



Documento de Trabajo


II CONGRESO

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD ORAL

Viernes 13 / Octubre 2023

AUDITORIO ELOÍSA DÍAZ / CASA CENTRAL DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

APS Centrada en las Personas Mayores: Odontología en la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas (ECICEP)



II CONGRESO

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD ORAL

APS Centrada en las Personas Mayores:

*Odontología en la Estrategia de
Cuidados Integrales Centrados
en las Personas (ECICEP)*

INTRODUCCIÓN

II Congreso Políticas Públicas en Salud Oral

El número de personas mayores de 60 años está aumentando rápidamente, y lo seguirá haciendo a un ritmo acelerado, sin precedentes en la historia de la humanidad (OMS, 2015). En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha declarado la “Década del Envejecimiento Saludable, 2021-2030”, con el objetivo de alinear acciones e inversiones para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y de su comunidad (ONU, 2020).

El cuidado integral centrado en la persona, desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) se entiende como la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso del curso de vida y en relevancia del estado de salud-enfermedad. La integralidad, desde la perspectiva de la comprensión multidimensional de los problemas de las personas, releva el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y a las terapias socialmente aceptables. Estas se abordan mediante planes de cuidados integrales, consensuados y continuos coordinando las prestaciones de salud (Minsal 2013).

El Ministerio de Salud, a principios del año 2020, publica el marco conceptual de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad (Minsal 2020), basada en los principios del MAIS. Dicho documento, aborda los fundamentos y conceptos estratégicos de los cuidados integrales centrados en las personas, para que los equipos de salud tengan un marco referencial sobre el cual comprender esta reconfiguración en la entrega de cuidados a las personas (Marco Operativo, Minsal 2021).

El concepto de envejecimiento saludable suscita un nuevo enfoque para la atención de la salud en la vejez: la optimización de las capacidades intrínsecas y funcionales de las personas a medida que envejecen. La guía de atención integrada para personas mayores de la OMS, formula trece recomendaciones basadas en la evidencia para llevar a la práctica en el nivel de la comunidad, y la



atención integrada y centrada en las personas mayores (Integrated Care for Older People, ICOPE, por su sigla en inglés). La metodología ICOPE incorpora la optimización de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional como la clave del envejecimiento saludable (OMS, 2017). Tradicionalmente, la atención de salud de las personas mayores se ha centrado en las enfermedades, situando el diagnóstico y tratamiento en el centro del interés. Tratar las enfermedades sigue siendo importante, pero si todos los esfuerzos se concentran en ellas, se tiende a desatender los problemas de audición, memoria, movilidad y otras alteraciones frecuentes de la capacidad intrínseca que están asociadas con la vejez (OPS, 2020).

El cambio requiere privilegiar la entrega de cuidados centrados en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad (ECICEP) (Minsal, 2021), acompañándolos según nivel de riesgo de complicaciones de salud que experimentan a lo largo del curso de la vida: desde la promoción de salud para quienes no tienen condiciones crónicas, pero eventualmente pudiesen presentarlas, hasta la prevención, tratamiento, seguimiento y rehabilitación para quienes ya tienen una o más condiciones crónicas y requieren cuidados constantes y monitorizados por el equipo de salud (Minsal, 2021).

El Integrated Care for Older People (ICOPE) es una guía que consiste en 5 pasos: El paso 1 consiste en aplicar el instrumento ICOPE que permite detectar la pérdida de capacidad intrínseca de las personas considerando 6 dimensiones: (1) la capacidad locomotora, (2) la vitalidad, (3) la capacidad visual, (4) la capacidad auditiva, (5) la capacidad cognitiva y (6) la capacidad psicológica. Luego de realizar este primero paso, las personas que presentan pérdida de capacidad intrínseca en alguna de las dimensiones del instrumento ICOPE son designadas a realizar el Paso 2: "Evaluación Centrada en la Persona en la Atención Primaria". Este paso consiste en la evaluación centrada en la persona en atención primaria, que abarca la comprensión de las preferencias y prioridades de los usuarios para la gestión de la salud, la evaluación en profundidad de las afecciones relacionadas con las pérdidas de capacidad intrínseca, la evaluación de las afecciones crónicas y la identificación de las necesidades de atención y apoyo social. Los pasos 3 a 5 se refieren al desarrollo de objetivos de atención y planes individualizados, la vinculación a la atención especializada y el seguimiento de los planes de atención, y la participación de los cuidadores y las comunidades, respectivamente (OPS, 2020).

En este contexto, recientemente se ha propuesto relevar la atención centrada en la persona mayor fundamentada en la noción de que las personas mayores son más que el conjunto de sus trastornos o enfermedades; todas las personas, sea cual sea su edad, tienen experiencias, necesidades y preferencias particulares. Implementar estrategias basadas en una atención centrada en la persona, permite abordar las necesidades de salud y de asistencia social de la persona de manera integral,

en lugar de concentrarse en trastornos o síntomas aislados. Dentro de esta nueva estrategia la incorporación de la dimensión de la salud oral y de la determinación de la funcionalidad oral es altamente relevante para la atención integral de las personas mayores.

Gisela Jara

Constanza Morales

Iris Espinoza

Alicia Morales

Jorge Gamonal



Presentaciones

“ECICEP, integrando la odontología a los cuidados integrales de la población”

Sra. Maria de los Angeles Bravo Beristain
Referente MAIS/ECICEP, Dpto. de Gestión de los cuidados DIVAP.

RESUMEN

La Estrategia de cuidados integrales centrados en la persona (ECICEP) se enmarca como política pública dentro de un modelo de atención explícito como lo es el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAISyC) y un modelo de gestión como son la Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) En este marco se inserta la Estrategia Nacional de Salud, Orientaciones de planificación y programación en red, Normativas y orientaciones específicas, Metas Sanitarias, IAAPS y PRAPS. Elementos que convergen en el Plan de Salud Comuna y la Programación Local de los establecimientos.

Dentro de este marco, se inserta también la ECICEP como una estrategia que operacionaliza los principios del MAISyC en el quehacer cotidiano de los establecimientos de salud.

Actualmente la atención de las personas se realiza a través de los exámenes preventivos y para quienes tienen condiciones crónicas diagnosticadas se realiza una atención fragmentada por problema de salud. La ECICEP propone realizar un abordaje integral de las personas considerando sus necesidades de salud incorporándola en la toma de decisiones manteniendo la continuidad del cuidado en el establecimiento y también entre los niveles de atención.

El objetivo de la estrategia busca tener impacto en las personas en situación de cronicidad entregando un cuidado más integral, continuo y adaptado a sus necesidades; en los ciudadanos enfocándonos en la prevención de la cronicidad y en la promoción de su propia salud y en los equipos de salud redefiniendo sus funciones enfocadas a la entrega de prestaciones con mayor valor añadido, para que exista una repercusión en la calidad de vida de las personas.

El siguiente diagrama expone las bases de la estrategia: Estratificación de la población y Proceso de cuidado, a través de 4 líneas estratégicas de cambio y las acciones propuestas para cada línea estratégica, en donde se destaca:

- La integración de activos de las personas y comunidades en las atenciones de salud
- Apoyo al automanejo para usuarios y familiares a través del plan de cuidados colaborativos y educación para el automanejo al equipo de salud, usuarios y familiares
- Formación continua al equipo de salud en cuidados centrados en las personas
- Implementar dupla gestora en APS para personas de Alto Riesgo (G3)
- Incorporar profesional de enlace en nivel secundario

- Atención periodontal para personas con diagnóstico de diabetes mellitus de 35 a 54 años y que se encuentran descompensadas.
- Gestión de agenda que permita incorporar las nuevas prestaciones y reconvertir la estructura de agenda de programas de salud a una agenda de cuidados integrales.



La estratificación se realiza para toda la población inscrita en el establecimiento de salud y busca re direccionar los servicios de salud según el riesgo y la necesidad de las personas estratificando a la población en 4 estadios G0, G1, G2 y G3 agrupando según las 52 condiciones crónicas definidas para la estratificación de la población.

De esta forma la población se agrupa según el número de condiciones crónicas ponderado:

Junto con la estratificación los principales cambios que trae la ECICEP se relacionan con el Agendamiento según riesgo de las personas con tiempos diferenciados y registro clínico electrónico que reconfigura la visualización de la ficha clínica electrónica facilitando la gestión clínica.

Cuidado integral centrado en la persona a través de un equipo de salud que toma un rol de acompañamiento, entregando cuidados según nivel de complejidad de la persona y sus necesidades. Esto se operacionaliza en nuevas prestaciones que permiten el abordaje integral desarrollando el plan de cuidados consensuado con la persona el cual será el motor del apoyo en el automanejo.



Finalmente la continuidad del cuidado a través de la Gestión de casos dentro del establecimiento y con el profesional de enlace en el nivel secundario y terciario.

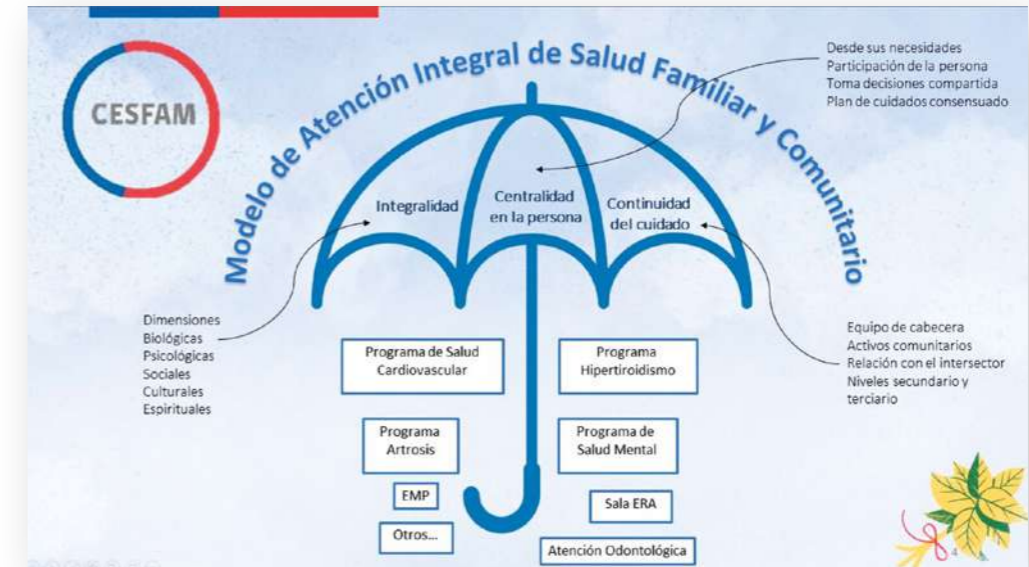
Adaptada y modificada de: Pirámide de Kaiser permanente de riesgos modificada.



ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS
 "ECICEP, integrando la odontología a los cuidados integrales de la población"



María de los Angeles Bravo B.
 Referente MAIS ECICEP DIVAP MINSAL



Establece el MARCO CONCEPTUAL ESTRATÉGICO para el cuidado integral de las personas de 15 y más años, en el sistema público de salud



ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD
SECRETARÍA GENERAL DE ASISTENCIALES
 DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD
 SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
 DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
 ENERO 2020

Establece el MARCO OPERATIVO para la implementación del cuidado integral de las personas de 15 y más años, en el sistema público de salud

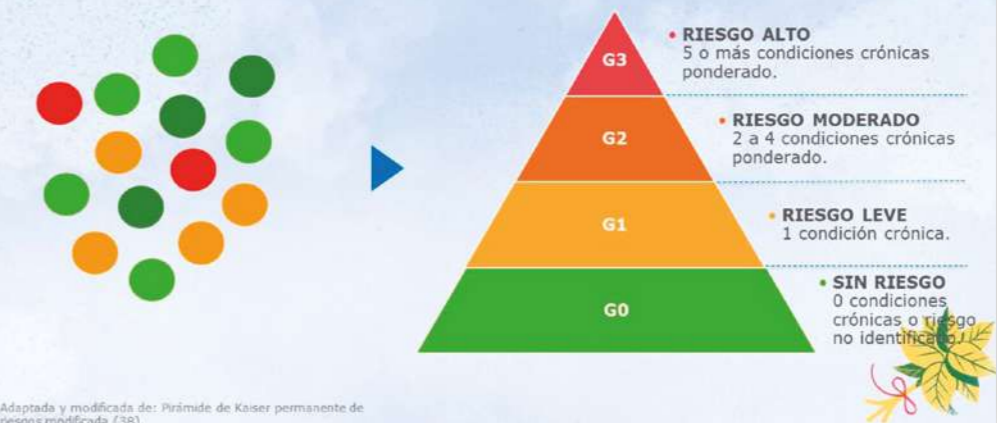


MARCO OPERATIVO
ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD
 Subsecretaría de Redes Asistenciales
 División de Atención Primaria
 Subsecretaría de Salud Pública
 División de promoción y control de enfermedades

¿CUAL ES LA TRANSFORMACION?



PIRÁMIDE DE ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN



OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA

Busca tener impacto en:

PERSONAS EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD

Cuidado más integral, continuo y adaptado a sus necesidades, con una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud para obtener mejores resultados sanitarios. Pasando de un sistema reactivo a un sistema proactivo.

LOS CIUDADANOS, como personas con potenciales condiciones crónicas. La **prevención de la cronicidad y promoción de su propia salud.**

EQUIPO DE SALUD, Una mayor optimización del tiempo en labores de mayor valor añadido, redefinición de funciones y mayor satisfacción.

MEJORAR CALIDAD DE VIDA

BASES DE LA ESTRATEGIA

Estratificación según riesgo

Uso del CONTEO SIMPLE DE PATOLOGÍAS para realizar la estratificación

- ✓ Buena correlación con los demás sistemas de estratificación.
- ✓ Sencillo de implementar en cualquier sistema sanitario.
- ✓ Medida inicial.

Alyson L. Huntley et al. Measures of Multimorbidity and Morbidity Burden for Use in Primary Care and Community Settings: A Systematic Review and Guide. Ann Fam Med 2012;10:134-141.
Johnston MC et al. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. Eur J Public Health. 2018 Jun 5.



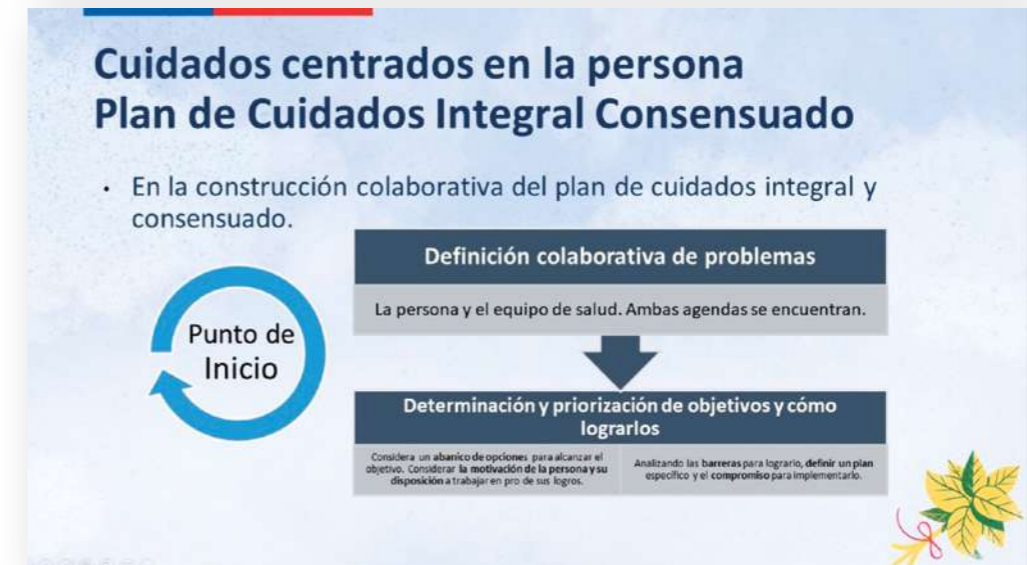
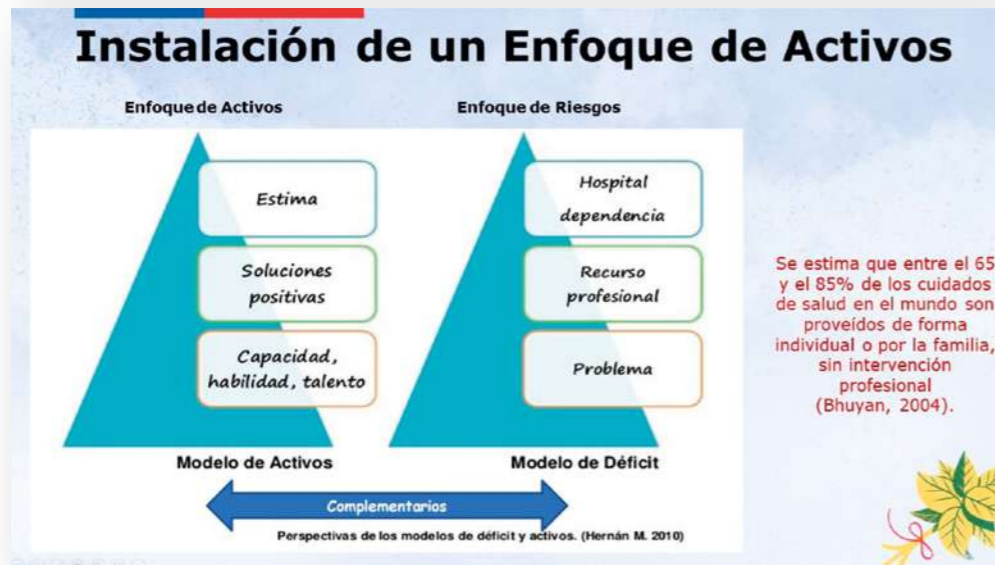
CRITERIOS Estratificación según riesgo

CRITERIOS de priorización utilizados en la definición de condiciones crónicas para la estratificación.

