

## SALUD ORAL INTEGRAL PARA ADULTOS DE 60 AÑOS: UN ANÁLISIS TERRITORIAL DE SU COBERTURA A 12 AÑOS DE SU IMPLEMENTACIÓN

COMPREHENSIVE ORAL HEALTH FOR ADULTS 60 YEARS OF AGE: A TERRITORIAL ANALYSIS OF ITS COVERAGE 12 YEARS AFTER ITS IMPLEMENTATION

### RESUMEN

**Introducción.** Las personas mayores en Chile tienen alta carga de morbilidad oral y de déficit funcional que afecta directamente su calidad de vida. El programa universal GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años, implementado desde el 2007, permite a las personas de 60 años acceder a tratamiento odontológico integral, aunque a la fecha se tiene pocos antecedentes de sus resultados. El objetivo de este estudio es estimar la cobertura del programa GES 60 para el año 2019 de los beneficiarios FONASA y su variabilidad territorial desagregada por Servicio de Salud (SS), sexo y tipo de prestador (público o compra de servicios).

**Materiales y Métodos.** Se realizó un estudio observacional ecológico, utilizando fuentes de datos secundarios de uso público (DEIS, FONASA). Se estimó la cobertura nacional total y por sexo, estratificada para cada SS.

**Resultados.** La cobertura del programa en el sector público de salud fue de un 22,8% el año 2019. La menor cobertura se observó en el SS Arica (5,3%) y la mayor en el SS Arauco (37,9%). La cobertura nacional fue significativamente mayor (valor  $p=0,001$ ) en mujeres (27,1%) que en hombres (17,9%). La compra de servicios a proveedores externos totalizó el 12,2% de las altas dentales, siendo esta proporción heterogénea entre SS con relación inversa entre Compra de servicios y Cobertura.

**Discusión.** La cobertura para el año evaluado fue baja, siendo insuficiente para poder resolver la alta carga de morbilidad de las personas mayores chilenas. Existe una amplia variabilidad territorial de la cobertura, presentando diferencias por sexo y en la compra de servicios.

**Palabras Clave.** Salud Oral, Personas mayores, Políticas de salud, Cobertura Universal.

### ABSTRACT

**Introduction.** Elderly people in Chile have a high burden of oral morbidity and functional deficits that directly affect their quality of life. The universal GES program: "Comprehensive Oral Health for the 60-year-old adult", implemented since 2007, allows 60-year-olds to access comprehensive dental treatment, however there is limited evidence of its results to date.

The aim of this study is to estimate the coverage of the program for the year 2019 of the public health insurance FONASA beneficiaries and their territorial variability disaggregated by Health Service (HS), sex and type of provider (public or purchase of services).

**Materials and Methods.** An observational ecological study was carried out, using secondary data from public sources (DEIS, FONASA). Total national coverage and by sex was estimated, stratified for each SS.

**Results.** The coverage of the program in the public health sector was 22.8% in 2019. The lowest coverage was observed in Arica HS (5.3%) and the highest in Arauco HS (37.9%). National coverage was significantly higher ( $p$ -value = 0.001) in women (27.1%) than in men (17.9%). Purchase of services from external providers totaled 12.2% of the dental discharges, this proportion being heterogeneous between SS with an inverse relationship between "Purchase of services" and "Coverage".

**Discussion.** The coverage for the evaluated year was low, being insufficient to be able to solve the high burden of morbidity of Chilean elderly. There is a wide territorial variability of coverage, presenting differences by sex and in the purchase of services.

**Key words.** Oral Health, Elderly, Health Policies, Universal Health Coverage.

Karen Danke,

Programa de Doctorado en Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. kdankeh@odontologia.uchile.cl

Fabiola Werlinger,

Centro Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Orales (CEVEO), Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología, Departamento de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Gisela Jara,

Centro Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Orales (CEVEO), Escuela de Graduados, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Jorge Gamonal,

Centro Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Orales (CEVEO), Dpto. Odontología Conservadora, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

## INTRODUCCIÓN

Las sociedades en general y los sistemas de salud particularmente, están enfrentando importantes desafíos producto de la transición demográfica caracterizada por el envejecimiento poblacional. En Chile las “personas mayores” o “adultos mayores” son aquellos de 60 años o más, de acuerdo a la Ley 19.828, la misma que el 27 de septiembre del 2002 crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)<sup>1,2</sup>. En Chile, el porcentaje de personas mayores de 60 años pasó de un 10,8% el año 2000, a un 17,2% el año 2020, y se prevé un importante aumento en las próximas décadas llegando a cifras de 5.762.672 para el 2040, lo que equivaldrá al 26,9% de la población<sup>3</sup>. A esta transición demográfica se suma un proceso de transición epidemiológica, caracterizada por un cambio en los patrones de morbilidad poblacional que posiciona a las enfermedades crónicas no transmisibles como la mayor causa de morbilidad y mortalidad<sup>4</sup>. La mayoría de las enfermedades orales comparten determinantes sociales y factores de riesgo en común con múltiples enfermedades crónicas<sup>4</sup>. De hecho, la salud oral se considera un marcador temprano de exposición a factores de riesgo a lo largo de la vida<sup>5</sup>.

Junto con observar las consecuencias finales de la acumulación de factores y enfermedades orales a lo largo del curso de vida, principalmente a través de la pérdida dentaria y estado de los dientes, el envejecimiento produce en la cavidad oral una serie de cambios fisiológicos graduales e irreversibles, que la vuelve más susceptible a los agentes traumáticos e infecciosos, presentándose una gran variedad de problemas bucales entre ellos la caries dental, enfermedad periodontal, lesiones en mucosa, cáncer bucal, halitosis, disfagia y xerostomía<sup>6</sup>. En suma, estas condiciones repercuten en diversos aspectos de la vida, desde poder comer sin molestias ni dolor, hasta en la autoestima y relaciones sociales, afectando en distintos grados la funcionalidad, la calidad de vida, y exacerbando el deterioro del estado de salud general<sup>6,7</sup>.

