



**Universidad
de Valparaíso
CHILE**
Escuela de Odontología

**PERFIL DE SALUD ORAL Y SATISFACCIÓN EN ADULTOS MAYORES
BENEFICIADOS Y NO BENEFICIADOS CON LAS GES, SALUD ORAL
INTEGRAL 60 AÑOS, EN VALPARAÍSO**

**Trabajo de Investigación
Requisito para Optar al
Título de Cirujano-Dentista**

Alumno: Cristóbal Quezada Peña

Docente Guía: Prof. Dr. Alfredo Cueto Urbina

Cátedra de Salud Pública

**Valparaíso – Chile
2011**

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	2
1. La Reforma de la salud.....	2
2. ¿Qué son las GES?.....	3
3. Cobertura GES en el área odontológica.....	4
4. Antecedentes epidemiológicos nacionales del adulto mayor.....	8
5. Antecedentes epidemiológicos del adulto mayor en Valparaíso.....	9
6. La satisfacción: ¿Qué es y por qué estudiarla?.....	10
7. Herramientas y modelos disponibles para medir la satisfacción.....	11
8. Cómo describir el perfil de salud oral.....	14
III. OBJETIVOS	18
III. MATERIALES Y MÉTODOS	19
1. Diseño y tipo de estudio.....	19
2. Sujetos de estudio.....	19
3. Grupos de estudio.....	21
4. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	21
5. Método de selección de la muestra.....	22
6. Variables.....	22
7. Recolección de datos.....	33
8. Análisis estadístico.....	35
V. RESULTADOS	36
VI. DISCUSIÓN	53
VII. CONCLUSIONES	60
VIII. SUGERENCIAS	62
IX. RESUMEN	63
X. BIBLIOGRAFÍA	64
XI. ANEXOS	69
ANEXO 1. Pauta de examen.....	69
ANEXO 2. Escala de medición SERVQUAL	73
ANEXO 3. Consentimiento Informado.....	75
ANEXO 4: Solicitud a corporación municipal Valparaíso.....	76
ANEXO 5: Informe comité de ética	77
ANEXO 6. Resultados tests estadísticos de normalidad.....	78

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años en el área de salud, se han implementado distintas políticas públicas para abordar y solucionar las necesidades de la población. La política pública en salud de mayor relevancia en el siglo XXI es la reforma de la salud, dentro de la cual se considera el acceso a garantías en salud más conocido como GES.

El programa de Garantías Explícitas en Salud (GES) detallado en la ley 19.966, salvaguarda la atención bajo condiciones garantizadas para un conjunto de problemas de salud prioritarios. Dentro de esta priorización, la odontológica involucra: la atención dental integral para niños de 6 años, urgencias dentales ambulatorias en personas de cualquier edad, fisura labio palatina, salud oral integral de la embarazada y salud oral integral en adultos de 60 años y que soliciten atención odontológica antes de cumplir los 61 años de edad.

Dado el contexto económico-social chileno, entendido a grandes rasgos como un país en vías de desarrollo, con grandes desigualdades sociales y con una población en proceso de envejecimiento, resulta interesante y muy importante el estudio de la política de salud en la población mayor de 60 años, pues esta, representa cada vez un peso mayor en el país.

Desde el inicio de las GES, en Julio de 2005, el programa ha recibido críticas. Se ha dicho que presenta una serie de problemas tanto en su diseño como en su implementación. Por ejemplo, existen publicaciones que dicen que fue diseñada e implementada sin considerar los problemas de gestión que presenta el sector público en salud y que las garantías presentan un sesgo hacia el tratamiento de las enfermedades y no a su diagnóstico o prevención (Instituto Libertad, 2007).

Esta investigación, es la primera que estudia en terreno la situación de salud oral y satisfacción del paciente beneficiado con salud oral integral 60 años. El objetivo fue conocer el efecto sobre la salud oral y satisfacción en pacientes beneficiarios con GES salud oral integral 60 años y compararlo con aquel grupo que no tiene dicha garantía, plantear una discusión al respecto y proponer formas de mejoramiento.

El problema planteado es relevante porque estas garantías han implicado grandes esfuerzos económicos y humanos en su puesta en marcha, es una ley de la república y está destinado a otorgar salud de calidad en forma oportuna a millones de personas. Además, es importante conocer la percepción de los beneficiarios, pues uno de los objetivos sanitarios para la década consiste en "Proveer servicios acordes a las expectativas de la población" (Ministerio de salud, 2002). Este estudio se enfoca en la población de la comuna de Valparaíso.

Ante la problemática planteada surgen preguntas como: ¿Cuál es el estado de salud oral de los pacientes de 60 años cubiertos por GES? Y sobre lo mismo ¿Es significativamente distinto el perfil de salud oral de un paciente cubierto y no cubierto por GES? ¿Los pacientes cubiertos por GES se encuentran igual de satisfechos con la atención que los no cubiertos? ¿Cuáles son sus fortalezas y debilidades? Son preguntas que impulsan esta investigación.

II. MARCO TEÓRICO

1. La Reforma de la salud.

Las necesidades a principios de este siglo surgen de cambios en la sociedad y en problemas arrastrados de políticas públicas previas (Zúñiga, 2007).

Las consideraciones que deben estar presentes en relación al cambio social son: (i) transformación del perfil de enfermedades que afectan a la población, como consecuencia del progresivo envejecimiento de esta, del cambio en los hábitos de vida y de las consideraciones de trabajo. (ii) Coexistencia de enfermedades infecciosas y problemas derivados de malas condiciones de saneamiento ambiental propios de una sociedad en desarrollo; y por otra, enfermedades cardiovasculares, cánceres y traumatismos, que predominan en el patrón de mortalidad actual y que se asemejan al perfil epidemiológico de una sociedad desarrollada (Ministerio de salud, 2007a).

Chile ha formulado Objetivos Sanitarios Nacionales, para la década 2000-2010, siendo el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población. Los objetivos Sanitarios son: a) Mejorar los logros sanitarios alcanzados; b) Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad; c) Corregir las inequidades en salud; y d) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población. La resultante de todos estos objetivos ha sido La Reforma de la Salud.

La reforma del sector salud, diseñada durante el Gobierno de Ricardo Lagos, fue establecida a través de una serie de proyectos de ley enviados al parlamento el año 2002. Constituye el proceso de cambios más importante de los últimos cincuenta años para el sistema de salud. Se trata de un conjunto de leyes orientadas a cumplir cuatro objetivos fundamentales: equidad, garantías, eficiencia e integración público privada (Sánchez, 2006).

Las leyes que componen la Reforma son:

La Ley de Autoridad Sanitaria que entre sus disposiciones más relevantes establece la clara separaciones de funciones de política, financiamiento, prestaciones y regulación. En esta última área, por primera vez, se estableció un mismo marco regulatorio para el sistema público y privado, bajo la supervisión de la Superintendencia de Salud.

La Ley de Régimen de Garantías Explícitas o también denominada GES.

La Ley de Isapres que incorporó modificaciones al marco regulatorio, donde entre las más importantes están las mayores garantías a los afiliados cautivos y la creación del Fondo Compensatorio interisapres.

La "Ley de Financiamiento", publicada en el Diario Oficial el 13 de Agosto de 2003. Considera alzas del IVA y de impuestos específicos para financiar dos importantes iniciativas en materia social: el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES) para todos los beneficiarios del FONASA y el Programa Chile Solidario.

<i>Ley</i>	<i>Año</i>	<i>Descripción</i>
Ley de financiamiento (N° 19.888)	Agosto 2003	Asegura los recursos para la reforma de salud.
Ley de autoridad sanitaria y Gestión (Ley N° 19.937)	Febrero 2004	Separa las funciones de provisión de servicios de salud y regulación del sector. Crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados.
Ley de régimen general de garantías en salud (N°19.966)	Septiembre 2004	Crea el sistema de garantías explícitas para el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de patologías prioritarias.
Ley de solvencia de ISAPREs (Ley N°19.895)	Agosto 2003	Asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados.
Ley de ISAPREs (Ley N°18.933)	Mayo 2005	Modernización de la Ley de ISAPRES y potenciación del rol de la superintendencia.
Ley de derechos y deberes de los pacientes	En trámite	Entrega responsabilidades y protección a los pacientes. Regula aspectos como el consentimiento informado.

Tabla I. Marco legal de la reforma de salud (Bastías y Valdivia, 2007).

2. ¿Qué son las GES?

Las GES son garantías explícitas en salud, estas fueron consideradas y detalladas en **la ley de régimen general de garantías en salud (N°19.966)** promulgada el 25 de agosto de 2004, la cual a su vez pasó a formar parte integrante del **Régimen de Prestaciones de Salud del año 1985** (ley n°18.469). Su régimen de garantías en salud asegura que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, pueda contar con un mecanismo de protección social que le permita acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar las situaciones de enfermedad. En lo fundamental, la nueva ley contempla garantías para un conjunto priorizado de prestaciones de salud en términos de acceso, calidad, oportunidad y

costo. De este modo, se establece un estándar mínimo en la atención de salud para las enfermedades priorizadas, que incluye desde un tiempo máximo para recibir dicha atención hasta un desembolso financiero acotado para los pacientes (Zúñiga, 2007). El programa prioriza soluciones costo-efectivas (la mayor efectividad posible para resolver un problema de salud al menor costo), expresadas a través de guías prácticas clínicas, las que en teoría deben considerar para enfrentar cada patología aquellas soluciones que tienen la mejor relación efecto-costos. Lo anterior nuevamente es un gran cambio, ya que ahora la utilización de guías clínicas pasa a ser mucho más imperativa que antes de la reforma y "presiona" para que las soluciones que apliquen los profesionales sean aquellas que están incorporadas en el programa (Zúñiga, 2007).

Para resguardar este derecho, la ley obliga a FONASA y a las ISAPRES, entre otras disposiciones, a ofrecer a todos sus beneficiarios un plan de salud construido sobre la base de ciertas prioridades sanitarias con garantías explícitas en cuatro ámbitos: **a) garantía de acceso**, que asegura que todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia; **b) garantía de oportunidad**, que dispone un límite máximo de tiempo, preestablecido, para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención post diagnóstica; **c) garantía de calidad**, según la cual las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y contruados a partir de pruebas de evidencia médica, y **d) garantía de cobertura financiera**, que garantiza que el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al GES y sus 56 patologías iniciales. Además, se compromete financiamiento fiscal para la atención de salud de los carentes de ingresos o indigentes, y se establece la obligatoriedad de cotizar a los trabajadores independientes.

Dentro de los objetivos sanitarios de salud se señala como segundo objetivo: **"Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad"**. De este objetivo se desprenden distintos ámbitos para enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población, de ellos, uno se refiere a los problemas de salud que no matan, pero que disminuyen la calidad de vida de las personas, generando discapacidad, dolor y angustia. En este punto fue considerada la salud dental principalmente enfocándose en la prevención (Ministerio de Salud, 2002). En consecuencia se priorizaron una serie de situaciones de enfermedad relacionadas a la odontología.

3. Cobertura GES en el área odontológica.

Según el tercer régimen de Garantías explícitas en Salud (desde el 1 de julio del 2007) los problemas de salud cubiertos por el sistema GES son 56. Al 2011 son 69, de estos, 5 pertenecen al área odontológica: (1) Fisura labio palatina; (2) Salud Oral Integral para Niños de 6 años; (3) Salud Oral Integral del Adulto de 60 años; (4) Urgencia Odontológica Ambulatoria y (5) Salud oral integral de la embarazada.

3.1 Salud oral integral del adulto de 60 años.

Definición: consiste en una atención odontológica realizada por el cirujano dentista, según necesidades, dirigida a **educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años** (Ministerio de Salud, 2007).

Las garantías de acceso, oportunidad y financiamiento son las que tienen mayor vigilancia, **la calidad se fundamenta en el compromiso tácito por parte de odontólogos de seguir la guía de práctica clínica** (Ministerio de Salud, 2007).

a. Acceso.

Todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso a tratamiento. La solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras el beneficiario tenga 60 años. El alta se otorga cuando se ha completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo.

b. Oportunidad.

Tratamiento: inicio dentro de 90 días desde la solicitud de atención.

c. Protección financiera.

Problema de salud	Tipo de intervención	Prestación o grupo de prestadores	Periodicidad	Arancel	Copago	Copago
Salud oral integral del adulto de 60 años	Tratamiento	Atención odontológica Adulto 60 años	Cada vez	221750	20%	44350

Tabla II. Protección financiera adulto 60 años (Ministerio de Salud, 2007).

d. Calidad: Se refiere a que la atención debe ser otorgada por un prestador registrado o acreditado ante la superintendencia de salud en base a estándares generales.

La guía clínica de atención para los adultos de 60 años nos da las recomendaciones sobre las intervenciones más frecuentes incluidas en el tratamiento odontológico integral de este grupo etéreo. A continuación un esquema general de las recomendaciones:

1.- **Confirmación diagnóstica.**

A. Examen de Salud: Todo paciente adulto de 60 años que ingresa a tratamiento debe recibir un examen de salud bucal con todos sus componentes,

consistentes en anamnesis y examen físico. Dentro de este el examen extra e intra oral debe incluir la evaluación de los siguientes aspectos:

- a) Alteraciones de la mucosa oral.
- b) Desórdenes miofuncionales: miositis y mialgias.
- c) Trastornos Temporomandibulares (se realiza el examen intraoral complementario al extraoral)
- d) Examen dentario: Registro del COPD.
- e) Alteraciones Mucogingivales: recesión gingival.
- f) Enfermedades Gingivales y Periodontales.
- g) Pérdida del reborde alveolar: Pérdida de dimensión vertical.
- h) Problemas estéticos.
- i) Evaluación y registro de higiene bucal.

B. Educación de la Salud Bucal: La actividad educativa debe incluir temas como malos hábitos, bruxismo, juego con las prótesis, limpieza de las prótesis para eliminar la placa bacteriana sub prótesis, entre otros.

C. Diagnóstico y Etapificación (Tabla III): Con todos los antecedentes recogidos, tanto clínicos como radiográficos se hará el diagnóstico del paciente. Se analizarán también otros factores, tanto médicos como psicológicos, la tolerancia y motivación del paciente y su capacidad para mantener el tratamiento una vez terminado.

Tipo I	Desdentado total con prótesis funcionales o Dentado parcial o total, sano sin necesidad de prótesis.
Tipo II	Dentado en riesgo, sin necesidad de prótesis.
Tipo III	Dentado parcial o total con daño y sin necesidad de prótesis.
Tipo IV	Dentado parcial con daño y con necesidad de prótesis.
Tipo V	Desdentado total con necesidad de prótesis.
Tipo VI	Desdentado parcial sano y con necesidad de prótesis.

Tabla III. Clasificación de acuerdo a la necesidad de tratamiento. (Ministerio de Salud, 2007).

2.- Tratamiento.

Una vez realizado el diagnóstico es necesario establecer un Plan de Tratamiento específico para cada paciente. Según etapificación, el paciente puede recibir los siguientes tipos de tratamientos:

1. Requiere solo educación. (Tipo I)
2. Requiere educación y prevención. (Tipo II)
3. Requiere educación, prevención y recuperación. (Tipo III)
4. Requiere educación, prevención, recuperación y rehabilitación (Tipo IV)
5. Requiere educación y rehabilitación (Tipo V-VI)

A. Generalidades del Plan de Tratamiento: en esta parte la guía establece que el paciente debe estar controlado sistemáticamente por el médico, además de entregar recomendaciones en cuanto a la mantención de la higiene y malos hábitos,

información acerca de fármacos, etc. Incluso se recomienda el tono de voz en que debe dirigirse el profesional al adulto mayor.

B. Componente Educativo del Plan de Tratamiento del adulto mayor.

B.1. Educación Individual.

- a) Uso de fluoruros.
- b) Manejo de placa bacteriana.
- c) Técnicas de cepillado.
- d) Limpieza interproximal.
- e) Cepillos interdentarios.
- g) Dieta.
- h) Malos hábitos.
- i) Prevención del cáncer bucal.
- j) Mantenimiento de higiene bucal del edentado total y de las prótesis dentales.

B.2. Educación grupal o masiva.

C. Componente Preventivo.

C.1. Profilaxis o Higienización.

- a) Control de placa bacteriana.
- b) Métodos químicos.
- c) Control de efectos adversos del control de placa bacteriana.
- d) Eliminación de cálculos supragingivales y tinciones coronarias.

C.2 Corrección de restauraciones defectuosas.

C.3 Corrección de malos hábitos.

- a) Tabaquismo.

C.4 Bruxismo.

C.5. Indicación y Aplicación de Fluoruros Tópicos.

- a) Fluoruros en pastas dentales.
- b) Fluoruros en Barnices.
- c) Fluoruros en Geles.

D. Componente Recuperativo: Considera procedimientos para devolver la salud bucal de las personas y reparar las lesiones producidas por las patologías bucales más prevalentes en el adulto.

D.1. Manejo de Caries Dentales.

- a) Generalidades.
- b) Manejo de lesiones cariosas de raíces no cavitadas y/o cuellos sensibles.
- c) Manejo de lesiones de raíces y/o cuellos cavitados.

D.2. Endodoncia.

- a) Tratamiento de Conductos o Endodancias.
- b) Terapia pulpar.

D.3. Exodoncias.

D.4. Manejo de Enfermedades Gingivales y Periodontales.

- a) Intervenciones no quirúrgicas.

- b) Intervenciones quirúrgicas.
- D.5. Manejo de Lesiones de Tejidos Blandos.

3.- Seguimiento y rehabilitación.

- Paciente Desdentado Parcial.
- Desdentamiento total.

4. Antecedentes epidemiológicos nacionales del adulto mayor.

Los adultos mayores corresponden a aquellas personas con 60 años o más de edad (Instituto Nacional de Estadísticas). La cobertura GES para adultos de 60 años responde a los datos demográficos del país. En los últimos 30 años, la población de nuestro país ha experimentado un proceso envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. Hasta 1970, las personas mayores de 60 años representaba un 8% de la población de Chile, en el Censo de 2002 aumentaron a un 11,4% de la población y se proyecta para el año 2025, una población de 3.825.000 adultos mayores, representando el 20% de la población del país (INE, 2004). Visto de otra forma, para el 2025 se alcanzaría la igualdad de un adulto mayor por cada menor de 15 años. Este fenómeno se explica principalmente por tres motivos: la disminución de la natalidad y de la mortalidad junto con el aumento de la esperanza de vida. La alta esperanza de vida al nacer de los chilenos es un gran logro que refleja los niveles de calidad de vida que ha alcanzado nuestra población y especialmente los adultos mayores. Esto sitúa a Chile entre los tres primeros países con mayor esperanza de vida al nacer en América Latina junto a Costa Rica y Cuba.

De acuerdo al INE, la esperanza de vida al nacer, en Chile, es en promedio para ambos sexos de 78,45 años.

Asimismo, según proyecciones (INE, 2004) el porcentaje de población mayor de 60 años representaría para el año 2010 más del 13% de la población del país (Tabla IV).

Año CENSO	Población total	% Ambos sexos	Hombres	Mujeres
2005	16.267.278	11,5	817.888	1.049.295
2010	17.094.270	13.0	981.011	1.232.425

Tabla IV. Población mayor de 60 años (Instituto nacional de estadísticas, 2004).

A estos datos oficiales, se deben sumar los referentes al estado de salud oral de los adultos mayores en Chile. Según la encuesta nacional de salud del año 2003 la prevalencia de dentadura completa (> 14 dientes en boca) fue de 28% en la población general y disminuye significativamente con la edad, llegando a ser un hallazgo infrecuente en los mayores de 45 años. En los mayores de 65 años de edad, la tasa fue de 0,4%. En la encuesta nacional de salud del año 2003, el 37,1% usaba prótesis dentales en uno o ambos maxilares, siendo esta tasa mayor en las mujeres (44,1%) (Superintendencia de Salud, 2006).

La prevalencia de al menos un diente cavitado por caries en la población general fue de 66,2%. Esta prevalencia aumenta con la edad hasta alcanzar su máximo entre los 25 y 44 años para luego disminuir gradualmente. En los adultos mayores la tasa de prevalencia de caries fue de 44,7%, siendo mayor en los hombres con un 58% (Superintendencia de Salud, 2006). A pesar de esto, los siempre insuficientes recursos en salud, determinaron en el año 2000 que el Ministerio de Salud fomentara una política de priorización en la atención odontológica para el menor de 20 años (SSVSA, 2010).

5. Antecedentes epidemiológicos del adulto mayor en Valparaíso.

Valparaíso, ciudad capital de la región del mismo nombre. La comuna posee la cantidad de 252.442 habitantes, según censo 2002, del que un 99,75% corresponde a población urbana. Un 50.49% de la población es de género femenino y un 49,51% es de género masculino. La cobertura de salud primaria municipal es de un 76% de la población.