52 Condiciones Crónicas

- Mortalidad:** enfermedades que causan alta mortalidad
- Prevalencia:** enfermedad prevalente y con alta tasa de morbimortalidad en Chile.
- Morbilidad severa:** Antecedentes de daño órgano blanco que está asociado a muerte y discapacidad con alto porcentaje de recurrencia. Marcador de daño.
- Necesidades de entrega de cuidados más integrales:** persona que presenta enfermedades que requiere manejo de sus patologías cursantes de manera biopsicosocial para lograr estabilidad y/o compensación.
- Tiempo requerido en la atención:** debido a algún tipo de discapacidad física, mental u compromiso del estado general debido a la enfermedad cursante.
- Calidad de vida:** enfermedad que afecta la calidad de vida en cualquiera de los siguientes ámbitos: movilidad, cuidado-personal, actividades habituales, dolor/malestar y angustia/depresión (EQ-5D).

Estrategia de cuidado integral centrado en las personas, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Minsal 2020



La Identificación de Activos Comunitarios en Salud es una herramienta para que las personas y los equipos de salud, en comunidad conozcan y construyan un conocimiento integral y colectivo del territorio y este proceso es muy valioso.

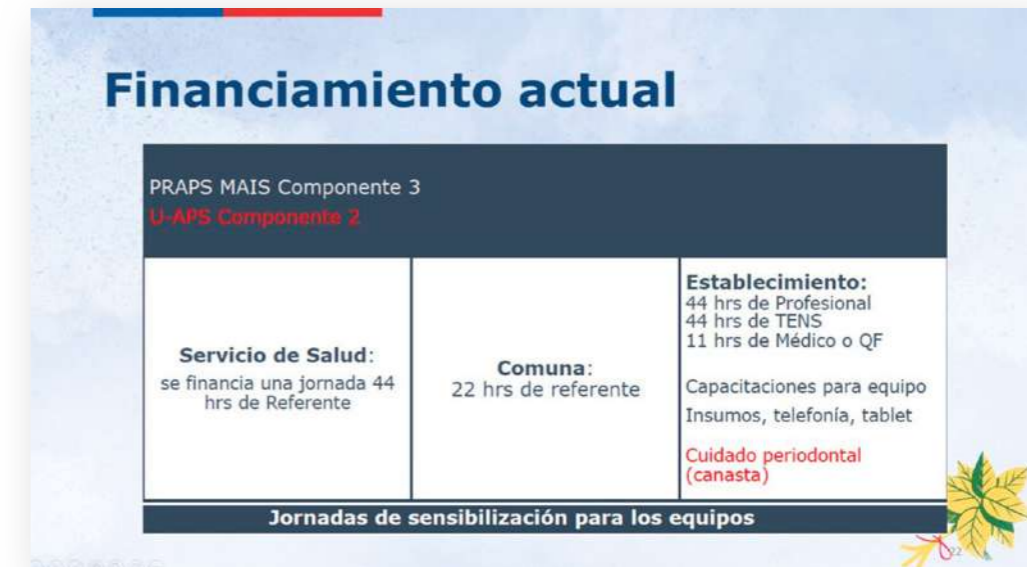
¿Por qué incorporar a las personas es un aporte a la seguridad?

El rol pasivo de los usuarios limita las oportunidades de participación en las decisiones clínicas y mantiene el poder en los profesionales de la salud.

Establecer una alianza terapéutica que les permita sentirse tratados como personas únicas, escuchados y respetados por los profesionales. Esto asegura que las decisiones tomadas por el equipo de salud son confiables, pues velan por sus **reales intereses**.

Potenciar esta participación es esencial para aumentar la satisfacción usuaria y promover un cuidado centrado en la persona.

Bravo P, Dois A, Contreras A, Soto G, Mora I. Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile. Rev Panam de Salud Pública. 2018;42:e133. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.133>



Evaluación de la capacidad intrínseca: modelo ICOPE. Experiencia en Valparaíso

Sra. Viviana García Ubillo
Directora Centro Gerópolis
Universidad de Valparaíso

RESUMEN

Resumen

El envejecimiento en América Latina y El Caribe es un hecho complejo con un impacto significativo en la región. Ello se debe a que, sumado al fenómeno mundial demográfico; el aumento de las personas de ochenta años y más y a una mayor proporción de mujeres en relación a los hombres a medida que aumenta la edad; ocurre y ocurrirá en países de renta media y baja con poca capacidad de responder (en tiempo y capacidad) a las necesidades de esta población creciente.

Como parte de este suceso, es sabido que existe una situación aún más relevante asociada a la brecha que se presenta entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable entendiendo, esta última, como la cantidad de años en que las personas se encuentran en buenas condiciones de salud y haciendo lo que tiene valor y sentido para ellas. Diversas investigaciones demuestran que los últimos diez años de su vida las personas los pasan en malas condiciones de salud. Es así que, entonces, el principal desafío de este siglo es hacer que esos años de vida ganados en esperanza lo sean también en buenas condiciones.

En un plan de acción promovido por la OMS se ha decidido instaurar la Década del Envejecimiento Saludable 2021- 2030 basada en cuatro áreas o pilares: cambiar la forma en la que pensamos, sentimos y actuamos en relación a la edad y el envejecimiento; asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores; brindar acceso a la atención a largo plazo de las personas mayores que lo necesiten; y ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas mayores. Es en este último eje en el que se inserta el modelo ICOPE (Integrated care for Older People) que considera acciones para prevenir, retrasar y/o revertir cualquier deterioro de las capacidades intrínsecas y funcionales de la persona mayor desde la atención primaria, coordinada con los servicios sociales y de salud y con un enfoque comunitario. La valoración se centra en la evaluación integral de las necesidades de las personas mayores, incluyendo su salud física, mental, funcional y social.


La capacidad intrínseca se entiende como la combinación de las capacidades físicas y mentales de las personas y considera los siguientes dominios o capacidades: cognición, locomoción, vitalidad, capacidad psicológica, visual y auditiva. Por su parte, la capacidad funcional se define como la combinación e interacción de la capacidad intrínseca de la persona y su entorno físico y social. De esta manera, y conforme las personas envejecen, sus necesidades de salud están propensas a volverse complejas y

crónicas por lo que se hace aún más relevante evaluarlas. La herramienta de detección ICOPE puede ser aplicada en la comunidad, es de rápida aplicación y cuenta con esquemas de acción para determinar cuándo se hace necesario evaluar de manera más exhaustiva y con profesionales capacitados. Contempla también una valoración de las necesidades sociales y permite el diseño de un plan personalizado de atención consensuado con la persona mayor.

Chile cuenta con una experiencia piloto ICOPE realizada en el Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio liderada y coordinada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y el Centro Gerópolis de la Universidad de Valparaíso. La iniciativa se llevó a cabo entre los años 2021-2022 y contempló, dentro de sus acciones, la capacitación en la herramienta ICOPE de profesionales sociosanitarios tanto de las comunas participantes como de los organismos centrales; la definición de flujogramas de derivación; la identificación de los recursos comunitarios de las comunas participantes de Cartagena, El Quisco, El Tabo, Valparaíso, San Antonio, y Santo Domingo la aplicación del ICOPE a personas mayores.

Para conocer los alcances de la implementación del ICOPE en las comunas seleccionadas se aplicaron encuestas que buscaban valorar, por una parte, la experiencia y aceptabilidad del instrumento y del modelo ICOPE y, por otra, los atributos del instrumento y del modelo desde la mirada de las personas mayores y de los equipos involucrados reconociendo elementos del proceso que permitieran proyectar su escalabilidad a nivel nacional. La experiencia ha sido satisfactoria, especialmente desde el punto de vista de las personas mayores quienes valoraron con la más alta calificación la utilidad de la herramienta y claridad de la información recibida. También propusieron mejoras asociadas a contar con más tiempo para explicar los resultados así como también entregarlos en forma escrita; mejorar los tiempos de atención; contar con más cupos para ingresar a los programas existentes y contar con más espacios que promuevan la mantención de la capacidad intrínseca.

¿Cuáles son los desafíos a los que nos enfrentamos, pensando en poder implementar a nivel nacional? Están principalmente relacionados con: reunir más evidencia que permita validar la herramienta ICOPE; generar adaptación de ésta al contexto nacional; incorporar la evaluación de la salud oral; difundir y capacitar a profesionales y agentes comunitarios y, finalmente, reforzar la coordinación de los servicios sociales y sanitarios además de mejorar la oferta programática.



ICOPE
EXPERIENCIA PILOTO EN VALPARAISO

Viviana García Ubillo
Esc. De Fonoaudiología
Directora Centro Gerópolis
Universidad de Valparaíso
Miembro Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludable CIES-
CUECH
Octubre 2023



Fonoaudiología
Universidad de Valparaíso
CHILE



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

EXPERIENCIA IMPLEMENTACIÓN ICOPE EN CHILE

Hanet González Ojeda
División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales
MINSAL

Romina Rioja Ponce
Unidad de Innovación
División de Planificación y Control
SENAMA

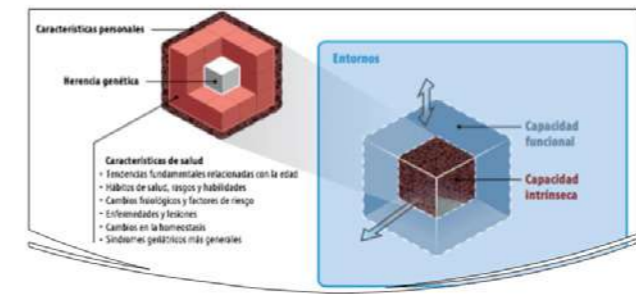
Viviana García Ubillo
Directora Ejecutiva
Centro Gerópolis
Universidad de Valparaíso



**DECADA DEL ENVEJECIMIENTO
SALUDABLE**

**LAS 4 ÁREAS
DE ACCIÓN DE
LA DÉCADA**

1. Cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento.
2. Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores.
3. Ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores.
4. Brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan.



Características personales

- Herencia genética

Características de salud

- Fenómenos fundamentales relacionados con la edad
- Módulos de salud, riesgos y habilidades
- Cambios fisiológicos y factores de riesgo
- Enfermedades y lesiones
- Cambios en la homeostasis
- Síndromes geriátricos más generales

Entornos

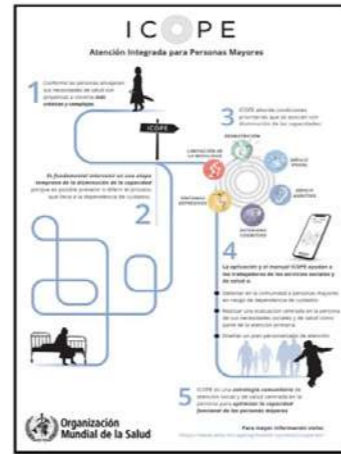
- Capacidad funcional
- Capacidad intrínseca

• La OMS define la **capacidad intrínseca** como la combinación de las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona. Incluidas las psicológicas. La **capacidad funcional** es la combinación e interacción de la capacidad intrínseca con el entorno donde habita la persona

Envejecimiento Saludable: el proceso para fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (OMS, 2015)

Capacidad intrínseca como la combinación de todas las capacidades físicas y mentales del individuo

Capacidad Funcional: Atributos relacionados con la salud que permiten a la persona ser y hacer lo que tienen razones para valorar (OMS 2015)



ICOPE

INSTRUMENTO ICOPE DE DETECCIÓN DE LA OMS

Condiciones prioritarias asociadas con la disminución de la capacidad intrínseca

Condiciones	Preguntas	Evaluar a fondo todas las dimensiones que se seleccionen
DETERIORO COGNITIVO (Cuestionario)	1. Recuerda tres palabras: flor, guineo, arroz (por ejemplo). 2. Orientación en tiempo y espacio: ¿Cuál es la fecha completa de hoy? ¿Puede decir cuál es el mes, el día, la semana, el año? 3. ¿Recuerda los tres palabras?	<input type="radio"/> Responde incorrectamente a las dos preguntas o no sabe <input type="radio"/> No recuerda las tres palabras
PÉRDIDA DE MOVILIDAD (Cuestionario)	Prueba de la silla: ¿Puede levantarse de la silla sin apoyo sin apretar con los brazos? ¿Puede sentarse sobre la silla por sí mismo?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
NUTRICIÓN DEFICIENTE (Cuestionario)	1. ¿Puede de peso ¿por qué más de 10 kg. (reducción de peso en los últimos tres meses)? 2. ¿Puede el apetito ¿ha perdido el apetito?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
DISCAPACIDAD VISUAL (Cuestionario)	¿Tiene algún problema de la vista? ¿Se puede ver de lejos o cerca? ¿Tiene alguna enfermedad ocular a larga (cataratas, glaucoma, degeneración macular)?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
PÉRDIDA AUDITIVA (Cuestionario)	¿Pierde los sonidos (parabola de sonido) a 60 cm. (audiometría a 35 dB a 60 cm.) Puede la prueba de palabras de sílabas (sílabas de palabras)	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
SÍNTOMAS DEPRESIVOS (Cuestionario)	¿Se siente triste o cansado, ¿se siente alguna de las siguientes condiciones? - ¿Cambios de sueño, insomnio o despertar? - ¿Falta de interés o de placer al hacer las cosas?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Ofrecer una atención integrada y centrada en las personas y servicios de salud primarios que respondan a las necesidades de las personas mayores

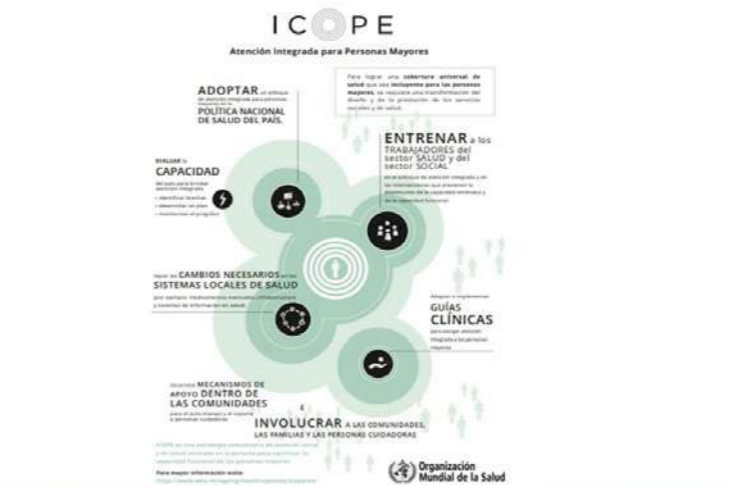
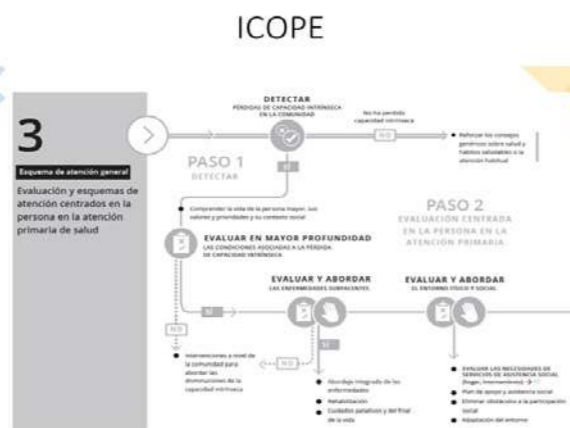
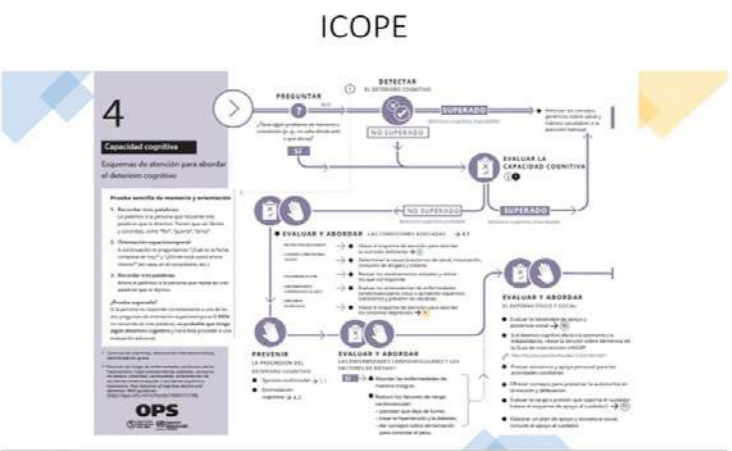
ICOPE

Brinda atención en las comunidades, cerca de donde viven las personas

Evaluación centrada en la persona y sus intereses con un plan de atención compartido con todos los involucrados

Profesionales de la salud trabajan juntos para mejorar/mantener los niveles de capacidad intrínseca y funcional

Involucrar a las comunidades y apoyar a los cuidadores



Instrumento diagnóstico

¿cómo podemos asegurar que las instituciones realicen derivaciones efectivas y oportunas a través de un procedimiento de diagnóstico común que logre identificar las necesidades sociales y sanitarias de las Personas Mayores?