En Chile, las personas mayores tienen una alta carga de morbilidad oral. Personas entre 65 a 74 años tienen en promedio 17,5 dientes perdidos por caries y 11,4% tiene edentulismo<sup>8</sup>, mientras que otros estudios en mayores de 60 años muestran prevalencias de edentulismo autoreportado de hasta 21,5%<sup>9</sup>. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, de los mayores de 65 años el 81,7% tiene menos de 20 dientes, el 65,8% usa prótesis dental, un 57,2% tiene caries cavitada en ambos maxilares y un 22,6% declara

que su salud bucal es mala o muy mala<sup>10</sup>. Además, según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento del año 2005<sup>11</sup>, un 35% de las personas mayores declaró una disminución del consumo y variedad de alimentos debido a problemas dentales, similar al 36,5% que manifestó dificultades para masticar en otro estudio del 2013<sup>9</sup>. En conjunto, estos indicadores reflejan un déficit funcional y una gran cantidad de necesidades de salud oral insatisfechas en este grupo. A pesar de ello, según la ENS 2016-2017 sólo el 35,7% de este grupo asistió a atención odontológica los últimos 12 meses<sup>10</sup>, pese a que el tratamiento y rehabilitación oral pueden repercutir amplia y positivamente en su bienestar general, favoreciendo el envejecimiento saludable<sup>12</sup>. Adicionalmente, cabe destacar que estos indicadores exponen marcadas inequidades en detrimento de los grupos de menor nivel socioeconómico y educacional<sup>9,10</sup>.

Con relación al acceso a atención odontológica, se han descrito diversos factores que actúan como barreras en personas mayores, entre ellos la edad, sexo, nivel de educación, soporte social, conectividad, ingreso, estado de salud oral y general, conocimiento y actitudes, necesidades percibidas, dolor, discapacidad física y condiciones crónicas, entre otras<sup>13</sup>. En efecto, la dificultad para acceder a servicios dentales se sugiere como una de las vías que contribuye a las inequidades en salud oral<sup>14</sup>, por lo que intervenciones dentales universales y con especial atención en poblaciones vulnerables y desfavorecidas, pueden contribuir a reducir las enormes brechas existentes<sup>15</sup>.

En Chile la ley 19.966 establece en el año 2004 el régimen de garantías en salud AUGE para un total de 25 problemas de salud. El año 2007 se agregan, entre otros problemas, la garantía GES n°47 “Salud Oral Integral para Adultos de 60 años” en adelante “GES 60”. Su objetivo es “mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria a los beneficiarios del Sistema de Salud de 60 años, realizando prestaciones odontológicas orientadas disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes”<sup>16</sup>. Al igual que las demás patologías GES, ésta es de carácter universal, lo que implica que todo beneficiario de 60 años puede ingresar a tratamiento, siempre y cuando la solicitud de atención odontológica se realice mientras el beneficiario tenga dicha edad (garantía de acceso). El tiempo máximo de espera es de 90 días desde la solicitud de atención (garantía de oportunidad), y el alta se otorga una vez que se ha completado la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación<sup>17</sup>.

En el caso de los beneficiarios FONASA, la atención odontológica se desarrolla en establecimientos de atención primaria, siendo el programa gratuito para aquellas personas pertenecientes a este seguro de salud. En el caso de los beneficiarios ISAPRE el copago corresponde al 20% del arancel<sup>17</sup>. El programa incluye diagnóstico clínico y radiológico, prevención, restauraciones, endodoncias y rehabilitación a través de prótesis removibles<sup>16</sup> y en el sector público es financiado a través de los “Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud” (PRAPS) lo que en teoría “permite una mayor garantía de que los recursos financieros son efectivamente utilizados para los fines que fueron creados”<sup>18</sup>. En caso que un paciente pudiera atenderse en otro programa superpuesto al GES, se privilegia la garantía GES<sup>18</sup>.

Debido al escaso financiamiento de prestaciones odontológicas en el sector público durante la adultez, se postergan las necesidades de salud oral, y se priorizan tratamientos de urgencia para aliviar el dolor, por lo que muchas personas mayores llegan a esta etapa de la vida con una alta carga de enfermedad y daño<sup>20</sup>. Por lo mismo se estima que la mayoría de las atenciones odontológicas en las personas mayores son financiadas con gasto de bolsillo, afectando negativamente a los hogares con personas mayores, los que a su vez tienen mayor prevalencia de enfermedades crónicas, mayor gasto en salud y mayor probabilidad de presentar gastos catastróficos en salud<sup>19</sup>. Por tanto, este programa es de gran relevancia para la salud oral de las personas mayores dado que es un programa universal y garantizado al que pueden acceder a tratamiento integral todas aquellas personas de 60 años.

A pesar de la importancia de esta garantía, su cobertura es baja, entendiendo como cobertura la relación expresada en porcentaje entre la población que ha recibido o recibirá una determinada actividad y la población que debería recibirla o haberla recibido<sup>21</sup>. Se estima que del total de los beneficiarios FONASA de 60 años el año 2009, sólo un 21%<sup>16</sup> recibió un alta integral, cifra que aumenta a 32,6% el año 2013<sup>20</sup>, lo que deja a dos tercios de la población objetivo sin recibir esta garantía. Por otro lado, si bien se han estimado coberturas agregadas a nivel nacional, no existen estudios publicados que hayan desagregado la información territorialmente para evaluar las diferencias que, por ejemplo, justifiquen estrategias sectoriales específicas.