Al igual que el resto del país, Valparaíso ha tenido grandes cambios. Por ejemplo, en cuanto a la distribución de la población en los grandes grupos de edad entre los años 1990 y 2020. En Chile, en el grupo de 0 a 14 años se tendrá una disminución de de la población de un 32,4% y en el Servicio de Salud Valparaíso San Antonio de un 34,5%. (SSVSA, 2010). Para el 2020, el INE estima que la población mayor de 60 años será mayor que la menor de 15 años.

La situación social al igual que el resto del país es muy desigual y entre los distintos centros de salud existen a su vez diferencias interesantes de señalar en cuanto al índice de pobreza. Es así como en el consultorio Las cañas este índice alcanza un 75% de la población inscrita, mientras que en el consultorio Esperanza este índice es de 22% (CORMUVAL, 2009). La línea de pobreza según MIDEPLAN equivale a dos canastas familiares, equivalente a \$43.712 en zonas urbanas.

Centro de salud	Índice de pobreza
Puertas negras	64%
Placilla	33%
Las cañas	75%
Reina Isabel II	47%
M. Mena	42%
Esperanza	22%
Barón	27%
Placeres	29%
Rodelillo	58%
Quebrada verde	40%
Cordillera	43%
Padre Damián	57%

Tabla V. Pobreza por centro de salud en Valparaíso (CORMUVAL, 2009).

Acerca de la situación de salud oral del adulto mayor no existe un estudio completo. Sólo existen estudios parciales en algunas regiones. Por lo tanto, tenemos una aproximación acerca de la situación de salud oral del adulto mayor.

A continuación se señalan algunos datos sobre la situación de salud oral del adulto mayor en Valparaíso, recogidos a través de algunos estudios.

Un estudio en mayores de 65 años, en la comuna de Valparaíso, obtuvo los siguientes resultados: prevalencia de pérdida dentaria de un 100%, de los cuales un 59% con 8 o menos dientes remanentes, el 54% desdentado total superior, 31% desdentado total inferior y el 29% desdentado total en ambas arcadas. El promedio de índice COPD para el total de los individuos fue de 24 con un 88% correspondiente a P (perdido) (Badenier, 2003).

En el año 2006, se realizó un estudio de prevalencia de enfermedades bucodentales y necesidades de tratamiento en la V región (Badenier, 2006). En este estudio se utilizaron los intervalos de edad definidos por la OMS por lo que el grupo de adultos mayores quedó representado por personas de 65 a 74 años. Los resultados de este estudio fueron los siguientes: Índice COPD tuvo una media de 19.74. Los dientes perdidos en promedio fueron de 13,22. En cuanto a enfermedad periodontal, en el 31% hubo presencia de saco periodontal, es decir, periodontitis, en cambio, el 8,1% tuvo sangramiento. En cuanto al edentulismo, un 19,3% es desdentado total, mientras que los desdentados parciales representan el 79.7%. En cuanto a factores asociados a riesgo de caries sólo fue la ocupación, en enfermedad periodontal, fue la ocupación, comuna de residencia y placa bacteriana. En cuanto a necesidad de tratamiento odontológico en adultos, el 23,9% requiere obturaciones, 4.01% requiere extracciones y el 1.13% requiere coronas, El 70,13% restante requiere otros tratamientos como son tratamiento periodontal y preparación de dientes para tratamiento protésico.

Para el intervalo de edad entre 60 y 69 años, se realizó en el año 1985, un estudio a la población que frecuentaba los clubes de ancianos de Valparaíso. Sus resultados, para este tramo de edad, fueron en promedio: COPD= 24,22. Caries= 1,79. Perdidos= 21,76. Obturados= 0,67. Dientes sanos= 3,79. Desdentados completos con maxilar superior afectado: 61,44%; maxilar inferior afectado: 32,19%. Uso de prótesis totales: Superior 81,50%; Inferior 47,8%. El 26,82% resultó ser desdentado total (Badenier, 1985).

6. La satisfacción: Qué es y por qué estudiarla.

La satisfacción es un sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha calmado un deseo o cubierto una necesidad. Desde el punto de vista de la salud, un paciente se sentiría satisfecho cuando se cubren sus necesidades en salud. Existen distintas definiciones de satisfacción en estudios:

La Satisfacción del cliente es definida como el grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió (Arenas, Fuentes & Campos, 1993; Guzmán del Río, 1986; citados en Oliva e Hidalgo, 2004), o bien, como la medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario (Donabedian, 1980; citado en Hidalgo & Carrasco, 1999).

Estudiar la satisfacción de los usuarios es muy importante. Cada día se ha ido tomando mayor conciencia que el sentido común o las apreciaciones no sistematizadas no constituyen criterios serios ni válidos para evaluar el desarrollo de un programa (Hidalgo & Carrasco, 1999). Además, la buena disposición de los equipos de salud puede ser insuficiente para proporcionar una atención eficiente. "Todo esto conlleva a que la Evaluación de la Calidad sea considerada un aspecto fundamental para el desarrollo de programas de salud y el mejoramiento de su calidad" (Saraceno, 1992; citado en Hidalgo & Carrasco, 1999). Por lo tanto, el diseño de nuevas formas de atención, debe ser capaz de demostrar su calidad.

Cada día la mayoría de los consultantes tiene mayor información acerca de sus derechos y mayor responsabilidad de su propia salud, por lo tanto, exigen una mejor calidad de la atención. La satisfacción depende de variables tanto técnicas como de variables relacionadas al paciente (Sabrina et al., 2009). En algunos estudios se discute el hecho de que a pesar que se busca realizar el tratamiento más apropiado para el paciente, muchas veces la práctica clínica no toma en cuenta ciertos requerimientos del paciente (Stephens, 1997; citado en Sabrina et al., 2009).

La importancia de evaluar la satisfacción usuaria en diversos programas, es que permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, desde la perspectiva de los pacientes con respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado (Judge & Solomon, 1993; citados en Oliva e Hidalgo, 2004).

Entonces, tenemos distintas definiciones de satisfacción por un lado tenemos definiciones más relacionadas a la psicología y otras relacionadas al ámbito comercial y del marketing. Todos los estudios coinciden en que es importante evaluarla para hacer las modificaciones necesarias en pos de un mejor servicio.

7. Herramientas y modelos disponibles para medir la satisfacción.

Existen diversas formas de medir la satisfacción. Estudios proponen distintas herramientas y lo que tienen en común es que se basan en encuestas. A modo general, estas herramientas se pueden relacionar a calidad de vida o a calidad de servicio.

A continuación se mencionan algunos modelos susceptibles de ser utilizados.

Donabedian, ha propuesto el análisis de la atención sanitaria en tres dimensiones: **estructura, proceso y resultado**. Esto ha sido universalmente aceptado y se ha convertido en un modelo de uso común en las actividades de evaluación de la satisfacción usuaria (Hidalgo & Carrasco, 1999; Zurro, 1999; citados en Oliva e Hidalgo, 2004). Por **estructura**, se entiende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos donde trabajan y de la organización que se adopta (Oliva e Hidalgo, 2004). **Proceso**, se refiere al conjunto de las actividades que los profesionales realizan, por o para el paciente, así como la respuesta de los pacientes a esas actividades (Oliva e Hidalgo, 2004). El **resultado**, se refiere a los logros alcanzados tanto en el ámbito de salud del paciente o de la población a que se refiere. El paciente percibe un cambio (positivo o negativo) en el estado de salud atribuible a la atención (Oliva e Hidalgo, 2004). Esta metodología fue

usada por Oliva e Hidalgo en 2004 para comparar el nivel de satisfacción entre un grupo consultante de un programa experimental de salud familiar y otro grupo consultante de un programa tradicional biomédico. Desde entonces ha sido usado por distintos estudios de satisfacción en salud.

Según estudios, existe una serie de factores que influyen en la satisfacción de los usuarios con relación a la atención de salud recibida. Las investigaciones han señalado: **el género del profesional** (Delgado, López-Fernández & Dios de Luna, 1993; Gold & Dole, 1989; citados en Oliva e Hidalgo, 2004); **la especialidad del profesional** (Bertakis, Callahan & Helms, 1998; Gold & Dole, 1989; citados en Oliva e Hidalgo, 2004); **el tipo de relación que se establece entre el paciente y el profesional** (Anderson & Hinckley, 1998; Bertakis, Callahan & Helms, 1998; Koss & Rosenthal, 1997; citados en Oliva e Hidalgo, 2004); **las patologías físicas y fundamentalmente psiquiátricas que padecen los consultantes** (Hermann, Ettner & Dorwart, 1998; citados en Oliva e Hidalgo, 2004); **la carga de trabajo que mantienen los profesionales que atienden a los pacientes** (Griffith, Wilson & Rich, 1998; citados en Oliva e Hidalgo, 2004). El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación y, sobre todo, considerando el nivel de educación de las personas que van a responder el cuestionario.

El **OHIP** (Oral Health Impact Profile o Perfil de Impacto de la Salud Oral) es un Instrumento destinado a evaluar como influyen los trastornos bucodentales en la calidad de vida de las personas. Se ha utilizado ampliamente en diversos países y está considerado uno de los más avanzados y completos hasta la fecha. Este instrumento no evalúa aspectos positivos, por lo que todos los efectos que mide se consideran resultados adversos de los problemas de salud bucal (Castrejón, et al. 2010). El OHIP consta de 7 dimensiones: **limitación funcional, dolor, incomodidad psicológica, inhabilidad física, inhabilidad psicológica, inhabilidad social e incapacidad**. Las respuestas a cada pregunta se registran en una escala de tipo Likert: nunca; 1: casi nunca; 2: algunas veces; 3: frecuentemente; y 4: casi siempre. Este tipo de instrumento necesita de validación para ajustarlo a las distintas culturas y países. En español existen tres versiones: en México, Chile y otra en España. Además, este ha sido presentado como instrumento válido en Chile y muy útil para la investigación en adultos mayores (Albalá, 2010).

Así como el OHIP debe validarse, también ha sido modificado, dependiendo de los objetivos, por ejemplo, un estudio acerca de la influencia de la salud oral en la calidad de vida evaluó la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con implantes y prótesis fija usando un OHIP modificado (OHIP-EDENT ,Oral Health Impact Profile in edentulous adults), esta herramienta se utilizó en pacientes que portan prótesis y sus preguntas se orientan a conocer la capacidad masticatoria, comodidad al comer y el nivel de seguridad al utilizar la prótesis (Sabrina et al., 2009).

Un estudio acerca de la satisfacción en pacientes sometidos a tratamientos de urgencia, utilizó un cuestionario de 10 ítems, estos fueron extraídos de una lista de ítems para medir la satisfacción propuestos en un reporte del Consensus Workshop for selecting Essentials Oral Health Indicators in Europe, hecho por la Universidad de

Granada, España. Este cuestionario contenía tópicos como: limpieza de la clínica, hospitalidad, efectividad de la anestesia, tiempo de tratamiento, calidad de los instrumentos, manejo del paciente, explicación del tratamiento y costo de tratamiento. (Emil, et al., 2009).

Se mencionó anteriormente que la satisfacción ha sido muy estudiada desde el punto de vista del marketing en todo tipo de servicio. Es así como existen definiciones como: satisfacción del cliente es “el resultado de las impresiones recibidas a lo largo de la creación de un servicio menos las expectativas que el cliente trajo al entrar en contacto con la actividad de servicio” (Larrea, 1991). Otros autores afirman que la satisfacción es la evaluación que realiza el cliente respecto de un producto o servicio, en términos de si ese producto o servicio respondió a sus necesidades y expectativas, (Zeithaml & Bitner, 2002, en Valenzuela 2008). Se puede decir que al no existir un cumplimiento en las necesidades y expectativas del cliente, se sabe con certeza que el resultado obtenido es la insatisfacción con el servicio recibido. La satisfacción presenta una estructura que tiene un carácter netamente individual, esto quiere decir que los bienes iguales provocan grados de satisfacción diferentes en dos clientes distintos, es decir, la manifestación que cada cliente tiene, varía de una persona a otra.

La satisfacción es determinada por características específicas, tales como las dimensiones de la calidad en el servicio, la calidad del producto, el precio, los factores situacionales y factores personales (Valenzuela, 2008).

En relación a estas definiciones se han ideado instrumentos que permiten conocer la satisfacción en base a la calidad de servicio percibido y esperado: como son **SERVPERF Y SERVQUAL**.

La escala SERVQUAL, recoge informaciones sobre percepciones y expectativas para cada atributo, y la escala SERVPERF recoge solamente percepciones, y se ha demostrado como más práctica y efectiva (Riveros & Berné, 2007).

Se ha utilizado también un cuestionario de calidad de atención desarrollado por De León en el año 2002. Este puede ser modificado y de hecho ya lo ha sido. Este cuestionario evalúa sobre la base de 12 ítems, acerca de: el tiempo que el usuario debió esperar para recibir la atención, quejas con la atención de los profesionales, calificación y nivel de satisfacción con los profesionales, limpieza de sanitarios e infraestructura del lugar de atención, calificación y nivel de satisfacción y por último los aspectos positivos, negativos y sugerencias con la atención brindada (De León, 2002).

El indicador SERVQUAL.

Este es un cuestionario que permite medir la diferencia entre expectativas y percepciones y por lo tanto dar una aproximación de la satisfacción. Asimismo, este instrumento está elaborado en base a cinco dimensiones de la calidad. Estas dimensiones son las siguientes:

➤ Elementos tangibles: se refieren a la apariencia de las instalaciones física, equipos, personal, etcétera.

- Confiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: voluntad y disposición para ayudar a los clientes y proveerlos de un servicio rápido.
- Seguridad: se refiere a inspirar credibilidad que provoca como consecuencia una inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
- Empatía: la capacidad de poder ponerse en el lugar del cliente dando de esta manera una atención personalizada

El cuestionario distingue dos partes. La primera dedicada a las expectativas donde se recogen 22 afirmaciones que tratan de identificar las expectativas generales de los clientes sobre un servicio concreto. La segunda dedicada a las percepciones, formada por las mismas 22 afirmaciones anteriores donde la única diferencia es que no hacen referencia a un servicio específico sino a lo que reciben de una empresa concreta que pertenece a dicho servicio.

Con la información obtenida de los cuestionarios se calculan las percepciones (P_j) menos las expectativas (E_j) para cada pareja de afirmaciones.

SERVQUAL = ($P_j - E_j$) De esta comparación se pueden obtener tres posibles situaciones:

- Que las expectativas sean mayores que las percepciones: entonces se alcanzan niveles bajos de calidad.
- Que las expectativas sean menores que las percepciones: los clientes alcanzan niveles de calidad altos.
- Que las expectativas igualen a las percepciones: entonces los niveles de calidad son modestos.

El indicador SERVPERF.

Este indicador está basado únicamente en las percepciones. El modelo emplea las 22 afirmaciones referentes a las percepciones sobre el desempeño recibido del modelo SERVQUAL. Reduce por tanto a la mitad las mediciones con respecto al SERVQUAL.

Se calcula como: **SERVPERF = P_j**

La calidad del servicio será tanto mejor cuanto mayor sea la suma de dichas percepciones.

Se han comparado el SERVPERF con SERVQUAL en cuanto a la calidad de servicio, satisfacción e intención de compra del servicio (Cronin y Taylor, 1992 en Valenzuela, 2008). Esta investigación concluye que una medición de la calidad del servicio basada en las percepciones no ponderadas (SERVPERF no ponderado), es más apropiada que el SERVQUAL ponderado o SERVPERF ponderado. Por medio de un estudio empírico realizado en 8 empresas de servicios deducen que el modelo SERVQUAL no es el más adecuado para medir la calidad del servicio, y proponen el nuevo modelo denominado SERVPERF. Así desarrollan y prueban un modelo alternativo basado en el desempeño. Realizan su investigación basándose en una serie de cuestionarios que contrastan la medición de la calidad realizada mediante la

discrepancia entre expectativas y percepciones de los consumidores y otra realizada solamente con las percepciones o actitudes de los mismos. Para la elaboración de los cuestionarios, se basan en los 22 ítems propuestos por SERVQUAL y sugieren, por un lado aplicar el modelo SERVQUAL y por otro medir la calidad solo con el test de percepciones que propone SERVQUAL. Discutido en la revisión de la literatura y según las pruebas practicadas por Cronin y Taylor, la escala SERVPERF parece que conforma más de cerca las implicaciones de la literatura sobre actitudes y satisfacción (Cronin & Taylor en Valenzuela, 2008).

Entonces según el modelo propuesto por Cronin y Taylor tenemos lo siguiente:

- 1) La calidad del servicio es un antecedente de la satisfacción del cliente.
- 2) La satisfacción del consumidor tiene un impacto significativo en las intenciones de compra.
- 3) La calidad de servicio tiene un menor efecto en las intenciones de compra que la satisfacción del consumidor.

Además, este modelo (SERVPERF) proporciona un instrumento de menor extensión para evaluar la calidad del servicio, ahorrando tiempo en la aplicación de la encuesta y procesamiento de datos (Valenzuela, 2008).

Para concluir: la medición de la satisfacción según la literatura está estrechamente relacionada con la calidad de un servicio y por tanto, los instrumentos utilizados para medirla, como son SERVPERF y SERVQUAL son válidos para estudiar la satisfacción.

8. Cómo describir la salud oral.

Para establecer un perfil de salud oral se necesita conocer las herramientas e instrumentos disponibles y más utilizados en epidemiología. De acuerdo a la literatura se pueden encontrar algunos índices y herramientas para describir el perfil de salud oral. Estos se detallan a continuación:

Índice COP.

Este índice se utiliza para calcular el número de dientes o superficies con historia de caries y para calcular la prevalencia del problema a nivel comunitario, siendo C para cariado, O para obturado y P para perdido, los dientes obturados se asume que inequívocamente han tenido anteriormente caries antes de la restauración. Este índice puede ser aplicado al diente como un todo clasificado como COPd y a todas sus superficies COPs. El índice COP ha sido utilizado ampliamente desde su introducción en 1938 debido a que cumple una gran cantidad de criterios para un índice ideal, tales como, validez, confianza, claridad, simplicidad, objetividad, cuantificable y aceptabilidad. (Fejerskov et al., 2008).

Índice de significancia de caries (SiC).

El SiC no es un índice nuevo, si no que es una forma de presentación de datos que ayuda a dar una mejor perspectiva de la distribución de caries en la

población. Es el resultado del COP del tercio de la población que está más afectado por caries, con la intención de ser usado junto con el resultado COP de toda la población para así dar un sumario más completo de la distribución de caries de la población. Mientras mayor sea la distribución, mayor será la brecha entre el COP y el SiC. En años recientes una nueva dimensión ha sido agregada a la clásica exanimación táctil-visual de caries, es el concepto de medición de actividad de la lesión. (Nyvad et al., 1999; Fejerskov et al., 2008)

Índice PSR.

El PSR, del inglés "Peridontal Screening and Recording", es un examen periodontal utilizado por el odontólogo general para valorar de forma rápida y sencilla el estado periodontal del paciente. Para llevarlo a cabo se requiere una sonda periodontal OMS.

Se dividen las arcadas dentarias en seis sextantes, partiendo de la pieza más posterior superior derecha hasta el primer premolar superior derecho, que corresponde al primer sextante. Luego el segundo sextante involucra el sector anterior superior, es decir de canino a canino, y así prosigue dividiendo las arcadas siguiendo el sentido de las agujas del reloj. Se examinan al menos seis sitios alrededor de cada diente.

Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal de la Comunidad (CPITN).

Diseñado inicialmente con propósitos epidemiológicos, se ha transformado en una excelente herramienta para realizar un examen periodontal básico y de esta manera identificar los pacientes que necesitan tratamiento periodontal. El realizar este examen periodontal básico, basado en el CPITN, caracterizado por su simpleza, facilidad y el breve tiempo que demora, permite establecer en un breve período de tiempo y con un mínimo de instrumental, las necesidades de tratamiento periodontal de los pacientes, para su correcta atención o inmediata derivación.

Se usa la sonda periodontal diseñada por la OMS para el CPITN o sondas periodontales tipo OMS (Hu-Friedy). Esta sonda está particularmente diseñada para una manipulación suave de los tejidos blandos ubicados alrededor de la pieza dentaria. La sonda presenta una esfera de 0,5 mm de diámetro en el extremo, con una porción codificada de color que se extiende desde los 3,5 a los 5,5 mm. (Mendoza, et al., 2006; Doncel, et al., 2008).

Higiene oral.

En condiciones normales la placa no es visible. El interés de poderla visualizar se debe a que permite el perfeccionamiento y control de la higiene bucodental. Los reveladores de placa son sustancias que tiñen la placa haciéndola visible. Los procedimientos de visualización pueden ser básicamente de dos tipos: físico-

químicos: Isotiocianato de fluoresceína más lámpara ultravioleta (poco utilizado); y
químicos: son los más utilizados por ser los más sencillos.- índices;

Índice de O'Leary.

Valora la presencia o ausencia de placa en las cuatro superficies del diente (todas, menos la oclusal en dientes posteriores). En las superficies proximales se examinará la presencia de placa fundamentalmente a nivel gingivodental en las zonas mesio y disto vestibular y mesio y disto palatina o lingual. Se determina sumando los sectores con placa, dividiendo por el número de sectores presentes (número de dientes multiplicado por 4) y multiplicando por 100. No se consideran los dientes ausentes en el denominador. Existe una variante muy utilizada que contempla sólo las superficies vestibular y lingual, y por tanto el denominador es número de dientes presentes multiplicado por 2 (Katz, et al., 1989).

