

## NOMBRE DEL PROGRAMA: COSECHANDO SONRISAS

 PROGRAMA NUEVO - VERSIÓN: 4  
 SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
 MINISTERIO DE SALUD

## CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

## I. ANTECEDENTES

## PROBLEMA

Personas mayores (60 y más años) del país reciben cuidados de salud bucal deficientes.

## PROPÓSITO

Mejorar los cuidados de salud bucal a las personas mayores (60 y más años) del país

## DIAGNÓSTICO

El cuidado de la salud bucal es uno de los desafíos para el envejecimiento saludable (OMS, 2015). Las personas mayores (60 años y más) alcanzan en Chile las 3.449.362 personas, lo que representa un 18% de la población (CEPAL, 2021). Las proyecciones del envejecimiento establecen que al año 2050, el 32, 1% del total de población país será persona mayor (INE, 2023). Este grupo es particularmente susceptible al daño en su salud bucal, porque las secuelas de las enfermedades bucales se acumulan en el tiempo y por los cuidados de salud bucal deficientes, los cuales se pueden definir en función de factores como la escasa educación sobre alimentación saludable, consumo de tabaco y alcohol, estrés y escaso acceso a elementos de higiene bucal y atención odontológica preventiva durante el curso de vida. Además de la distribución inequitativa de estas condiciones en grupos de mayor vulnerabilidad por posición socioeconómica, el cuidado de la salud bucal de las personas mayores presenta diferencias evitables e innecesarias (OMS, 2023), respecto a grupos de menor edad, en lo concerniente al abordaje promocional, preventivo y curativo de la salud bucal. Se han descrito factores como el temor al dentista, presentar enfermedades no transmisibles, el costo de la atención dental, entre otras, que contribuyen al deterioro evidente de la función masticatoria, la deglución, la fonación y estética facial, aspectos que repercuten en la calidad de vida de las personas mayores. Las atenciones disponibles para el cuidado de la salud bucal no se centran en las necesidades específicas de cuidado de esta población afectando su salud bucal y general. Esta situación se define por los siguientes elementos: a) El cuidado de la salud bucal no es priorizado en las atenciones de salud para personas mayores, ya se priorizan otras atenciones para condiciones crónicas, causando que muy pocas personas conserven todos sus dientes hasta la edad avanzada b) Personas mayores presentan cuidado dental inadecuado, pobre higiene dental debido a mal cepillado, ausencia de limpieza con hilo dental y masaje en la encía, que no son abordados por acciones educativas en el ámbito promocional preventivo por los equipos de salud, incrementando la problemática c) Existe rechazo ante la consulta dental, causado por el temor a las maniobras dentales, al proceso de adaptación a prótesis o rechazo a cambiar las que se tiene por unas nuevas, tanto por el costo como por las molestias que esto implica y desconocimiento de la importancia de la atención dental d) Alta presencia de enfermedades como caries dental y enfermedad periodontal, que ocupan el 90% y el 80% respectivamente del daño a la salud bucal en la población adulta, con la consecuente pérdida de dientes en las personas mayores. Enfermedades bucales frecuentes propias de esta población, como la xerostomía, candidiasis, recesión gingival, queilitis angular (Lopez Castellano, 2014; Torrecilla-Venegas R, 2020). El actual cuidado de la salud bucal de las personas mayores no considera procesos educativos tendientes a mejorar el conocimiento y las habilidades de para el autocuidado de su salud bucal. Personas mayores indican que únicamente asisten a la consulta dental cuando llegaban a sentir dolor (Lopez Castellano, 2014), manifestándose inexistencia de información y acciones promocionales y preventivas, y que las personas mayores no reciben un adecuado cuidado y atención a su salud (Fernández, 2009). Al mismo tiempo, se ha descrito como actitudes, comportamientos y valores transmitidos a través de los medios de comunicación y reafirmados por el equipo de salud, influyen en el valor que la salud tiene para las personas, en los comportamientos saludable, en su motivación hacia el autocuidado y en la autorresponsabilidad en salud (Cañizares Obregón, 2020).