ICOPE
ATENCIÓN INTEGRADA PARA LAS PERSONAS MAYORES
Estrategia comunitaria ..
de atención social y de salud ..
centrada en la persona ..
para optimizar la capacidad funcional de las personas mayores ..
facilitando la atención integral, integrada y oportuna

Metodología
Objetivo del piloto

Propósito: Contribuir al desarrollo de un modelo sociosanitario de atención para Personas Mayores en Chile

Objetivos General: Conocer los alcances de la implementación del ICOPE en las comunas seleccionadas para el pilotaje, contribuyendo al desarrollo de un modelo sociosanitario de atención para PM.

Específicos:

- Conocer la experiencia y aceptabilidad del instrumento y del modelo ICOPE desde la percepción de las personas mayores y de los equipos involucrados
- Conocer los atributos del instrumento y del modelo ICOPE desde la percepción de las personas mayores y de los equipos involucrados
- Observar efectos en la coordinación interinstitucional, especialmente en los esquemas y flujos de derivación.
- Reconocer elementos del proceso de implementación de ICOPE que permitan considerar su escalabilidad a nivel nacional.

18

Piloto ICOPE en Valparaíso



19

¿Cómo lo hicimos?



Implementación de piloto



(1) Materiales corresponden a consentimiento informado, pauta de derivación, protocolo de aplicación, flujos de derivación y recomendaciones, lista de seguimiento
(2) Horario protegido, transporte u otros recursos necesarios

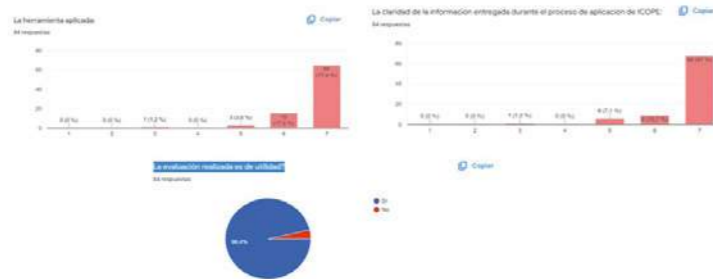
Principales resultados

Personas evaluadas: 117
• Nº Mujeres: 90
• Nº Hombres: 27



20

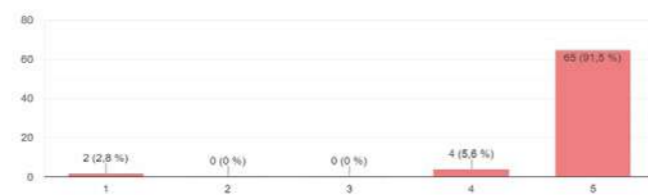
Qué dicen las Personas Mayores



Qué dicen las Personas Mayores

2. Considerando una escala de 1 a 5, donde 1 es muy disconforme y 5 muy conforme. ¿Qué tan conforme se siente usted con la o las derivaciones que se le realizó?

71 respuestas



Propuestas de mejora desde las personas mayores

Debiera haber más instancias para explicar los resultados y como mejorar y/o mantener las capacidades.	Los cupos de los programas y/o atenciones, ya que no siempre existe el servicio. Mejorar los tiempos de atención	Que haya más espacios para mantener la capacidad intrínseca
Seguir capacitando a quienes aplican, para que sea más fácil y rápida la aplicación	Mejorar los implementos para realizar la prueba (audífonos)/ mejorar el espacio donde se aplica el instrumento.	Entrega de resultados de forma escrita, para contar con ellos.

Facilitadores y Obstaculizadores

Facilitadores

- Coordinación Central y local sociosanitaria
- Presencia de oferta programática de las universidades (flujograma de derivaciones)

Obstaculizadores

- Exigencia de aprobación de Comité de Ética para uso de App ICOPE
- Contexto de pandemia (cuarentenas, equipos reasignados a otras tareas)

29

Desafíos

- Reunir evidencia
- Generar adaptación al contexto nacional
- Incorporar evaluación de otras condiciones y salud oral
- Difundir y capacitar
- Reforzar la coordinación y oferta para flujograma de derivaciones

30

viviana.garcia@uv.cl
geropolis@uv.cl
geropolis.uv.cl

Fuentes
Presentación ICOPE reunión técnica Chile, N. González, Nanet González (MINSAL)
Presentación Década Envejecimiento Saludable, E. Vega (OPS)
Presentación PIVAM, Gerópolis UV

“Multimorbilidad y enfermedades bucales: de la evidencia a la implementación de políticas”

Sr. Duniel Ortuño Borroto
Facultad de Odontología
Universidad de los Andes, Chile.

RESUMEN

La evidencia epidemiológica ha mostrado la asociación entre las enfermedades orales y condiciones sistémicas, incluyendo factores de riesgo compartidos como consumo de tabaco, alcohol y azúcar. La evidencia observacional ha sido resumida en revisiones sistemáticas, que han mostrado por ejemplo consistencia en la asociación entre periodontitis y diabetes, o consumo de tabaco y periodontitis. El enfoque tradicional para estudiar esto ha sido de tipo 1:1, es decir, una enfermedad bucal asociada con una enfermedad sistémica como diabetes mellitus, cáncer, enfermedad cardiovascular o mental. Sin embargo, en Chile y el mundo, ha aumentado la prevalencia de multimorbilidad en adultos y personas mayores, convirtiéndose en “regla y no excepción”, en un contexto mundial de patologías crónicas. Es decir, estamos pasando de un foco en una condición crónica específica a un paradigma de multimorbilidad crónica, después de transiciones anteriormente descritas como la demográfica, epidemiológica y clínica. La evidencia observacional reciente muestra que hay una asociación bidireccional entre lo que se ha denominado multimorbilidad y enfermedades bucales. En ese sentido, estamos hablando de condiciones de alta prevalencia y carga a nivel mundial, con inequidades en su distribución cuando analizamos grupos según nivel socioeconómico o nivel educacional. En el mundo, alrededor de 3.5 billones de personas son afectadas por enfermedades orales, con una proporción de 3 afectados de cada 4 individuos en países de bajos o medianos ingresos. Alrededor de 380.000 personas son afectadas por cáncer oral. En cuanto a la carga de multimorbilidad, en Chile, según la última Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017), alrededor de 9 millones de personas tienen multimorbilidad crónica (74,6%). En comparación con la ENS 2009-2010, disminuyó el número de personas sin enfermedades crónicas y la proporción de aquellas con más de 5 condiciones crónicas aumentó.

A la vez, las definiciones son complejas y representan un desafío científico. Por ejemplo, no existe una única definición de multimorbilidad en la literatura científica., lo más simple ha sido pensar en dos o más condiciones concomitantes. La definición ENS de multimorbilidad consideró “personas con dos o más condiciones crónicas, sean enfermedades o riesgos, que requieren ser atendidas individualmente cara a cara por personal de salud en el sistema de salud”. Se hace hincapié en que multimorbilidad no es sinónimo de comorbilidad, y esta diferencia conceptual debe tenerse en cuenta a la hora de realizar o analizar críticamente los estudios. Por otro lado, las enfermedades bucales son complejas y también existe confluencia o concurrencia entre condiciones como caries y periodontitis a lo largo del curso de vida. Además, hemos pasado de considerar la enfermedad de caries como una condición infecciosa a una enfermedad crónica no transmisible. También la

pérdida dentaria es un indicador complejo. En nuestros estudios hemos observado, a partir de datos de la ENS 2016-2017, que la prevalencia de necesidad de atención odontológica esencial en individuos con multimorbilidad es superior a aquellos que no tienen patologías. Esto también lo observamos al analizar datos de la ENS 2003. En nuestros análisis consideramos 18 condiciones sistémicas, incluyendo ser fumador, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otras. También, concluimos que en la medida que aumenta el nivel de multimorbilidad, existe mayor riesgo de pérdida dentaria, lo que se traduce en un menor número promedio de dientes, una menor frecuencia de dentición funcional y un mayor riesgo de pérdida severa de dientes y edentulismo. Esto lo observamos tanto en individuos menores de 60 años, como en aquellos mayores de 65 años, incluyendo hombres y mujeres. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos similares realizados utilizando la Encuesta Nacional de Salud en Brasil, en 2019, y estudios poblacionales en Estados Unidos. Al mismo tiempo, aquellos sujetos con un menor número de dientes podrían tener un mayor riesgo de trayectorias desfavorables de multimorbilidad, incluyendo enfermedades mentales, cáncer, cardiovasculares, entre otras.

Hay preguntas pendientes para la ciencia, que incluso escapan a los fines de la Epidemiología, y que nos deben hacer reflexionar críticamente: ¿Las enfermedades orales deben ser incluidas en la definición de multimorbilidad? ¿Se debe considerar un enfoque en comorbilidad entre la multimorbilidad y enfermedades orales? ¿Es plausible un enfoque de multimorbilidad considerando enfermedades orales y comorbilidades? Estas preguntas no solamente derivan en un problema de investigación, estas preguntas tienen implicancias en programas, planes y políticas públicas como ECICEP en Chile. Por otro lado, la evidencia tiene limitaciones y sesgos, que deben ser considerados al momento de tomar decisiones por aquellas entidades y organismos responsables. Pero sin dudas, la magnitud de los problemas que abordamos requiere un enfoque de Salud Pública, con foco en la prevención, y en la promoción de salud. Si bien, el concepto de multimorbilidad tiene un foco en lo individual o “cara a cara”, la prevención poblacional es esencial para disminuir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles en Chile y el mundo. Afortunadamente ambos enfoques de prevención no son contradictorios y al contrario deben complementarse para poder abordar problemas que superan la capacidad de sillones dentales en un país. Esto implica esfuerzos que pueden impactar en la calidad de vida de los sujetos, en la morbilidad y la mortalidad, pero, además, en la sustentabilidad de los modelos o sistemas de salud. Abordar esto requiere un enfoque transdisciplinario, es decir se requiere la integración juiciosa de los elementos que emanan de la evidencia, de la academia, de la práctica asistencial, de las políticas y de la Salud Pública. Nuevos ensayos clínicos, no solo solo evaluando intervenciones sino también midiendo eficacia de medidas preventivas, requieren ser desarrollados, con diseños pragmáticos. Los esfuerzos en comunicar e implementar la Ciencia es clave para impactar positivamente en la sociedad y por ejemplo reducir inequidades y carga de enfermedades. Finalmente, debemos pensar que aquellos que sufren de una constelación de enfermedades, tienen un daño que va más allá de lo físico, hay un impacto emocional. Un enfoque justo en salud, con una mirada integral y centrada en el paciente, alejada de la fragmentación y de la segmentación de los sistemas, es fundamental para poder preservar la dignidad de los seres humanos.

II CONGRESO
POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD ORAL

Universidad de los Andes
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“Multimorbilidad y enfermedades bucales: de la evidencia a la implementación de políticas”

Dr. Duniel Ortuño
Facultad de Odontología
Universidad de los Andes
13 de octubre de 2023

Asociación entre enfermedades bucales y sistémicas

Periodontitis, Tooth loss, Caries

Diabetes mellitus, Cardiovascular disease, Cardiovascular disease, COPD, Dementia, Psoriasis, Lung cancer

Seitz MW, Listl S, Bartels A, Schubert I, Blaschke K, Haux G, et al. Current knowledge on correlations between highly prevalent dental conditions and chronic diseases: An umbrella review. *Prev Chronic Dis.* 2019;16(9):1–25.

Asociación entre enfermedades bucales y sistémicas

- Enfoque tradicional: una enfermedad bucal – una enfermedad sistémica (1:1).
- Asociación **bidireccional** con plausibilidad biológica, epidemiológica y socioeconómica.
- Aumento de la evidencia en el tiempo.
- Factores en rutas causales: microbioma oral y respuesta inmune, inflamación, nutrición, tabaco, alcohol, determinantes sociales.
- Rol Factores de riesgo compartidos: modelos complejos

Redefining the non-communicable disease framework to a 6 × 6 approach: incorporating oral diseases and sugars

Habib Benizian, Abdallah Daar, Sudeshni Naidoo

6 × 6	Oral diseases and conditions	Sugars
5 × 5	Mental disorders and conditions	Air pollution
4 × 4	Cardiovascular diseases	Tobacco
	Diabetes	Alcohol
	Cancers	Unhealthy diet
	Chronic respiratory diseases	Physical inactivity

Benizian H, Daar A, Naidoo S. Redefining the non-communicable disease framework to a 6 × 6 approach: incorporating oral diseases and sugars. *Lancet Public Health.* 2023

Evidencia observacional vs experimental

Task 3: Inform interventions. How do we change X?

Task 2: Investigate causes. Does X cause Y?

Task 1: Describe distributions of health states. Describe Y.

Task 3: Inform interventions. How do we change M?

Task 2: Does X work through M? Does X-M cause Y?

Lynch & Blakeley, Melbourne, September 2018

Evidencia observacional vs experimental

a) Consistencia epidemiológica: **La asociación X – Y debiese ser afectada por una intervención sobre X.**

b) Necesidad de **ECAs** que consideren:

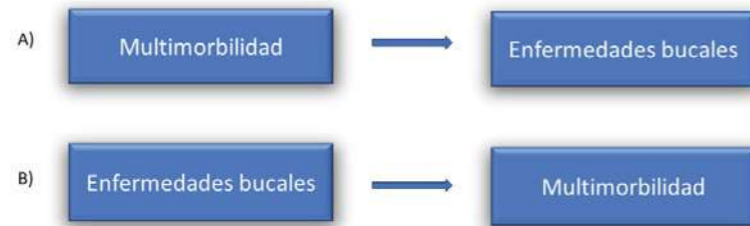
- Contexto real (ensayos pragmáticos) (más fácil implementación).
- Mayor número en países de bajo-medio ingresos
- Población con multimorbilidad.
- No solo tratamientos, también prevención.
- Desenlaces relevantes (calidad de vida).
- Desenlaces sistémicos, no solo bucales.
- Periodos de seguimiento largo *atrición

confounder

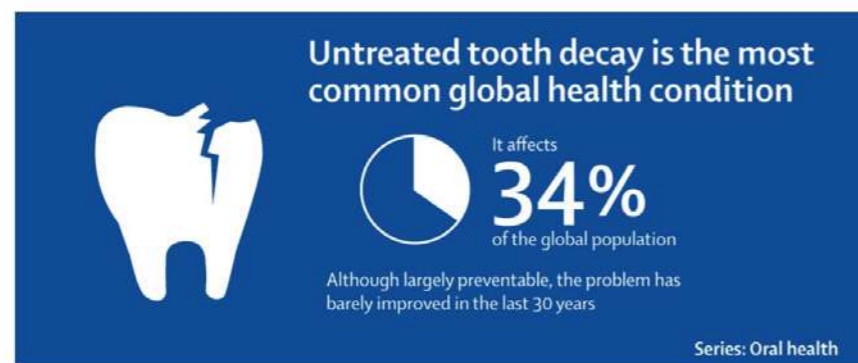
treatment

outcome

Asociación entre enfermedades bucales y sistémicas



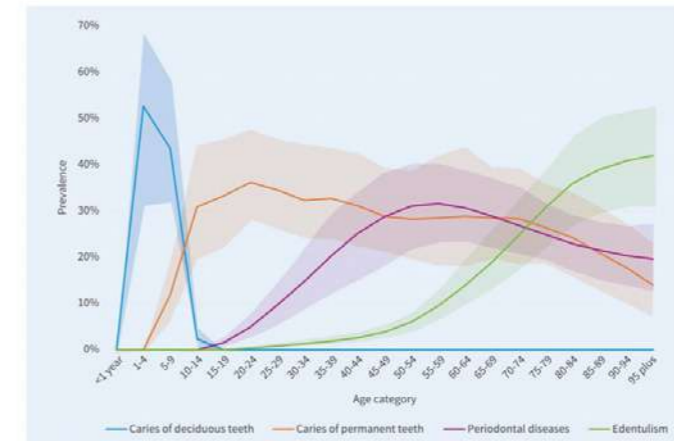
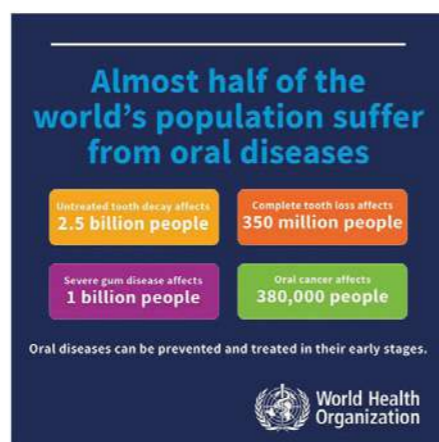
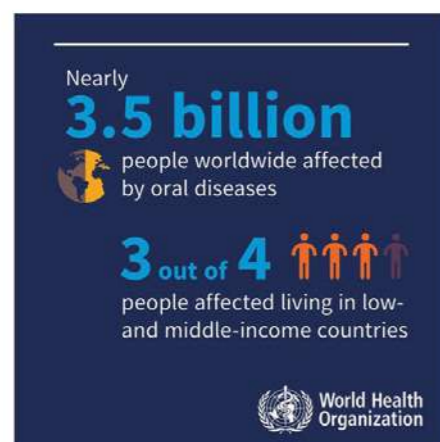
Otras variables: Edad, Sexo, Posición social (NSE, NEDU).