Índice de placa Løe y Silness.

Este índice permite establecer grados de intensidad del acumulo de placa, no necesita la aplicación de sustancias descubridoras y puede utilizarse en piezas dentarias seleccionadas representativas de toda la boca, tales como (1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1, y 4.4) en cuatro sitios por diente, mesial vestibular distal y palatino. Se estima el promedio de las piezas seleccionadas para tal fin. Incluyendo las cuatro áreas del diente.

Consumo de Fármacos.

La prescripción de fármacos en el adulto mayor, tiene mucha importancia y reviste características propias. El adulto mayor está frecuentemente poli medicado y la frecuencia de reacciones adversas a medicamentos (R.A.M.), es elevada, las cuales aumentan proporcionalmente en la medida que se incrementa el número de fármacos consumidos. Se considera que hasta tres fármacos son bien manejados. La toxicidad aumenta al aumentar el número de fármacos (Castillo & Valenzuela, 2001).

Edentulismo.

Ausencia total o parcial de piezas dentales, las cuales no se reemplazarán posteriormente de forma natural. Entre las principales causas encontramos la caries y la enfermedad periodontal: son estas las más usuales en pacientes de todas las edades. La clasificación más usada internacionalmente es la de Kennedy, que está basada en la relación existente entre espacios desdentados y dientes remanentes. Es simple, fácil de recordar, abarca todos los casos y es universal.

III. OBJETIVOS

1. Objetivos.

1.1 General.

Conocer el efecto sobre la salud bucodental y satisfacción en la población beneficiada con salud oral integral 60 años y compararlo con la población entre 61 y 70 años no beneficiada, durante 2010.

1.2 Objetivos específicos.

1.-Describir la muestra en estudio desde el punto de vista de las variables universales epidemiológicas.

2.-Describir el Perfil de Salud bucodental de los pacientes beneficiados por la ley 19.966 (GES) salud oral integral 60 años y de los no beneficiados.

3.-Comparar el perfil de salud Bucodental entre pacientes adultos mayores beneficiados por la ley 19.966 (GES) salud oral integral 60 años, y aquellos que no lo son, a través de las variables: COPD, índice de placa ,instrucción de higiene, CPITN, edentulismo, dientes sanos, remanencia dentaria y porte de prótesis entre ambos grupos.

4.-Comparar la satisfacción entre adultos mayores beneficiados y no beneficiados de acuerdo a la ley 19.966 (GES) a nivel general y en las dimensiones: Confiabilidad, Capacidad de Respuesta, Tangibilidad y Valoración acerca de la GES.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Diseño y tipo de estudio.

Este estudio es de tipo casos y controles. Se analiza el efecto de las Garantías Explícitas de Salud oral integral 60 años, en el perfil de salud oral y satisfacción de los pacientes. Por lo tanto, tenemos un grupo priorizado por la ley 19.966 que corresponde al **Grupo Beneficiado** y otro grupo de pacientes atendidos durante el 2010 (no necesariamente de alta) que es el grupo de pacientes no priorizado por la ley 19.966, es el **Grupo No Beneficiado**. Se utilizó al paciente como fuente para la recolección de datos. Importante aclarar que al paciente no beneficiado sólo se le atiende su demanda espontánea por lo que prácticamente no existen pacientes de alta. Sin embargo, en este grupo se incluyen aquellos pacientes que pudieron en años anteriores haber sido beneficiarios de la GES 60 años o también por urgencia (que también está garantizada) y que han continuado consultando por diversos motivos, pero que ya no representan una prioridad. Asimismo, se incluyeron pacientes que no representando una prioridad ante la ley 19. 966 (GES) si pudieron haber sido beneficiados con otros programas para el adulto mayor.

2. Sujetos de estudio.

2.1 Universo y población.

Se estudiaron dos poblaciones. La primera corresponde a los adultos mayores, beneficiados con GES, Salud oral integral 60 años, durante el año 2010. La segunda, corresponde a los adultos mayores no beneficiados, durante el 2010, con dicha garantía, esta población se definió entre 61 y 70 años. Este estudio se enfocó en la población beneficiaria de FONASA de la comuna de Valparaíso, específicamente en los centros de salud: Jean Marie Thierry, Placeres, Quebrada verde, Padre Damián y Cordillera.

2.2 Muestra.

Para determinar un tamaño de muestra para comparar dos proporciones o prevalencias en dos poblaciones independientes, en este caso la población Beneficiada y no Beneficiada por la ley de GES, esta metodología busca un tamaño de muestra mínimo para la detección de diferencias de dos proporciones según un error de estimación (δ) y un intervalo de confianza aproximado del $[1-\alpha] \cdot 100\%$ por medio de la distribución normal. El tamaño de muestra por grupo está dado por:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \left[\frac{w_1 N_1 \cdot p_1 \cdot (1 - p_1)}{N_1 - 1} + \frac{w_2 N_2 \cdot p_2 \cdot (1 - p_2)}{N_2 - 1} \right]}{\delta^2 + Z_{1-\alpha/2}^2 \left[\frac{w_1^2 p_1 \cdot (1 - p_1)}{N_1 - 1} + \frac{w_2^2 p_2 \cdot (1 - p_2)}{N_2 - 1} \right]}$$

Donde:

W_1 : Es el peso de la población 1 en el total de población. W_2 : Es el peso de la población 2 en el total de población.

p_1 : Es la prevalencia de la población 1. p_2 : Es la prevalencia de la población 2.

N_1 : Es el tamaño de la población 1. N_2 : Es el tamaño de la población 2.

n_1 : Es el tamaño de la muestra extraído de la población 1. n_2 : Es el tamaño de la muestra extraído de la población 2.

$Z_{1-\alpha/2}$: el percentil de la distribución , que es 1,960 cuando el nivel de confianza es del 95%. (δ) El error de estimación.

La prevalencia de las poblaciones p_1 y p_2 se obtiene a partir de la cantidad de pacientes inscritos adultos mayores de 60 años, que corresponden a los que se hacen el EFAM (examen físico del adulto mayor) informado por la CORMUVAL (Páez, 2011). El total de EFAM es de **13.066**, este es el 100%. De este 100% tenemos que la población de 60 años corresponde a **1845** equivalente a un 14 % con lo que la prevalencia de la población 1 es de **$p_1=0,14$** . Del total de EFAM, las personas de 61 o más susceptible de ser atendida en el área odontológica corresponde a **11.221**, equivalente al **86%**, con ello la prevalencia de la población 2 es de **$p_2 = 0,86$** .

Con esto el valor de la función **$p_1 (1 - p_1) = 0,14 (1-0,14)= 0,1204$** .

El valor de la función **$p_2 (1 - p_2)= 0,86 (1-0,86)= 0,1204$** .

Entonces:

$$n = \frac{(1,960)^2 \cdot \left[\frac{W_1 \times N_1 \times 0,1204}{N_1 - 1} + \frac{W_2 \times N_2 \times 0,1204}{N_2 - 1} \right]}{(0,04)^2 + (1,960)^2 \cdot \left[\frac{W_1^2 \times 0,1204}{N_1 - 1} + \frac{W_2^2 \times 0,1204}{N_2 - 1} \right]}$$

En consecuencia:

- $N_1= 284$ total de altas de 60 años en los 5 consultorios estudiados (Información proporcionada por ellos).
- $N_2= 181$ total de pacientes atendidos entre 61 y 70 años, informados por los centros de salud estudiados.
- Intervalo confianza: 95%.
- Con un error de estimación de 4% el mínimo de pacientes requeridos es: $n_1 = 40$ pacientes $n_2=26$. Total 66 pacientes.
- De este total, cada centro de salud representó un equivalente proporcional a su tamaño dentro del universo.

3. Grupos de estudio.

Grupo	Definición	Tamaño del grupo
Grupo Beneficiado (Casos)	Pacientes que teniendo 60 años, representan una situación de salud oral prioritaria en la ley N°19.966 y obtuvieron el alta integral durante el año 2010, en Valparaíso.	48 pacientes
Grupo No Beneficiado (Controles)	Pacientes que al tener más de 60 años no representan una situación de salud oral prioritaria en la ley N°19.966, fueron atendidos durante el año 2010 en Valparaíso y no necesariamente obtuvieron el alta.	28 pacientes

Tabla VI. Definición de grupos.

4. Criterios de Inclusión y Exclusión.

Grupo	Criterios Inclusión
Grupo Beneficiado	<ul style="list-style-type: none">• Aquellos pacientes que teniendo 60 años solicitaron su tratamiento odontológico.• Aquellos que cumpliendo el requisito anterior obtuvieron el alta durante al año 2010
Grupo No Beneficiado	<ul style="list-style-type: none">• Se incluyeron pacientes con un máximo de 70 años.• Que tuvieran 61 o más años.• Aquellos que pudieron haber sido beneficiados de GES oral integral en años anteriores, pero no en 2010, por lo tanto ante la ley 19.966 ya no representaban una situación de salud oral prioritaria.• Aquellos pacientes que pudieron ser beneficiados con otros programas para el adulto mayor (PRAIS, Programa de reducción de brechas, para adultos de escasos recursos , etc)

Tabla VII. Criterios de inclusión por grupo.

Grupo	Criterios exclusión
Ambos grupos	<ul style="list-style-type: none"> • Aquellos pacientes seleccionados que no formaron parte del estudio por: Negarse a ser examinado, verse impedido de responder al estudio por problemas motores, cognitivos, cambio de domicilio fuera de la zona y fallecimiento. • Aquellos no dispuestos a firmar el consentimiento informado. • No disponibilidad del número telefónico del paciente.

Tabla VIII. Criterios de exclusión.

5. Método de selección de la muestra.

Se comenzó por la obtención de las listas de pacientes atendidos por los centros de salud. Estas listas fueron dos por consultorio. La primera corresponde a los pacientes de alta de 60 años entre Enero y Diciembre de 2010 (Grupo Beneficiado). La segunda corresponde a listas de pacientes atendidos durante 2010 obtenidas a través de las fichas de atención disponibles de pacientes entre 61 y 70 años (Grupo No Beneficiado). En cada lista se asignó un número a cada paciente en el mismo orden entregado. Luego se procedió a seleccionar al azar (por sorteo) a través del número asignado, respetando la proporción que representa a cada centro de salud en el Universo. Se procedió luego a llamar a los pacientes seleccionados. Cuando el número telefónico no se encontraba disponible o el paciente no accedía a participar, se procedía a llamar al número siguiente, si este no se encontraba disponible, se procedía con el siguiente y así sucesivamente hasta alcanzar el tamaño calculado para la muestra.

6. Variables.

Este estudio posee 4 grupos de variables: (1) grupo al que pertenece, (2) variables universales epidemiológicas, (3) variables relacionadas al perfil de salud oral y (4) variables relacionadas a la satisfacción. Todas fueron registradas en una ficha clínica (Anexo 1). De acuerdo al planteamiento de las hipótesis, el perfil de salud oral y el nivel de satisfacción varían de acuerdo al grupo al que pertenecen los individuos. Las variables para medir la satisfacción se obtuvieron y adaptaron a partir del instrumento conocido como SERVPERF no ponderado el cual se concentra en medir la calidad de servicio percibido o basado en el desempeño. Se establecieron 4 dimensiones para medir esta percepción. Las primeras 3, se refieren a características generales de cualquier servicio: Confiabilidad, Capacidad de respuesta y Tangibilidad. La cuarta dimensión consideró preguntas acerca de las garantías GES (acceso, oportunidad, financiamiento y calidad, una para cada garantía). Por último, se agregó para el análisis de esta variable una pregunta directa acerca de su nivel de satisfacción, con la atención y tratamiento.

Tabla IX. Variables: Definición, valores, tipo y escala.

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Valores	Tipo y escala de medición
Tratamiento con GES (Garantía explícita en salud)	Tratamiento en salud oral integral para personas que soliciten el beneficio teniendo 60 años, se asegura acceso oportuno y protección financiera y calidad (MINSAL)	Pertenencia al grupo de casos o controles, especificado en la listas de pacientes entregadas por los consultorios.	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Beneficiado • Grupo No Beneficiado 	Cualitativa - nominal dicotómica
Variables socio demográficas	Definición conceptual	Definición operacional	Valores	Tipo y escala de medición
1.Género	Conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes (RAE)	Género declarado por el paciente, Femenino o Masculino.	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Cualitativa – nominal dicotómica
2.Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (RAE)	Número de años cumplidos que declara tener el paciente en estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Años en N° enteros: [0 - ∞ [Cuantitativa - discreta
3.Estado civil	Situación particular de las personas en relación con la institución del matrimonio (soltero, casada, viuda, etc.) y con el parentesco. (Biblioteca del congreso nacional de Chile)	Situación civil declarada por el paciente, no necesariamente se condice con su situación legal.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Conviviente • Viudo • separado 	Cualitativa - nominal

4. Nivel educacional	Escalonamientos de experiencias educativas y competencias, definidas dentro del diseño del programa educacional. (MINEDUC)	Nivel de educación al que declara el paciente haber cursado.	<ul style="list-style-type: none"> • E. primaria. • E primaria incompleta. • E. secundaria. • E. secundaria incompleta. • E. Superior técnica y/o universitaria. 	Cualitativa - nominal
5. Años de escolaridad	Año de curso en la educación.	Número de años que declara el paciente haber cursado.	<ul style="list-style-type: none"> • Años en N° naturales: [0 - ∞ [Cuantitativa discreta
6. Establecimiento	Centro de salud en el que se atiende el paciente	Centro de salud donde se atiende regularmente el paciente, obtenido de la lista entregada por los centros de salud.	Jean Marie Thierry Placeres Quebrada verde Cordillera Padre Damian	Cualitativa - nominal
7. Antecedentes de enfermedades crónicas	Antecedentes sobre Aquellas enfermedades de larga duración (Wikipedia)	Enfermedad o antecedente de salud que el paciente declare. Preguntadas y registradas en la ficha. Se incluyen: -Hipertensión -Diabetes Mellitus I y II, resistencia insulina -Enfermedades cardiovasculares (Aterosclerosis,	Sí -No	Cualitativa – nominal dicotómica

		<p>accidentes vasculares, embolia, arritmias , etc)</p> <p>-Enfermedades respiratorias (Obstructivas, restrictivas)</p> <p>-Enfermedades hematológicas hemofilia, discrasias sanguíneas)</p> <p>-Enfermedades Hepáticas (hígado graso, cirrosis , cáncer, etc)</p> <p>-Enfermedades renales</p> <p>-Alteraciones motoras</p> <p>-Inmunosupresión (trasplantados , VIH, etc)</p> <p>-Enf. Tiroidea</p> <p>-Cánceres</p> <p>-Alergias</p> <p>-Osteoporosis</p> <p>-Otras</p>		
8. Acceso a servicios de salud general	Acceso es la entrada o paso. (RAE)	Posibilidad real de acceso (accede o accedió) a la atención odontológica en alguno de los sistemas de salud. Declarado por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento público • Ambos (público y privado) 	Cualitativa – nominal

Variables del perfil de salud oral	Definición conceptual	Definición operacional	Valores	Tipo y escala de medición
	Variables que permiten hacer una descripción de la salud oral de una población.	El perfil de salud oral en este estudio se define como un resumen de las variables bucodentales de la población estudiada.		
1. Historia y presencia de caries. COPD	<p>Corona cariada: Lesión presente en un punto o fisura, o una superficie dental suave con una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciablemente ablandado. También se incluye, diente con una obturación temporal o un diente que está obturado pero también cariado; superficies proximales en donde la sonda entra claramente en la lesión; corona que ha sido destruida por la caries y sólo queda la raíz (OMS).</p> <p>Corona obturada sin caries: Presencia de una o más restauraciones permanentes sin ninguna</p>	<p>Dientes cariados, obturados o perdidos de acuerdo al examen clínico.</p> <p>Cariado: cualquier diente que presente lesiones</p> <p>O cavitaciones al examen clínico, no radiográfico.</p> <p>Obturado: Cualquier diente que presente restauración en cualquiera de sus superficies.</p> <p>Perdido: Diente ausente por alguna causa patológica</p>	<p>C O P</p> <p>N° enteros: [0 - ∞ [</p> <p>.</p>	<p>Cuantitativa - discreta</p>

	<p>caries en la corona. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior (OMS).</p> <p>Diente perdido, como resultado de caries: Dientes permanentes que fueron extraídos debido a la presencia de caries (OMS).</p>			
2. Tipo de edentulismo.	Falta de dientes debido a diversas causales.	<p>Tipo de pérdida dentaria en cuanto a cantidad, recogido a través de examen domiciliario.</p> <p>Edentulismo parcial (al menos 1 diente perdido)</p> <p>Edentulismo total: ausencia total de dientes.</p> <p>Dentado: 14 dientes en cada maxilar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edentulismo parcial • Edentulismo total • Dentado 	Cualitativa - nominal

3. Dientes remanentes	Dientes presentes en boca.	Número de dientes remanentes en boca, registrado en ficha al examen domiciliario.	N° naturales: [0 - ∞ [.	Cuantitativa - discreta										
4. Dientes sanos	Dientes sin enfermedades.	Dientes libres de caries u obturaciones.	N° naturales: [0 - ∞ [Cuantitativa - discreta										
5. Necesidad de tratamiento periodontal (CPITN)	La necesidad de un sujeto o población por un tratamiento periodontal.	<p>Obtenido en examen domiciliario con sonda OMS. Código registrado por boca en ficha.</p> <table border="1" data-bbox="1104 906 1426 1382"> <thead> <tr> <th data-bbox="1104 906 1227 946">Código</th> <th data-bbox="1227 906 1426 946">Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1104 946 1227 1018">0</td> <td data-bbox="1227 946 1426 1018">Sin signos inflamatorios</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1018 1227 1090">1</td> <td data-bbox="1227 1018 1426 1090">Hemorragia al sondaje.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1090 1227 1313">2</td> <td data-bbox="1227 1090 1426 1313">Tártaro supra o subgingival. Irritación gingival iatrogénica.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1104 1313 1227 1382">3</td> <td data-bbox="1227 1313 1426 1382">Saco poco profundo,</td> </tr> </tbody> </table>	Código	Descripción	0	Sin signos inflamatorios	1	Hemorragia al sondaje.	2	Tártaro supra o subgingival. Irritación gingival iatrogénica.	3	Saco poco profundo,	<p>0 1 2 3 4</p>	Cualitativa - ordinal
Código	Descripción													
0	Sin signos inflamatorios													
1	Hemorragia al sondaje.													
2	Tártaro supra o subgingival. Irritación gingival iatrogénica.													
3	Saco poco profundo,													

			menos de 5mm. Área negra de la sonda parcialmente a la vista		
		4	Saco poco profundo, más de 6mm. Área negra de sonda no se ve.		
6. Índice de placa de O'Leary.	La placa dental o biofilm es una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana con matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano	Porcentaje de sitios teñidos con revelador de placa en razón del total de sitios en boca, al examen domiciliario.	Porcentual : [0 - 100]	Cuantitativa de razón	
7. Instrucción de higiene	Higiene es una parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud y la prevención de enfermedades, en el caso de la higiene oral se aplica lo mismo a la cavidad oral.	Si hubo o no hubo instrucción de higiene antes durante o después el tratamiento, declarado por el paciente.	Sí - No	Cualitativa nominal dicotómica	

8.Tratamiento protésico	8.1. Presencia de prótesis.	La presencia o ausencia de un tratamiento protésico.	Si el paciente presenta tratamiento protésico removible al examen.	Sí – No	Cualitativa nominal dicotómica.
	8.2. Motivos de no presencia de tratamiento protésico.	Motivo es la causa o razón que mueve algo (RAE).	Si está en espera, No desea, No se indicó Tratamiento, Está en tratamiento (Declarado por el paciente).	<ul style="list-style-type: none"> • Espera • No desea • No se indicó • Está en tratamiento 	Cualitativa nominal
9 .Establecimiento donde fue rehabilitado		El tipo de establecimiento significa la pertenencia del centro de salud a alguno de los sistemas de salud en Chile.	Nombre del establecimiento público donde fue rehabilitado con prótesis o si fue en un centro privado, declarado por el paciente.	CEO Jean Marie Thierry Quebrada Verde Cordillera Placeres Padre Damián Privado	Cualitativa nominal

Variables relacionadas a la satisfacción.	Definición conceptual	Definición operacional	Valores	Tipo y escala de medición
<ul style="list-style-type: none"> • Confiabilidad • Capacidad de respuesta • Tangibilidad • Valoración GES 	Variables que permiten medir la satisfacción de la población.	La satisfacción en este estudio se define como la percepción que tienen los pacientes, en relación a la calidad de servicio, basada en el desempeño o servicio percibido (SERVPERF). Medida en 4 dimensiones, a través de una encuesta cara a cara.	En una escala de valoración subjetiva que va desde pésimo hasta excelente.	Cualitativas ordinales
1.Confiabilidad (afirmaciones 1 a 4 en encuesta. Anexo 1)	Probabilidad que un componente (equipo o sistema) realice las tareas para las que fue diseñado, en forma satisfactoria, en un período de tiempo determinado cuando es utilizado bajo ciertas condiciones.	Percepción del paciente referente a la Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa (SERVPERF).	1 pésimo 2 muy malo 3 malo 4 regular 5 bueno 6 muy bueno 7 excelente	Cualitativa ordinal
2.Capacidad de respuesta (afirmaciones 5 a 8 en encuesta. Anexo 1)	Probabilidad de producir, frente a una demanda, una respuesta de calidad aceptable, dentro de un margen de tiempo aceptable y a un costo aceptable.	Percepción del paciente en cuanto a la Voluntad y disposición a ser ayudado y provisto de un servicio rápido (SERVPERF).	1 Pésimo 2 muy malo 3 malo 4 regular 5 bueno 6 muy bueno 7 excelente	Cualitativa ordinal

3. Tangibilidad (afirmaciones 9 a 12 en encuesta. Anexo 1)	Lo que se puede percibir de manera precisa.	Percepción del paciente en cuanto a la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal, etcétera (SERVPERF).	1 al 7 1: pésimo 2 muy malo 3 malo 4 regular 5 bueno 6 muy bueno 7 excelente	Cualitativa ordinal
4. Valoración de la GES oral integral 60 años (afirmaciones 13 a 16 en encuesta)	La valoración es el reconocimiento, estimación o apreciación del valor o mérito de alguien o algo (RAE).	Percepción del paciente sobre su atención y tratamiento en cuanto a Oportunidad, acceso, protección financiera y calidad.	1 al 7 1: pésimo 2 muy malo: 3 malo 4 regular 5 bueno 6 muy bueno 7 excelente	Cualitativa ordinal
5. Nivel de Satisfacción General.	Satisfacción es el cumplimiento del deseo o del gusto (RAE)	Nivel en que el paciente se declara (frente la pregunta directa) con el servicio odontológico.	Escala de valoración subjetiva -Muy insatisfecho -Insatisfecho -Satisfecho -Muy satisfecho	Cualitativa ordinal

7. Recolección de datos.

7.1 Instrumentos.

La recolección de datos se realizó mediante entrevista, encuesta y examen a través de la visita domiciliaria.