De acuerdo a lo anterior, el objetivo de este estudio es estimar la cobertura del programa “GES 60” en beneficiarios FONASA 60 años para el año 2019

por Servicio de Salud (SS) y sus potenciales diferencias por sexo y por tipo de prestador. Esto permitirá aproximarse a valorar la accesibilidad del programa identificando sus principales desafíos, proporcionando información que apoye la toma de decisiones y las estrategias destinadas a ampliar y mejorar el acceso a la atención odontológica en personas mayores.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional ecológico, utilizando fuentes de datos secundarios de uso público.

### Fuente de datos:

- “Resúmenes Estadísticos Mensuales” (REM) de las actividades que se realizan en los establecimientos públicos de salud que son recolectados a nivel central, constituyendo una herramienta de monitoreo de programas, convenios y cumplimiento de metas del sector<sup>22</sup>. Se obtuvo desde el sitio web del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)<sup>23</sup> la base de datos de la serie REM-A.09 del año 2019, que contiene las estadísticas de Atención de Salud Odontológica realizadas tanto en APS, especialidades y clínicas móviles dentales. En la sección G de la serie se registran los programas especiales y GES, incluidas las estadísticas de producción relativas al GES odontológico del adulto mayor de 60 años.
- Datos de la población de 60 años afiliada al Sistema Público de Salud el año 2019 solicitados a FONASA a través de la ley de transparencia, de manera de contar con la población exacta de 60 años para cada Servicio de Salud.

### Variables

Las variables incluidas en el análisis fueron: “Altas integrales”, “Servicio de Salud”, “Sexo” y “Compra de servicios”, las cuales fueron obtenidas desde el REM. La variable “Beneficiarios FONASA de 60 años” para ambos sexos se obtuvo de manera directa de los datos proporcionados por FONASA.

Se construyó una nueva variable denominada “Altas totales” que consistió en las “Altas integrales” sumadas a las “Altas por compra de servicio”; dado que estas últimas no se presentan desagregadas por sexo, se les asignó la proporción por sexo correspondiente a las altas institucionales.

La variable objetivo fue la “Cobertura del programa”

expresada en porcentaje, calculado utilizando las “Altas totales” como numerador y los “Beneficiarios Fonasa de 60 años” como denominador, multiplicado por 100, calculada para el total de la población y para hombres y mujeres por Servicio de Salud.

### Validación de Base de Datos

Para establecer la validez de los registros analizados (REM) se revisaron las estimaciones de los totales y subtotales incluidos en las columnas del registro los que se resumen a continuación: i) Se observó variabilidad entre el valor total de altas integrales y la suma de las altas en todas las edades, con un error porcentual promedio de 1,2% y un rango por SS entre 0% y 5,5%, con excepción del SS Arica y Antofagasta cuyo porcentaje de error alcanzó el 500%. Se excluyeron estos últimos SS por considerarse datos fuera de rango. ii) Por otro lado, un 14,9% de los registros correspondieron a altas registradas en los grupos de edad “menor de 15 años” y “65 años o más”. Si bien este fenómeno influencia el numerador de nuestro indicador central se optó por no eliminarlos, considerándolos errores de digitación y que la variación en la cobertura a nivel nacional al estimarla con y sin estos registros no superaba los 2,8 puntos porcentuales, mientras que a nivel de SS llegaba al 10%. Tales variaciones fueron consideradas marginales en un trabajo basado en el análisis del universo de los datos.

### Análisis estadístico

La base de datos se elaboró en Excel. Se estimó la cobertura nacional general y por sexo estratificada para cada SS. Las diferencias de coberturas entre sexos se evaluaron mediante la prueba de Chi-cuadrado considerando un valor de significancia del 5%. La asociación entre “Compra de servicios” y “Cobertura” se evaluó mediante regresión lineal utilizando tanto la “Cobertura” (dependiente) y la “Compra de servicio” (independiente) como proporciones, expresadas en variables continuas entre 0 y 100. Para los análisis estadísticos se utilizó el Software STATA 16®.

## RESULTADOS

### Cobertura nacional y por Servicio de Salud.

La población de 60 años beneficiaria de FONASA el año 2019 fue de 168.762 personas, correspondiendo a un 82,5% de la población censal proyectada por el INE para el mismo año<sup>3</sup>. El total de “Altas integrales” (incluyendo “Compra de servicios”) en el sector público de salud para el año 2019 fue de 38.472, obteniendo una cobertura estimada del programa GES 60 nivel país del 22,8%. Es decir, 130.290 beneficiarios de FONASA de 60 años no hicieron uso de su garantía GES. El SS con menor cobertura fue Arica con un 5,26% y el con la cobertura más alta fue Arauco con un 37,86%. El detalle de los porcentajes de cobertura total y por sexo para cada Servicio de Salud se presenta en la Tabla 1.

### Sexo

Todos los SS presentaron mayor proporción de altas en mujeres que en hombres, alcanzando en promedio un 63,4% las mujeres y 36,6% en hombres. La cobertura nacional del programa fue de 17,9% en hombres y de 27,1% en mujeres, la diferencia por sexo fue significativamente mayor (valor  $p=0,001$ ) en mujeres en todos los SS excepto Iquique y Atacama. Las coberturas por Servicio de Salud se presentan en la Tabla 1.