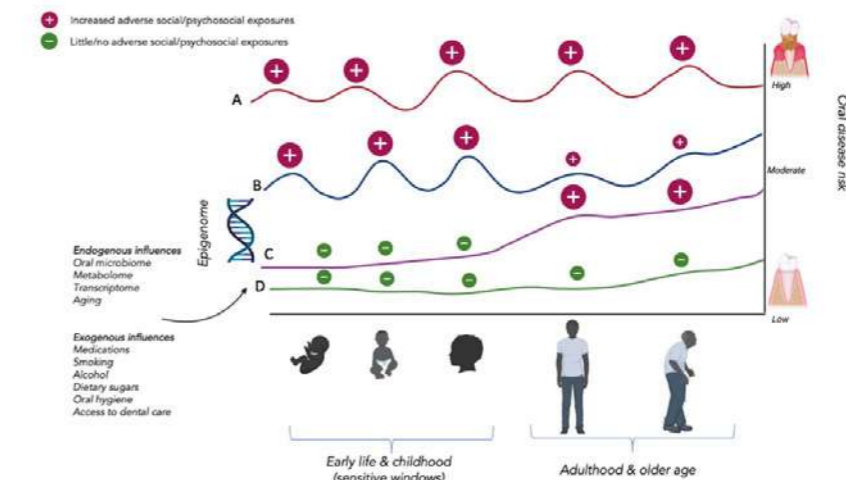
THE LANCET

The best science for better lives

Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet 2019; 394: 249-60.



Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. Lancet 2019; 394: 249-60.



Gomaa N. Social Epigenetics: Conceptualizations and Considerations for Oral Health. Journal of Dental Research. August 2022.

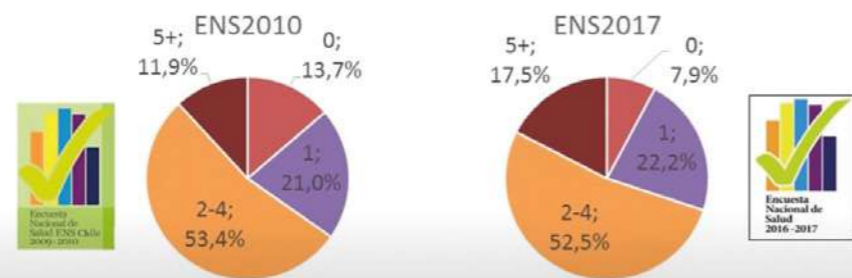
Multimorbilidad en Chile según ENS 2016-2017

La prevalencia de multimorbilidad crónica fue de 74,6% (9 millones de adultos).

El 88% y 62% de los adultos presentan multimorbilidad en el grupo con bajo y alto nivel educacional respectivamente.

El 16,5% de los adultos chilenos presenta multimorbilidad crónica de 5 o más de las 15 enfermedades analizadas (2.180.000 adultos).

Multimorbilidad crónica en adultos chilenos: análisis de la Encuesta Nacional de Salud, ENS 2009-2010. Paula Margozzini, Alejandra Pizarro Ibáñez, Michelle de Arcas Orellana, Samanta Anriquez Jiménez, Jara Lorna, Alvaro Passi Salar. Publicado el 29 de noviembre de 2016 | <http://doi.org/10.5867/medwave.2016.6634>



*13 Enf. Crónicas incluidas: Obesidad, Hipertensión, Diabetes, Insuficiencia renal, Depresión, Alto RCV o Enf. CV sintomática, Dislipidemia, Enf. Musculoesquelética no traumática con dolor al menos moderado, Bebedor perjudicial o dependiente del alcohol, dependencia al tabaco, disfunción tiroidea, elevación de enzimas hepáticas, o deterioro cognitivo.

Definición de multimorbilidad



La más simple: "2 o más enfermedades simultáneas"



"Cualquier combinación de una enfermedad crónica en asociación con, al menos otra enfermedad aguda o crónica, factor biopsicosocial o factor de riesgo somático"



Definición ENS: personas con 2 o más condiciones crónicas (sean enfermedades o riesgos) que requieran ser atendidas individualmente "cara a cara" por personal de salud en el sistema de salud. **

Distintas definiciones

Agradecimientos Dra. Paula Margozzini, UC

Comorbilidad versus multimorbilidad (MM)

$$\text{Comorbilidad} = \frac{\text{Número de personas con la enfermedad X}}{\text{Número de personas con la enfermedad Y}}$$

$$\text{Multimorbilidad} = \frac{\text{Número de personas con enfermedades X e Y}}{\text{Población general}}$$

Además de MM, enfermedades bucales son complejas de medir: cambio de paradigma

Treating caries as an infectious disease

vs

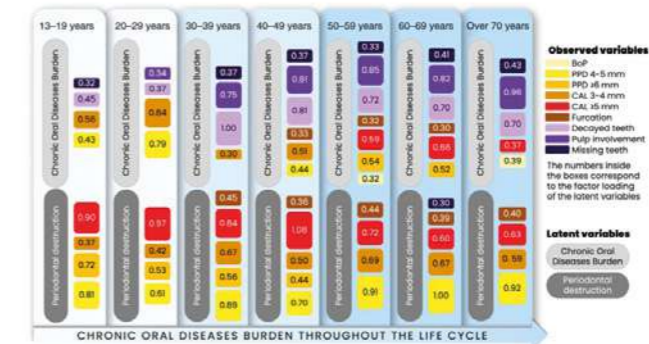
*Eur J Oral Sci 2018; 126(Suppl. 1): 19-21
DOI: 10.1111/eos.12328
Printed in Singapore. All rights reserved.*

Prevention of dental caries as a non-communicable disease

JADA, Vol. 126, June 1995

Tweyman S. Prevention of dental caries as a non-communicable disease. Eur J Oral Sci 2018; 126(Suppl. 1): 19-25. © 2018 Eur J Oral Sci

Además de MM, enfermedades bucales son complejas de medir: Confluencia /co-ocurrencia de enfermedades bucales



Costa S. A., Ribeiro, G. G. C., Leite F. R. M., Peres, M. A., Souza, S. d. F. C., & Nascimento, G. G. (2023). Chronic oral diseases burden: The confluence of caries and periodontitis throughout life. *Journal of Clinical Periodontology*, 50(4), 452-462

Asociación entre enfermedades bucales y sistémicas

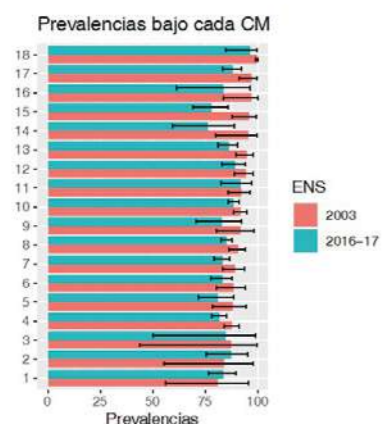




Número de dientes remanentes en población chilena en estudio, según clasificación de multimorbilidad (ENS 2016-2017)

Categoría	Morbilidad	< 60 years		≥ 65 years	
		OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Multimorbilidad 1	No (G0, G1)	20.6 ± 0.8	(19.1 - 22.1)	9.5 ± 0.8	(8.0 - 11.1)
	Sí (G2, G3)	20.4 ± 0.8	(18.9 - 21.9)	9.6 ± 0.7	(8.3, 10.9)
Multimorbilidad 2	G0	20.7 ± 0.8	(19.2 - 22.2)	11.4 ± 1.7	(8.1 - 14.7)
	G1	20.5 ± 0.8	(19.0 - 22.0)	9.1 ± 0.9	(7.4 - 10.8)
	G2	20.6 ± 0.8	(19.1 - 22.2)	9.6 ± 0.7	(8.2 - 11.0)
	G3	18.6 ± 0.9	(16.7 - 20.4)	9.4 ± 1.0	(7.6 - 11.3)

Prevalencia de necesidad de atención odontológica en población general según listado de 18 patologías/condiciones crónicas, para ENS 2003 y 2016-17



Patologías / condiciones: 1. Fumador, 2. Osteoartritis, 3. Asma, 4. Depresión levemente moderada, 5. Diabetes Mellitus (DM), 6. Enfermedad Cerebrovascular / infarto- accidente cerebrovascular (AVE), 7. Enfermedad hepática, 8. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 9. Enfermedad renal crónica, 10. Enfermedad renal crónica avanzada, 11. Enfermedad Cardiovascular (ECV) / Infarto agudo al miocardio (IAM) / cardiopatía isquémica, 12. Funcionalidad limitada / discapacidad / dependencia, 13. Glaucoma, 14. Hipertensión arterial (HTA), 15. Desórdenes tiroideos, 16. Dolor neuropático / fibromialgia, 17. Obesidad, 18. Trastornos de la coagulación. | Prevalencias expandidas.

Multimorbilidad y Necesidad de atención odontológica esencial en Chile

Association between EDCN and CM (n=4.024). NHS 2017, Chile.

Variable	PR	Lower 95% CI	Upper 95% CI
CM (≥2)	1.01	0.92	1.11
CM (G1)	1.09	0.92	1.29
CM (G2)	1.07	0.90	1.28
CM (G3)	1.06	0.89	1.26

Poisson Regressions Models with Robust Variance with survey design. Adjusted by sex, age, educational level, and zone (urban/rural). PR: Prevalence Ratio. 95% CI: 95% Confidence Interval EDCN: Essential dental care need. CM: Chronic Multimorbidity. CM (≥2): ≥ 2 conditions. CM (G0-G3): four levels of CM, G0: none, G1: 1, G2: 2-4, and G3: ≥ 5 conditions.

Multimorbidity and tooth loss: the Brazilian National Health Survey, 2019

Rafael Aiello Borfim¹, Andreia Morales Cascaes² and Cesar de Oliveira³

Table 4 Logistic regression coefficients for the association of levels of tooth loss and multimorbidity in Brazilian adults (n = 65,803). The Brazilian National Health Survey, 2019

Multimorbidity	Presence of Functional Dentition		Severe tooth Loss	
	Unadjusted OR (95%CI)	Adjusted* OR (95%CI)	Unadjusted OR (95%CI)	Adjusted* OR (95%CI)
no (0 or 1 morbidity)	1	1	1	1
multimorbidity ≥ 2	0.34 (0.31; 0.38)	0.67 (0.60; 0.75)	2.80 (2.50; 3.11)	1.32 (1.17; 1.49)
no (0 or 1 morbidity)	1	1	1	1
multimorbidity ≥ 3	0.28 (0.24; 0.31)	0.61 (0.52; 0.70)	3.39 (2.96; 3.90)	1.42 (1.22; 1.66)

* Adjusted for sex, race, income, schooling, age, geographic region and smoking status

Borfim RA, Cascaes AM, de Oliveira C. Multimorbidity and tooth loss: the Brazilian National Health Survey, 2019. BMC Public Health. 2021 Dec 20;21(1):2311. doi: 10.1186/s12889-021-12392-2.

Multimorbidity and tooth loss: the Brazilian National Health Survey, 2019

Rafael Aiello Borfim¹, Andreia Morales Cascaes² and Cesar de Oliveira³

Table 3 Logistic regression coefficients for the association of tooth loss and multimorbidity in Brazilian older adults (n = 22,728). The Brazilian National Health Survey, 2019

Multimorbidity	Presence of Functional Dentition		Severe tooth Loss	
	Unadjusted OR (95%CI)	Adjusted* OR (95%CI)	Unadjusted OR (95%CI)	Adjusted* OR (95%CI)
no	1	1	1	1
multimorbidity ≥ 2	0.68 (0.62; 0.72)	0.77 (0.70; 0.85)	1.37 (1.26; 1.49)	1.17 (1.06; 1.29)
no	1	1	1	1
multimorbidity ≥ 3	0.66 (0.60; 0.74)	0.76 (0.68; 0.86)	1.39 (1.26; 1.55)	1.18 (1.05; 1.32)

* Adjusted for sex, race, income, schooling, age groups, geographic region and smoking status

Borfim RA, Cascaes AM, de Oliveira C. Multimorbidity and tooth loss: the Brazilian National Health Survey, 2019. BMC Public Health. 2021 Dec 20;21(1):2311. doi: 10.1186/s12889-021-12392-2.

Multiple Chronic Diseases Associated With Tooth Loss Among the US Adult Population

Yuqing Zhang^{1,2*}, Suzanne G. Leveille^{2,3,4} and Ling Shi²

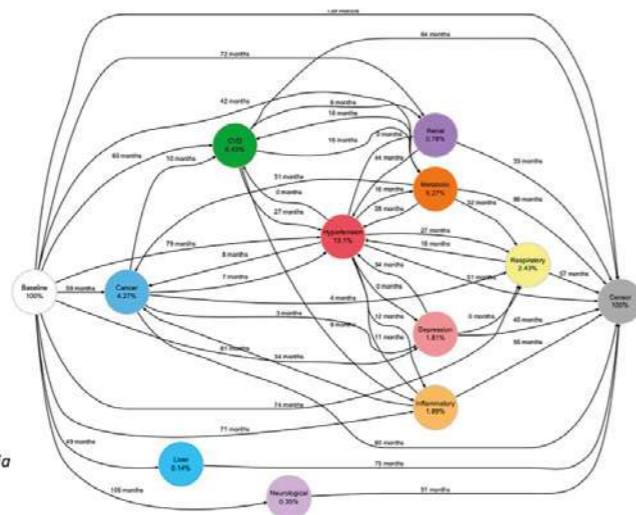
TABLE 4 | Association between multimorbidity and tooth loss by age group^a.

	Zero tooth loss (Reference)	Lost 1-5 teeth Adj. RR (95% CI)	Lost ≥6 teeth Adj. RR (95% CI)	Edentulous Adj. RR (95% CI)
Multimorbidity (all ages)	1	1.22 (1.20, 1.25)	1.90 (1.86, 1.96)	2.15 (2.07, 2.22)
Multimorbidity (18-64 years)	1	1.29 (1.25, 1.33)	2.26 (2.18, 2.35)	2.86 (2.71, 3.01)
Multimorbidity (≥65 years)	1	1.25 (1.11, 1.19)	1.56 (1.50, 1.61)	1.66 (1.59, 1.74)

^aMultinomial logistic regression models, adjusted for sociodemographic factors (age, sex, education, income, and race) and health behavioral factors (smoking status, body mass index, and dental care).

Zhang Y, Leveille SG, Shi L. Multiple Chronic Diseases Associated With Tooth Loss Among the US Adult Population. *Front Big Data*. 2022 Jul 1;5:932618.