En el examen, para las variables relacionadas a la salud oral se utilizaron índices probados como: COPD, CPITN, Índice de O'Leary (Anexo 1). Se contó con un examinador. Para el examen se utilizaba 1 bandeja de examen con sonda de caries, pinza, espejo y sonda OMS; revelador de placa, vaso desechable, iluminación natural, servilletas para superficie, guantes de vinilo, mascarilla, ficha de recolección de datos. Según recomendación de la OMS para el índice periodontal comunitario se utilizó espejo, sonda OMS y luz natural (OMS, 1997 citado por Badenier et al., 2010).

El instrumento a utilizar para medir el nivel de satisfacción (Anexo 1) de los pacientes constituye uno basado en el SERVPERF no ponderado, que mide percepciones con igual peso de cada dimensión en el resultado. Por lo tanto, se mide la satisfacción en relación a la calidad de servicio basado en el desempeño o servicio percibido. Se utilizaron las 3 primeras dimensiones de las 5 que posee el original y se agregó una, de construcción propia (Acerca del acceso, oportunidad, financiamiento y calidad), para recoger la percepción de calidad de servicio basada en el desempeño, la cual según la literatura revisada está estrechamente relacionada con la satisfacción. Por lo tanto, el instrumento tiene 4 dimensiones: (1) Confiabilidad, (2) Capacidad de respuesta, (3) Tangibilidad y (4) Valoración acerca del acceso, oportunidad, financiamiento y calidad. Para cada dimensión se utilizaron 4 preguntas o afirmaciones.

7.2 Validez del instrumento.

SERVPERF ocupa las mismas afirmaciones de la escala SERVQUAL en el ítem de percepciones. No utiliza las expectativas (Anexo 2).

La escala multidimensional SERVQUAL desarrollada por Valerie A. con el auspicio del Marketing Science Institute en 1988, ha experimentado mejoras y revisiones y ha sido validada en América Latina por Michelsen Consulting, con el apoyo del nuevo Instituto Latinoamericano de Calidad en los Servicios. El Estudio de Validación concluyó en Junio de 1992 (Valenzuela, 2008).

7.3 Tiempos de recolección.

La recolección de datos comenzó con la búsqueda de información de contacto (Nombre, teléfono y dirección) en los centros de salud que participaron en el estudio. La información de contacto fue recogida acudiendo a los centros entre los meses de Enero y Febrero de 2011. En total se examinaron 76 pacientes entre los meses de febrero y mayo de 2011. Se examinaba de 4 a 5 pacientes por día residentes del mismo sector.

La información de los pacientes del grupo Beneficiado fue de muy fácil acceso pues se encuentran en listas separadas, sin embargo, la información de los

pacientes No Beneficiados hubo que buscarla a partir de las fichas de atención y luego recopilar teléfonos y direcciones en el Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) de cada centro de salud. Durante este proceso se recopiló la información respetando los criterios de inclusión y exclusión.

7.4 Reclutamiento de pacientes y examen.

Los pacientes se seleccionaron de manera aleatoria de acuerdo a la proporción de cada centro de salud en el universo. Una vez seleccionados, se les llamaba. La estructura básica de la conversación era la siguiente: “ Buenas tardes, con el Sr. (nombre del paciente). Le explico el motivo de esta llamada: Lo estoy llamando de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, su teléfono fue entregado en el consultorio (nombre del centro de salud), el motivo es para solicitarle su participación en un estudio dental en personas mayores de 60 años. Consiste en un examen que realizamos en su casa y no dura más allá de 20 minutos”. Luego se acordaba el día hora de la visita domiciliaria.

En la visita domiciliaria se realizaba primero una explicación similar a la telefónica y se le solicitaba al paciente leer el consentimiento informado y luego firmarlo (Anexo 3). Se realizaba luego la entrevista para recopilar los datos, la encuesta de satisfacción y finalmente el examen.

7.5 Pérdidas durante la recolección y dificultades.

- Números telefónicos no disponibles entre pacientes: 14 de los seleccionados.4 casos y 10 controles.
- Pacientes que no quisieron formar parte del estudio: 6 (4 controles y 2 casos).
- Fue mucho más difícil reclutar a los hombres que a las mujeres.
- No firmaron el consentimiento informado: 1 paciente del grupo Beneficiado.
- Un paciente no se encontraba en casa al momento de acudir a su domicilio.
- Dificultades técnicas asociadas al realizar un examen domiciliario.

7.6 Autorizaciones.

- Autorización y cooperación del área salud de la Corporación Municipal de Valparaíso desde donde se informó a los directores de los centros de salud acerca de la realización de este estudio y facilitó la información estadística (Anexo 4).
- Autorización y cooperación de los centros de salud Jean Marie Thierry, Quebrada Verde, Padre Damián, Placeres, y Cordillera.
- Aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso (Anexo 5).
- Aprobación del estamento dental, constituido por los cirujanos dentistas municipales de Valparaíso.

8. Análisis estadístico.

Se realizó un análisis descriptivo según tipo de variable de acuerdo a objetivos de estudio. Se presentan los resultados en tablas de contingencia. Luego, se hizo un análisis inferencial a través de test de significancia para evaluar y comparar entre grupos de estudio. Los test utilizados fueron:

La prueba χ^2 de Pearson: Se utiliza para probar la independencia de dos variables entre sí, mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia. En este caso se utilizó para conocer la homogeneidad y diferencia entre los grupos de estudio. Si el valor P es menor a 0,05 la distribución de la variable es distinta entre los grupos. Si el valor P es mayor a 0,05 la distribución es homogénea.

Normalidad: En este caso se utilizó el **Test Shapiro-Wilk**. Se realiza, con el fin de determinar si es posible utilizar la prueba tradicional (basada en normalidad) para comparación de medias, t- de Student, o si se tiene que emplear una prueba alternativa, No-paramétrica, como U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Si el valor P es menor a 0,05 se rechaza normalidad. Si el valor P es mayor a 0,05 no se rechaza normalidad, pero basta con que en uno de los grupos la distribución no sea normal para rechazar la normalidad de ambos al momento de hacer el posterior test de comparación entre grupos. Los resultados de los tests de normalidad se muestran en el anexo 6.

U Mann Whitney: es una prueba no paramétrica aplicada a dos muestras independientes. Es la versión no paramétrica de la habitual prueba t de Student. En este estudio se utilizó para comparar las variables cuantitativas entre los dos grupos. Si el valor P es menor a 0,05 los grupos son estadísticamente distintos. Si el valor P es mayor a 0,05 los grupos son homogéneos.

Software utilizados: Microsoft office Excel 2007, SPSS y Minitab 14.

V. RESULTADOS

1. Objetivo: Describir la muestra en estudio desde el punto de vista de las variables universales epidemiológicas.

La muestra está compuesta en un 63,2% (48 sujetos) por el grupo Beneficiado y en un 36,8% por el grupo No Beneficiado (28 sujetos).

1.1 Género

Género/Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
F	32	66,70%	19	67,90%	51	67,10%
M	16	33,30%	9	32,10%	25	32,90%
Total	48	100,00%	28	100,00%	76	100,00%

Tabla X. Distribución según Género.

En cuanto a género, los grupos son estadísticamente homogéneos con un nivel de confianza del 95%, test chi cuadrado =0,011, P-valor= 0,915, GL=1.

Se observa que el género femenino es mayoritario en la muestra, con un 67,10 %.

1.2 Edad

Grupos B Beneficiado No B No Beneficiado	Media	Desv típ.	IC 95% para la media		Mediana	Varianza	Mín	Máx.
			Límite inferior	Límite superior				
B	60,6	0,5	60,4	60,7	61,0	0,3	60	62
No B	64,3	2,1	63,5	65,2	64,0	4,7	62	70

Tabla XI. Estadísticos Edad.

Se observa que las edades del grupo Beneficiado son menores que el grupo No Beneficiado. Para esta variable los grupos son estadísticamente distintos. Test U Mann-Whitney= 8, P-valor= 0.

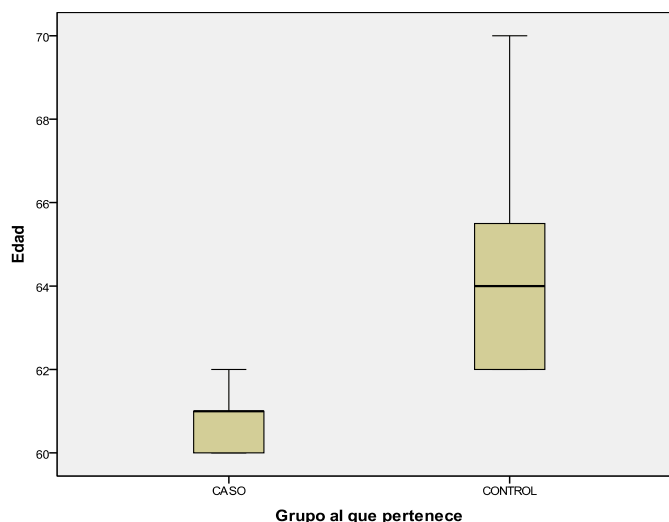


Gráfico 1. Edad: Diagrama de Cajas y Bigotes.

1.3 Estado civil

Estado civil / Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casado/ Conviviente	38	79,2%	13	46,4%	51	67,1%
Soltero / Viudo/ Separado	10	20,9%	15	53,6%	25	32,9%
Totales	48	100,0%	28	100,0%	76	100,0%

Tabla XII. Distribución según Estado civil.

La mayoría de las pacientes de la muestra se declaran casados o convivientes en ambos grupos, pero en distinta proporción. La distribución de las personas según estado civil entre grupos es distinta, con un nivel de confianza del 95%, $GL=4$, valor chi cuadrado= 12,359 y valor $P= 0,015$.

1.4 Nivel educacional

Nivel educacional / Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primario/ Primario incompleto	13	27,0%	14	50,0%	27	35,5%
Secundario/ Secundario incompleto	27	56,2%	11	39,2%	38	50,0%
Superior técnico y/o Universitario	8	16,6%	3	10,7%	11	14,4%
Totales	48	100,0%	28	100,0%	76	100,0%

Tabla XIII. Distribución según Nivel educacional

Se observa que sólo un 14% de los pacientes de la muestra recibió educación superior. La mitad cursó o completó su educación secundaria y un 35 % llegó a la Primaria. Un 69,7 % no completó su educación secundaria. La distribución de las

personas según Nivel Educativo entre grupos es homogénea, con un nivel de confianza del 95%, GL=5, valor chi-cuadrado= 5,282 y valor P=0,382.

1.5 Años de escolaridad.

Grupos B Beneficiado No B No Beneficiado	Media	Desv típ.	IC 95% para la media		Mediana	Varianza	Mín	Máx.
			Límite inferior	Límite superior				
B	9,3	3,4	8,3	10,3	8,0	11,5	4	17
No B	8,2	3,6	6,8	9,7	7,5	13,3	1	16

Tabla XIV. Estadísticos Años de Escolaridad por grupo.

Vemos que la cantidad de años de escolaridad está entre los 8 y 9 años en promedio. Los estadísticos son muy similares en ambos grupos. Cabe destacar la gran amplitud en cuanto al mínimo y máximo de años de escolaridad. Ambos grupos son estadísticamente homogéneos (Test U de Mann-Whitney= 549,5; P-valor= 0,18).

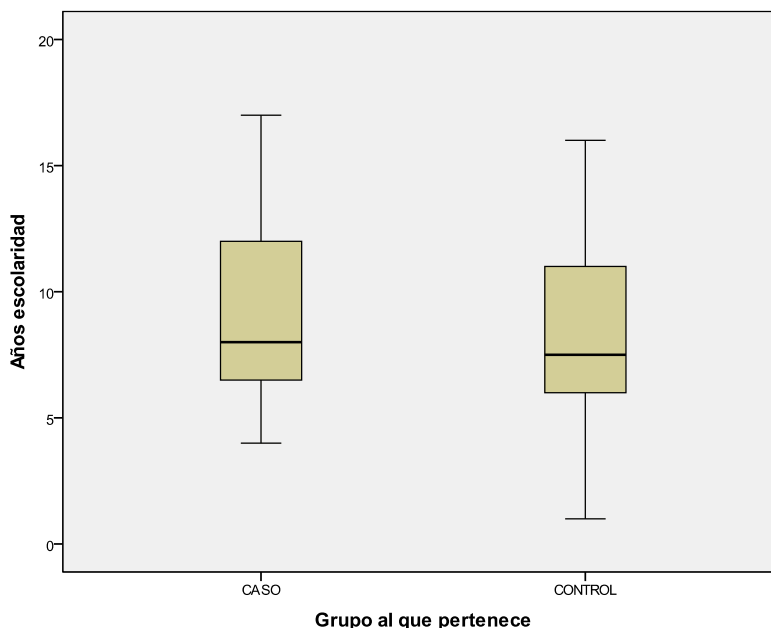


Gráfico 2. Años de escolaridad: Diagrama de Cajas y Bigotes.

1.6 Antecedentes de salud general.

Antecedentes/ Valor Sí Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hipertensión	28	58,3%	21	75,0%	49	64,4%
Cardiovascular	9	18,8%	4	14,3%	13	17,1%
Diabetes	2	4,1%	9	32,1%	11	14,4%
Cáncer	7	14,6%	3	10,7%	10	13,1%
Enf. Tiroideas	6	12,5%	2	7,1%	8	10,5%
Depresión	5	10,4%	3	10,7%	8	10,5%
Enf. Respiratorias	3	6,3%	4	14,3%	7	9,2%
Enf. Renal	2	4,2%	2	7,1%	4	5,2%
Osteoporosis	3	6,3%	0	0,0%	3	3,9%
Alt. Motoras	1	2,1%	1	3,6%	2	2,6%
Alergias	1	2,1%	0	0,0%	1	1,3%
Otros	13	27,1%	6	21,4%	13	17,1%

Tabla XV. Prevalencias de enfermedades y antecedentes sistémicos.

Se observa que la hipertensión es lejos el problema de salud más frecuente, seguido de las enfermedades cardiovasculares y de otras enfermedades. Le siguen la diabetes, el cáncer, la depresión y las enfermedades relacionadas a la tiroides. Más abajo están las enfermedades respiratorias, la osteoporosis, las alteraciones motoras y finalmente las alergias. En los test estadísticos la única enfermedad que resultó con una distribución distinta entre grupos fue la diabetes (valor chi-cuadrado= 11,181, GL=1 y valor P= 0,001). Por lo tanto, en cuanto a antecedentes sistémicos los grupos son estadísticamente homogéneos.

1.7 Establecimiento

Centro de salud/Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cordillera	5	10,4%	3	10,7%	8	10,5%
Jean Marie Thierry	17	35,4%	7	25,0%	24	31,6%
Padre Damián	4	8,3%	3	10,7%	7	9,2%
Placeres	8	16,7%	5	17,9%	13	17,1%
Quebrada Verde	14	29,2%	10	35,7%	24	31,6%
Totales	48	100,0%	28	100,0%	76	100,0%

Tabla XVI. Distribución según Centro de salud.

Los centros de salud que más pesan en la muestra son Quebrada verde y Jean Marie Thierry, seguido de Placeres, Cordillera y Padre Damián. Recordar que el muestreo fue proporcional al tamaño relativo de cada centro de salud en el universo.

La distribución de las personas según centro de salud entre grupos es estadísticamente homogénea, con un nivel de confianza del 95%, valor Chi-cuadrado= 0,973, GL=4 y valor P= 0,914.

1.8 Acceso a servicio de salud.

Acceso a/Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Público y Privado	11	22,9%	14	50,0%	25	32,9%
Sólo Público	37	77,1%	14	50,0%	51	67,1%
Totales	48	100,0%	28	100,0%	76	100,0%

Tabla XVII. Distribución según Acceso a servicios de salud.

Los pacientes del grupo Beneficiado declaran en su mayoría recibir atención odontológica sólo en el sistema público, mientras que el grupo control declara atenderse en ambos, en una mayor proporción. Este resultado es estadísticamente significativo con un valor chi-cuadrado= 5,876, GL=1 y valor P= 0,015.

2. Objetivos:

- Describir el Perfil de Salud bucodental de los Pacientes beneficiados por la ley 19.966 (GES) salud oral integral 60 años y de los no beneficiados.
- Comparar el perfil de salud Bucodental entre pacientes adultos mayores beneficiados por la ley 19.966 (GES) salud oral integral 60 años, y aquellos que no lo son, a través de las variables: COPD, índice de higiene, CPITN, edentulismo, remanencia dentaria, dientes sanos y porte de prótesis entre ambos grupos.

2.1 Comparación de COP D entre grupos.

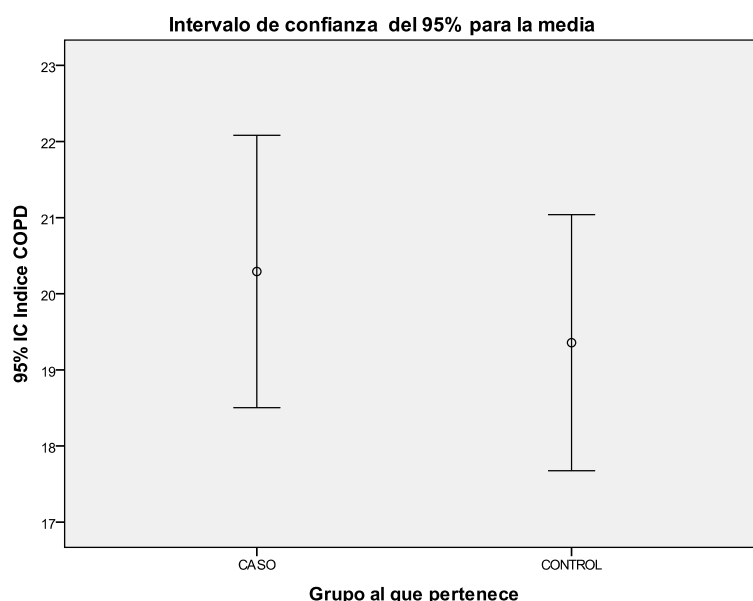


Gráfico 3. Índice COP D. Intervalos de confianza del 95% para la media.

Grupos B Beneficiado No B No Beneficiado	COPD Media	Desv típ	IC 95% para la media		Mediana	Varianza	Mín	Máx.
			Límite inferior	Límite superior				
B	20,2	6,1	18,5	22,0	21,0	37,9	0	28
No B	19,3	4,3	17,6	21,0	20,0	18,8	14	28

Tabla XVIII. Estadísticos COP D por grupo.

El promedio de dientes afectado por caries, obturación y perdidos varía entre 19,3 y 20,2 dientes promedio dependiendo del grupo. Hay similitud con el resto de los estadísticos. En la suma de cariados, obturados y perdidos los grupos son estadísticamente homogéneos con el Test U Mann-Whitney= 568,5 y P-valor= 0,26. Por lo tanto, su historial de caries es muy similar.

