 Consolidado encuesta) en su versión digital, y deben ser remitidos en formato digital al asesor odontológico del Servicio de Salud respectivo. El asesor odontológico de cada Servicio de Salud consolidará los resultados de todas las entidades administradoras de su dependencia y enviará dicha información en formato digital a la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

### Auditorías clínicas

La ejecución de las auditorías constará de dos etapas: etapa de revisión de fichas clínicas o auditoría indirecta y etapa clínica o auditoría directa:

a) Etapa de revisión de fichas clínicas o auditoría indirecta, corresponde a la revisión de toda la documentación incluida en la ficha clínica (datos personales; fecha inicio tratamiento, alta y controles; anamnesis; examen dentario; índice COPD, solicitud de exámenes complementarios y/o interconsultas; evolución y plan de tratamiento)

b) Etapa clínica o auditoría directa, comprende:

- Revisión del estado de tejidos blandos y duros de la cavidad oral; así como los tejidos periodontales.
- Revisión de las obturaciones consignadas en la ficha clínica en términos de factura y de concordancia con el diagnóstico inicial, así como con el registro en la ficha clínica.
- Revisión del diseño, confección y terminación de la rehabilitación protésica, con énfasis en el sellado periférico, estética, estabilidad y oclusión.

Esta revisión deberá ejecutarse en un sillón dental, por parte de un odontólogo y bajo las normativas de bioseguridad vigentes. Requerirá del uso de instrumental de examen desechable y/o estéril. El examen clínico de auditoría deberá efectuarse a lo menos 1 semana después de otorgada el alta integral del paciente.

Los Servicios de Salud deberán remitir a la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud un único informe consolidado que reúna toda la información de las auditorías ejecutadas en el marco de la estrategia citada, en las comunas de su ámbito territorial y en los establecimientos de su dependencia cuando corresponda.

Este Informe de Auditoría, corresponderá a la compilación de los antecedentes encontrados durante las auditorías clínicas odontológicas ejecutadas en las distintas comunas y establecimientos de la dependencia directa del Servicio.

Este debe poseer evidencia fundada para los hallazgos encontrados. Los informes deben contener al menos: Antecedentes generales, diagnóstico encontrados en la muestra en relación a caries y desdentamiento, conclusiones a nivel de la red del Servicio de Salud y recomendaciones.

## f) REGISTRO ESTADÍSTICO

La evaluación del programa se realiza con la información disponible en la fecha de corte en el Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) para las estrategias MHER y la evaluación cuantitativa de las auditorías clínicas. Esta información proviene del Registro Estadístico Mensual (REM), y debe estar actualizada puesto que no se considerarán modificaciones posteriores a la fecha de evaluación.

La evaluación cualitativa de las auditorías clínicas se realizará a través de los informes remitidos por cada Servicio de Salud, que deberán estar disponibles para la fecha de la evaluación.

La evaluación de la estrategia Atención odontológica integral en mujeres “Más sonrisas para Chile” se realizará con el registro local, que deberá estar disponible para la fecha de la evaluación.

La información que se evalúa, y de donde es extraída se resumen en el siguiente cuadro:

<b>Nombre indicador</b>	<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>	<b>Medio verificación</b>
Atención Odontológica Integral en mujeres y hombres de escasos recursos	Nº total de altas odontológicas integrales en mujeres y hombres de escasos recursos	Nº total de altas odontológicas integrales MHER comprometidas x 100	REM A09. Sección G. Celdas D161 + Q161 ----- Planilla de distribución de metas Programas Odontológicos de Reforzamiento en APS
Atención Odontológica Integral en mujeres “Más sonrisas para Chile	Nº total de altas odontológicas integrales en mujeres Más sonrisas para Chile	Nº total de altas integrales Más sonrisas para Chile comprometidas x 100	Registro local Más sonrisas para Chile ----- --- Planilla de distribución de metas Programas Odontológicos de Reforzamiento en APS
Auditoría Clínicas al 5% de las altas odontológicas	Nº total de auditorías MHER realizadas	Nº total de auditorías MHER comprometidas	REM A09. Sección G. Celdas D158 + Q158 ----- Planilla de distribución de

integrales en mujeres y hombres de escasos recursos		x 100	metas Programas Odontológicos de Reforzamiento en APS
---	--	-------	---

## ANEXO N°5: ORIENTACIONES PARA LA APLICACION DE AUDITORIAS Y ENCUESTAS COMPONENTES MHER Y MAS SONRISAS PARA CHILE DEL PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL 2014



ASISTENCIALES  
IMARIA

### **ORIENTACIONES PARA LA APLICACION DE AUDITORIAS Y ENCUESTAS COMPONENTES MHER Y MAS SONRISAS PARA CHILE DEL PROGRAMA ODONTOLOGICO INTEGRAL 2014**

El Programa Odontológico Integral 2014, indica la aplicación de Auditorías clínicas al 5% de las altas odontológicas, tanto para los componentes “Más Sonrisas Para Chile” como del componente “Mujeres y Hombres de Escasos Recursos”. Para tales efectos, las Orientaciones Técnicas del Programa adjuntan una pauta de auditoría estándar y la encuesta OHIP.