Asociación entre enfermedades bucales y sistémicas



*exposición: pérdida dentaria

Larvin H, Kang J, Aggarwal VR, Pavitt S, Wu J. Multimorbid disease trajectories for people with periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2021 Dec; 48(12):1587-1596.

Definiciones finales

- ¿Enfermedades orales incluidas en la definición de Multimorbilidad?
- ¿Enfoque en comorbilidad entre la multimorbilidad y enfermedades orales?
- ¿Enfoque de multimorbilidad considerando enfermedades orales y comorbilidades?

$$\text{Comorbilidad} = \frac{\text{Número de personas con la enfermedad X}}{\text{Número de personas con la enfermedad Y}}$$

$$\text{Multimorbilidad} = \frac{\text{Número de personas con enfermedades X e Y}}{\text{Población general}}$$

From: Challenges and Opportunities of Multi-Disciplinary, Inter-Disciplinary and Trans-Disciplinary Research

<ul style="list-style-type: none"> Disciplinary Approaches - advance the frontiers of knowledge in the various disciplines 		From the point of view of one discipline	✓ Separate research output
<ul style="list-style-type: none"> Multidisciplinary Approaches - enhance understanding of observed phenomena from various perspectives. 		From the point of view of multiple disciplines separately	✓ Separate research output
<ul style="list-style-type: none"> Interdisciplinary Approaches - integrate disciplines and allow a more holistic understanding of phenomena. 		From the point of view of multiple disciplines collaboratively blended	✓ Integrated research output
<ul style="list-style-type: none"> Transdisciplinary Approaches - engage stakeholders and allow integration of practical considerations in developing and applying knowledge. 		<ul style="list-style-type: none"> Academics Investors Decision/policy makers Community 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Integrated research output ✓ Policies, decisions ✓ Products ✓ Solutions

Illustration of the disciplinary, multidisciplinary, interdisciplinary and transdisciplinary research approaches

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

PERSPECTIVE

U.S. PUBLIC HEALTH LAW — FOUNDATIONS AND SHIFTS

Oral Health for All — Realizing the Promise of Science

Rena N. D'Souza, D.D.S., Ph.D., Francis S. Collins, M.D., Ph.D., and Vivek H. Murthy, M.D., M.B.A.

Collaboration among communities, dental professionals, and other clinicians is critical to eliminating inequities that impede access to culturally competent care.

Impacto de la Ciencia en la Sociedad

D'Souza RN, Collins FS, Murthy VH. Oral Health for All - Realizing the Promise of Science. *N Engl J Med*. 2022 Mar;386(9):809-811. doi: 10.1056/NEJMp2118478.

Ventanas de oportunidad para odontólogos(as) aps en el marco de la estrategia de cuidado integral centrado en las personas (ecicep)

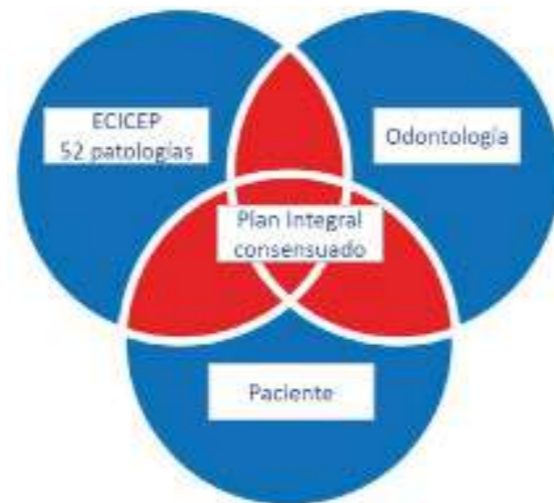
Sr. Víctor Revello Castillo
Asesor Odontológico SSMS

RESUMEN:

Con la implementación del “Modelo de atención integral de salud (MAIS)” se hizo necesaria la ECICEP “Estrategia de cuidado integral centrado en las personas”, que proporciona el brazo operativo del modelo a los centros de salud robusteciendo la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en la atención pública.

A nivel de las distintas prestaciones odontológicas que se entregan en APS, existen múltiples instancias en las cuales el odontólogo tiene directa o indirecta relación con las 52 patologías que definió MINSAL como prioritarias para trabajar dentro del modelo de ECICEP. Esta participación odontológica en el manejo de casos de multimorbilidad, se debe extender más allá del manejo periodontal en diabéticos.

El modelo de gestión de casos en ECICEP tiene distintas etapas y responsables, el odontólogo de acuerdo a competencias, habilidades, afinidad con el usuario y circunstancias clínicas, puede ser parte activa o invitado a participar en estas etapas de gestión de casos, según sea pertinente. Las actuales Orientaciones Técnicas de ECICEP establecen un marco conceptual de abordaje para un grupo de condiciones de salud o sociales que se han priorizado bajo este modelo. Los conceptos del modelo no impiden bajo ningún término que la odontología aporte en distintos tipos de manejo que involucran esta gama de condiciones de salud. Por tanto, la participación del odontólogo APS dentro de ese marco dependerá principalmente de la integración interdisciplinaria que se realice a nivel de los equipos locales para analizar los casos y la pertinencia desde los ámbitos terapéuticos (promoción, prevención, recuperación) donde la odontología puede aportar en el cumplimiento del plan consensuado entre equipo de salud y paciente.



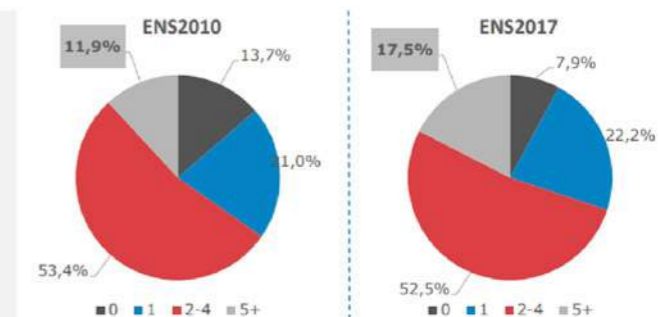
Marco conceptual

- Con la implementación del “Modelo de atención integral de salud (MAIS)” se hizo necesaria la ECICEP “Estrategia de cuidado integral centrado en las personas” que proporciona la parte operativa del modelo a los centros de salud robusteciendo la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en la atención pública.



MULTIMORBILIDAD

70%
de los adultos tiene 2 o más condiciones crónicas que requerirían atención médica individual*



*13 Enf. Crónicas Incluidas: Obesidad, Hipertensión, Diabetes, Insuficiencia renal, Depresión, Alto RCV o Enf. CV sintomática, Dislipidemia, Enf. Musculoesquelética no traumática con dolor al menos moderado, Bebedor perjudicial o dependiente del alcohol, dependencia al tabaco, disfunción tiroidea, elevación de enzimas hepáticas, o deterioro cognitivo.

Marco conceptual



Situaciones del día a día en APS...

- Tiene indicación de extracción la pieza, usted es diabético?; se tomó la glicemia?; usted es hipertenso, se tomó la presión?; sabe, esta descompensado!...
- El niño presenta caries, como es su dieta?, como esta su IMC?...
- Me da vergüenza juntarme con mis familiares y amigos, prefiero quedarme encerrada sola en la casa, porque no tengo dientes...
- Como se quebró ese diente?... Me pegaron doctor(a)...
- Doctor(a), en las mañanas amanezco con todos los dientes adoloridos, como si hubiese estado apretándolos toda la noche...
- Como no puedo masticar bien, me trago los pedazos enteros, después me duele el estomago o a veces me dan ganas de vomitar...
- Doctor, me tengo que operar de la cadera, y necesito el pase dental...
- Tiene bien manchados sus dientes, esa lesión que tiene en el paladar, hace cuanto la tiene?, usted fuma mucho?
- Me dijo la matrona que tengo riesgo de parto prematuro, y mando a dentista porque parece tengo infección en la boca...
- Etc, etc, etc...

El Rol de la odontología en el actual marco de ECICEP

ECICEP 52 patologías

Odontología

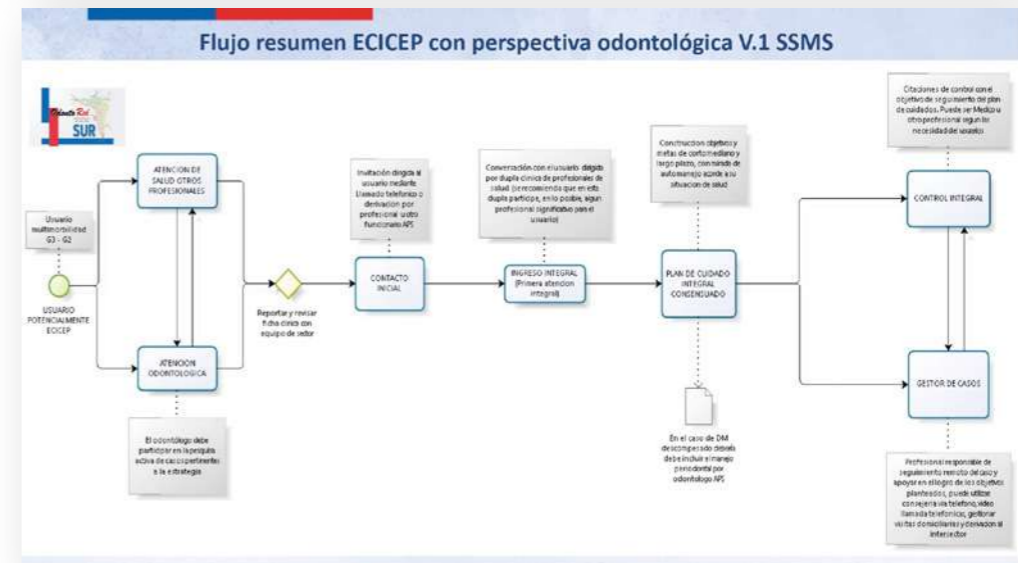
Paciente

Plan Integral consensuado

Resumen Pasos de la atención en el cuidado integral a personas con condiciones crónicas desde la perspectiva del Odontólogo(a) APS

MARCO OPERATIVO
ESTRATEGIA DE CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LAS PERSONAS PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA CRONICIDAD EN CONTEXTO DE MULTIMORBILIDAD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CUIDADO EN ENTORNOS
2021



Consulta de Morbilidad/Urgencia Odontológica

USUARIO MULTIMORBILIDAD G3 - G2

USUARIO POTENCIALMENTE ECICEP

ATENCIÓN DE SALUD OTROS PROFESIONALES

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

El odontólogo debe participar en la gestión activa de los casos pertenecientes a la estrategia

Reportar y revisar todos los casos con el equipo de sector

⚠ La consulta de Morbilidad Odontológica o la Urgencia es una oportunidad de pesquisa y sensibilización para el ingreso a ECICEP, ya sea en la anamnesis con el paciente o las indicaciones post atención. El manejo de integral de patologías del ámbito odontológico y médico es beneficioso para el paciente y clínico.

⚠ Integrarse con su equipo de sector para analizar casos y la pertinencia de su ingreso a la estrategia.

Contacto Inicial



- ⚠ El equipo de salud del centro debe tener establecida la metodología de invitación (equipo responsable). No obstante ello, si el Odontólogo es un actor relevante y/o significativo para el paciente, puede apoyar esta tarea, ya sea por cercanía al usuario y/o pertinencia clínica, entre otras variables frente a casos puntuales.



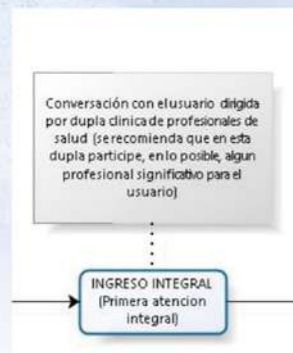
Control Integral



- ⚠ Si el plan de cuidado incluye componente odontológico, el odontólogo debe participar del seguimiento y evaluación conjunta de las metas y objetivos del plan de cuidado consensuado con el usuario(a) (registro en ficha clínica).
- ⚠ El odontólogo(a) debe mantener contacto con los otros profesionales del equipo de salud y/o el Gestor de Casos, según corresponda para analizar avances y dificultades pesquisadas en los casos en control.



INGRESO INTEGRAL



- La primera cita integral del paciente que ha sido invitado a participar de este modelo de atención es muy relevante, en general los establecimientos tienen definidas la dupla responsable de del ingreso integral. No obstante, según las características del caso el odontólogo podría participar de esta etapa del proceso.
- ⚠ De las 52 patologías actualmente priorizadas para ECICEP, ¿cuales presentan una vinculación directa o indirecta con la salud oral del paciente?



Desafíos de implementación



- Fortalecer la difusión y participación de odontólogos a nivel comunal y centros de salud en la estrategia.
- Revisión de 52 patologías priorizadas por ECICEP y su relación directa o indirecta con la salud buco dentaria del usuario. Considerar la evaluación de odontología frente a casos que lo ameriten a juicio de los equipos.
- Conocer y fortalecer la revisión de las planillas de seguimiento de Plan Integral Consensuado de salud ingresado en ficha clínica electrónica por todos los profesionales de salud al momento de brindar una atención clínica. **Todos podemos aportar.**
- Sensibilización al usuario y derivación coordinada para evaluación de personas con condiciones de salud priorizadas en ECICEP pesquisados en la atención dental.



Plan de Cuidado Integral Consensuado



- Según las características del paciente, sus patologías e intereses se construye un plan de cuidado integral consensuado equipo de salud y el usuario(a).
- De las 52 patologías actualmente priorizadas, ¿cuales presentan una vinculación directa o indirecta con la salud oral del paciente?
- ⚠ Según la indicación MINSAL el Plan de cuidado de paciente DM descompensado debería incluir manejo periodontal de APS



Conversemos



Equipos Comunales
ECICEP - Odontológicos RED SSMS

ECICEP: Integración del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Avances de la implementación en la red APS del SSMC. ¿Cómo incorporar la atención dental a la estrategia?

Sra. Soledad Carrasco Valenzuela
Asesora Odontológica SSMC

RESUMEN

Introducción: La estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) reconfigura la forma de proveer cuidados en la red de salud, enmarcado en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, fortalece los principios de atención centrada en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado. La población objetivo de la estrategia son todas las personas de 15 y más años que se atienden en el sistema público de salud clasificadas según riesgo. El año 2020 el Servicio de Salud Metropolitano Central se suma a la estrategia, implementando la estrategia de forma progresiva en sus centros de Atención Primaria (APS). A la fecha, son 10 los centros que han instalado la estrategia, en las comunas de Santiago, Maipú, Cerrillos y Estación Central.

Objetivo: Evaluar, a partir de las líneas estratégicas del ECICEP, su implementación e integración con el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) y la atención dental en los establecimientos de Atención Primaria dependiente del SSMC en el período 2020-2022.

Metodología: La implementación de la estrategia se evaluó en base a las cuatro líneas estratégicas del ECICEP: i) promoción y prevención, ii) responsabilidad y autonomía de las personas, iii) continuidad de los cuidados e iv) intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades y, las acciones vinculadas a éstas. A partir de los datos extraídos del sistema de reportes de Rayén e Iris, se realizó una distribución porcentual de la población según la estratificación por grupo de riesgo G1, G2 y G3 para cada centro de salud de APS de la red. Con los datos publicados por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), en los REM A01 y A05, se evaluó la tendencia de los Ingresos, Elaboración de Planes de cuidado integral y Controles de seguimiento registrados entre los años 2020-2022 en los centros piloto con la estrategia instalada. Para la línea de Promoción y Prevención se evaluó la tendencia de los Controles de Salud realizados por Nutricionista en el PSCV (REM A01, Sección C), la Cobertura de EMPAM (REM A02, Sección B); para la línea de Responsabilidad y autonomía de las personas, se evaluaron las actividades educativas registradas en REM A23 y REM A27; la Continuidad de los cuidados, se evaluó en base a la gestión y servicios farmacéuticos (REM A04, Sección I) y para las Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades, se realizó el

análisis de producción de las actividades de Telemedicina, gestionadas a través de Hospital Digital. Las estimaciones de estratificación y cobertura se realizaron a partir de los datos de PIV Fonasa 2023 y bases de datos de IRIS para las 4 comunas.