2.2 Comparación de Cariados, Obturados y Perdidos entre grupos.

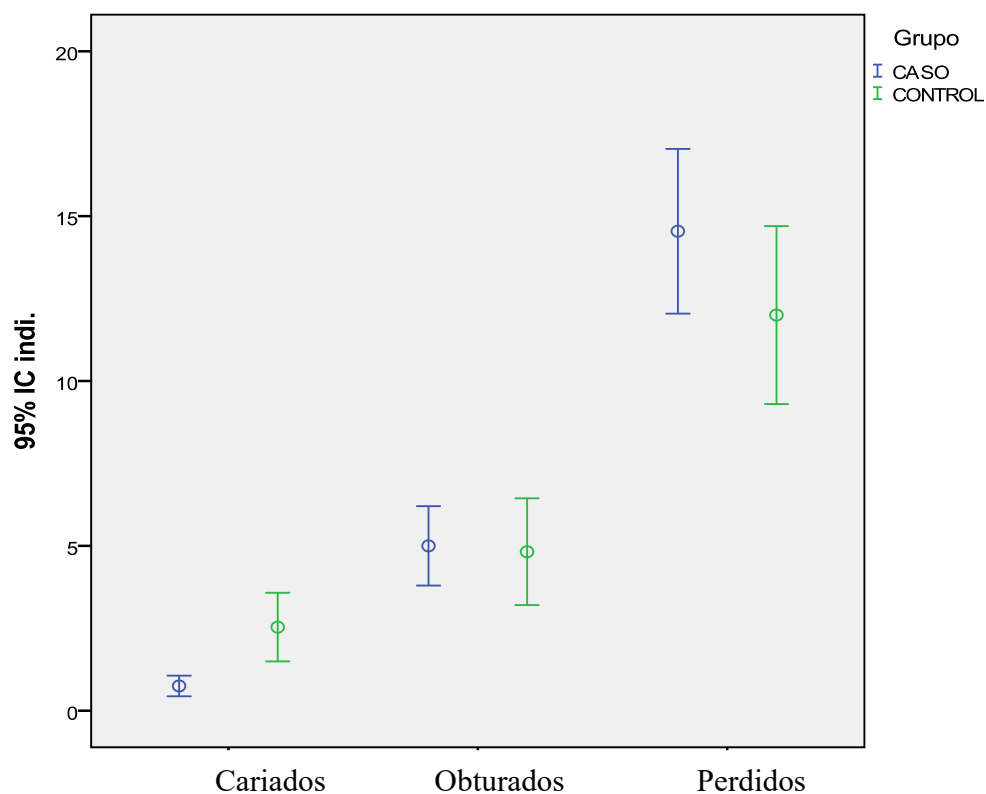


Gráfico 4. C, O, P: Intervalos de confianza del 95% para la media.

Beneficiario B No Beneficiario No B	Media	Desv. típ.	IC 95% para la media		Mediana	Varianza	Mín.	Máx.	
			Limite inferior	Limite superior					
C	B	0,75	1,0	0,4	1,0	0,00	1,1	0	4
	No B	2,5	2,6	1,4	3,5	1,5	7,2	0	10
O	B	5,0	4,1	3,8	6,2	5,0	17,1	0	15
	No B	4,8	4,1	3,2	6,4	3,0	17,4	0	14
P	B	14,5	8,6	12,0	17,0	14,0	73,9	0	28
	No B	12,0	6,9	9,3	14,7	11,0	48,4	0	28

Tabla XIX. Estadísticos Cariados, Obturados y Perdidos.

Se observa que el promedio de dientes cariados en el grupo Beneficiado es de 0,75, mucho menor en comparación al Grupo No Beneficiado, que en promedio presenta 2.5 dientes cariados. Se observan diferencias significativas en el resto de los estadísticos. Por lo tanto, el Grupo Beneficiado tiene menor cantidad de caries que el grupo No Beneficiado. Test U de Mann-Whitney=351,5 y P-valor =0.

En cuanto a dientes obturados y perdidos los grupos son similares (Obturados: Mann-Whitney=657,5 y P-valor= 0,87; Perdidos: Mann-Whitney=564 y P-valor=0,24) con un promedio de entre 4,8 a 5 dientes obturados y entre 12 a 14,5 dientes perdidos.

Es importante destacar el valor de la mediana, de ella es posible observar que el a lo menos el 50% de los pacientes del grupo Beneficiado no presenta caries (mediana=0). De hecho el recuento de pacientes libres de caries en dicho grupo es de 68,75% y presentan hasta 4 caries como máximo.

2.3 Comparación dientes sanos entre grupos.

Grupos B Beneficiado No B No Beneficiado	Media	Desv Típ.	IC 95% para la media		Mediana	Varianza	Mín	Máx.
			Límite inferior	Límite superior				
B	7,3	5,4	5,7	8,8	8	29,6	0	18
No B	8,8	4,1	7,2	10,4	8	17,1	0	14

Tabla XX. Estadísticos dientes sanos.

Se observa que en dientes sanos, es decir, sin caries, ni obturaciones no hay diferencias estadísticamente significativas con un test U de Mann Whitney= 546,5 y valor P= 0,174.

2.4 Comparación de Edentulismo entre grupos.

2.4.1 Dientes remanentes en boca.

Grupos B Beneficiado No B No Beneficiado	Media	Desv típ.	IC 95% para la media		Mediana	Varianza	Mín	Máx.
			Límite inferior	Límite superior				
B	12,9	8,4	10,5	15,4	13,5	71,2	0	26
No B	16,1	6,7	13,5	18,7	17,0	46,0	0	28

Tabla XXI. Estadísticos Dientes remanentes por grupo.

Se observa que la distribución de datos entre los grupos es homogénea con un Test U Mann-Whitney =527,5 y P-valor=0,11. En promedio los pacientes de la muestra presentan entre 12,9 y 16,1 dientes remanentes.

2.4.2 Tipo de edentulismo por arcada.

Tipo/Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Dentado	0	0,0%	1	3,6%	1	1,3%
E. Parcial	24	50,0%	24	85,7%	48	63,2%
E. Total	24	50,0%	3	10,7%	27	35,5%
Totales	48	100,0%	28	100,0%	76	100,0%

Tabla XXII. Distribución según tipo de edentulismo Maxilar

Se observa que en el Grupo Beneficiado existen más desdentados totales con un 50%, en cambio, en el grupo control este llega 10,75%. Asimismo, la proporción de desdentados parciales es mayor en el grupo No Beneficiado. La distribución de los pacientes según Edentulismo Maxilar entre grupos es distinta, con un nivel de confianza del 95%, valor chi-cuadrado= 12,968, GL=2 y valor P= 0,002.

Tipo/Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Dentado	1	2,1%	1	3,6%	2	2,6%
E. Parcial	43	89,6%	26	92,9%	69	90,8%
E. Total	4	8,3%	1	3,6%	5	6,6%
Totales	48	100,0%	28	100,0%	76	100,0%

Tabla XXIII. Distribución según tipo de edentulismo Mandibular.

Se observa que el mayor tipo de edentulismo mandibular, corresponde al parcial, con un 90,8% del total de pacientes. La distribución es estadísticamente homogénea entre grupos con un nivel de confianza del 95%, valor chi-cuadrado= 0,779, GL=2 y valor P= 0,677.

En ambos maxilares el edentulismo parcial es mayoritario, sin embargo, se observa que el edentulismo total es mucho mayor en el maxilar superior (35,5%) que en el inferior 6,6%. **Para la muestra total, la prevalencia de al menos un diente perdido fue de 97,4% en mandíbula y 98,7 % en maxilar.**

2.5 Comparación de la necesidad de tratamiento periodontal entre grupos.

Código/Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Código 0	3	6,80%	1	3,70%	4	5,60%
Código 1	7	15,90%	0	0,00%	7	9,90%
Código 2	4	9,10%	6	22,20%	10	14,10%
Código 3	17	38,60%	13	48,10%	30	42,30%
Código 4	13	29,50%	7	25,90%	20	28,20%
Total	44	100,00%	27	100,00%	71	100,00%
Cod3+cod4	30	68,18%	20	74,07%	50	70,42%
Cod1+cod2+cod3+cod4	41	93,18%	26	96,29%	67	94,36%

Tabla XXIV. Distribución de CPITN por grupo.

La distribución de códigos de CPITN entre grupos es homogénea, con un nivel de confianza del 95%, valor chi-cuadrado= 7,06, GL=4 y valor P= 0,13. A pesar de ello, se puede decir que en los códigos 0 y 1 la proporción es mayor en el grupo de pacientes Beneficiados (no significativo). Tan sólo el 5.60% se encuentra sano y no necesita tratamiento. El 94,3% de los pacientes necesita algún tipo de tratamiento periodontal pues presentan a lo menos hemorragia al sondaje. Un 9.9% necesita sólo instrucción de higiene. Se observa que los códigos 3 y 4 son los más prevalentes en ambos grupos con un 70,42%, es decir, necesitan un tratamiento periodontal más complejo. En consecuencia ambos grupos presentan las mismas necesidades de tratamiento periodontal.

2.6 Comparación de la Higiene entre grupos.

Instrucción /Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	8	16,7%	13	46,4%	21	27,6%
SI	40	83,3%	15	53,6%	55	72,4%
Totales	48	100,0%	28	100,0%	76	100,0%

Tabla XXV. Instrucción de higiene

La distribución de respuestas según si ha recibido instrucción de Higiene, entre grupos, es distinta, con un nivel de confianza del 95%, GL=1 valor chi-cuadrado= 7,833 y valor P= 0,005.

Los pacientes del grupo Beneficiado declararon, en mayor proporción, haber recibido instrucción de higiene con una frecuencia de 83,3%.

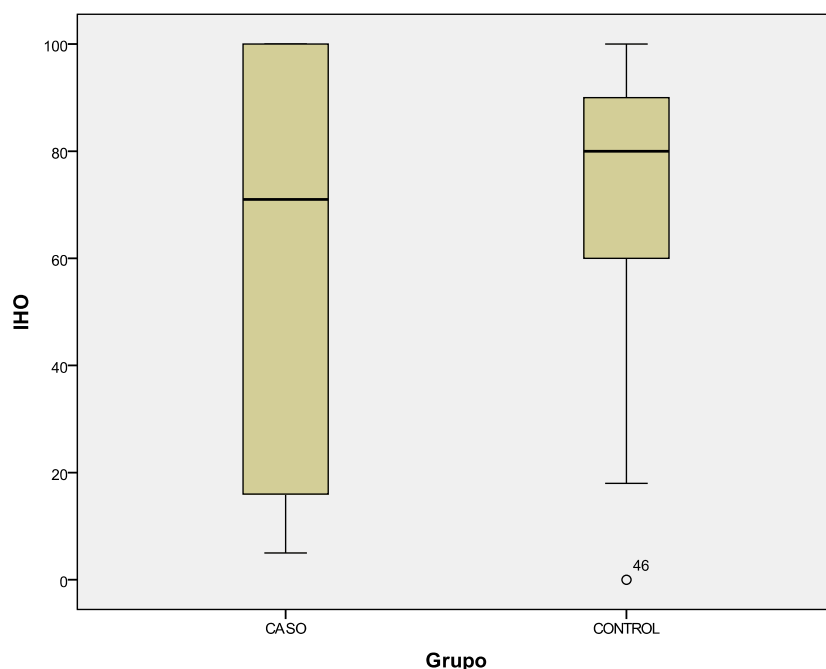


Gráfico 5. Índice de Placa de O'Leary: Diagrama de Cajas y Bigotes.

Grupos B Beneficiado No B No Beneficiado	Media	Desv típ.	IC 95% para la media		Mediana	Varianza	Mín	Máx.
			Límite inferior	Límite superior				
B	59,1%	39,8	47,0%	71,2%	71,0%	1586,2	5%	100%
No B	68,6%	31,0	56,3%	80,9%	80,0%	964,6	0%	100%

Tabla XXVI. Índice de Placa de O'Leary.

Se observa que el grupo No Beneficiado presenta un índice de placa más alto que el grupo Beneficiado. La distribución entre grupos es distinta, con un nivel de confianza del 95%, Test Kolmogorov-Smirnov= 1,057 y P-valor=0,002.

2.7 Presencia de prótesis removible.

Presencia/Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
NO	11	22,9%	16	57,1%	27	35,5%
SI	37	77,1%	12	42,9%	49	64,5%
Totales	48	100,0%	28	100,0%	76	100,0%

Tabla XXVII. Distribución según Presencia de prótesis removible.

Se observa que los pacientes del Grupo Beneficiado presentan mayor frecuencia de prótesis removible que el Grupo No beneficiado y que esta diferencia es casi el doble. La distribución pacientes según presencia de prótesis entre grupos es estadísticamente distinta, con un nivel de confianza del 95%, $GL=1$, valor chi-cuadrado=9,044 y valor $P=0,003$.

De los pacientes que no presentan prótesis removible, los motivos de distribuyen de la siguiente forma:

Motivo/Grupos	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
En Tratamiento	0	0%	1	7,1%	1	3,7%
Espera Tratamiento	4	30,8%	8	57,1%	12	44,4%
No Desea	3	23,1%	2	14,2%	5	18,5%
No Se Indicó	6	46,2%	3	21,4%	9	33,3%
Totales	13	100,0%	14	100,0%	27	100,0%

Tabla XXVIII. Motivos por no usar prótesis.

Se observa que en el grupo Beneficiado, el principal motivo es que no se le indicó tratamiento, en cambio, en el grupo No Beneficiado es la Espera. A pesar de ello, la espera es un motivo importante, siendo el principal motivo para ambos grupos sumados.

Establecimiento/Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
CEO	15	38,5%	10	62,5%	25	45,5%
Cordillera	3	7,7%	0	0,0%	3	5,5%
Placeres	6	15,4%	0	0,0%	6	10,9%
Privado	6	15,4%	2	12,5%	8	14,5%
Quebrada Verde	9	23,1%	4	25,0%	13	23,6%
Totales	39	100,0%	16	100,0%	55	100,0%

Tabla XXIX. Establecimiento donde fue rehabilitado.

La distribución en la realización de rehabilitación, es estadísticamente homogénea entre los grupos, con un nivel de confianza del 95%, $GL =4$, valor chi-cuadrado= 5,217 y valor $P= 0,266$. Se observa que el Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) es un muy importante actor en la red de salud, llevándose a cabo allí el 45% de los tratamientos.

3. Objetivo: Comparar la satisfacción entre adultos mayores beneficiados y no beneficiados de acuerdo a la ley 19.966 (GES) a nivel general y en las dimensiones: Confiabilidad, Capacidad de Respuesta, Tangibilidad y Valoración acerca de la GES.

Se midió la satisfacción en base a 2 instrumentos: (1) Pregunta directa y (2) SERVPERF no ponderado, modificado para este estudio ya que incluye 3 dimensiones del SERVPERF original: Confiabilidad, Capacidad de respuesta y Tangibilidad más una dimensión ideada para este estudio que es la dimensión sobre la valoración acerca del acceso, oportunidad, financiamiento y Calidad.

3.2.1 Pregunta directa.

Respuestas a: ¿Qué tan satisfecho se siente usted con la atención recibida en el sistema de salud en el área dental?

Nivel /Grupo	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy satisfecho	10	20,8%	5	17,9%	15	19,7%
Satisfecho	34	70,8%	18	64,3%	52	68,4%
Insatisfecho	3	6,3%	4	14,3%	7	9,2%
Muy insatisfecho	1	2,1%	1	3,6%	2	2,6%
Totales	48	100,0%	28	100,0%	76	100,0%

Tabla XXX. Niveles de satisfacción general.

De acuerdo al test, la distribución de las respuestas según Nivel de Satisfacción entre grupos es homogénea, con un nivel de confianza del 95%, $GL=3$ valor chi-cuadrado= 1,579 y valor $P= 0,664$. Se observa que las personas de ambos grupos responden de manera similar y que mayoritariamente se declaran satisfechos con la atención y tratamiento Odontológico. Le siguen los Muy Satisfechos. Alrededor de un 11% de los encuestados se declaran insatisfechos o muy insatisfechos.

3.2.2 SERVPERF no ponderado modificado.

Estos resultados corresponden al instrumento basado en SERVPERF no ponderado. En los resultados de esta encuesta cada dimensión pesa lo mismo dentro del resultado. Para un mejor análisis se han agrupado los resultados en 3 categorías:(1) Pésimo, Muy Malo y Malo (2) Regular y (3) Bueno, Muy Bueno y Excelente. A continuación los resultados por dimensión (Tabla XXXI).

Confiabilidad.						
	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N	%	N	%	N	%
P/M/MM	5	2,60%	11	9,80%	16	5,25%
Regular	17	8,85%	16	14,28%	33	10,85%
B/MB/E	170	88,53%	85	75,88%	255	83,86%
Total	192	100,00%	112	100,00%	304	100,00%

Capacidad de respuesta.						
	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N	%	N	%	N	%
P/M/MM	13	6,76%	10	8,92%	23	7,56%
Regular	12	6,25%	12	10,71%	24	7,89%
B/MB/E	167	86,97%	90	80,34%	257	84,53%
Total	192	100,00%	112	100,00%	304	100,00%

Tangibilidad.						
	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N	%	N	%	N	%
P/M/MM	3	1,56%	5	4,45%	8	2,63%
Regular	12	6,25%	14	12,50%	26	8,55%
B/MB/E	177	92,12%	93	83,02%	270	88,81%
Total	192	100,00%	112	100,00%	304	100,00%

Valoración GES: Percepción sobre Acceso, Oportunidad, Financiamiento y Calidad.						
	Beneficiado		No Beneficiado		Total	
	N	%	N	%	N	%
P/M/MM	6	3,12%	4	3,56%	10	3,28%
Regular	6	3,12%	13	11,60%	19	6,25%
B/MB/E	180	93,70%	95	84,81%	275	90,45%
Total	192	100,00%	112	100,00%	304	100,00%

Tabla XXXI. Distribución de respuestas por categoría, dimensión y grupos.

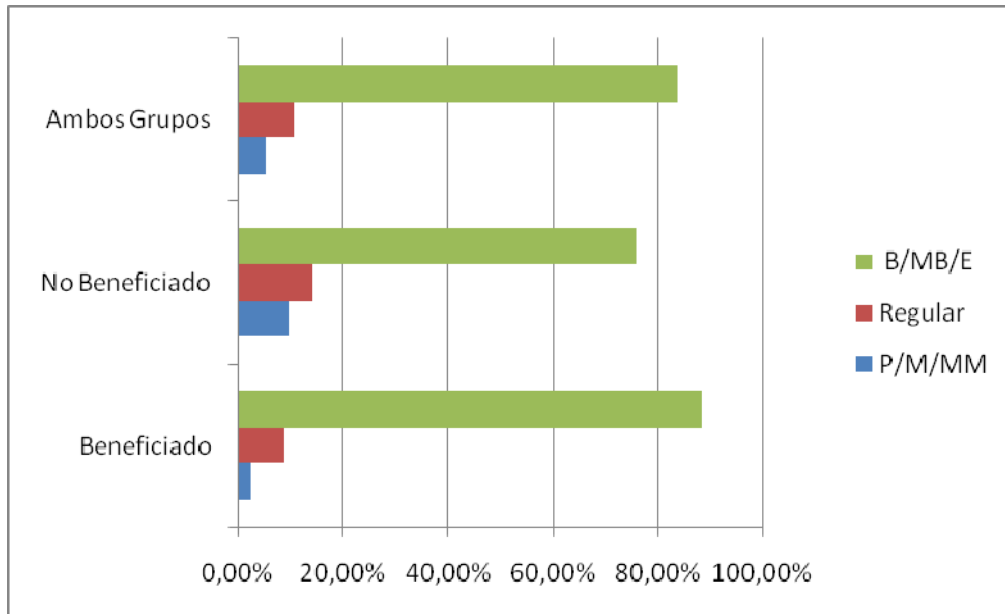


Gráfico 6. Confiabilidad: % de respuestas por categoría entre grupos.