Las presentes orientaciones modifican la pauta de auditoría y establecen un proceso de estandarización para la aplicación de auditorías y las encuestas OHIP.

#### **I.- AUDITORIAS CLINICAS AL 5%**

#### **II.- ORIENTACIONES APLICACIÓN ENCUESTA OHIP**

#### **I.- AUDITORIAS CLINICAS AL 5%**

Las siguientes indicaciones de selección del 5% del total de altas son válidas para ambos componentes.

##### **1.- Metodología de selección de los pacientes a auditar**

Se define el 5% del total de altas por convenio suscrito, esto es, por cada comuna de Atención Primaria Municipal y por cada establecimiento dependiente de Servicios de Salud (establecimientos o DAP).

Cada 5% de pacientes a auditar, debe tener una representatividad proporcional a los ingresos registrados por rangos etarios (grupos de 15 a 19, 20 a 64 y 65 y más años).

##### **Ejemplo:**



Si su registro de ingresos por establecimiento en la sección G del REM A09, para el componente MHER (200 hombres y/o mujeres), el número de auditorías clínicas es de 10.

CESFAM “Dr. House”, componente “MHER”, REM A09:

PROGRAMA - ACTIVIDAD			TOTAL	Según grupos de edad o de riesgo				Según Sexo	
				15-19 años	20-64 años	65 y más años	Embarazadas	Hombres	Mujeres
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A MUJERES Y HOMBRES DE ESCASOS RECURSOS	Auditorías Clínicas	Nº Auditorías realizadas	0						
	Prótesis Removibles		0						
	Reparación de Prótesis		0						
Altas Integrales	TOTAL		200		200			100	100
	JUNJI-INTEGRA		0						
	SERNAM		50		50				50
	Chile Solidario		0		50				50
	Otros		100		100			100	

Si su registro local de ingresos por establecimiento para el componente “Más Sonrisas para Chile”, es de 100 mujeres, el número de auditorías clínicas es de 5.

CESFAM “Dr. House”, registro local “Más Sonrisas para Chile”

PROGRAMA - ACTIVIDAD			TOTAL	Según grupos de edad o de riesgo			Compra de Servicio
				15-19 años	20-64 años	65 y más años	
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL, ESTRATEGIA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL A MUJERES MÁS SONRISAS	Altas Integrales	TOTAL	100	21	47	32	0
		SERNAM	12	0	7	5	
		JUNJI	8	1	4	3	
		INTEGRA	0	0	0	0	
		MINEDUC	0	0	0	0	
		Chile Solidario	3	0	2	1	
		MINVU	0	0	0	0	
		Otros	77	20	34	23	
	Prótesis Removibles						
Auditorías Clínicas	Nº Auditorías realizadas						

Se debe determinar este 5% de las altas de cada componente, distribuyendo por rango etario:

CESFAM “Dr. House”, cálculo del 5% para auditorías:

TOTAL	Según grupos de edad o de riesgo			TOTAL
	15-19 años	20-64 años	65 y más años	
MHER	0	200	0	200
5% MHER	0	10	0	10
MAS SONRISAS	21	47	32	100
5% MAS SONRISAS	1	2	2	5

### 1.1.- Aleatorización para la selección de fichas a auditar.

Una vez obtenido el 5% por grupo etario, para el componente MHER y “Más Sonrisas para Chile” se debe realizar la selección de las pacientes mediante un muestreo aleatorio simple. En estadística se conoce como muestreo a la técnica para la selección de una muestra a partir de una población, con el objetivo de disminuir el margen de error en la selección (mejorar la validez de la información). El método a utilizar es el muestreo aleatorio simple, en el cual todos los miembros de la muestra han sido elegidos al azar, de forma que cada miembro de la población tuvo igual oportunidad de salir en la muestra. Una vez elegido el tamaño de la muestra, los elementos que la compongan se han de elegir aleatoriamente entre los n de la población.

#### Formas de cálculo

Sin calculadora: se distribuyen los números identificatorios de las beneficiarias en los 3 grupos etarios (15 a 19, 20 a 64 y 65 y más años). Una vez obtenido el valor de la muestra por grupo etario, se enumeran éstos, se realiza un sorteo para cada grupo etario de acuerdo al valor de la muestra (usar números de bingo u otros que permitan estandarización). En el ejemplo anterior, se enumeran las 200 números de pacientes MHER del grupo de 20 a 64 años, el n de las números identificatorios a auditar corresponde a 10, por lo tanto, se ingresarán 200 números de bingo u otros similares y se extraerán 10 bolitas que representarán las 10 pacientes a auditar.