Las actuales estrategias de atención odontológica no consideran tamizajes para pesquisa precoz de sintomatología o signos de patologías orales, ni revisiones periódicas con el odontólogo, con el fin de prevenir enfermedades bucales evitando tratamientos especializados y costosos, provocando así que la prevención no se cumpla y la salud bucal no se mantenga lo cual daña la salud integral (Marín, 2003). La salud bucal debería ser considerada un problema de salud pública en los mayores y factor de riesgo de otras patologías que inciden sobre morbilidad y mortalidad de este grupo, resultando crítico el no considerar una valoración integral de las personas mayores que incluya la salud oral, para aportar un control e intervención adecuada en todas las esferas sanitarias que repercuten en su bienestar.

Las personas mayores son los que manifiestan con mayor frecuencia, que su calidad de vida se ve afectada por el estado de su salud bucal (23,7% declara que siempre o casi siempre se ve afectada su calidad de vida)(MINSAL, 2017). La calidad de vida relacionada con salud oral se relaciona con la autopercepción del individuo acerca de su salud oral dentro del contexto sociocultural, incluido aspectos clínicos (Diaz-Reissner, 2017). Por tanto, esta amplia definición debe considerar la salud oral en la que la percepción de las personas resulta importante cuando se evalúa la necesidad de acciones preventivas, de diagnóstico y de tratamiento.

La población de personas mayores, beneficiarias de la atención primaria de salud alcanzan las 2.969.283 personas (FONASA, 2023), representando un 85% de la población total de personas mayores. Según registros del MINSAL, entre los años 2017 al 2019, solo el 12,5% de las personas de las personas atendidas en consultas de morbilidad odontológica tenían 65 años y más años a diferencia del 60% de la población adulta, situación más crítica en los controles odontológicos, donde este grupo solo accedió 6,3% de este tipo de prestaciones a

diferencia del 62% de niños y adolescentes. La prestación de consulta de morbilidad odontológica alcanza una cobertura estimada del 28% de la población de 65 años y más en los centros de atención primaria al año 2019 . Estas prestaciones se destinan exclusivamente a la resolución de un problema odontológico específico, cuando las personas mayores consultan por sintomatología principalmente dolorosa y se destinan a acciones particulares y limitadas, como por ejemplo tratamiento de una caries mediante restauración. No se incluyen otros elementos de educación, pesquisa y abordaje del disconfort general de la salud bucal, necesarios en esta población, Respecto a los ingresos a otro tipo de tratamiento denominado tratamiento de odontología general para los mismos años, las personas mayores solo tuvieron una participación del 3%, y las altas odontológicas fueron cercanas al 1% en las preventivas y alrededor de 3% del tipo curativa (DEIS.MINSAL, 2023), para este tipo de actividades han sido priorizados los niños, niñas, adolescentes y gestantes con una participación de sobre el 65% en niños y adolescentes y de 14% en gestantes. Estos antecedentes reflejan que la actual disposición de programas destinados a la salud bucal no considera las necesidades específicas de la población de personas mayores, no incluyen revisiones periódicas ni acciones promocionales y preventivas mediante acciones educativas, generando serias deficiencias en el cuidado de la salud bucal de la población de personas mayores, con las consecuentes repercusiones en su salud general y bienestar.

Existe actualmente un programa promocional y preventivo para personas mayores denominado Más Adultos Mayores Autovalentes, que aborda las variables de funcionalidad física, cognitiva y autocuidado en personas mayores y que se desarrolla en espacios comunitarios en 241 comunas del país. Se ha visto la necesidad de complementar la atención preventiva de salud abordando a las personas mayores en forma integral incorporando el abordaje del cuidado de la salud bucal, con acciones educativas relativas al autocuidado de la salud oral y con atenciones odontológicas de evaluación y tratamiento del disconfort dental en personas mayores, mediante el programa Cosechando Sonrisas , a diferencia de lo que ocurre con otros programas ya existentes de salud oral que abordan atenciones específicas de especialidad o tratamientos integrales estandarizados en centros de salud, sin considerar el énfasis promocional y preventivo ni las necesidades de la población mayor insertos en su contexto.

#### ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES

Componente	Gasto estimado 2024 (Miles de \$ 2023)	Producción estimada 2024 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2024 (Miles de \$ 2023)
Habilidades para el autocuidado de la salud oral	1.126.400	80.000 (Personas mayores que participan de los talleres)	14,08
Atención Odontológica en la comunidad	5.096.803	80.000 (Personas mayores con planes de cuidados de salud oral elaborados)	63,71
Gasto Administrativo	38.290		
Total	6.261.493		
Porcentaje gasto administrativo	1%		

#### POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2024 (cuantificación)
Población Potencial	Toda población de personas mayores, definida como población de 60 años y más.	3.727.325 Personas
Población Objetivo	Personas Mayores (personas de 60 años y más), beneficiadas FONASA, inscritas en los centros de atención primaria, que presenten condición de funcionalidad autovalente (sin riesgo de dependencia, con riesgo de dependencia o en riesgo) con Examen de Medicina Preventiva al día (EMPAM). El programa abordará a la población autovalente, dentro del marco de complementariedad con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, aportando los elementos educativos y de atención odontológica para la atención integral. Se desarrollará en espacios comunitarios facilitando el acceso de las personas mayores a un proceso de atención continuo. La población autovalente corresponde a un 85% de la población de 60 y más años inscrita en los establecimientos de APS. El EMPAM es un instrumento que permite evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor, identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad y de esta manera elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud	2.523.890 Personas

<p>Población Beneficiaria</p>	<p>Personas Mayores beneficiarias de FONASA, inscritas en los centros de atención primaria, que presentan condición de autovalente según el examen de medicina preventiva (EMPAM), que participan del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.</p> <p>El Programa Cosechando Sonrisas se desarrollará en forma complementaria al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, priorizando en su implementación aquellas comunas que presenten mayor vulnerabilidad según criterios socioeconómicos a través del Índice de Prioridad Social. Éste es un indicador compuesto que integra aspectos relevantes del desarrollo social comunal, esto es, las dimensiones de: ingresos, educación y salud. Se trata de un índice sintético cuyo valor numérico permite dimensionar el nivel de desarrollo relativo alcanzado por la población de una comuna (a mayor valor del índice mayor es la vulnerabilidad) y criterios sanitarios (Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA): es un indicador compuesto, que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida), A través de los AVISA se mide la pérdida de salud que se produce a raíz de la enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (años), a mayor valor, mayor carga de enfermedad).</p> <p>Dentro de los criterios de priorización se encuentra, además de la edad y el examen de medicina preventiva vigente, la formalización de la participación mediante la firma del compromiso informado.</p> <p>La magnitud de población beneficiaria está sujeta a disponibilidad presupuestaria, que determina la disponibilidad de recurso humano para la implementación del Programa Cosechando Sonrisas.</p> <p>Existen diversas vías por las cuales se puede acceder al programa, 1. Ingreso por derivación del equipo de salud, 2. Ingreso como integrante de una organización social, 3. Ingreso desde la comunidad por solicitud de la persona mayor.</p> <p>Se considera un ingreso anual al programa, de manera de ir incrementado la población beneficiaria de un año a otro, no considera el reingreso en el año calendario pero se podría los siguientes años volver a intervenir debido a la naturaleza del problema, tampoco considera población de arrastre, el ciclo de intervención debe finalizar a más tardar en diciembre del año en curso.</p>	<p>80.000 Personas</p>
-------------------------------	--	------------------------

Gasto por beneficiario 2024 (Miles de \$2023)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2024 (Meta)	2025	2026	2027
78 por cada beneficiario (Personas)	80.000	95.000	110.000	125.000
Concepto	2024			
Cobertura (Objetivo/Potencial)	68%			
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	3%			

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2024 (Estimado)
Porcentaje de personas que cumplen con los objetivos estratégicos del programa Cosechando Sonrisas en el año t	$(N^{\circ} \text{ total de personas que cumplen con los objetivos estratégicos del Programa Cosechando Sonrisas en el año } t / N^{\circ} \text{ total de personas que participan programa en el año } t) * 100$	<b>Dimensión:</b> Eficacia <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Lectura:</b> Ascendente <b>Unidad de medida:</b> Porcentual	81%
Porcentaje de población mayor a 60 años que mejora su calidad de vida asociada a salud oral según Cuestionario OHIP-7sp en el año t	$(N^{\circ} \text{ de personas egresadas del programa que mejoran su calidad de vida asociada a salud oral según cuestionario OHIP-7sp en el año } t / N^{\circ} \text{ de total personas que egresan del programa en el año } t \text{ que responden cuestionario OHIP-7sp}) \times 100$	<b>Dimensión:</b> Eficacia <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Lectura:</b> Ascendente <b>Unidad de medida:</b> Porcentual	81%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2024 (Estimado)
Porcentaje de beneficiarios que egresan de los talleres educativos Habilidades para el autocuidado de la salud oral con al menos un 80% de asistencia en el año t	$(N^{\circ} \text{ de beneficiarios que egresan de los talleres educativos Habilidades para el autocuidado de la salud oral con al menos un 80\% de asistencia en el año } t / N^{\circ} \text{ de beneficiarios que participan de los talleres educativos Habilidades para el autocuidado de la salud oral en el año } t) \times 100$	<b>Dimensión:</b> Eficacia <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Lectura:</b> Ascendente <b>Unidad de medida:</b> Porcentual	81%
Porcentaje de personas que cumplen objetivos de su plan de atención odontológica comunitaria en el año t	$(N^{\circ} \text{ personas que cumplen objetivos de su plan de atención odontológica comunitaria en el año } t / N^{\circ} \text{ de personas con plan de atención odontológica comunitaria en el año } t) * 100$	<b>Dimensión:</b> Eficacia <b>Periodicidad:</b> Anual <b>Lectura:</b> Ascendente <b>Unidad de medida:</b> Porcentual	81%