Resultados: La estratificación de la población se encuentra automatizada en establecimientos con ficha clínica electrónica Rayen (Maipú, Cerrillos y Estación Central). En ellas, la estratificación no es coincidente con los datos de PIV Fonasa, siendo, en promedio, un 31,4% superior la población identificada a través de Rayen (Adscritos) v/s Fonasa (Inscritos). En establecimientos dependientes, el 60,6% de personas de 15 años y más se categoriza como G0; el 14,6%, G1; el 15,9% a G2 y el 8,9% a G3. Los establecimientos municipales de la comuna de Santiago estratifican manualmente a su población, en base al conteo simple de patologías. Registran un avance del 67% de estratificación de la PIV Fonasa. El 96,1% corresponde a G0; 2,2% a G1; 1,3% a G2 y 0,5% a G3. La estratificación automatizada utiliza diagnósticos no depurados, repetidos por definiciones de CIE 10, complejizando el abordaje adecuado de usuarios de mayor riesgo y obliga a equipos a realizar una priorización de la priorización. En establecimientos dependientes no hay concordancia entre los ingresos a ECICEP según grupo de riesgo y la elaboración de Planes de cuidado integrales. Los ingresos G3 registran un 30% (n=277) más de Planes de cuidado en comparación a los ingresos realizados (n=212). En el grupo G2, durante el 2021 se registra un 71% (n=10) menos de planes de cuidado en comparación a los ingresos realizados ese año (n=35). En el 2022, los planes de cuidado en G2 son un 141% (n=181) superior a los ingresos realizados ese año (n=75), evidenciando problemas en la instalación y trabajo desarrollado por la Dupla gestora de la estrategia. En cuanto a la evaluación por pilares, en la red se realizan actividades relacionadas para cada uno de los pilares de la ECICEP.

Conclusiones: Las actividades y prestaciones que se entregan en APS están basadas en el Modelo de Atención Integral de Salud y son concordantes con las líneas estratégicas del ECICEP, sin embargo aún existe un número importante de actividades de capacitación, difusión, sensibilización que requieren fortalecimiento y mayor desarrollo en la red para que los equipos comprendan y adopten la estrategia como una reconfiguración de la atención que se realiza actualmente. Es necesario mejorar los registros y concientizar a los equipos sobre la relevancia de contar con registros adecuados para monitorear y evaluar la implementación de la estrategia. Es necesario incorporar la atención dental a la estrategia con un enfoque promocional y preventivo, además del ya incluido tratamiento periodontal. Se requiere mejorar los registros en REM que permitan realizar un monitoreo sistemático de la estrategia y su vinculación con las atenciones que se realizan en APS. Para la evaluación de la integración con el PSCV y Atención odontológica no es posible realizar una asociación y evaluación a partir de datos agregados.


II Congreso Políticas Públicas en Salud Oral
 APS Centrada en las Personas Mayores: Odontología en la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas (ECICEP)

ECICEP: Integración del Programa de Salud Cardiovascular. Avances de la implementación en la red APS del SSMC. ¿Cómo incorporar la atención dental a la estrategia?

Dra. Soledad Carrasco Valenzuela
 Cirujana Dentista, Universidad de Chile
 Mg. Salud Pública, Universidad de Chile
 Referente Técnica APS, Dirección de Atención Primaria - SSMC

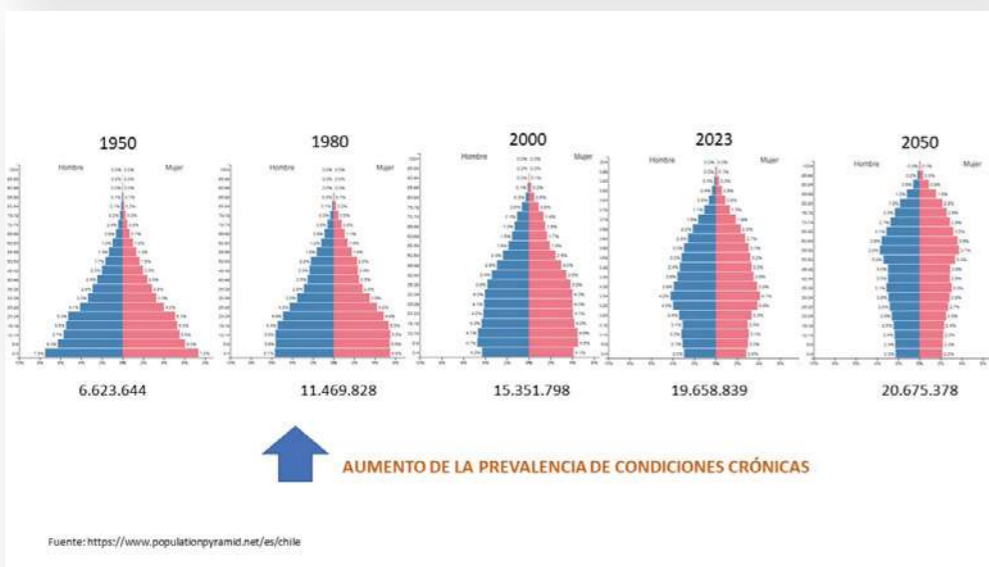
Aumento de las enfermedades crónicas



Contexto epidemiológico en Chile



Factores de riesgo asociado a condiciones crónicas



Determinantes sociales de la salud

Enfermedad crónica



MULTIMORBILIDAD

Situación de cronicidad
(Condiciones crónicas)

- ✓ Personas sin patologías Dx: Prevención de la cronicidad y la promoción de su propia salud
- ✓ Personas en situación de cronicidad: Reactividad v/s Proactividad
- ✓ Equipo de salud con mayor optimización de tiempo

“El modelo de cuidados de personas con condiciones crónicas mejora los resultados clínicos y funcionales del manejo de la enfermedad, como resultado de interacciones entre personas informadas y activas, con equipos clínicos preparados y proactivos”

1. Estratificación de la población

Estratificación de la población según riesgo (Pirámide de Kaiser adaptada)



- Estratificación automatizada en establecimientos con ficha clínica electrónica Rayén
- Estratificación no coincidente con PIV Fonasa 2023 (Inscritos v/s Adscritos)
- Diagnósticos no depurados (Repetidos por definiciones de CIE 10): Priorización de la priorización

Enfoque de salud poblacional: conteo simple de patologías

Bases de la estrategia			
1. Estratificación de la población		2. Proceso de atención	
Líneas estratégicas de cambio			
Promoción y prevención	Responsabilidad y autonomía de las personas	Continuidad de los cuidados	Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades
Acciones estratégicas			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar y disminuir factores de riesgo malnutrición y sedentarismo 2. Promover espacios de trabajo y educacionales saludables 3. Detección precoz de FR asociados a enfermedades crónicas 4. Favorecer el envejecimiento positivo y cuidado del cuidador MAS 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo al aut manejo para usuarios y familiares <ul style="list-style-type: none"> - Plan de cuidados colaborativos. - Educación para el aut manejo al equipo de salud, usuarios y familiares 2. Estrategia de monitoreo de personas con condiciones crónicas. 3. Apoyo de pares 4. Formación continua en MCC al equipo de salud 5. Líderes comunitarios en promoción del autocuidado en salud de acuerdo a las necesidades locales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar dupla gestora en APS para Multimorbilidad severa SI/NO ENF TENS 2. Incorporar profesional de Enlace en nivel secundario 3. GES ACTIVAR GES PA CUMP GARANTIAS 4. Acceso oportuno a medicamentos (FOFAR) 5. Fortalecer gestión farmacéutica 6. Protocolos de Referencia/contrareferencia 7. Monitoreo remoto 8. Hospitalización domiciliaria 9. Tratamiento periodontal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de agenda 2. Mensajería de apoyo adherencia 3. Plataformas tecnológicas de atención; diabetes, nefrología, oftalmología. . 4. Plataforma de buenas practicas 5. Medicinas complementarias y practicas de bienestar 6. Monitoreo Remoto

Fuente: Estrategia de cuidado integral centrado en las personas, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Minsal 2020

Evaluación de la implementación del modelo ECICEP en el SSMC

Estratificación de la población en establecimientos APS dependientes

Establecimiento	G0	G1	G2	G3	Población Total (Inscrita Rayén)	PIV Fonasa 2023	% Población estratificada
CESFAM 1	54726	10089	8952	3530	77297	52289	147,8%
CESFAM 5	26961	4741	4536	2774	39012	24365	160,1%
CESFAM PVI	14489	4792	5185	2747	27213	19285	141,1%
CESFAM Maipú	35704	8433	10976	6232	61345	45614	134,5%
CESFAM Voullieme	17271	5881	7009	3160	33321	22337	149,2%
CESFAM Chuchunco	14749	4524	4980	3598	27851	25320	110,0%
CESFAM Pincheira	14741	4188	5069	4726	28724	21590	133,0%
CESFAM Ahues	25087	6315	7742	4442	43586	32521	134,0%
CESFAM Juricic	22242	5929	6452	3555	38178	26066	146,5%
CESFAM Las Mercedes *	24547	5430	5027	2040	37044	45300	81,8%
Total General	250517	60322	65928	36804	413571	314687	131,4%

- ✓ Población inscrita en Rayén es superior a la PIV Fonasa (Inscritos v/s Adscritos).
- ✓ CESFAM Las Mercedes → Cambio de límites
- ✓ El 60,6% corresponde a G0; 14,6% a G1; 15,9% a G2 y 8,9% a G3

Fuente: Reporte estadístico IRIS-Rayén. Datos extraídos el 08/10/23

Implementación del modelo ECICEP en el SSMC

2020	2021	2022
CESFAM Chuchunco	CESFAM Chuchunco*	CESFAM 1
CESFAM Juricic	CESFAM Juricic	CESFAM 5
	CESFAM 5	CESFAM Maipú
	CESFAM Maipú	CESFAM Pincheira
	CESFAM Ahues	CESFAM Ahues
	CESFAM Padre Orellana	CESFAM Juricic
	CESFAM Arauco	CESFAM Las Mercedes
	CESFAM Matta Sur	CESFAM Padre Orellana
	CESFAM Ignacio Domeyko	CESFAM Arauco
	CESFAM Carlos Godoy*	CESFAM Matta Sur
		CESFAM Ignacio Domeyko
		CESFAM Michelle Bachelet

2020: Incorporación en REM A01, Sección F y A05, Sección V

Avance en la implementación de la estrategia (2020-2022):

- ✓ 50% de establecimientos de APS dependiente
- ✓ 100% APS Municipal (Santiago)
- ✓ 20% APS Municipal (Maipú)

Fuente: REM A01-A05

Evaluación de la implementación del modelo ECICEP en el SSMC

Estratificación de la población en establecimientos APS municipales: Santiago (DISAL)

Establecimiento	G0	G1	G2	G3	Población Total estratificada (IRIS)	PIV Fonasa 2023	% de Población estratificada	Brecha
CESFAM Arauco	10996	478	238	69	11781	19923	59,1%	40,87%
CESFAM Matta Sur**	15502	690	463	189	16844	26184	64,3%	35,67%
CESFAM Padre Orellana	27135	650	386	119	28290	37594	75,3%	24,75%
CESFAM Ignacio Domeyko**	50743	527	339	114	51723	75632	68,4%	31,61%
Total General	104376	2345	1426	491	108638	159333	68,2%	31,82%

- ✓ En promedio, el 67% de la población estratificada (Brecha con FONASA)
- ✓ El 96,1% corresponde a G0; 2,2% a G1; 1,3% a G2 y 0,5% a G3
- ✓ Estratificación Manual

Fuente: Reporte estadístico IRIS-Rayén. Datos extraídos el 08/10/23

Evaluación de la implementación del modelo ECICEP en el SSMC

Estratificación de la población en establecimientos APS municipales: Maipú (DISAM)

Establecimiento	G0	G1	G2	G3	Población Total (Inscrita Rayén)	PIV Fonasa 2023	% Población estratificada
CESFAM Carlos Godoy	22981	6697	7429	3874	40981	36378	112,7%
CESFAM Luis Ferrada	15064	4317	5355	2469	27205	23757	114,5%
CESFAM Michelle Bachelet	23817	6348	9217	5524	44906	39431	113,9%
CESFAM Ivan Insunza	18222	5638	6180	3154	33194	29368	113,0%
CESFAM Clotario Blest	21135	6385	8842	5046	41408	39670	104,4%
Total General	101219	29385	37023	20067	187694	168604	111,3%

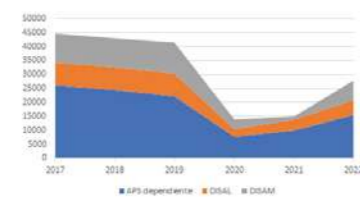
- ✓ Estratificación Rayén (automatizada)
- ✓ El 53,9% corresponde a G0; 15,7% a G1; 19,7% a G2 y 10,7% a G3

Fuente: Reporte estadístico IRIS-Rayén. Datos extraídos el 08/10/23

1. Promoción y prevención

a. Controlar y disminuir factores de riesgo malnutrición y sedentarismo

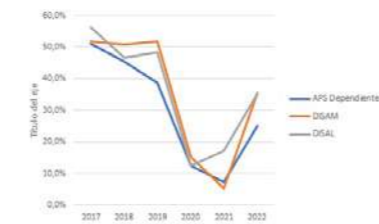
Controles de salud: Nutricionista (PSCV) (REM A01. Sección C)



	2017	2018	2019	2020	2021	2022
APS dependiente	26281	24485	22115	7911	9790	15066
DISAL	8061	7993	8112	2768	3987	5238
DISAM	10426	10594	11294	3185	1340	7139
Total red APS SSMC	44768	43072	41521	13764	15037	27943

c. Detección precoz de factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas

Cobertura de EMPAM (REM A02, Sección B)



✓ IAAPS: 55% Meta Nacional

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
APS Dependiente	51,2%	45,3%	38,8%	12,40%	7,2%	25,1%
DISAM	51,9%	50,8%	51,8%	15,2%	5,3%	35,6%
DISAL	56,4%	46,7%	48,3%	12,4%	17,3%	35,4%

Evaluación de EMP en pacientes G3

Sexo	Edad	hb1ac	fecha	hasta	EMP	Ingreso ECICEP	Tiempo en ECICEP
Mujer	77	8,7	05-05-2023	05-11-2023	Vencido	abril 2021	2.7 años
Mujer	66	9	11-10-2022	vencido	Vencido	mayo 2021	2.6 años
Mujer	77	5,6	07-06-2023	07-06-2024	Vigente	abril 2021	2.7 años
Mujer	92	8	19-10-2022	19-10-2023	Vencido	septiembre 2021	2.1 años
Hombre	78	5,2	03-05-2023	03-05-2024	Vencido	octubre 2021	2 años
Hombre	72	8,2	31-01-2023	vencido	Vencido	Sin ingresar	2 años
Mujer	90	6,3	01-06-2023	01-06-2024	Vencido	febrero 2021	2.7 años
Hombre	85	6,2	13-04-2023	13-04-2023	Vencido	abril 2022	1.7 año
Mujer	71	10,2	05-05-2023	05-11-2023	Vencido	abril 2022	1.7 año
Mujer	89	Sin registro de examen			Vencido	abril 2022	1.7 año
Mujer	72	5	22-12-2022		vencido	octubre 2021	2 años

Promoción y prevención

d. Favorecer el envejecimiento positivo y cuidado del cuidador

- ✓ Vida Sana, lactancia materna, controles nutricionales
- ✓ Déficit de estrategias poblacionales. G0 en general no acude a los centros.
- ✓ Pobre trabajo intersectorial
- ✓ Malos registros en REM
- ✓ Priorización de tratamiento (atención clínica en box) v/s trabajo pensado en la política pública de salud



b. Promover espacios de trabajo y educacionales saludables



2. Responsabilidad y autonomía de las personas

a. Apoyo al automanejo para usuarios y familiares

Plan de cuidados colaborativos

- ✓ Se están realizando en los establecimientos que tienen implementada la estrategia
- ✓ No coincidentes con Ingresos a los cuidados
- ✓ Implementación escalonada, sugerencia a trabajar con G3 priorizados
- ✓ G1 y G2 deberían ser atendidos como control crónico, pero no se ha realizado ese cambio. Algunos médicos hacen el control crónico y lo registran como ingreso ecicep, pero sin hacer el plan de cuidados
- ✓ Falta de capacitación al personal de salud
- ✓ Resistencia de los médicos a la atención integral

2. Responsabilidad y autonomía de las personas

b. Educación para el automanejo al equipo de salud, usuarios y familiares (REM A23-A27)

Actividades educativas, de promoción de la salud en diferentes áreas temáticas:

Nutrición, Prevención IRA-ERA, Violencia de género, Salud Bucodental, Salud Mental, Alcohol y drogas, VIH, Tabaco, Uso racional de medicamentos, Resistencia Antimicrobianos, Programa MAMA con escaso registro

Ingreso a cuidados integrales y Plan de cuidados individuales. Período enero 2020 a diciembre 2022. APS dependiente SSMC