Con calculadora: se utilizan los números aleatorios o en la página <http://www.random.org/>. En esta última página sólo debe ingresar los límites de su grupo (ejemplo MIN= 1 MAX=200) y se hace clic cada vez que desee aleatorizar un número de la muestra (se realizan 10 clic para obtener el total de la muestra).

Para aquellos que posean listados rutificados en planillas Excel, ver tutorial de aleatorización en la Superintendencia de Salud: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/w3-article-7302.html>

## II.- ORIENTACIONES APLICACIÓN ENCUESTA PERFIL DE IMPACTO DE LA SALUD BUCAL (OHIP)

El instrumento denominado “Perfil de Impacto de la Salud Bucal (OHIP)” que se adjunta por primera vez este 2014 en el componente “Más Sonrisas Para Chile” del Programa Odontológico Integral, se ha utilizado ampliamente en diversos países y está considerado uno de los más avanzados y completos hasta la fecha. Se trata de un cuestionario diseñado para medir la disfunción auto-reportada, el malestar y la discapacidad atribuidos a las condiciones orales, y como éstas afectan la calidad de vida del paciente. La información que arroje este cuestionario es de vital importancia para el continuo desarrollo de la política pública odontológica nacional.

Es requisito indispensable que al momento del ingreso y alta **TODAS LAS MUJERES DEL COMPONENTE “MAS SONRISAS PARA CHILE”** deben responder el cuestionario OHIP.

En este sentido, la encuesta NO DEBE ser guiada o asistida por ningún funcionario de vuestros centros de salud y se realizará en dos momentos:

Primera Auto-aplicación: previo al inicio del tratamiento dental.

Segunda Auto-aplicación: según lo consensuado en la Primera Jornada de Fortalecimiento odontológico del día 8 de julio de 2014:

- En Pacientes sin tratamiento de rehabilitación por prótesis removible: **al momento del alta.**
- En Pacientes con tratamiento de rehabilitación por prótesis removible: **al segundo control post instalación de prótesis removible.**

### Indicaciones para la realización de la encuesta OHIP

La aplicación de la encuesta debe realizarse en las siguientes condiciones:

La encuesta debe ser en hoja tamaño oficio impresa por ambas caras. Indicar fecha y RUT del paciente.

Lugar físico: Se recomienda sala de espera, preferentemente silenciosa. Facilitar lápiz.

Tiempo: el tiempo promedio piloteado en Santiago de finalización del cuestionario es de 25 minutos.

## **Recolección de encuestas y envío a MINSAL**

A través de la aplicación de la encuesta OHIP, usted dispondrá de una valiosa fuente de información para la gestión odontológica comunal y del Servicio de Salud.

Para la evaluación de resultado de este Programa, sólo es obligatorio el envío de las 2 encuestas OHIP asociadas a la auditoría (5% del total de altas).

La recolección de encuestas se debe realizar por comuna a cargo del Asesor Odontológico. Posteriormente éste deberá enviar el total de las encuestas a la Unidad Odontológica de la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud en un sobre cerrado, Mac Iver 440 piso 12.

Ejemplo:

Entrega de datos Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Total comunas Servicio: 14

Total de auditorías MHER = X

Total de auditorías Más Sonrisas = Y

Total de encuestas OHIP:  $Y \times 2$

Total de informes auditorías comunales: 14

Total de informes auditorías por Servicio: 1

ANEXO N°6: Acta de Aprobación de Proyecto por Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES



09 AGO. 2016

## ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

FECHA: 09 de Agosto de 2016.

**PROYECTO: "EVALUACIÓN DE IMPACTO DEL PROGRAMA MÁS SONRISAS PARA CHILE 2014 MEDIANTE EL CUESTIONARIO ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-49-SP)".**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE: PROFESOR ALEXIS AHUMADA SALINAS**

**INSTITUCIÓN: PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA. TUTOR PROFESOR ALDO VERA CALZARETTA, ESCUELA DE SALUD PÚBLICA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.**

Con fecha 09 de Agosto de 2016, el proyecto ha sido analizado a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 1992, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de la información proporcionada en el texto del proyecto el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de un año a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

### **LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO:**

- ESCUELA DE SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE.



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES



**INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN  
EN SERES HUMANOS**

09 AGO 2016

<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN</b>
Dr. Manuel Oyarzún	Presidente	Sí
Dr. Hugo Amigo	Miembro	Sí
Dra. Lucía Cifuentes	Miembro	Sí
Dra. Grisel Orellana	Miembro	Sí
Sra. Gina Raineri	Miembro	Sí
Dra. María Ángela Delucchi	Miembro	Sí
Dr. Miguel O'Ryan	Miembro	Sí
Sra. Claudia Marshall	Miembro	Sí

Santiago, 09 de Agosto de 2016.

**Prof. Gina Raineri B.**  
**Secretaria Ejecutiva CEISH**