## II. EVALUACIÓN

### 1. Atigencia : Cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

#### Antecedentes

Se mantiene el riesgo de duplicidad con los programas "Mejoramiento de Acceso a la Atención Odontológica" y "Programa Odontológico Integral", dado el propósito que dichos programas buscan mejorar la salud bucal y el acceso a atenciones odontológicas a la población beneficiaria de FONASA en general lo que incluye a la población de adultos mayores, por tanto, lo señalado en las complementariedades no es suficiente para comprender si existen mecanismos que eviten la sobre intervención o si las poblaciones beneficiarias no pueden ser las mismas.

#### Diagnóstico

Respecto al problema planteado, este se encuentra correctamente formulado, sin embargo es necesario revisar lo siguiente:

- En el enunciado se señala que el problema lo presentan las personas mayores de 60 y más años, mientras que en el diagnóstico se entregan datos de personas mayores de 65 y más años. Es necesario que se incorporen datos de personas mayores de 60 y más años que reciben cuidados de salud bucal deficientes, o, si no existen dichos datos, dar cuenta que los datos que se utilizarán para caracterizar a la población que tiene el problema, dentro del diagnóstico, corresponden a adultos mayores de 65 y más años que recién cuidados de salud buscan deficientes.
- Se reitera la necesidad de entregar una definición de "cuidados de salud bucal deficientes", ya que lo señalado en el diagnóstico (escasa, distribución inequitativa, diferencias evitables e innecesarias) no permite conocer a qué se refiere dicho enunciado del problema. Se necesita que se entregue una definición más precisa de dicho concepto.

### 2. Coherencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

#### Objetivos y poblaciones

Si bien se menciona que el peso relativo de los criterios de prelación son equivalentes, es necesario explicitar que ocurriría en caso de empate.

#### Estrategia de intervención

Respecto al primer componente, no queda claro el por qué de que un beneficiario deba asistir más del 80% de las sesiones para considerarse participe del componente, lo cual se debe revisar y corregir.

En cuanto al componente 2, se reitera que la identificación de la población a la que se le entrega el servicio no se identifica correctamente, ya que repite la del primer componente y no tiene sentido con la atención que brinda el componente (la atención debiese ser individual).

Se reitera el comentario respecto a los criterios de egreso, señalado en el componente 1 ("Los resultados de este componente serán evaluados en términos de personas mayores que participan en los talleres, quienes deberán completar el 80% de las sesiones para considerarse participantes del componente"), por lo que se debe aclarar dicho aspecto, para entender que los beneficiarios no condicionan su cuantificación de acuerdo a su participación del 80% en las sesiones.

#### Enfoques de derechos humanos

Se reitera el comentario respecto a enfoques, sobre revisar la pertinencia de considerar el enfoque de dependencia y discapacidad, dado que previamente se menciona la idea de priorizar a personas cuidadoras, y también considerando que en este caso especialmente, se está tratando con personas mayores, lo que implica que muchas de ellas podrían tener impedimentos para formar parte de la intervención debido a estos puntos.

### 3. Consistencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

#### Indicadores de propósito

Se solicita revisar las cuantificaciones de ambos indicadores de propósito, ya que son iguales, justificando su estimación.

#### Indicadores complementarios

Se solicita revisar las cuantificaciones de ambos indicadores complementarios ya que son iguales, justificando su estimación.