### Compra de servicios

La proporción de altas integrales entregadas a través de la compra de servicios a prestadores externos en función de las altas totales fue variable entre los SS. Por ejemplo, en los SS Arica y Antofagasta la mayoría de las altas integrales registradas, 90,6% y 100%, respectivamente, son a través de la compra de servicios, mientras que en ocho SS no registran atenciones a través de compra de servicios, siendo que en promedio a nivel nacional un 12,2% del total de las altas integrales son otorgadas mediante esta modalidad (Tabla 1). Al evaluar mediante regresión lineal esta relación (Gráfico 1), se observó una asociación inversa significativa (valor  $p=0,001$ ) entre “Compra de servicios” y “Cobertura”, donde a mayor proporción de altas mediante compra de servicios la Cobertura es menor (Beta=-0,205; Cons=27,09;  $R^2=0,46$ ). Específicamente, esto se traduce en que por cada aumento en 10 puntos porcentuales en la proporción de altas a través de compra de servicios, la cobertura disminuye en 2,06 puntos porcentuales.

**Tabla 1. Distribución de beneficiarios FONASA 60 años, Altas integrales GES 60, porcentaje de altas por compra de servicios, coberturas totales y coberturas por sexo para cada Servicio de Salud.**

Servicio de Salud	Beneficiarios FONASA 60 años	Total altas integrales GES 60**	Compra de servicios (% del total)	cobertura total (%)	IC(%)	cobertura hombres (%)	IC(%)	cobertura mujeres (%)	IC(%)	*
Arica	2.014	106	91	5,3	(4,4-6,3)	3,7	(2,6-5,1)	6,5	(5,2-8,1)	*
Iquique	1.513	321	4	21,2	(19,2-23,3)	21,2	(18,2-24,6)	21,2	(18,7-24,0)	
Antofagasta	4.590	459	100	10,0	(9,2-10,9)	7,8	(6,8-9,1)	11,9	(10,7-13,2)	*
Atacama	2.753	241	57	8,8	(7,8-9,9)	8,3	(7,0-10,0)	9,1	(7,7-10,7)	
Coquimbo	7.227	1.630	18	22,6	(21,6-23,5)	15,9	(14,7-17,1)	28,6	(27,2-30,0)	*
Valparaíso San Antonio	5.338	1.884	0	35,3	(34,0-36,6)	28,3	(26,6-30,1)	41,2	(39,5-43,0)	*
Viña del Mar Quillota	9.864	2.114	14	21,4	(20,6-22,3)	17,3	(16,2-18,4)	24,8	(23,7-26,0)	*
Aconcagua	2.671	1.001	13	37,5	(35,6-39,3)	31,9	(29,3-34,5)	42,4	(39,9-45,0)	*
Metropolitano Norte	8.092	1.783	0	22,0	(21,1-23,0)	16,8	(15,7-18,1)	26,5	(25,2-27,8)	*
Metropolitano Occidente	11.878	2.763	4	21,3	(22,5-24,0)	17,4	(16,4-18,4)	28,5	(27,4-29,6)	*
Metropolitano Central	11.926	1.636	45	13,7	(13,1-14,3)	10,7	(9,9-11,6)	16,0	(15,2-16,9)	*
Metropolitano Oriente	7.716	2.765	0	35,8	(34,8-37,0)	27,1	(25,6-28,6)	42,0	(40,6-43,5)	*
Metropolitano Sur	12.074	2.891	3	23,9	(23,2-24,7)	20,6	(19,6-21,7)	26,8	(25,8-27,9)	*
Metropolitano Sur Oriente	12.755	3.730	6	29,2	(28,5-30,0)	22,0	(20,9-23,1)	35,1	(34,0-36,2)	*
Del Libertador B.O'Higgins	9.507	1.413	9	14,9	(14,2-15,6)	10,7	(9,9-11,6)	18,8	(17,7-20,0)	*
Del Maule	10.757	2.164	5	20,1	(19,4-20,9)	15,8	(14,8-16,8)	24,2	(23,1-25,3)	*
Ñuble	5.693	1.550	28	27,2	(26,1-28,4)	23,1	(21,5-24,7)	31,0	(29,4-32,7)	*
Concepción	6.225	1.503	30	24,2	(23,1-25,2)	18,7	(17,3-20,2)	28,8	(27,3-30,4)	*
Arauco	1.817	688	6	37,9	(35,7-40,1)	33,2	(30,2-36,3)	42,4	(39,3-45,7)	*