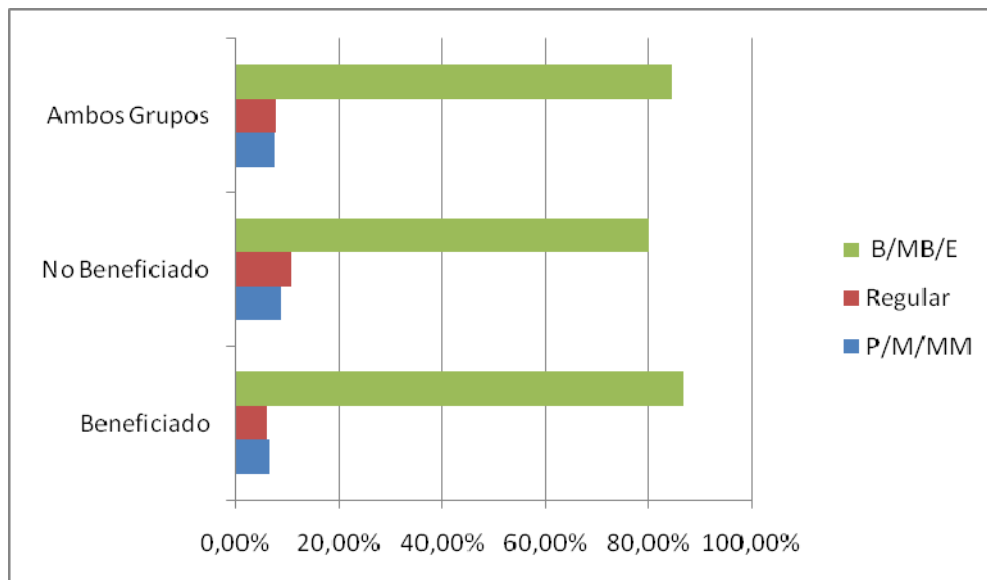


Gráfico 7. Capacidad de respuesta: % de respuestas por categoría entre grupos.

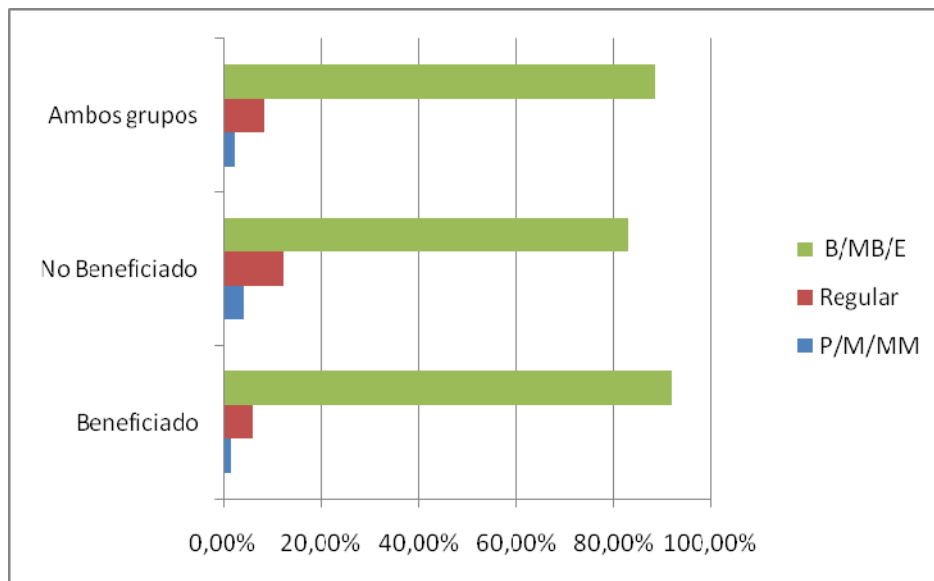


Gráfico 8. Tangibilidad: % de respuestas por categoría entre grupos.

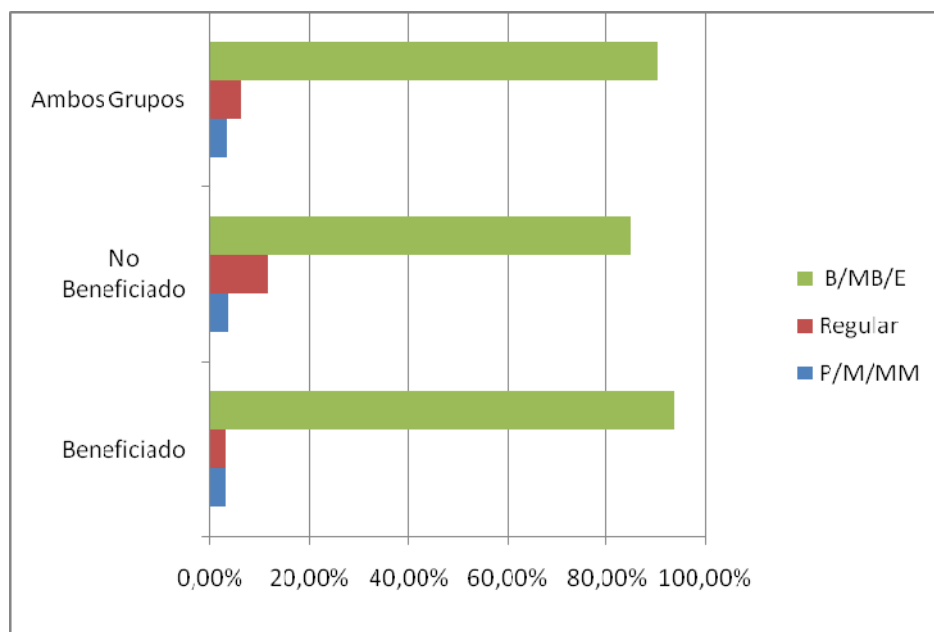


Gráfico 9. Valoración Acceso, Oportunidad, financiamiento y Calidad: % de respuestas por categoría entre grupos.

Como se observa, en todas las dimensiones, el total de pacientes percibe mayoritariamente de forma buena, muy buena o excelente las afirmaciones del instrumento. Aparentemente, en cuanto a las proporciones no se aprecian diferencias muy grandes entre los grupos. Sin embargo, en las dimensiones: Confiabilidad, Tangibilidad y Valoración GES las repuestas positivas (Bueno, Muy bueno y Excelente) representan mayor proporción en el grupo Beneficiado que en el No Beneficiado siendo esta diferencia significativa (P-valores menores a 0,05. Tabla XXXII).

La única dimensión donde la distribución es homogénea entre los grupos es en Capacidad de respuesta.

Dimensión	Nivel de confianza	Grados de libertad	Chi cuadrado	P-valores
Confiabilidad	95%	2	10,23	0,00
Capacidad de respuesta	95%	2	2,57	0,27
Tangibilidad	95%	2	6,14	0,04
Valoración GES	95%	2	8,80	0,01

Tabla. XXXII. Test Chi cuadrado para las 4 dimensiones.

Los tests estadísticos se realizaron en base a la distribución de las 3 categorías, con 2 Grados de Libertad.

En consecuencia vemos que el Grupo Beneficiado presenta un nivel de satisfacción más alto que el No Beneficiado ya que percibe mejor la calidad de servicio en 3 dimensiones y que esta diferencia es significativa.

La valoración GES muestra mejor percepción en el grupo Beneficiado. Sin embargo, hay que destacar que el 90% de la muestra total de pacientes evalúa al acceso, oportunidad, financiamiento y calidad de su atención odontológica con un nivel ya sea Bueno, Muy bueno o Excelente.

VI. DISCUSIÓN.

El envejecimiento de la población chilena plantea uno de los desafíos más relevantes para nuestra sociedad. Este estudio ha intentado evaluar el efecto de una política de salud como la GES sobre la situación de salud bucal del adulto mayor en Valparaíso.

Ante los resultados, pareciera que el tratamiento bajo GES 60 años es esencialmente recuperativo y rehabilitador, y menos enfocado en la promoción, educación y prevención. Posiblemente influya en ello la situación en que llega el adulto mayor con todo el daño acumulado durante 60 años.

Este estudio se enfoca en la población de 5 centros de salud de Valparaíso. A pesar de ello, es importante señalar que en cuanto al área geográfica se incluyen los sectores de: Cerro Las Cañas, Cerro Placeres, Las Palmas, Cerro La Cruz, Cerro Merced, Cerro Cordillera, El Almendral y Cerro Playa Ancha y que de los 275.141 habitantes de la comuna, las poblaciones de estos sectores representan alrededor de 103.000 habitantes, es decir, cerca del 38% de la población (INE, 2010). El promedio de índice de Pobreza de los centros de salud de Valparaíso es de 44.75% (Tabla V), y en el caso de los centros utilizados en este estudio es en torno al 42 %. Por lo tanto, es una población representativa de toda la ciudad.

La diferencia en los tamaños de los grupos estudiados se debe principalmente a que en el grupo control se excluyeron los pacientes de más de 70 años, por lo tanto, al hacer la selección de pacientes, el universo final fue más pequeño. La población beneficiada en la realidad es inferior, siendo de un 14 % del total de pacientes que se realizan el examen físico del adulto mayor (EFAM), mientras que la población mayor de 60, susceptible de ser atendida en odontología es de 86%. Esta exclusión, es de todas maneras beneficiosa, pues minimiza las diferencias de edades entre los grupos, haciéndolos más comparables entre si. A pesar de ello, hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la edad, lo cual podría explicar, en parte, las diferencias entre los grupos en su situación de salud oral. Sin embargo, aun cuando existe esta diferencia, la totalidad de la muestra se mantiene entre los 60 y 70 años.

En género, los grupos siguen una misma distribución. Para la totalidad de la muestra, la mayoría de los pacientes fue de género femenino, a razón de 7:3 (damas: varones). Esto hecho se apoya en diversos fundamentos: (1) A nivel nacional en los tramos de edad desde los 60 años, las mujeres, superan largamente en número a los hombres (INE, 2004). (2) La esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres. (3) La edad de jubilación de los hombres es a los 65 años mientras la de las mujeres es 60. A su vez, en estudios, se ha asociado el uso de servicios de atención dental principalmente al género femenino (Mac Entee, Stolar y Glick en Montes 2001).

Los niveles educacionales de los pacientes se distribuyen de forma similar entre los grupos por lo que no debiera incidir en la comparación. Se debe destacar que muy pocos pacientes completaron el nivel de educación secundario y que tan sólo un 14% cursó educación superior. Es muy probable que ello influya en su situación de salud bucal y calidad de vida. Sobre ello, autores han concluido que individuos de menor nivel educacional informan un mayor impacto de su salud oral

en su calidad de vida (Atchinson ; Dolan, y Locker, en Montes 2001). Además, un estudio realizado en Liverpool, Inglaterra, en adultos mayores, concluye que las personas de bajo nivel socioeconómico, nivel de ingresos y educacional tuvo mayores problemas en la comunicación y relación social debido a problemas bucales (Tickle et al., en Montes, 2001).

En cuanto al acceso a servicios, los pacientes declararon utilizar mayoritariamente sólo el sector público para su atención odontológica, lo que nos da una idea de la importancia que representa el sistema público en su situación de salud bucal y de la vulnerabilidad de la población estudiada. El grupo No Beneficiado declara de forma significativa utilizar ambos sistemas lo que puede deberse a la necesidad de acudir a un servicio particular por no estar incluido en la situación de salud prioritaria, lo cual sin duda representa una dificultad para ellos, si se considera que la población estudiada posee bajos niveles educacionales y los índices de pobreza de la población objetivo de los centros de salud (Tabla V) supera con creces los niveles de pobreza a nivel nacional de 15,1% (CASEN 2010, citada por Covarrubias en Emol.com, 2010).

La situación de salud general de los pacientes se asemeja a la realidad nacional en la prevalencia de enfermedades crónicas, siendo la más prevalente la hipertensión arterial, que en este estudio registra un 64,4% de prevalencia y a nivel nacional los datos disponibles son: para el intervalo de entre 45 y 64 años de 39,6%-48,0% y en mayores de 65 años es 69,1%-79,4% (Ministerio de salud, 2009-2010). La población adulta mayor muestra también importante prevalencia diabetes, cáncer, depresión y enfermedades a la tiroides. Estas prevalencias son representativas de la población de Chile en su situación de salud.

La muestra utilizada representa a una misma población en la mayoría de las variables socio-demográficas y por lo tanto hace comparables ambos grupos.

Con respecto a la salud oral, partiendo de las preguntas de investigación:
¿Cuál es el estado de salud oral de los pacientes de 60 años cubiertos por GES?
¿Es significativamente distinta la situación de salud oral de un paciente Beneficiado y No Beneficiado con GES Salud Oral Integral 60 años?

Para responder a ello, vemos que el grupo beneficiado con GES Salud Oral Integral 60 años, posee mejores índices en algunas variables y en otras los datos se distribuyen de forma similar. El grupo Beneficiado presenta mejor salud oral en cuanto a: Caries, Higiene y Uso de prótesis. Estos pacientes tienen mayor posibilidad de tratamiento, tal como dice la ley tienen acceso, oportunidad, financiamiento y calidad garantizada lo que se ve reflejado en dichos resultados. Estas diferencias se pueden explicar también por causa metodológica pues para el grupo No Beneficiado se tomaron pacientes atendidos y no necesariamente de alta, a diferencia de los Beneficiados que se encuentran en listas de alta integral. Todo esto teniendo como antecedente, que el paciente de 60 años representa prioridad de acuerdo a la ley 19.966, a diferencia de los No Beneficiados que no representan un grupo prioritario.

Los estadísticos de caries más altos en el grupo No Beneficiado pueden explicarse porque este grupo no tiene, por ley, una garantía de tratamiento integral, es decir, ello puede ser su causa. En el año 1984 (Badenier) registró en el grupo entre 60 a 69 años 1.79 dientes cariados, en clubes de ancianos de Valparaíso. El

promedio de caries en la población Beneficiada en el presente estudio fue de 0,75 por lo que se observa una mejoría considerable, sin embargo, la población No Beneficiada registró 2.5 piezas con caries. Esta población necesita más tratamiento de acuerdo a los resultados de este estudio. Si bien es cierto, los resultados muestran presencia de caries en la población Beneficiada, esto no quiere decir necesariamente que la garantía no se cumpliera. Esto porque: la población registró altos índices de placa y pudo influir, también, el tiempo entre el alta integral y el examen realizado para este estudio que fue de hasta un año y 4 meses. Además el 0,75, es sólo el promedio, la mediana indica que al menos un 50% de los pacientes no presenta caries y de hecho cerca de un 70% de la población Beneficiada no posee caries.

Los pacientes Beneficiados declararon en mayor proporción haber recibido instrucción de higiene, sin embargo, un 16% declaró que no, lo cual puede deberse por un lado a la no realización de la etapa preventiva del tratamiento integral o a que ésta no se realizara con la adecuada significación para el paciente. La población, pese a declarar en su mayoría haber recibido instrucción de higiene (72,4%) no presenta índices de placa alentadores, estando en ambos grupos cercano o superando el 60%. La salud oral integral 60 años considera el tratamiento desde la prevención hasta la rehabilitación, entonces la prevención es un aspecto donde es posible y necesario mejorar. Autores indican que la higiene bucal se va deteriorando de manera importante después de los 60 años de edad y atribuyen los índices posiblemente debido a que se considera natural perder los dientes progresivamente hasta llegar a la pérdida total (Helft M, et al., 1986 en Mariño, 1994). Esto hace que los pacientes de edad avanzada descuiden las medidas preventivas necesarias para mantener la salud de las encías (Mariño, 1994).

En el uso de prótesis las diferencias fueron significativas con uso mayoritario en la población Beneficiada (77,1%) en comparación a la No beneficiada (42,9%). En línea están estos resultados con la política pública, otorgándole a los beneficiarios mayor posibilidad de rehabilitación oral. En 1984 (Badenier), se registró en el tramo de edad entre 60 a 89 años, en personas que requerían prótesis, prevalencias de 81,5 % de prótesis totales superiores y 47,8% inferiores. En parciales, registró 34,78% superior y 21,05% inferior. Es importante destacar que en el estudio de 1984 esta variable se analizó en un intervalo de edad más amplio (60-89). Además, en el presente estudio no se definieron criterios para diferenciar entre quienes requieren y no requieren, pero sí se consultó los motivos por el cual un paciente desdentado ya sea total o parcial no utiliza prótesis. El grupo Beneficiado declara como principal motivo que “No se le indicó”, mientras que en el No beneficiado la “Espera” es el mayor motivo.

Los grupos resultaron homogéneos en: Índice COP D, necesidad de tratamiento periodontal, dientes obturados, perdidos, sanos y remanentes.

No es sorpresivo que el COP D no mostrara diferencias significativas entre los grupos pues los pacientes al ser mayores de 60 años, llevan consigo un deterioro mayor acumulado previo a su beneficio GES. Sin embargo, se observa una mejoría considerable con respecto al año 1984, cuando en el intervalo entre 60 a 69 años se registraron 24,22 dientes afectados (Badenier, 1984). Más recientemente, en 2006 en Valparaíso se registró, un COPD= 24, pero en personas mayores de 65 años

(Badenier, 2003). Se ha registrado, además, en pacientes de 65 a 74 años, en la Región de Valparaíso, un COP D = 19,7 (Badenier, 2006) resultado muy similar al del presente estudio. Las principales nuevas políticas de salud se han implementado durante los últimos 20 años, y específicamente las GES Salud Oral Integral 60 años en el año 2007. Por lo tanto, estos pacientes no han tenido en su vida los beneficios que hoy si están recibiendo las personas más jóvenes desde el embarazo de la madre como son: GES salud oral integral de la embarazada y salud oral integral Niños de 6 años. Ello puede explicar, en parte, los elevados índices COPD registrados tanto en el presente como en estudios anteriores en el adulto mayor.

La población Beneficiada, presenta, en promedio, 5 dientes obturados y la No Beneficiada 4.8. Al comparar con el año 1984, cuando se registró 0,67 obturados se atribuyó dicho número a que “podría indicar la insuficiencia de tratamiento odontológico” (Badenier, 1984). En el presente estudio, se atribuye el número más alto al mayor acceso que tienen ambos grupos a la atención odontológica. Los dientes perdidos, en este estudio, en promedio, fueron de 12 y 14,5 para cada grupo respectivamente. En 1984, se registró 21,76 perdidos (Badenier, 1984). En el presente estudio, los dientes sanos, es decir, sin caries ni obturaciones, resultaron en promedio 7,3 y 8,8 (diferencia no significativa). En los clubes de ancianos de Valparaíso, en 1984, se registró en promedio 3,78 dientes sanos. Vemos una notable mejoría en el adulto mayor entre 60 y 70 años en la comuna de Valparaíso con respecto a 1984 en cuanto a perdidos, obturados, dientes sanos e índice COPD.

El tipo de edentulismo mostró diferencia significativa entre grupos en el maxilar superior, sin embargo, esto puede deberse al tamaño de muestra y no es un resultado que se relacione o no a la pertenencia con algún grupo poblacional. Los desdentados completos corresponden a 35,5% en maxilar y 6,6% en mandíbula. Resultados más altos se obtuvieron en 1984 (Badenier, 1984) donde en el tramo entre 60 y 69 años se registró 61,44% en maxilar superior y 32,19% en maxilar inferior. Se mantiene con respecto a 1984, la mayor prevalencia en el maxilar superior. Cabe destacar que en 1984 la muestra fue de 123 pacientes entre 60 y 69 años y en el presente estudio de 76.

El CPITN no mostró diferencias significativas entre los grupos. Un 94% del total requiere de algún tratamiento periodontal. Esto podría explicarse porque es posible que a un año del alta, los pacientes no estén realizando correctamente su higiene bucal lo que concuerda con los índices de placa de la muestra. Un factor importante en este sentido se refiere a la relevancia que constituye el seguimiento y control de la enfermedad periodontal. Como se mencionaba anteriormente es posible que el adulto mayor considere natural perder los dientes progresivamente hasta llegar a la pérdida total (Helft M, et al., 1986 citado por Mariño, R., 1994). Esto hace que los pacientes de edad avanzada descuiden las medidas preventivas necesarias para mantener la salud de las encías (Mariño, 1994). Sin embargo, “se sabe que es posible mantener la buena salud bucodental hasta edad avanzada y que la dentadura no se pierde a causa del envejecimiento, sino debido a enfermedades bucodentales asociadas con diversos factores de Riesgo” (Mariño, 1994).

Las homogeneidades encontradas en variables como : dientes remanentes, sanos y obturados también se pueden explicar por algunos motivos metodológicos por ejemplo, en el grupo control se incluyeron pacientes que en años anteriores

podieron haber sido beneficiarios de GES específicamente los menores de 64, muchos de ellos, alcanzaron a obtener la garantía, pues su implementación comenzó en el año 2007. Además, es posible que los pacientes No Beneficiados, tuvieran acceso a otros programas como son: (1) El Programa de Reducción de Brechas en el Adulto Mayor dirigido a personas mayores de 65 años que se realiza en establecimientos de nivel secundario como el Centro de Especialidades (SSVSA, 2010). Veíamos que un porcentaje importante del total de los pacientes portadores de prótesis declararon haberse realizado su tratamiento en el centro de especialidades odontológicas (45,5%). (2) PRAIS: El SSVSA otorga a las víctimas de represión política por parte del Estado, reparación de las condiciones de salud oral perdidas. (3) El programa para adultos de escasos recursos, dirigido a personas entre 20 y 64 años (exceptuando a los de 60) en establecimientos municipales y del servicio de salud (SSVSA, 2010). Además, parte importante de los pacientes declaró utilizar el sistema público y privado (22,9% en Beneficiados y 50% de los No Beneficiados). Todas estas posibilidades de acceso a tratamiento pueden estar influyendo en la homogeneidad de las poblaciones en su situación de salud oral. La GES Salud Oral Integral 60 años no es la única opción para acceder a tratamiento odontológico.