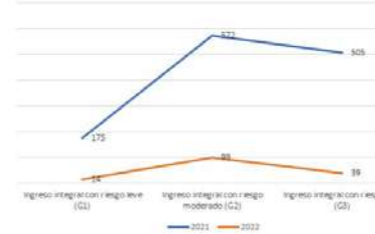
	Ingreso integral con riesgo leve (G1)	Ingreso integral con riesgo moderado (G2)	Ingreso integral con riesgo alto (G3)	Total ingresos 2020-2022
Estratificación (RIS)	14 (2,5%)	125 (22,9%)	405 (74,6%)	545
Proporción población ingresada	0,03%	0,23%	1,31%	0,41%



Fuente: REM A05, Sección V

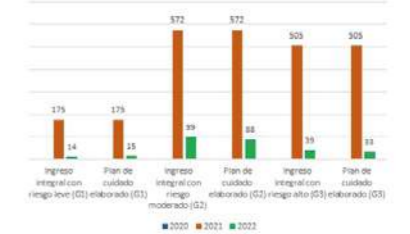
Ingreso a cuidados integrales y Plan de cuidados individuales. Período enero 2021 a diciembre 2022. APS Municipal: Santiago

Tendencia de ingresos a cuidados integrales 2021-2022



	Ingreso integral con riesgo leve (G1)	Ingreso integral con riesgo moderado (G2)	Ingreso integral con riesgo alto (G3)	Total ingresos 2020-2022
Estratificación (RIS)	189 (15,5%)	671 (47,8%)	544 (56,7%)	1404
Proporción población ingresada	6,1%	47,1%	110,6%	32,9%

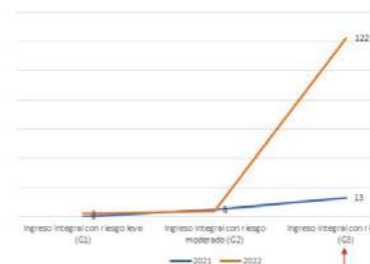
Distribución Ingresos y Planes de cuidado 2020, 2021 y 2022



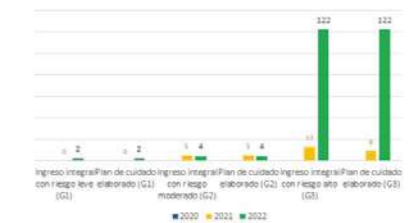
Fuente: REM A05, Sección V

Ingreso a cuidados integrales y Plan de cuidados individuales. Período enero 2021 a diciembre 2022. APS Municipal: Maipú

Tendencia de ingresos a cuidados integrales 2021-2022



Distribución Ingresos y Planes de cuidado 2020, 2021 y 2022



Fuente: REM A05, Sección V

c. Estrategia de monitoreo de personas con condiciones crónicas (REM A01, Sección F)

	2020			2021			2022									
	Control integral con riesgo leve (G1)	Control integral con riesgo moderado (G2)	Control integral con riesgo alto (G3)	Seguimiento a distancia con riesgo leve (G1)	Control integral con riesgo moderado (G2)	Control integral con riesgo alto (G3)	Seguimiento a distancia con riesgo leve (G1)	Seguimiento a distancia con riesgo moderado (G2)	Seguimiento a distancia con riesgo alto (G3)							
APS dependiente	2	9	312	0	135	1532	663	23	78	187	170	2104	1292	3	48	1146
APS Municipal: Santiago	0	0	0	0	786	2871	1458	27	207	185	1562	5891	2607	20	261	382
APS Municipal: Maipú	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	38	3	48	1	4	0
Total General	2	9	312	0	921	4403	2126	50	285	372	1770	7998	3947	24	309	1528

Actividades sin desarrollo:

- d. Apoyo de pares
- e. Formación continua en MCC al equipo de salud
- f. Líderes comunitarios en promoción del autocuidado en salud de acuerdo a las necesidades locales.

Seguimiento se define en el plan de cuidados. Duplica no está cumpliendo con la función de gestión de casos y seguimiento del plan de cuidados

3. Continuidad de los cuidados

a. Implementar dupla gestora en APS para Multimorbilidad severa

Todos los centros piloto con modelo implementado cuentan con dupla gestora.

b. Incorporar profesional de Enlace en nivel secundario

Implementado en HEC. Negociaciones para que esté en HUAP y San Borja

c. GES

Buena gestión en la gestión de patologías GES.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN



d. Acceso oportuno a medicamentos (FOFAR)

Trabajo con equipos para unificar recetas, disponibilizar los medicamentos en la red, RUI

e. Fortalecer gestión farmacéutica

SECCIÓN I: SERVICIOS FARMACÉUTICOS		TOTAL	ATENCIÓN ABIERTA	ATENCIÓN CERRADA	SERVICIOS FARMACÉUTICOS E INTEGRACIÓN	SERVICIOS FARMACÉUTICOS E INTEGRACIÓN D.
ATENCIÓN FARMACÉUTICA						
ATENCIÓN DE LA MEDICACIÓN SUBVENCIONADA		78	78	0	0	0
REVISIÓN DE LA MEDICACIÓN CON SUBVENCIONES		29	29	0	0	0
CONSEJERÍA FARMACÉUTICA		2	2	0	0	0
EDUCACIÓN FARMACÉUTICA		12	12	0	0	0
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO						
FARMACOVIGILANCIA						
REPORTES ASOCIACIÓN AGENCIAS A MEDICAMENTOS		30	30	0	0	0
REPORTES FALLA DE CALIDAD						
REPORTES DE EFECTOS ADVERSOS DE ASOCIACIÓN A MEDICAMENTOS		40	40	0	0	0

Establecimientos	Actividad	2017	2018	2019	2020	2021	2022
DAP	Reporte RAM	0	29	88	4589	2214	120
	Atenciones farmacéuticas	0	410	1336	70	108	64
DISAM	Reporte RAM	25	126	423	51	117	1159
	Atenciones farmacéuticas	62	324	154	11	28	11
DISAL	Reporte RAM	0	0	0	0	2	134
	Atenciones farmacéuticas	0	0	0	0	0	10

f. Protocolos de Referencia/ contrarreferencia

El SSMC ha trabajado coordinadamente su mapa de derivación con todos los actores de la red. Trabaja por polos de desarrollo (Stgo-Estación Central/ Maipú-Cerrillos)

Se han desarrollado protocolos de referencia y contrarreferencia



g. Monitoreo remoto

REM A32. Seguimiento remoto, llamadas de wsp, recordatorio de controles, recordatorio de exámenes. Hay pautas de controles remotos en relación al plan

h. Hospitalización domiciliaria (De resorte del nivel secundario)

i. Tratamiento periodontal

4. Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades

a. Gestión de agenda



b. Mensajería de apoyo adherencia

- Implementado parcialmente. Iniciativas locales en el marco del PSCV.
- Falta de recursos para financiar servicios de telefonía y mensajería
- Apuesta a nuevo sistema informático que contempla el servicio

c. Plataformas tecnológicas de atención; diabetes, nefrología, oftalmología.

Vinculación de la atención con estrategia de Hospital Digital. Instalación paulatina de células en la red, vinculadas a compromisos de gestión

Especialidad	Dermatología	Diabetes	Geriatría	Nefrología	Patología Oral
**Distribución del denominador, por especialidad	1161	113	155	35	64
Producción 2022 (Comparativo)	1027	22	3	0	53
% Cumplimiento	88,46%	19,5%	1,9%	0%	82,8%

¿Cómo nos vinculamos al ECICEP a través de la atención dental?



1. Contribuir a la ECICEP mediante tratamiento odontológico periodontal a personas con DM de entre 35 a 54 años descompensadas
2. Promover hábitos saludables y disminuir factores de riesgo odontológico en personas con DM descompensadas

Actividades: Examen periodontal completo, Dx específico, tratamiento no quirúrgico y controles de mantenimiento, estrategias de prevención (Entrevista Motivacional)

Auditoría de fichas: Atenciones dentales

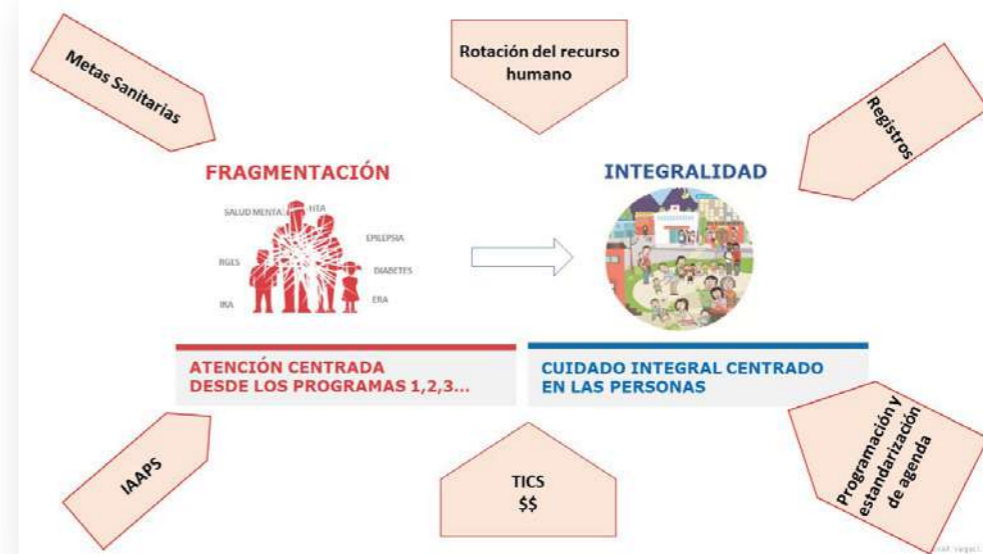
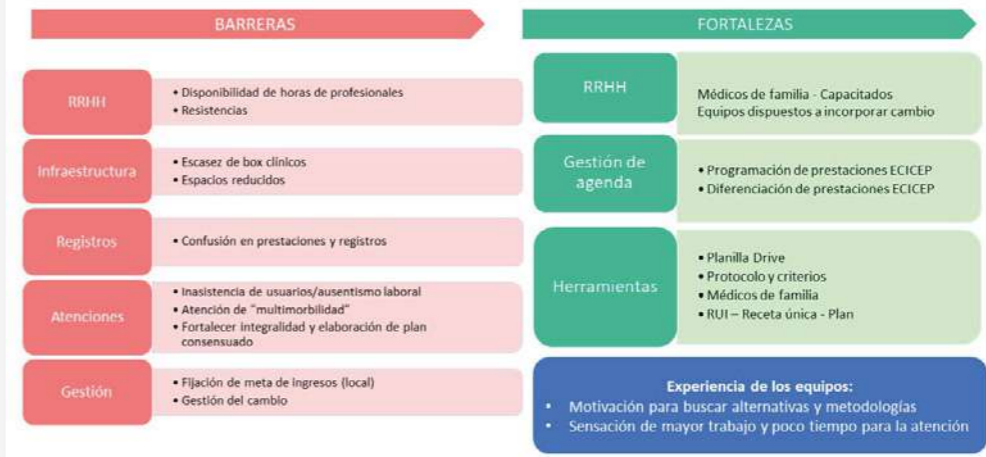
- Universo: 138 ingresos integrales G3 (REM A05 Sección V)
- Período revisado: Enero a Octubre 2023
- Muestra calculada: 48 fichas
- Fichas efectivamente revisadas: 17

Sexo	%	Promedio Edad	Tiempo promedio de ingreso	Atención dental
Mujer	52,9%(n=9)	65,5 (Min. 30- Máx. 81)	9 meses	1
Hombre	47,1% (n=8)	70 (Min. 62-Máx. 85)	9 meses	2

Algunos Hallazgos

- 35% de los registros cuentan con Ingreso y Plan de cuidados (U=48)
- 94% de fichas auditadas superan edad de inclusión a terapia periodontal
- 17% de ingresos G3 han recibido atención dental (No periodontal)
- 1 atención dental a persona con dependencia severa
- Registro aún mantiene estructura fragmentada (Cruce con PSCV)

SÍNTESIS



¿ES NECESARIO EL CAMBIO?



Desafíos

- Entender ECICEP como una reconfiguración de la atención, siguiendo y fortaleciendo los pilares del MAIS (Fragmentación v/s Integración)
- Incorporar a la odontología dentro de los planes de cuidado (somos parte de la integralidad 😊)
- Odontología enfocada en el tratamiento v/s Promoción-Educación (EMP dental?)
- Escalabilidad de la implementación: SEGUIR CRECIENDO
- Gestión del cambio: Fortalecer procesos de acompañamiento, difusión y sensibilización
- Monitoreo de las actividades realizadas, evaluaciones en el corto, mediano y largo plazo de la implementación e impacto de la estrategia
- Capacitación continua (Posición de poder v/s abordaje integral de los usuarios)

"Si quieres llegar rápido camina solo, si quieres llegar lejos camina acompañado"

Proverbio africano



"Evaluación Económica para el diseño de Políticas de Salud Oral en el marco de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles"

Sr. Mauricio Baeza Paredes

Facultad de Odontología, Universidad de Chile
Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile
Centro de Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Orales - CEVEO.

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen uno de los mayores desafíos en el campo de la salud pública del siglo XXI, generando la mayor carga de enfermedad en el mundo. Enfermedades orales de alta prevalencia como la caries y las enfermedades periodontales corresponden a ECNT de alto impacto económico y social. La estrecha interrelación preventiva y terapéutica entre las enfermedades orales y las enfermedades sistémicas en el contexto de las ECNT como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares (ECV), distintos tipos de cáncer y enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, fundamentan la necesidad de diseñar políticas públicas que permitan incorporar la salud oral en el control del conjunto de las ECNT. El diseño e implementación de políticas de salud oral en Chile se ha caracterizado por criterios de priorización que no ha considerado el impacto de la salud oral en la salud general de la población. Dentro de las ECNT, la diabetes constituye un desafío de alto impacto en Chile como consecuencia de su creciente prevalencia, que en la actualidad alcanza un 12,3% en la población adulta, y de su baja cobertura efectiva, especialmente en el contexto de la pandemia por COVID-19 que alcanzó solo un 28%. El pobre control metabólico como resultado de no alcanzar las metas de compensación de las personas con diabetes aumenta el riesgo de complicaciones macro y microvasculares, acorta los años de vida y genera un alto costo humano, económico y social. Más del 10% del gasto total en salud en Chile está destinado al tratamiento de la DM2, especialmente para el manejo de sus complicaciones. A pesar de que el PSCV incluye un conjunto de estrategias para el control de pacientes con DM2, los resultados de control metabólico siguen siendo insuficientes y no han logrado reducir las marcadas desigualdades sociales en las coberturas efectivas y complicaciones diabéticas. Por lo tanto, la decisión de incorporar nuevas intervenciones que mejoren el estado de salud de estos pacientes, considerando criterios de eficiencia y equidad, resulta crucial.

Aunque, la evidencia disponible sobre la efectividad de intervenciones odontológicas para mejorar el control metabólico de personas con diabetes podrían fundamentar la incorporación de la salud oral en los planes y programas de salud general, el proceso de toma de decisiones para el diseño de políticas de salud requiere el levantamiento de evidencia en el contexto local que permita analizar la relación entre los costos y los beneficios de incorporar una nueva intervención o tecnología sanitaria para el sistema de salud. Las decisiones de cobertura de los sistemas de salud muchas veces operan en un ambiente de alta incertidumbre debido a la falta de información respecto al potencial valor que tiene una nueva

intervención para ese sistema de salud. Debido a que la priorización en salud es un proceso que implica inevitablemente beneficiar a algunos grupos y postergar a otros, los sistemas de salud requieren rendir cuentas a la población respecto de cómo se llevan a cabo estas decisiones y su racionalidad. Esto ha motivado el desarrollo de procesos que, respaldados en la evidencia, puedan dar claras señales de confianza a la ciudadanía respecto a que las decisiones tomadas fueron las mejores, considerando los limitados recursos disponibles y las necesidades sociales en salud. Este tipo de proceso se ha denominado Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA), y se ha reconocido como un campo multidisciplinario que integra información médica, económica, social, ética y legal, para informar las decisiones sobre cobertura. Por lo tanto, ETESA es muy útil para ayudar en el desarrollo de políticas sanitarias basadas en la mejor evidencia; y para orientar de mejor forma la asignación de los recursos en salud en un ambiente de escasez e incertidumbre (105). Es precisamente en este contexto, que la evaluación económica pasa a ocupar una posición muy relevante en la evaluación global de diferentes tecnologías sanitarias. En efecto, corresponde a la instancia formal, técnica y científica de abordar la pregunta si vale la pena que el sistema de salud pague por una nueva intervención. Esta pregunta de valor obliga a la autoridad sanitaria a hacer explícito ciertos juicios de justicia distributiva que, en definitiva, son los fundamentos de lo que conocemos como evaluación económica. En consecuencia, la evaluación económica de tecnologías sanitarias se ha ido posicionando con mucha fuerza en los procesos de toma de decisión en salud. Esto ha permitido proporcionar información clave para que los tomadores de decisión puedan asignar eficientemente los recursos disponibles.