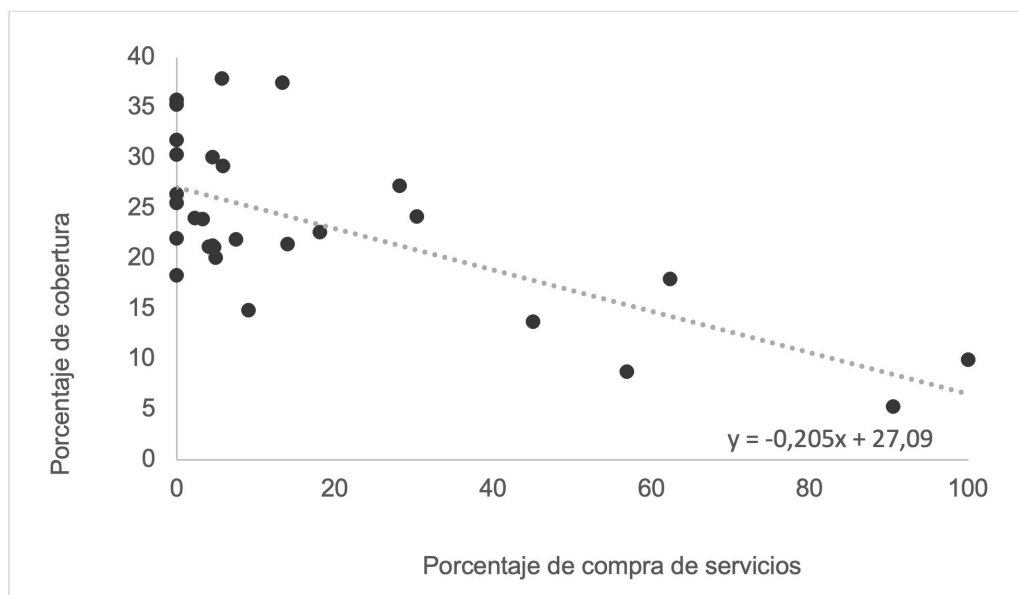
Talcahuano	3.434	1.093	0	31,8	(30,3-33,4)	25,7	(23,6-27,9)	37,2	(35,0-39,4)	*
Biobío	4.687	1.125	2	24,0	(22,8-25,2)	18,4	(16,9-20,1)	29,1	(27,4-31,0)	*
Araucanía Norte	2.095	458	7	21,9	(20,1-23,7)	16,9	(14,8-19,3)	26,8	(24,2-29,6)	*
Araucanía Sur	7.068	1.270	62	18,0	(17,1-18,9)	16,6	(15,4-17,9)	19,2	(18,0-20,5)	*
Valdivia	3.689	975	0	26,4	(25,0-27,9)	20,9	(19,1-22,9)	31,6	(29,5-33,7)	*
Osorno	2.518	642	0	25,5	(23,8-27,2)	21,1	(18,9-23,5)	29,6	(27,2-32,1)	*
Del Reloncaví	5.019	1.059	5	21,1	(20,0-22,2)	15,8	(14,4-17,3)	26,5	(24,8-28,3)	*
Chiloé	1.686	508	5	30,1	(28,0-32,4)	26,3	(23,4-29,5)	33,6	(30,6-36,8)	*
Aisén	921	169	0	18,3	(16,0-21,0)	14,1	(11,1-17,7)	22,1	(18,6-26,0)	*
Magallanes	1.752	531	0	30,3	(28,2-32,5)	22,4	(19,8-25,3)	38,4	(35,2-41,6)	*
País	168.762	38.472	12	22,8	(22,6-23,0)	17,9	(17,7-18,2)	27,1	(26,8-27,3)	*

Compra de servicios = % del total de altas que son a través de compra de servicios.

(\*) = diferencias significativas de cobertura entre sexos ( $p < 0,05$ ).

(\*\*) = incluye compra de servicios;

**Gráfico 1: Relación entre porcentaje de Cobertura GES 60 y porcentaje de altas por compra de servicios.**



## DISCUSIÓN

Para el año 2019, a 12 años de la implementación del GES 60, una cobertura del 22,8% en el sector público puede considerarse baja si pensamos que es un programa de salud de carácter universal y la única opción garantizada de recibir un tratamiento odontológico integral en la tercera edad. En efecto, de acuerdo con esta cobertura se estima que 130.290 personas mayores inscritos en FONASA no utilizaron su garantía de atención odontológica integral el año 2019. Adicionalmente, se verificó una amplia variabilidad entre SS, donde la cobertura mínima se observó en el SS de Arica con un 5,3% y la cobertura máxima en el SS de Arauco con un 37,9%, lo que sugiere que existen factores propios dentro de cada SS que facilitan o interfieren en el acceso y utilización de la garantía GES 60. Se observó además que la cobertura del programa en todos los servicios fue mayor en mujeres, lo que coincide con una tendencia generalizada a una mayor utilización de servicios de salud (en adelante "SS"), por este grupo<sup>(10,24,25)</sup>, quienes a su vez presentan mayor tasa de edentulismo<sup>9</sup>.

Por otro lado, se observaron amplias diferencias respecto a la proporción de compras de servicios entre los SS, observándose que en algunos se resuelve la totalidad de las altas integrales dentro de los prestadores de la propia red institucional y en otros se requiere de la compra de servicios en distintos porcentajes para cubrir esta demanda. Llamativamente, los mismos servicios que presentaron mayores errores e inconsistencias en los registros (Arica y Antofagasta), fueron aquellos con mayor proporción de servicios comprados y con menores coberturas, por tanto, en estos SS los resultados deben interpretarse con precaución. La asociación inversa encontrada entre la compra de servicios y la cobertura del programa propone interrogantes respecto de los motivos por los cuales ciertos SS compran la totalidad de las altas a prestadores externos, mientras que otros no, y si este fenómeno también está influyendo en el acceso y utilización.

De esta forma, se estaría postulando una posible deficiencia en la gestión institucional para atender a la población objetivo como una barrera de acceso importante a nivel organizacional. El bajo conocimiento de la garantía, así como de los mecanismos de navegación dentro del sistema por parte de las personas, evitaría que exijan su derecho de atención, y de hacerlo, podrían encontrarse con una siguiente barrera al tener que presentar un reclamo y realizar

una serie de trámites administrativos que podrían inducirlo a desistir de su garantía. Por otro lado, cada municipalidad en conjunto con el servicio de salud correspondiente fija sus propias metas en base a coberturas obtenidas de años anteriores, lo que determina el monto de los fondos que se transferirán a las municipalidades para su ejecución, por tanto mejorar la cobertura implicaría aumentar el monto traspasado para este programa. A su vez, cabe destacar la importancia de transparentar en la compra de servicios y estandarizar las bases de licitación incluyendo el valor a pagar al profesional adjudicado, además de la necesidad de auditar al menos 5% de la población atendida, de manera de hacer adecuado uso de los recursos y asegurarse que la calidad de los tratamientos y la satisfacción usuaria sea acorde a los objetivos del programa.