Entonces, la respuesta a las preguntas de investigación, según estos resultados, es que existen diferencias parciales en la salud oral de estos grupos. A su vez, hay hallazgos significativos en variables importantes, antes detalladas. La situación general de la salud oral no difiere de forma radical entre los grupos estudiados, pero sí hay diferencias claras como ocurre en Cariados y prótesis. Con certeza se puede afirmar que tenemos una población de adultos mayores en Valparaíso, que ha mejorado en los últimos 25 años, pero que requiere aun más atención y seguimiento para el área odontológica.

En cuanto a la satisfacción de los pacientes con el servicio partimos de la pregunta ¿Los pacientes cubiertos por GES se encuentran igual de satisfechos con la atención que los no GES?

El nivel de satisfacción general, es decir, considerando todas las dimensiones medidas es más elevado en el Grupo Beneficiado, pues allí hubo diferencias significativas en 3 de las 4 dimensiones con mayor proporción de respuestas positivas para el Grupo Beneficiado. Ello da cuenta que las personas de este grupo perciben mejor la Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa (Confiable), perciben mejor los elementos tangibles de los centros de salud (Tangibilidad) y valoran de mejor forma el acceso, la oportunidad, el financiamiento y la calidad con la que son atendidos. No hubo diferencias en cuanto a su percepción sobre la voluntad y disposición a ser ayudado y provisto de un servicio rápido (Capacidad de respuesta). La GES según, este resultado, van en la dirección que plantean los objetivos Sanitarios, específicamente el Objetivo de "Proveer servicios de salud acordes a las expectativas de la población" (MINSAL, 2002). A pesar de las diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones mencionadas, es importante considerar que en la totalidad de pacientes, la respuesta más frecuente correspondió a: Buena, Muy Buena y Excelente. Por lo tanto, ambos grupos evalúan de manera positiva la atención odontológica. Además ante la

pregunta directa, los pacientes se declararon Satisfechos en una frecuencia muy alta en ambos grupos.

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de las GES en salud oral integral 60 años? Entre las fortalezas está el mayor acceso a rehabilitación, una menor cantidad de caries, mejor prevención (aunque discreta). Además, la población beneficiada percibe mejor el servicio odontológico, por lo tanto, en ese sentido la política apunta en la dirección correcta. Por cierto, ambos grupos presentan niveles de satisfacción altos. Sin embargo, el tercer objetivo del Ministerio de Salud fue: “Disminuir las desigualdades” ¿disminuye realmente las desigualdades? Considerando que hubo variables importantes como en Cariados y portadores de prótesis donde claramente la población No Beneficiada se encuentra en peores condiciones. En este sentido identificamos una debilidad con respecto a uno de los objetivos sanitarios. Sin embargo, es posible que efectivamente disminuya las desigualdades con respecto a aquella población de mayores recursos que no utiliza el sistema público. La espera de tratamiento puede señalarse también como debilidad, pues un 30,8% de los Beneficiados declaró estar esperando tratamiento. Un aspecto necesario de mejorar se refiere al componente educativo y preventivo de atención, pues los índices de placa resultaron cercanos al 60%. Otra debilidad es que el GES no soluciona la necesidad de tratamiento periodontal de la población adulta mayor luego de un año del alta integral.

A su vez, surge la interrogante: ¿Es necesaria la implementación de mejoras y la ampliación de cobertura de salud oral integral a toda la población adulta mayor?

Al revisar la evolución demográfica la población adulta mayor vemos que ésta, para el año 2025, representará el 20% de la población del país. Por otro lado, de acuerdo a los resultados de este estudio tenemos que la población No Beneficiada posee más caries, una desmejorada higiene, y no tienen la misma posibilidad de recibir un tratamiento de rehabilitación oral. Con estos antecedentes, lo ideal sería que sí, pues tendríamos adultos mayores con una mayor posibilidad de tratamiento y probablemente una mejor calidad de vida, pues como proponen los mismos objetivos sanitarios a la salud oral se la relaciona con la calidad de vida. Del Objetivo Sanitario: “Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población” (MINSAL, 2002) se desprende un ámbito para responder al envejecimiento referido a los “problemas de salud que no matan pero que disminuyen la calidad de vida, generando discapacidad dolor y angustia” (MINSAL, 2002), donde se considera la atención odontológica. Por lo tanto, la odontología es considerada una herramienta para enfrentar el desafío del envejecimiento.

El problema para la ampliación de cobertura está posiblemente en los recursos. Un estudio realizado por la división suiza de la OMS sobre la acción de la salud pública en la salud oral de adultos mayores en el mundo concluye que “la falta de apoyo financiero de los gobiernos y/o la falta de sistemas de pago de terceros hace de la seguridad social en salud oral ineconómica”. Además, dice que los informes de los programas de promoción de salud que apuntan a los adultos mayores son raros y esto refleja la falta de política de salud oral” (Petersen, E. et al., 2010). Tanto la ampliación de cobertura y la implementación de mejoras como: aumentar la disponibilidad de más profesionales, especialistas, asistentes, equipamiento, mayor tiempo de trabajo por paciente, etc., es decir, la disponibilidad

de recursos, podría lograr un efecto positivo aun más significativo, en la población adulta mayor, que el encontrado en este estudio.

VII. CONCLUSIONES

La población adulta mayor de Chile y de Valparaíso ha experimentado un envejecimiento continuo. En relación a ello, se plantearon objetivos sanitarios que incluyen a la Odontología y políticas de salud que definen prioridades. Dentro de las situaciones de salud prioritarias definidas por ley se encuentra la Salud oral integral 60 años.

La muestra representa a la población de Valparaíso, beneficiaria y no beneficiaria con la GES Salud Oral Integral 60 años, con una proporción de M:H de 7:3 respectivamente. Esta población posee niveles educacionales que en su mayoría no llegan al mínimo obligatorio desde 2003, que corresponde a la enseñanza secundaria completa, con un promedio de entre 8,2 a 9,3 años de escolaridad. Posee, además, importantes antecedentes generales de salud similares a lo de la población de Chile. Según la edad, las poblaciones Beneficiadas y No Beneficiadas son distintas, pero dentro del rango entre 60 y 70 años. Asimismo, según su acceso a servicios de salud la población No Beneficiada declara en mayor proporción utilizar el sistema privado además del público.

La necesidad de tratamiento periodontal en los pacientes adultos mayores no es distinta entre pacientes Beneficiados y No Beneficiados con la garantía estudiada. La necesidad de tratamiento periodontal constituye la más prevalente necesidad de tratamiento odontológico en el paciente adulto mayor, en Valparaíso, con un 94.36%.

La garantía de salud oral integral no resuelve la necesidad de tratamiento periodontal del adulto mayor.

El índice COPD estuvo ente 19,3 y 20,2 dientes afectados. Perdidos (12 a 14,5), Obturados (4,8 a 5).

Los componentes del COPD mostraron diferencia en Caries afectando esta a 0,75 dientes en promedio en la población Beneficiada y 2.5 dientes en la No Beneficiada.

Las poblaciones Beneficiada y No Beneficiada presentan similar cantidad de dientes sanos y remanentes.

La población Beneficiada declaró en mayor proporción que la No beneficiada haber recibido instrucción de higiene.

El índice de placa fue significativamente más alto en la población No Beneficiada que en la Beneficiada.

El uso de prótesis fue significativamente mayor en la población Beneficiada en comparación a la No Beneficiada.

La mayor prevalencia de desdentado total se encontró en el maxilar superior. La mayor prevalencia de desdentado parcial fue en el en el maxilar inferior.

Según este estudio, los pacientes entre 60 y 70 años han mejorado desde 1984, porque presentan menos dientes perdidos, más obturados, menor índice COPD y mayor cantidad de dientes sanos. Por lo tanto, la situación de salud bucal del adulto mayor, en Valparaíso, ha mejorado en los últimos 25 años si se compara con estudios anteriores realizados en la misma ciudad.

En consecuencia en cuanto al perfil de salud oral: La población Beneficiada con GES Salud Oral Integral 60 años presenta menores índices de caries, menor índice de placa y mayor prevalencia de tratamiento rehabilitador en base a prótesis removible, en comparación a la población No Beneficiada. A su vez, estas poblaciones no presentan diferencias significativas en cuanto a: COPD, Necesidad de tratamiento periodontal (CPITN), obturados, perdidos, dientes remanentes y dientes sanos.

La satisfacción, medida a través de la calidad de servicio percibido (SERVPERF), muestra diferencias significativas en 3 dimensiones. Sin embargo, en todas las dimensiones la valoración “Excelente- Muy buena – Buena” fue la más frecuente. Los pacientes Beneficiados valoran en una proporción mayor, de respuestas positivas, el Acceso, Oportunidad, Financiamiento y Calidad de su atención que los pacientes No Beneficiados.

No hubo diferencias entre las poblaciones en cuanto a su nivel de satisfacción. La población adulta mayor de Valparaíso declara sentirse satisfecha con la atención odontológica en un 68,4% seguido de las muy satisfechas con un 19,7%.

Entre las fortalezas de la garantía está el brindar mayor acceso a tratamiento odontológico a un grupo prioritario de adultos mayores lo que sin duda ha mejorado su situación y está en línea con los objetivos sanitarios. Sin embargo, una debilidad importante, es que no existe igualdad en el acceso con quienes no son beneficiarios de la garantía. Otra debilidad es que existe un número importante de pacientes que declara estar en espera de tratamiento rehabilitador. La GES Salud Oral Integral 60 años es esencialmente recuperativa y rehabilitadora.

El establecimiento de mejoras en la implementación y el aumento de cobertura, junto con el aumento en la disponibilidad de recursos, podrían lograr un efecto positivo aun más significativo en la salud oral del adulto mayor.

VIII. SUGERENCIAS

Para futuros estudios sobre la salud oral de los pacientes beneficiarios de la ley 19.966 salud oral integral 60 años ideal sería que se incluyera a todos los centros de salud de la comuna utilizando el mismo diseño metodológico o similar. Se podría variar en la utilización de otra unidad de estudio como son las fichas clínicas disponibles en los centros de salud en lugar del paciente.

Estudios que no consideraran un límite de edad y que fuera concordante con la prevalencia de la población adulta mayor de 60 años, sin embargo, los resultados podrían verse muy afectados con grandes diferencias de edad entre los grupos.

Estudios de seguimiento, desde que los pacientes tienen 60 años, hasta una edad más avanzada, también es una posibilidad para conocer el efecto de la política pública en la salud del adulto mayor en el tiempo.

En vez de medir la satisfacción sería conveniente estudiar la calidad de vida del adulto mayor para lo cual se puede aplicar un OHIP (Perfil de Impacto de la Salud Oral), que ha sido validado en Chile, a partir del cual se puede medir la influencia de la salud oral en la calidad de vida.

Aplicación de otros instrumentos para medir satisfacción, basados en calidad de servicio esperado y percibido como la escala SERVQUAL.

Estudios que comparen las garantías con respecto al objetivo sanitario de disminuir las desigualdades en salud. Para ello se puede comparar la implementación entre un servicio privado y un servicio público.

La población beneficiada y no beneficiada es susceptible de ser estudiada en cualquiera de las áreas odontológicas desde prevención hasta rehabilitación y seguimiento, por lo que estudios más específicos para cada área podrían aportar más acerca del efecto de las garantías en la salud oral.

IX. RESUMEN.

El programa de Garantías Explícitas en Salud, salvaguarda la atención para un conjunto de problemas de salud prioritarios. Entre ellos la salud oral integral en adultos de 60 años que soliciten atención odontológica antes de cumplir los 61 años de edad. **Objetivo:** conocer el efecto sobre la salud bucodental y satisfacción en la población beneficiada con salud oral integral 60 años y compararlo con la población entre 61 y 70 años no beneficiada, durante 2010.

Método: estudio de caso control. Grupo Beneficiado (GB) y Grupo No Beneficiado (GNB) con la garantía. Muestra de 48 Beneficiados, 28 No Beneficiados, durante 2010, en 5 centros de salud de Valparaíso. Datos recolectados a través de examen clínico domiciliario y encuesta.

Resultados: Hubo diferencias estadísticamente significativas (P-valores $< \alpha = 0,05$) entre los grupos en: **(1) Cariados:** 0,75 para el GB; 2,5 para el GNB. **(2) Presencia de prótesis:** GB=77,1%; GNB= 42,9%. **(3) Índice de Placa de O'Leary:** GB=59,1%; GNB=68,6%. **(4) Instrucción de higiene:** GB=83,3%; GNB= 53,6%.

No hubo diferencias significativas en: **(1) COPD:** GB=20,2; GNB=19,3. **(2) Obturados:** GB=5,0; GNB= 4,8. **(3) Perdidos:** GB=14,5; GNB=12,0 **(4) Dientes sanos:** GB=7,3; GNB= 8,8. **(5) Remanentes:** GB=13,9; GNB=16,1.

No hubo diferencias estadísticas significativas en la distribución de códigos CPTIN (Chi-cuadrado= 7,06, GL=4, valor P=0,13).

Satisfacción medida en pregunta directa: no hubo diferencia entre los grupos con valores muy positivos. Satisfacción según la calidad de servicio percibido: hubo diferencias significativas a favor del Grupo Beneficiado. En cuanto a las garantías GES la población Beneficiada evaluó en mayor frecuencia con respuestas Buenas, Muy Buenas o Excelentes que la No Beneficiada.

Conclusiones: El programa GES ha tenido un efecto positivo significativo en la población beneficiada teniendo esta menor prevalencia de caries, menor índice de placa (O'Leary) y mayor prevalencia de tratamiento rehabilitador, en comparación a la población No Beneficiada, lo cual refleja el acceso a tratamiento odontológico. Siendo éste eminentemente rehabilitador, menos restaurador y menos aun preventivo. El programa no tiene un efecto sobre el daño acumulado por caries (COPD), dientes remanentes y dientes sanos. Asimismo, no resuelve la Necesidad de tratamiento periodontal en el adulto mayor.

Ambas poblaciones estudiadas evalúan de manera muy positiva la atención odontológica a través de ambas escalas de medida utilizadas.

X. BIBLIOGRAFÍA.

Albalá, C. (2010): Curso de investigación en Geriátría. Dictado durante el Primer Simposio Internacional de Odontogeriatría. Universidad de Talca, 22 y 23 de Octubre de 2010.

Alpizar, B.; Guerra A.; Bennet, M. (2006): Estado de salud bucodental en el adulto mayor, Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 4: 30 – 33.

Badenier, O. (1985): Estado de la salud dental en Población mayor de 60 años que frecuenta los clubes de ancianos de la comuna de Valparaíso. Memoria para optar a Profesor Titular. Universidad de Valparaíso.

Badenier, O. (2003): Salud oral en adultos mayores: una línea de investigación, Revista Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso. 3: 555 – 562.

Badenier, O. (2006): Estudio de prevalencia de Enfermedades Bucodentales y necesidades de tratamiento en la V región. Universidad de Valparaíso, Chile.

Badenier O., Cueto, A., Mariño, R., Acevedo, R. (2010): Situación de salud bucodental y algunos factores de riesgo en adultos de 35 a 44 años en la Región de Valparaíso. Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso. 4: 1103-1107.

Bastías, G.;Valdivia, G (2007): Reforma de salud en Chile; El plan AUGE o régimen de garantías explícitas (GES). Su origen y evolución. Boletín escuela de medicina UC [En línea] Pontificia Universidad Católica de Chile. 32:51-58. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf> [Accesado el 16 de Julio de 2010]

Beaglehole, R.; Bonita, R.; Kjellstrom, T. (1994): Epidemiología Básica, Publicación Científica OPS. 50-53.

Biblioteca del congreso nacional de chile (2011). Disponible en <http://www.bcn.cl/>. [Accesado el 20 de Julio de 2011]

Castillo, Y.; Valenzuela, E. (2001): Fármacos en el adulto mayor en Temas de Medicina interna [En línea] Junio 2001 Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/TemasMedicinaInterna/farmacos.html> [Accesado el 30 de septiembre de 2010]

Castrejón R.C.; Borges S.A.; Irigoyen M.E. (2010): Validación de un instrumento para medir el efecto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores mexicanos. Rev. Panam Salud Pública. 27:321–329.

Carlos, S.R. (2003): Características psicosociales y satisfacción usuaria de las consultantes al centro de medicina reproductiva del adolescente (CEMERA), Tesis para optar el grado de Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile.1-122.

Carranza, F.; Newman, M.; Takei,H. (2003). Carranza: Periodontología Clínica. Novena edición, Editorial Mc Graw-Hill, México.

Corporación municipal Valparaíso-área salud (2009): Plan de salud comunal 2010.Disponible en <http://www.cmvalpo.cl/inst/salud/programas.htm> [Accesado el 17 de Noviembre de 2010]

Covarrubias, B. (2010): Última encuesta Casen: Nivel de pobreza en Chile sube de 13,7% a 15,1%. Emol.com [En línea] 13 de Julio de 2010. Disponible en: <http://www.emol.com/noticias/nacional/detalle/detallenoticias.asp?idnoticia=424510> [Accesado el 10 de Junio de 2011]

De León, O. (2002): Medición del nivel de satisfacción de usuarios que asisten al centro de Salud de Acatenango, Guatemala, 2002. Tesis para optar el grado de Magíster. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Donabedian, A. (1988): The quality of care. Jama. 260:1743-1748.

Doncel, C.; Castillo, A. (2008): Determinación de la necesidad de tratamiento periodontal en jóvenes de una escuela militar. Revista Cubana Medicina Militar, 3:5-11.

Emil N. ; Febronia K. ; Joyce R. ; Senkoro, A. (2009): Satisfaction with urgent oral care among adult Tanzanians en Journal of Oral Science [En Línea] No.1. Marzo 2009, Muhimbili University. Disponible en: http://www.jstage.jst.go.jp/article/josnurd/51/1/47/_pdf [Accesado el 18 de Noviembre de 2010]

Fejerskov, O.; Kidd, E.; Nyvad B. (2008): Dental caries : the disease and its clinical management Segunda edición, Reino Unido.

Hidalgo C.G., Carrasco E. (1999): Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria. Ed. Universidad Católica de Chile.

Instituto Libertad; Comisión de salud (2007): Diseño y funcionamiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES): Diagnóstico y propuestas de Mejoramiento. Informe especial.18. http://www.institutolibertad.cl/ie_179_diag_prop_AUGE.pdf [Accesado el 11 de Noviembre de 2010]

Instituto nacional de estadísticas (2010): Población adulta mayor en el bicentenario, Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en: [http://www.ine.cl/filenews/files/2010/septiembre/pdf/adulto_mayor_web_01-09-10\(1\).pdf](http://www.ine.cl/filenews/files/2010/septiembre/pdf/adulto_mayor_web_01-09-10(1).pdf) [Accesado 4 de Septiembre de 2010]

Instituto nacional de estadísticas (2004): Comisión Económica para América Latina y el Caribe Proyecciones y estimaciones de población. 25-38. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf [Accesado el 8 de Septiembre de 2010]

Katz S.; Simon. (1982): Odontología preventiva en acción. Tercera edición, Editorial Panamericana, Buenos Aires.

Kikwilu E.N.; Kahabuka, F.K.; Masalu, J.R.; Senkoro A. (2009): Satisfaction with urgent oral care among adults Tanzanians. Journal of oral sciences. 51: 47-54.

Larrea, P. (1991): Calidad de Servicio del marketing a la estrategia. p. 75 Ed. Díaz de Santos, Madrid, España.

Mariño, R. (1994): La salud bucodental de los ancianos: realidad, mitos y posibilidades. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). 5:419-426. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v116n5p419.pdf> [Accesado el 18 de Junio de 2011]

Mendoza C.; Arteaga O.; Gamonal J. (2006): Investigación epidemiológica de enfermedades periodontales en Latinoamérica. Revista Chilena Periodoncia Oseointegrada. 3:7-13.

McGivney G.; Glen P. (1992): McCracken Prótesis parcial removible. Octava Edición, Editorial Panamericana, Argentina.

Ministerio de Salud (2007a): Decreto N° 44, Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud, Chile. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/a01c44f31367f1d3e04001011f01714b.pdf> [Accesado 29 de Noviembre de 2010]

Ministerio de Salud (2007b): Guía clínica Salud Oral Integral para Adultos de 60 años. Chile. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/saludoral60.pdf> [Accesado el 1 de Diciembre de 2010]

Ministerio de Salud (2010): Encuesta nacional de salud 2009 -2010.

Ministerio de Salud. (2002): Objetivos sanitarios para la década 2000-2010, El vigía, boletín de vigilancia en salud pública de Chile. 5:1-12. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf> [Accesado el 24 de Agosto de 2010]

Montes J.L. (2001): Oral Health Impact in Older Adult Life Quality. Revista Dental de Chile. 92: 29-31.