Los resultados refuerzan la idea de que la universalidad de acceso a un servicio a través de una ley, no necesariamente se traduce en acceso efectivo ni mayor cobertura, sino que también existen otros factores que actúan como barreras para el acceso y utilización<sup>13,26</sup>. En la guía de práctica clínica del GES 60 del año 2010, la cobertura de 21% alcanzada para el año 2009<sup>16</sup> se atribuye a falta de información, poca valoración de la salud bucal o la creencia de las personas que no recibirán atención de calidad. Otro obstáculo que se ha descrito es la restricción de la edad sólo a personas de 60 años, quienes aún son activos laboralmente y los horarios de atención podrían no ser compatibles con su trabajo<sup>20</sup>. No obstante, durante esta década no se han tomado medidas para abordar estas barreras y fomentar la utilización de la garantía, ni tampoco se han realizado estudios que ahonden en las barreras y facilitadores que influyen en la utilización de éste servicio específico de salud, considerando la complejidad y multidimensionalidad del concepto de acceso a la salud que ocurre de la interacción de múltiples factores, así como de influencias culturales y sociales<sup>27</sup> que determinan su utilización. Estamos al tanto de un único estudio en Chile en personas mayores de 65-74 años autovalentes en la región del Maule<sup>28</sup>, que evalúa patrones de uso y barreras de acceso a atención odontológica, donde la principal barrera para no asistir a atención en los últimos meses fue el temor al dentista incluso por sobre la variable de costo. A pesar de esto, para una gran parte de las personas mayores, pagar por atención puede ser muy difícil y existe evidencia sobre la disminución de la utilización de cuidados de salud debido a los copagos<sup>29</sup>, por lo que no debe

descartarse que los costos indirectos podrían estar ejerciendo un efecto negativo en la utilización de la garantía. Por consiguiente, se hace necesario explorar con mayor detalle los determinantes de la utilización de la garantía GES 60, tanto barreras como facilitadores a nivel individual, como organizacional y contextual, que permitan dirigir esfuerzos en caso de que se proponga mejorar la cobertura, calidad e impacto del programa.

Según datos de la ENS 2016-2017, el 64,4% de las personas mayores de 65 años no ha asistido al dentista hace más de 1 año, cifra que aumenta en los hombres y en personas de menor nivel educacional<sup>10</sup>. Las personas que no acuden a controles dentales de rutina tienen mayor probabilidad de necesitar procedimientos dentales más complejos y especializados, y por tanto más costosos, por esto, es altamente recomendable fomentar los controles periódicos de rutina en personas mayores<sup>30</sup> al igual que para el manejo de otras enfermedades crónicas<sup>31</sup>. Es más, en un estudio reciente que evaluó diagnósticos asociados a consultas de urgencia en un servicio de urgencia del Servicio de Salud Metropolitano Central, los problemas orales representaron la principal condición sensible de atención ambulatoria (diagnósticos que con adecuada y oportuna atención ambulatoria no requerirían de atención de urgencia u hospitalización) en personas mayores de 65 años, lo que refleja por un lado la precaria salud oral de este grupo, la insuficiente oferta de atención odontológica de la red asistencial y la sobrecarga que generan los problemas dentales en el sistema<sup>32</sup>.

Es necesario relevar que a las barreras ya existentes para el acceso a atención odontológica de las personas mayores se sumarán las restricciones, producto de la actual crisis sanitaria por COVID-19 y la subsecuente crisis económica. El reducido acceso a atención odontológica podría tener importantes consecuencias para la salud bucal de la población y de los adultos mayores particularmente, aumentando las complicaciones producto de la postergación del control y prevención de enfermedades bucales crónicas, incluidas la caries y la periodontitis<sup>33</sup>, sumado a la falta de acceso a tratamiento y control médico de las enfermedades crónicas sistémicas<sup>33</sup> sobrecargando aún más el sistema.

Si bien se valoran los avances en materia de acceso a atención odontológica en el sector público, expertos en Salud Pública Odontológica a nivel nacional, catalogan este programa como insuficiente para mejorar la salud oral de las personas mayores

en Chile<sup>34</sup>. El acotado tramo etario excluye a toda la población mayor de 60 años, dejando sin cobertura a por al menos 20 años más (considerando que la esperanza de vida en Chile ronda los 80 años) a personas que además viven una mayor precariedad socioeconómica, tienen más daño y comorbilidades, así como mayores dificultades para acceder a atención odontológica, por lo que se ha propuesto extender el periodo de cobertura del programa<sup>20,35</sup>, ya sea de manera progresiva, aunque sin descartar la posibilidad de repensar y reformular el programa completo y sus objetivos. El interés por la salud oral de las personas mayores y el acceso a atención dental ha ido creciendo en todo el mundo, de la mano con el interés por la investigación y desarrollo de iniciativas que promuevan un envejecimiento saludable. Cada país se ha ido adaptando a su propio ritmo, donde sin duda es importante considerar las experiencias internacionales que han sido adoptadas. Un artículo reciente de Jiang et al.<sup>36</sup> resume las políticas y esquemas en salud oral que han adoptado diferentes países, siendo la experiencia de Japón un ejemplo interesante a mirar<sup>36</sup>.

La salud oral de las personas mayores es más que la implementación de prótesis dentales. Un adecuado tratamiento, manejo y prevención de enfermedades bucales mejora no solo la condición de la boca, sino también la salud general y bienestar<sup>37</sup>. Las personas mayores quieren disfrutar de buena salud, participar socialmente y contribuir en su entorno<sup>37</sup>; gozar de una mejor salud oral tiene un enorme impacto que les puede permitir seguir interactuando en la sociedad, poder alimentarse adecuadamente y ser independientes por más tiempo. Los odontólogos y profesionales de la salud oral son los encargados de abogar por la salud oral y posicionarla como un componente fundamental de la salud integral y bienestar a lo largo de la vida. Sin embargo, el desafío es de carácter multidimensional y por tanto debe abordarse de manera multidisciplinaria e intersectorial, por lo que es esencial una mayor integración y comunicación entre diferentes miradas y profesiones dedicadas a personas mayores para aunar esfuerzos y potenciar conocimientos para entregar cuidados de salud óptimos y comprensivos, así como aprovechar los recursos disponibles y favorecer el envejecimiento saludable<sup>31,38</sup>. En ese sentido, el programa GES 60 años puede ser aprovechado también desde el área médica como punto de entrada de las personas mayores a la atención primaria, con el objetivo de aumentar la detección de fragilidad, enfermedades crónicas u otras condi-



ciones precozmente y favorecer las intervenciones preventivas, por otro lado potenciar la colaboración y manejo multidisciplinario, incluyendo la salud oral a programas de salud general<sup>4</sup>.

Las limitaciones del presente estudio se relacionan con el uso de una base de datos secundaria para el análisis, cuyos datos presentan algunas discrepancias. Explorando estas diferencias se logró establecer que el 14,9% de los registros de altas integrales eran ingresados en celdas correspondientes a otras edades diferentes de 60 años. A pesar de esto las variaciones en el estimador final se tradujeron en menos de 3 puntos porcentuales, considerándose un error razonable propio del uso de bases de datos de índole administrativo distinto al de una investigación como objetivo principal. Adicionalmente, la validez de nuestros resultados descansa en el uso de un sistema estadístico oficial de alcance nacional, con gran cantidad de información y riqueza informativa que otorga robustez a las estimaciones, permitiendo además la visualización a nivel territorial (Servicios de Salud) con sus potenciales diferencias, las cuales verificamos en este estudio. Fue posible además acceder a la estimación de indicadores de gestión como el tipo de prestador involucrado, que permitió reconocer las diferencias y particularidades en estos territorios, hecho que anteriormente no se había realizado con este programa. En ese sentido sería interesante pensar en una mirada longitudinal para evaluar el comportamiento del fenómeno en el tiempo y poder evaluar potenciales cambios o mejoras de manera progresiva.

Finalmente, se plantean desafíos a resolver y brechas de conocimiento en las que debe avanzar la investigación en el área, ya que un aumento de recursos por sí solo no es suficiente para generar mejoras en el programa: es necesario conocer y entender los determinantes y factores que intervienen en el acceso efectivo a atención dental, evaluar el impacto del programa e implementar auditorías para verificar su rendimiento y calidad de la atención brindada.

En conclusión, la mala salud bucal entre las personas mayores es un importante problema de salud pública, y una carga cada vez mayor para los sistemas de salud. La cobertura del programa “GES 60” el año 2019 es baja (22,8%), considerando que esta garantía representa una oportunidad importante para que personas de edad avanzada puedan resolver integralmente las extensas necesidades de salud oral. Además, se observan grandes diferencias de cobertura del programa entre territorios del país (5,3% cobertura

mínima, 37,9% cobertura máxima) y también por sexo (27,1% en mujeres, 17,9% en hombres).

Considerando la relevancia e impacto de la salud oral en la vida de las personas mayores, además de la alta carga de daño, morbilidad oral y déficit funcional que presenta este grupo, la cobertura que logra el programa es insuficiente al ejecutarse de manera aislada, por lo que su alcance y objetivos deben reconsiderarse y en lo posible ajustarse de acuerdo con los desafíos actuales y expectativas de este grupo particular, incorporando un enfoque interdisciplinario y colaborativo con los demás profesionales de la salud. Para ello, se requiere de mayor investigación y posicionamiento de la salud oral como un componente fundamental de la salud y el bienestar más amplio de las personas, y de la incorporación a la agenda de prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, que ayude a respaldar y abogar por un mayor financiamiento y expansión de servicios dentales de acceso universal.

#### **Declaración de conflictos de interés**

Los autores declaran no tener conflictos de interés ni haber recibido financiamiento para el desarrollo del presente estudio.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

3. Villalobos P, Guzmán R. Geriatras en Chile: historia, brechas y desafíos futuros. *Estudios Públicos*. 2021;1-32.
4. Servicio Nacional del Adulto Mayor (Chile). Glosario Gerontológico [Internet]. [consultado en nov 2020]. Disponible en: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO\\_GERONTOLOGICO.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf).
5. INE (Chile). Proyecciones poblacionales [Internet] [consultado en oct 2020]. Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>.
6. Baeza M, Jara G, Morales A, Polanco J, Sáenz G, Espinoza I, et al. Las Políticas de Salud Oral en el contexto de las enfermedades no transmisibles: un desafío pendiente en Chile. *Int J Interdiscip Dent*. 2021;14(1):28-31.
7. Heilmann A, Tsakos G, Watt RG. Oral Health Over the Life Course. In: Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A, Blane D, editors. *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2015. Chapter 3. p. 39-59.
8. Thompson LA. Physiology of Aging of Older Adults. Systemic and Oral Healths Considerations—2021 Update. *Dent Clin N Am* 65. 2021; 275–284.