Oliva, C.; Hidalgo, C.G. (2004): Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. Psykhe.13: 173-186. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000200013&script=sci_arttext [Accesado el 14 de Agosto de 2010]

Páez, B. (Encargada Estadística Área Salud – Cormuval) (2010) Altas 60 años 2009-2010, correo electrónico a C. Quezada (Cristobal.quezada.p@gmail.com), 23 de Septiembre de 2010, [Accesado el día 25 de Septiembre de 2010]

Páez, B. (Encargada Estadística Área Salud – Cormuval) (2011) Población adulta mayor y total EFAM 2010, correo electrónico a C. Quezada (Cristobal.quezada.p@gmail.com), 24 de Mayo de 2011, [Accesado el día 24 de Mayo de 2011]

Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. (2010): Global oral health of older people-call for public health action. Community Dent Health. 4:257-67.

Real academia española (2010): Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html> [Accesado 25 de Mayo de 2011]

Riveros, J.; Berné, C. (2007): Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing, Rev. méd. Chile.135: 862-870.

Sabrina, R.; Elken G. Rivald; Luis C. F. Frasca; Luis, F. Caye. (2009): Oral health impact profile and prosthetic condition in edentulous patients rehabilitated with implant-supported overdentures and fixed prostheses. Journal of Oral Science.51: 535-543.

Sánchez, H. (2006): Implications of AUGE in Medicine and Surgery Law of explicit guarantees in health. Revista chilena de cirugía. 58: 397-399.

Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (2010): Situación de Salud Bucal y Políticas Ministeriales.

Disponible en:

http://ssvalparaisosanantonio.redsalud.gov.cl/url/page/ssalud/ssvalparaiso/g_salud_oral/ssvsa_salud_oral_atencion_primaria.html. [Accesado el 4 de Octubre de 2010]

Servicio nacional del adulto mayor (2005): Avances en las políticas sociales.1-12

Disponible en: <http://www.senama.cl/Archivos/1123.pdf> [Accesado 7 de Octubre de 2010]

Superintendencia de Salud (2006): Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile.1-20 Disponible en: http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf

[Accesado 7 de Octubre de 2010]

Valenzuela, L. (2008): Gestión orientada al valor del usuario del servicio salud Talcahuano caso aplicado al CESFAM Talcahuano sur. Memoria para optar al título de ingeniero comercial. 31-46.

Zúñiga, A. (2007): Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. Acta bioeth.13: 237-245.

XI. ANEXOS

ANEXO 1: Pauta de examen del perfil de salud oral y nivel de satisfacción

Nombre del Paciente	
Grupo al que pertenece (casos o controles)	
Fecha	

Parte I. Antecedentes Socio – Demográficos

1. Sexo	
2. Edad (años)	

3.- Estado civil

Soltero(a)	
Conviviente	
Casado(a)	
Separado(a)	
Viudo (a)	

4.- Nivel educacional: (Hasta que tipo de enseñanza llegó su educación y años de estudio)

Primariaaños de estudio
Secundariaaños de estudio
Superior universitariaaños de estudio
Superior técnicaaños de estudio

5.- Establecimiento: Nombre del centro de salud donde se atiende regularmente:-

6.- Enfermedades Crónicas

	Si	No
Hipertensión	Si	No
Diabetes Mellitus	Si	No
Enfermedades Cardíacas	Si	No
Enfermedades Hematológicas	Si	No
Enfermedades Hepáticas	Si	No
Enfermedades de la mucosa oral	Si	No
Insuficiencia Renal	Si	No
Alteraciones motoras	Si	No
Inmunosupresión	Si	No
Cancer	Si	No
Alergias	Si	No
Osteoporosis	Si	No
Otras (cuales)		

7.- Acceso a servicios de salud general: El paciente tiene la posibilidad real de recibir tratamiento odontológico en:

Establecimiento publico	
Establecimiento privado	
Ambos	

Parte II. Encuesta sobre percepción de satisfacción en base a calidad de servicio percibido.

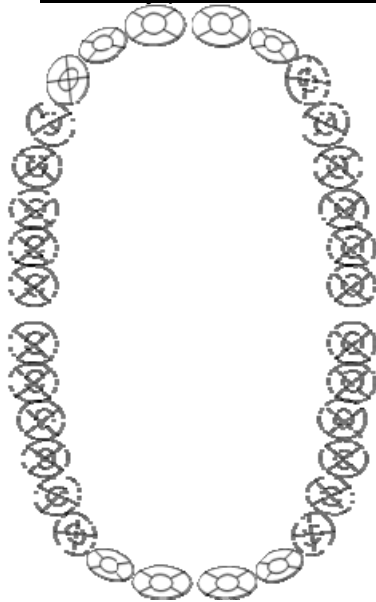
- Esta encuesta es completada por el examinador.
- Se evalúa con notas del 1 al 7. El número 1 representa una pésima evaluación, el 7 excelente evaluación.
- 1: Pésimo, 2.muy malo, 3. Malo, 4: regular, 5.buena, 6.Muy buena 7. excelente
- Forma de preguntar: ¿Como percibe y evalúa usted las siguientes frases en cuanto a su cumplimiento, en la atención odontológica?

Dimensión	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
I. Confiabilidad.	1. Cuando tiene un problema el centro de salud muestra un sincero interés en solucionarlo							
	2. Cuando el centro de salud promete hacer algo por un tiempo determinado, lo cumple.							
	3. El centro de salud concluye el servicio en el tiempo prometido.							
	4. El centro de salud proporciona el servicio de manera adecuada la primera vez.							
II. Capacidad de respuesta.	5.Los funcionarios del centro de salud brindan un servicio con prontitud							
	6.Los funcionarios del centro de salud siempre se muestran dispuestos a ayudarlo							
	7. Los funcionarios del centro de salud son siempre amables.							
	8. Los funcionarios del centro de salud comunican cuando concluirá la realización del servicio.							
III. Tangibilidad.	9. El centro de salud tiene equipos de apariencia moderna.							
	10. La presentación de los funcionarios del centro de salud tiene apariencia pulcra.							
	11.Las instalaciones físicas del centro de salud son visualmente atractivas							
	12. Los materiales asociados con el servicio (como folletos o dípticos), son visualmente atractivos.							
IV. Valoración sobre Acceso, Oportunidad, Financiamiento y Calidad.	13. El Centro de salud le atendió dentro del plazo prometido desde que consultó.							
	14. Cómo evalúa la Calidad de atención y tratamiento.							
	15. Cómo evalúa el financiamiento de su tratamiento.							
	16. Cuando acudió al centro de salud se le aseguró el acceso a la atención.							

V. ¿Qué tan satisfecho se siente usted con la atención recibida en el sistema de salud en el área dental?	
Muy satisfecho	
Satisfecho	
Insatisfecho	
Muy insatisfecho	

Parte III: Examen de salud oral.

1.-Historia y presencia de caries: Índice COPD



- Cariado = Marque con una C
- Obturado = Marque con una O
- Perdido = Marque con una P
- Sano= Marque con una S

C	
O	
P	
total	

2.-Edentulismo.

Tipo de edentulismo:

Maxilar

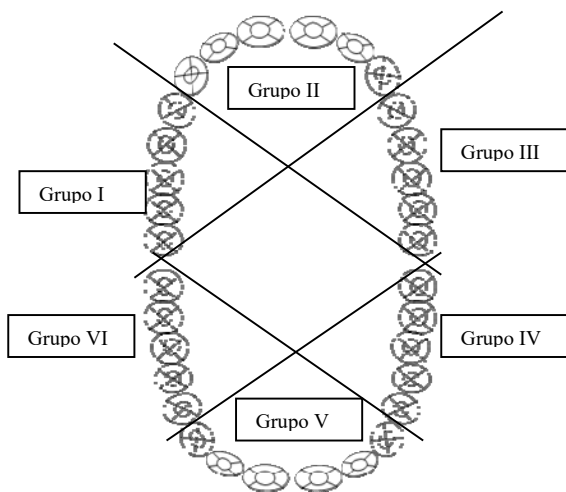
a. Parcial () b. Total ()

Mandíbula

a. Parcial () b. Total ()

Si es desdentado parcial, anotar número de dientes remanentes:

3.- Necesidad de tratamiento periodontal: CPITN



Valores	
Grupo I:	
Grupo II:	
Grupo III:	
Grupo IV:	
Grupo V:	
Grupo VI:	
Valor CPITN:	

Grado	Descripción
0	Paciente sano.
1	Sangrado observado hasta 30 segundos después del sondaje
2	Tártaro supra o subgingival. Irritación gingival iatrogénica.
3	Bolsa patológica de 3,5 a 5,5 mm
4	Bolsa patológica de 5,5 mm. o más, el área negra de la sonda no se ve.

4.- Evaluación de la Higiene:

4.1- ¿Se le enseñó al paciente algún modo de higienizar su boca en el centro de salud donde fue tratado?

- a) Sí
- b) No

4.2- Índice de placa de O'Leary.

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8		
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8		
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Cantidad de superficies teñidas X 100 = _____
 Total de superficies presentes

5.- Presencia de tratamiento protésico:

- SI
- NO

Si la respuesta es SI, dónde se realizó el tratamiento protésico: _____

Si la respuesta es NO, indicar si se encuentra:

- En tratamiento protésico Dónde: _____
- En espera para tratamiento protésico Dónde: _____
- No desea tratamiento protésico
- No se indicó tratamiento protésico

ANEXO 2: Escala de medición original basada en la escala SERVQUAL.

PERCEPCIONES	1	2	3	4	5
DIMENCIÓN CONFIABILIDAD					
1.- Cuando el CESFAM promete hacer algo por un tiempo determinado, lo cumple					
2.- Cuando tiene un problema el CESFAM muestra un sincero interés en solucionarlo					
3.- El CESFAM proporciona el servicio de manera adecuada la primera vez					
4.- El CESFAM concluye el servicio en el tiempo prometido					
5.- El CESFAM insiste en mantener registros exentos de errores					
DIMENSION RESPONSABILIDAD					
6.- Los funcionari@s del CESFAM brindan un servicio con prontitud					
7.- Los funcionari@s del CESFAM siempre se muestran dispuesto a ayudarlo					
8.- Los funcionari@s nunca están demasiado ocupados para ayudarlo					
9.- Los funcionari@s del CESFAM comunican cuando concluirá la realización del servicio					
DIMENSION SEGURIDAD					
10.- El comportamiento de los funcionari@s del CESFAM le inspira confianza					
11.- Se siente seguro por las prestaciones que le brinda el CESFAM					
12.- Los funcionari@s del CESFAM cuentan con el conocimiento para responder a sus preguntas					
13.- Los funcionari@s del CESFAM son siempre amables.					
DIMENSION EMPATIA					
14.- Los funcionari@s del CESFAM atienden sus necesidades específicas					
15.- El CESFAM le brinda atención individualizada					
16.- El CESFAM toma sinceramente en cuenta los intereses de los pacientes					
17.- El CESFAM cuenta con empleados que le brindan una atención individual					
18.- Los horarios del CESFAM son convenientes					
DIMENSION TANGIBLES					
19.- El CESFAM tiene equipos de apariencia moderna					
20.- La presentación de los funcionari@s del CESFAM tiene apariencia pulcra					
21.- Las instalaciones físicas del CESFAM son visualmente atractivas					
22.- Los materiales asociados con el servicio (como folletos o dípticos), son visualmente atractivos					
EXPECTATIVAS	1	2	3	4	5
DIMENION CONFIABILIDAD					
23.- Cuando el CESFAM promete hacer algo en un tiempo determinado, debería hacerlo					
24.- Cuando tiene un problema, el CESFAM debería mostrar un sincero interés en solucionarlo					
25.- El CESFAM debería proporcionar el servicio de manera adecuada la primera vez					
26.- El CESFAM debería concluir el servicio en el tiempo prometido					
27.- El CESFAM debería mantener registros exentos de errores					
DIMENSION RESPONSABILIDAD					
28.- Los funcionari@s del CESFAM deberían brindar siempre un servicio con prontitud					
29.- Los funcionari@s del CESFAM siempre deberían estar dispuesto a ayudarlo					
30.- Los funcionari@s deberían estar nunca demasiado ocupados para ayudarlo					
31.- Los funcionari@s del CESFAM deberían comunicar cuando concluirá la realización del servicio					
DIMENSION SEGURIDAD					
32.- El comportamiento de los funcionari@s del CESFAM debería siempre inspirar confianza					
33.- Debería sentirse seguro por las prestaciones que le brinda el CESFAM					
34.- Los funcionari@s del CESFAM deberían contar con el conocimiento para responder a sus preguntas					
35.- Los funcionari@s de un CESFAM deberían ser siempre amables.					
DIMENSION EMPATIA					

36.- Del CESFAM se debe esperar que atienda sus necesidades específicas					
37.- Los funcionari@s del CESFAM deben brindar atención individualizada					
38.- El CESFAM debe tomar sinceramente en cuenta los intereses de los pacientes					
39.- El CESFAM debe contar con empleados que le brinden una atención individual					
40.- El CESFAM debería contar con horarios convenientes					
DIMENSION TANGIBLES					
41.- El CESFAM debería tener equipos de apariencia moderna					
42.- La presentación de los funcionari@s del CESFAM deben tener apariencia pulcra					
43.- Las instalaciones físicas del CESFAM deberían ser visualmente atractivas					
44.- Los materiales asociados con el servicio (como folletos o dípticos), del CESFAM deberían ser visualmente atractivos					

ANEXO 3. Consentimiento Informado

Consentimiento informado

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dr. Prof. Alfredo Cueto Urbina (Docente guía, Jefe de Cátedra Salud Pública, Escuela Odontología, Universidad de Valparaíso).

TITULO DE LA TESIS: Perfil de salud oral y nivel de satisfacción en pacientes adultos mayores de 60 años cubiertos por la GES odontológica, en el sistema público de salud en Valparaíso.

Se me ha solicitado participar en un proyecto de investigación que está estudiando el estado de salud bucal de las personas de Valparaíso y su nivel de satisfacción. Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en ser examinado por un alumno de último año de la carrera de odontología, el cual examinará el estado de mis dientes y encías. Estoy de acuerdo además en responder a una encuesta.

Yo entiendo que:

- Los posibles riesgos al ser examinado son muy poco probables y mínimos.
- No seré sometido a un tratamiento, sólo a un examen clínico.
- Los posibles beneficios de este estudio son una futura posible mejoría en los servicios de salud pública, pero no existe un beneficio inmediato para mí.
- Cualquier pregunta que yo quiera hacer con relación a mi participación en este estudio deberá ser respondido por Cristóbal Quezada, alumno de la carrera de odontología de la Universidad de Valparaíso.
- Yo podré retirarme de este estudio cuando yo quiera y sin tener que dar motivos de ello y sin que ello me perjudique en mi calidad de persona o paciente.
- Los resultados de este estudio podrán ser publicados, pero mi información personal no será revelada.
- Doy mi consentimiento de forma voluntaria y sin haber sido forzado u obligado.
- En el caso de resultar dañado físicamente como resultado del estudio la atención y tratamiento serán proporcionados por la institución y los alumnos autores de este estudio.

Declaro que entiendo la necesidad de mi participación y estoy satisfecho/a con la información recibida en relación a este estudio.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de este estudio utilizando mi persona.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente _____

Valparaíso,..... de.....de 20.....

ANEXO 4: Solicitud a corporación municipal Valparaíso.



**Universidad
de Valparaíso
CHILE**

Escuela de
Odontología
Facultad de
Odontología

Valparaíso, Septiembre 01 de 2010.-

Sr.
Leonardo Díaz Sass
Director Area de Salud
Corporación Municipal de Valparaíso
Presente

Estimado Sr. Díaz :

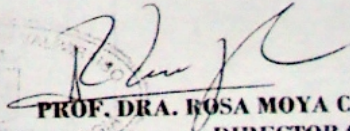
Los estudiantes de la Escuela de Odontología de la Universidad de Valparaíso, deben realizar un Seminario de Tesis, como parte de su formación curricular. Los alumnos de 5º año, Sres. Cristóbal Quezada y René Pulgar, darán inicio a su seminario con la temática de GES Odontológico en adultos mayores de 60 años de Valparaíso, guiado por el Dr. Alfredo Cueto Urbina, Docente de la Cátedra de Salud Pública.

Como parte del seminario, deben realizar diferentes actividades entre las cuales, contar con acceso al registro de pacientes que teniendo 60 años fueron atendidos y cubiertos por la GES, acceso a registro de aquellos pacientes que teniendo más de 60 años fueron atendidos pero no a través de GES, para lograr este objetivo se necesita también contar con acceso a las bases de datos de los consultorios, cuadernos de registros, fichas clínicas etc., también conocer el universo de personas que fueron atendidas a través de la cobertura GES del adulto de 60 años en Valparaíso por año, número de teléfono, dirección de pacientes que serán seleccionados para poder contactarlos, ya que dentro de la metodología está considerado un examen domiciliario básico para conocer el perfil de salud bucodental de los pacientes y realizarles una entrevista personal.

Por tal motivo es que solicito su colaboración en la autorización para que dichos alumnos puedan acceder al servicio que usted dirige, con el objeto de realizar las actividades antes mencionadas.

De acuerdo a lo anterior, doy fe que esta información sólo será utilizada con fines científicos en esta investigación y que la información personal de cada paciente se mantendrá bajo estricta confidencialidad. Junto con ello me comprometo a entregarle los resultados del estudio una vez que este sea presentado y evaluado.

Esperando una acogida favorable a esta solicitud se despide atentamente a usted,


PROF. DRA. ROSA MOYA C.
DIRECTORA
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

RMC/erb
c.c. : Profesor Guía Tesis

Subida Carvallo 211, Playa Ancha, Valparaíso | Fono: +56 (32) 250 8502 | E-mail: direccion.odont@uv.cl | www.uv.cl

RECIBIDO 21

ANEXO 5: Informe comité de ética



Informe de Evaluación Comité de Ética de la Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso

Valparaíso, 15 de noviembre de 2010.

Número de Proyecto en Evaluación: 2010-10N04

Es misión del Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso salvaguardar el cuidado por el respeto, la integridad y la libertad de las personas que sean invitadas o involucradas a participar en el proyecto de investigación. Para el Comité de Ética es fundamental reconocer tanto los aspectos metodológicos del diseño de la investigación, la información que se le hará llegar al eventual participante, así como también, de los compromisos en beneficio del cuidado del paciente y/o sus antecedentes que el equipo de investigación adquiera con la o las instituciones que estén participando.

Esta acta busca informar acerca de la aprobación, sugerencias y/o necesidad de re-evaluar el proyecto de investigación a este comité presentado, toda indicación inspirada en buscar contribuir a mejorar, estimular y promover el espíritu de la investigación en el marco de los criterios bioéticos actualmente vigentes.

-
1. **TÍTULO:** Perfil de salud oral y nivel de satisfacción en adultos mayores de 60 años cubiertos por las GES odontológicas, en el sistema público de salud, en Valparaíso.
2. **PROFESOR TUTOR O GUIA:** Dr. Alfredo Cueto Urbina
3. **AUTOR(ES):** 1. Cristóbal Quezada

1. **Resultado de Evaluación** APROBADO APROBADO con indicaciones RE-EVALUAR

COMENTARIO:

El proyecto corresponde a un estudio observacional controlado, que involucrará a adultos a través de un examen clínico y una encuesta.

OBSERVACIONES MENORES:

La metodología observa el empleo de instrumentos de examen para mejorar la apreciación diagnóstica; estos son elementos de uso rutinario y no deberían ocasionar inconvenientes en los pacientes, salvo el sondeo periodontal el cual podría requerir de profilaxis antibiótica en personas potencialmente susceptibles. El trabajo contempla autorizaciones y consentimiento que cumple con los criterios de respeto, información, seguridad y libertad para el que quiera o no participar en el estudio.

Aspectos Metodológicos: Por lo que se logra comprender del procedimiento, éste correspondería a un ESTUDIO DESCRIPTIVO CONTROLADO, que no es lo mismo que un estudio de CASO Y CONTROL; por lo mismo, sugeriría revisar el planteamiento..

Las observaciones éticas presentadas han buscado respetar y estar en coherencia con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la Ley n° 20.120 del año 2006 que regula la Investigación Científica en Seres Humanos, y la Norma MINSAL n°57 del año 2001.


Mario Therese Flores Barrett
Presidenta Comité de Ética

MTF,JP,RF/rf,mtf

ANEXO 6: Resultados de Tests estadísticos de normalidad.

Variable	Grupo	Estadístico	Valor-p	Test Shapiro-Wilk
Caries	Caso	0,72	0,00	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05
	Control	0,85	0,00	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05
Obturado	Caso	0,93	0,01	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05
	Control	0,88	0,00	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05
Perdido	Caso	0,93	0,01	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05
	Control	0,95	0,18	No se rechaza normalidad dado su valor p es mayor al 0.05
COPD	Caso	0,93	0,01	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05
	Control	0,88	0,00	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05
Dientes remanentes	Caso	0,93	0,01	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05
	Control	0,96	0,33	No se rechaza normalidad dado su valor p es mayor al 0.05
Dientes Sanos	Caso	0,94	0,02	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05
	Control	0,89	0,01	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05
Años escolaridad	Caso	0,92	0,00	se rechaza normalidad ya que su valor p es menor al 0.05

Basta con que uno de los grupos rechace normalidad, para rechazar la de ambos al hacer el posterior test de comparación.