9. Rosing K, Christensen LB, Øzhayat EB. Associations between tooth loss, prostheses and self-reported oral health, general health, socioeconomic position and satisfaction with life. *J Oral Rehabil.* 2019;46(11):1047-54.
10. Urzua I, Mendoza C, Arteaga O, Rodríguez G, Cabello R, Faleiros S, et al. Dental caries prevalence and tooth loss in Chilean adult population: first national dental examination survey. *Int J Dent.* 2012; 2012.
11. Mariño R, Albala C, Sanchez H, Cea X, Fuentes A. Self-assessed oral-health status and quality of life of older Chilean. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;56(3):513-7.
12. Chile. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Santiago, MINSAL; 2017.
13. Albala C, Lera L, Marín P, Santos J, Vio F. Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile. Washington, D.C: OPS; 2005.
14. Nordenram G, Davidson T, Gynther G, Helgesson G, Hultin M, Jemt T, et al. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis. *Acta Odontol Scand.* 2013;71(3-4):937-51.
15. Kiyak HA, Reichmuth M. Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *J Dent Educ.* 2005;69(9):975-86.
16. Newton JT, Bower EJ. The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(1):25-34.
17. Ito K, Cable N, Yamamoto T, Suzuki K, Kondo K, Osaka K, et al. Wider Dental Care Coverage Associated with Lower Oral Health Inequalities: A Comparison Study between Japan and England. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15):5539.
18. Chile. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica GES 60 años [Internet]. Santiago, MINSAL; 2010 [consultado en nov 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7221747c2c9484b7e04001011f0141a4.pdf>
19. Chile. Superintendencia de Salud. Problema de salud 47: Salud oral integral del adulto de 60 años [Internet] [consultado en nov 2020]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18840.html>
20. Chile. Ministerio de Salud. Informe Final de Evaluación Evaluación Programas Gubernamentales (EPG) Programa de Mejoramiento a la Atención Odontológica [Internet]. MINSAL; 2017 [consultado en oct 2020]. Disponible en: [https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163115\\_informe\\_final.pdf](https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163115_informe_final.pdf)
21. Arpón P, Acevedo R, Inostroza X, Ibáñez C. Informe Final: Gasto catastrófico y de bolsillo en salud para el período 1997-2012. Agosto 2015. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2015 [consultado en nov 2020]. Disponible en: [http://ies.minsal.cl/doc/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO\\_final-nueva-infograf.pdf](http://ies.minsal.cl/doc/ESTUDIO-GASTO-CATASTROFICO_final-nueva-infograf.pdf)
22. Valenzuela MJ. Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿Es necesaria una reforma al GES-60 años? *Rev Chil Salud Pública.* 2015;19(2):181-7.
23. Chile. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Glosario [Internet]; 2016 [consultado en oct 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/GLOSARIO-APS.pdf>.
24. Chile. Ministerio de Salud. Manual Series REM 2019-2020 [Internet]. Santiago, MINSAL; 2019 [consultado en oct 2020]. Disponible en: <https://degi.saludoriente.cl/degidssmo/rem/2019/Manual%20Series%20REM%20V1.0%202019.pdf>
25. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Reportes REM [Internet]; 2019 [consultado en oct 2020]. Disponible en: [https://reportesrem.minsal.cl/?\\_token=njm20iqf4HIUHPrZFndEwERuayU7dlzRX8ALJD5&serie=1&rem=64&seccion\\_id=727&tipo=3&regiones=0&servicios=-1&periodo=2019&mes\\_inicio=1&mes\\_final=12](https://reportesrem.minsal.cl/?_token=njm20iqf4HIUHPrZFndEwERuayU7dlzRX8ALJD5&serie=1&rem=64&seccion_id=727&tipo=3&regiones=0&servicios=-1&periodo=2019&mes_inicio=1&mes_final=12).
26. Babitsch B, Gohl D, Von Lengerke T. Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *J GMS Psychosoc Med.* 2012;9.
27. Hajek A, Kretzler B, König H-H. Factors Associated with Dental Service Use Based on the Andersen Model: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(5):2491.
28. El-Yousfi S, Jones K, White S, Marshman Z. A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people. *Br Dent J.* 2019;227(2):143-51.
29. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy.* 2002;7(3):186-8.
30. Mariño R, Giacaman RA. Patterns of use of oral health care services and barriers to dental care among ambulatory older Chilean. *BMC Oral Health.* 2017;17(1):1-7.
31. Cooray U, Aida J, Watt RG, Tsakos G, Heilmann A, Kato H, et al. Effect of copayment on dental visits: A regression discontinuity analysis. *J Dent Res.* 2020;99(12):1356-62.

- 
32. Moeller JF, Chen H, Manski RJ. Diversity in the use of specialized dental services by older adults in the United States. *J Public Health Dent.* 2019;79(2):160-74.
  33. Sheiham A, Williams DM, Weyant RJ, Glick M, Naidoo S, Eiselé J-L, et al. Billions with oral disease: a global health crisis—a call to action. *J Am Dent Assoc.* 2015;146(12):861-4.
  34. Olivares-Tirado P, Vargas C, Jara R. Consultas de Urgencia y Carga de Enfermedad atribuible a Condiciones Sensibles a Atención Ambulatoria en Personas Mayores [Internet].
  35. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud. Chile; 2020 [consultado en oct 2020]. Disponible en: [http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-19662\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-19662_recurso_1.pdf)
  36. León S, Giacaman R. COVID-19 and inequities in oral health care for older people: an opportunity for emerging paradigms. *JDR Clin Trans Res.* 2020;5(4):290-2.
  37. Espinoza-Santander I. Bioética y asignación de recursos para la atención odontológica del adulto mayor en Chile. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil.* 2011;4(2):80-2.
  38. Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento, Unidad de Redes Transdisciplinarias, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo. Policy Paper “Salud Oral en Personas Mayores: un desafío multidimensional para Chile” Policy paper N°2. Serie Envejecimiento. Santiago, Chile: Universidad de Chile. 2019.
  39. Jiang CM, Chu CH, Duangthip D, Ettinger RL, Hugo FN, Kettratad-Pruksapong M, et al. Global perspectives of oral health policies and oral healthcare schemes for older adult populations. *Front Oral Health.* 2021;2.
  40. Ahluwalia K. Oral health care for the elderly: more than just dentures. *Am J Public Health.* 2004;94(5):698.
  41. Southerland JH, Webster-Cyriaque J, Bednarsh H, Mouton CP. Interprofessional collaborative practice models in chronic disease management. *Dent Clin.* 2016;60(4):789-809.