Considerando la relevancia de las evaluaciones económicas para la toma de decisiones en salud y la necesidad de aumentar la cobertura efectiva de personas con diabetes, se desarrolló una evaluación económica de nuevas tecnologías sanitarias de control metabólico que considero tanto criterios de eficiencia como de equidad. Las tecnologías sanitarias evaluadas como potenciales alternativas fueron obtenidas a partir de una revisión sistemática, entre las cuales se encuentran: Educación estructurada, telemonitoreo, uso de podómetro, atención periodontal, sitagliptina, canagliflozina e insulina degludec. Los costos y efectos en el horizonte de vida relacionados con las diferentes tecnologías sanitarias se modelaron para una muestra representativa a nivel nacional de pacientes con DM2 afiliados a FONASA que reciben atención en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV). Se utilizó un modelo de microsimulación (UKPDS-OM2) para estimar el impacto proyectado de por vida de los cambios en la hemoglobina glicada (HbA1c) y en otros factores sobre el riesgo de complicaciones, muerte, esperanza de vida y disminución de la calidad de vida. Se utilizaron los años de vida ajustado por calidad (QALY) como medida de resumen de efectos, para lo cual se usaron datos de calidad de vida medidos mediante el formulario EQ5D para distintos estadios clínicos y comorbilidades como resultado de las complicaciones de DM2. Los costos asociados a cada uno de los estados se obtuvieron de estimaciones nacionales de costos utilizados para estimar las canastas GES, complementadas por otras fuentes, adoptando la perspectiva del sistema público de salud. Los costos y efectos se combinaron para estimar la razón costo-efectividad incremental (RCEI) para las diferentes tecnologías sanitarias, representando la eficiencia de la intervención en la generación de beneficios para la salud. Para evaluar la dominancia de las diferentes alternativas, cada RCEI se comparó con los umbrales de disponibilidad a pagar sugeridos para Chile: Se utilizó el recomendado por la OMS que definen como costo-efectivas aquellas intervenciones cuyo costo adicional por QALY ganado es igual o menor a un PIB per cápita (\$16.502,8 USD a precio actual 2022), y el umbral propuesto por Woods y col. (2016) de un 45% del PIB per cápita (\$7.426,26 USD a precio actual 2022). Se calcularon las RCEI de cada tecnología sanitaria, explorando la heterogeneidad entre subgrupos según su perfil de riesgo individual, grupo etario, sexo, nivel educacional e ingreso familiar. Para medir el impacto de la incertidumbre se realizaron análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico. Finalmente, se realizó un análisis de costo-efectividad distribucional

mediante un modelamiento de las distribuciones sociales de la salud de cada alternativa decisional para evaluar el impacto en la equidad de la incorporación de cada tecnología sanitaria al PSCV.

RESULTADOS

La RCEI, curvas de aceptabilidad, frontera de aceptabilidad y curvas de pérdidas esperadas permitieron establecer entre las nuevas tecnologías sanitarias cuales de ellas son costo-efectivas para el sistema público de salud en Chile, así como también, la intervención óptima para un tomador de decisiones neutral al riesgo y los rankings de costo-efectividad entre ellas. Se evidenciaron diferencias en la relación costo-efectividad entre las nuevas tecnologías sanitarias propuestas, explorando la heterogeneidad entre subgrupos, así como consideraciones de equidad que permitieron establecer rankings de eficiencia y equidad combinados. Considerando el umbral de disponibilidad a pagar sugerido por Woods y col. (\$7.426,26 USD) el telemonitoreo constituye la estrategia óptima seguida por la atención periodontal tanto en el análisis de costo efectividad exclusiva como en el de eficiencia y equidad combinada. Por su parte, considerando el umbral de disponibilidad a pagar sugerido por la OMS (\$16.503,08 USD) la atención periodontal se impone como la estrategia óptima seguida por el telemonitoreo en ambos análisis. Como conclusión de este estudio, basados en un conjunto explícito de supuestos y considerando criterios tanto de costo efectividad exclusiva como de eficiencia y equidad combinada, los resultados de la presente tesis recomiendan la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias como el telemonitoreo y la atención periodontal al PSCV para pacientes con DM2 en Chile.

Estos resultados, sumado a la amplia evidencia generada que vincula bidireccionalmente la periodontitis con la diabetes, permitieron generar un trabajo colaborativo entre el Centro de Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Orales (CEVEO) con autoridades y profesionales responsables de la implementación de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas (ECICEP) del Ministerio de Salud de Chile. Fruto de este trabajo colaborativo fue la incorporación de la atención periodontal para el manejo integral de personas con diabetes en el marco de la ECICEP como parte del Programa de Universalización de la Atención Primaria en Salud, que tiene como propósito responder a la alta carga de ECNT, especialmente en el contexto de la multimorbilidad en Chile.



“Políticas de salud oral en el marco de la ECICEP: Escenario actual y desafíos futuros”

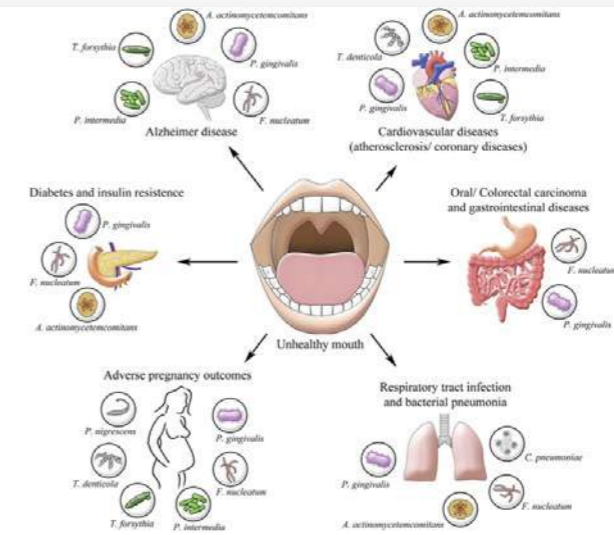
Mauricio Baeza Paredes

1 Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
2 Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
3 Centro de Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Orales – CEVEO.

2023

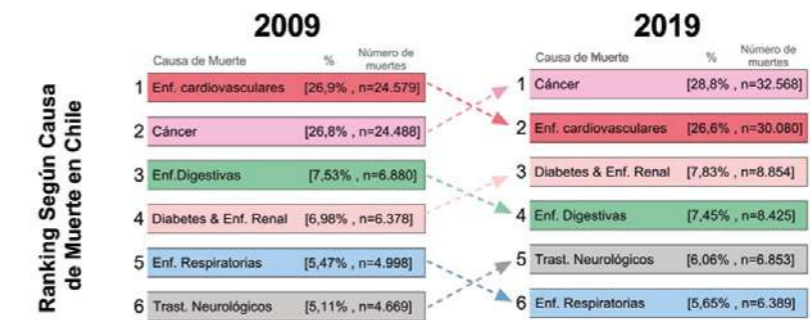
Contenidos

- | | | |
|---|--|--|
| <p>01</p> <p>Introducción
El desafío de las EO como problema de salud pública</p> | <p>03</p> <p>Políticas de salud oral en Chile
Desafíos para integrar la salud oral a los planes de salud general</p> | <p>05</p> <p>Presente y Futuro
Atención periodontal en el marco de la ECICEP</p> |
| <p>02</p> <p>Atención Periodontal
Efectividad para el control de ENT</p> | <p>04</p> <p>Decisiones de Cobertura
Evaluaciones económicas para la toma de decisiones en salud</p> | <p>06</p> <p>Conclusiones</p> |



Bui FQ, J, et al. Association between periodontal pathogens and systemic disease. Biomed J. 2019

ENT fueron la principal causa de muerte, con 97.057 defunciones, lo que corresponde a **85,8%** del total de muertes para el año 2019.



GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020; 396: 1204-22.

¿?



EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTALES EN AMÉRICA LATINA

Las enfermedades periodontales como enfermedades crónicas no transmisibles: Cambios en los paradigmas

Alicia Morales^a, Joel Bravo^a, Mauricio Baeza^a, Fabiola Werlinger^b y Jorge Gamonal^{a,c,*}

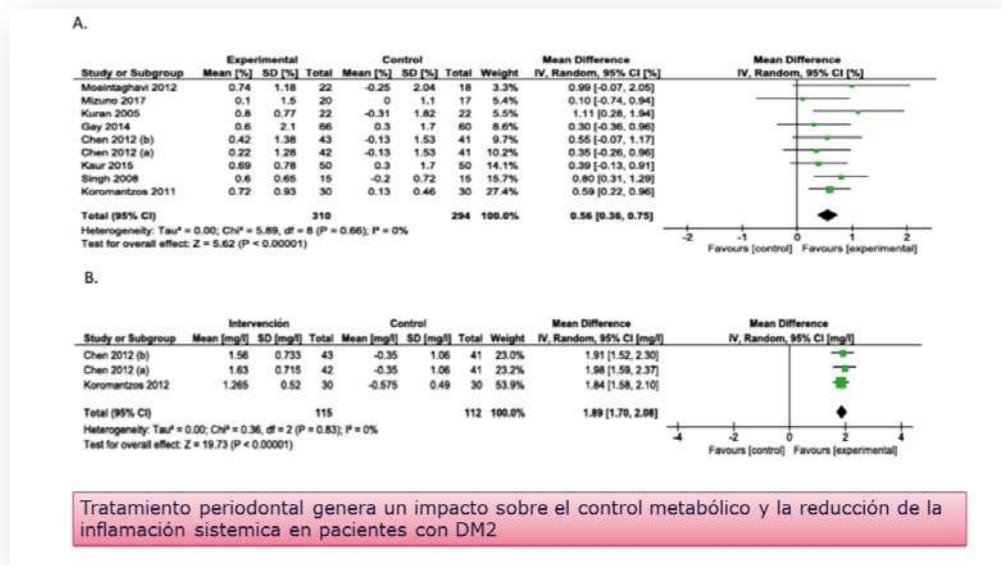
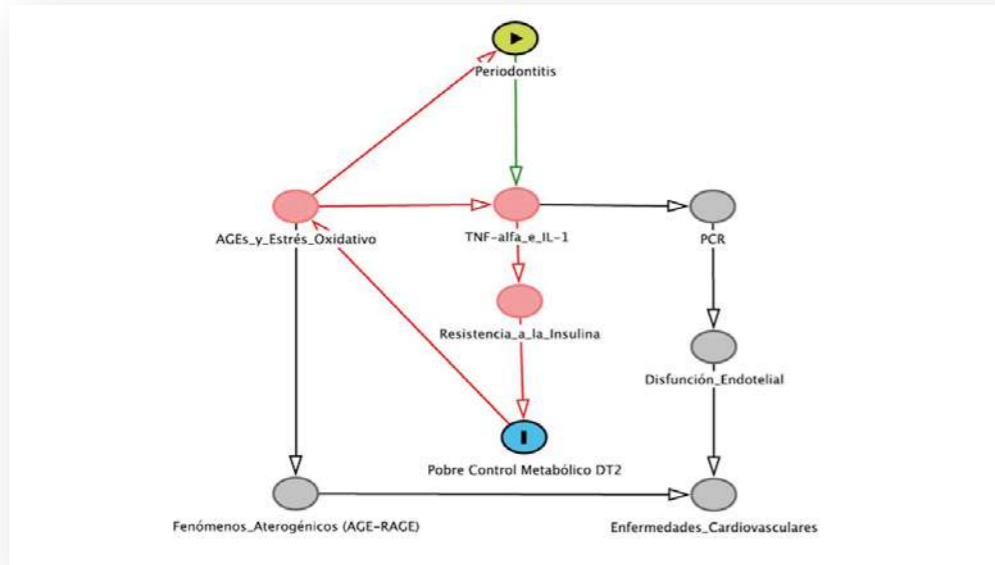
^a Departamento de Odontología Conservadora, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Chile, Chile
^b Unidad de Salud Pública, Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Chile, Chile
^c Centro de Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Bucales (CEVEB)

Recibido el 14 de junio de 2016; aceptado el 10 de julio de 2016
Disponible en internet el 30 de julio de 2016

PALABRAS CLAVE
Enfermedad crónica;
Gingivitis;
Periodontitis;
Enfermedades periodontales;
Factores de riesgo

Resumen Las enfermedades periodontales (gingivitis y periodontitis) son un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, su impacto en la calidad de vida y los altos costos que implica su tratamiento. Sus principales factores e indicadores de riesgo son compartidos con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Además, la presencia de enfermedad periodontal en un paciente con ECNT puede contribuir a su exacerbación y/o desarrollo, a través de diversos mecanismos patogénicos, y el tratamiento de la condición periodontal genera una reducción de la inflamación sistémica. Debido a lo anterior, las enfermedades periodontales deben considerarse como una ECNT, y se debe trabajar en la creación, desarrollo e implementación de medidas de promoción de la salud y de prevención de ellas y participar activamente de las propuestas ya emanadas desde aquellas ECNT que tienen como objetivo a los mismos indicadores/factores de riesgo de las enfermedades periodontales.

© 2016 Sociedad de Periodoncia de Chile, Sociedad de Implantología Oral de Chile y Sociedad de Prótesis y Rehabilitación Oral de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Atención Periodontal

Efecto del TP sobre control cardiometabólico

Cochrane Library

Treatment of periodontitis for glycaemic control in people with diabetes mellitus

Main results

We included 35 studies, which randomised 3249 participants to periodontal treatment or control. All studies used a parallel-RCT design and followed up participants for between 3 and 12 months. The studies focused on people with type 2 diabetes, other than one study that included participants with type 1 or type 2 diabetes. Most studies were mixed in terms of whether metabolic control of participants at baseline was good, fair, or poor. Most studies were carried out in secondary care.

We assessed two studies as being at low risk of bias, 14 studies at high risk of bias, and the risk of bias in 19 studies was unclear. We undertook a sensitivity analysis for our primary outcome based on studies at low risk of bias and this supported the main findings.

Moderate-certainty evidence from 20 studies (2443 analysed participants) showed an absolute reduction in HbA1c of 0.43% (1.7 mmol/mol) 3 to 4 months after treatment of periodontitis (95% confidence interval (CI) -0.59% to -0.28%; -6.4 mmol/mol to -3.0 mmol/mol). Similarly, after 6 months, we found an absolute reduction in HbA1c of 0.20% (1.3 mmol/mol) (95% CI -0.52% to 0.08%; -5.7 mmol/mol to -0.9 mmol/mol), 12 studies, 1457 participants), and after 12 months, an absolute reduction of 0.50% (5.4 mmol/mol) (95% CI -0.58% to -0.43%; -4.0 mmol/mol to -4.8 mmol/mol), 1 study, 264 participants).

Systematic Review
http://dx.doi.org/10.1590/1678-7757-2019-0248

Effect of periodontal treatment in patients with periodontitis and diabetes: systematic review and meta-analysis

Abstract

The evidence is inconclusive regarding the effect of periodontal treatment on glycaemic control and systemic inflammation in patients with type 2 diabetes (T2D) and periodontitis. Objective: To evaluate the effect of scaling and root planing (SRP) on the metabolic control and systemic inflammation of patients with type 2 diabetes (T2D). Methodology: A literature search was conducted using the MEDLINE database via PubMed and the Cochrane Central Register of Controlled Trials, from their oldest records up to July 2018. Only randomized clinical trials (RCT) were considered eligible for evaluating the effect of periodontal treatment on markers of metabolic control (fasted haemoglobin (HbA1c)) and systemic inflammation (C-reactive protein (CRP)).

Mauricio BAEZA^{1,2}
Alicia MORALES^{1,3}
Carlos CISTERNA^{1,3}
Franco CAVALLA^{1,3}
Gisela JARA^{1,3}
Yuri ISAMITTA^{1,3}
Paulina PINO^{1,3}
Jorge GAMONAL^{1,3}

Journal of Clinical Periodontology

Effect of two periodontal treatment modalities in patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus: A randomized clinical trial

Results

At 6 months, HbA1c had decreased by 0.48% in the Q by Q group and by 0.18% in the one-stage group (p = 0.455). After therapy, subjects with an initial HbA1c < 9% showed an increase of 0.31% (p = 0.145), compared with a decrease of 0.88% (p = 0.006) in those with an initial HbA1c ≥ 9%. Periodontal parameters improved significantly (p < 0.0001) post-therapy, with similar results for both treatment modalities.

Conclusion

Periodontal therapy had the greatest impact on HbA1c reduction on patients with an HbA1c > 9% regardless of treatment modality. Both modalities resulted in significant improvements in periodontal parameters.

Complicaciones microvasculares relacionadas a diabetes se reducen en un 35% por disminución del 1% en los niveles de HbA1c.

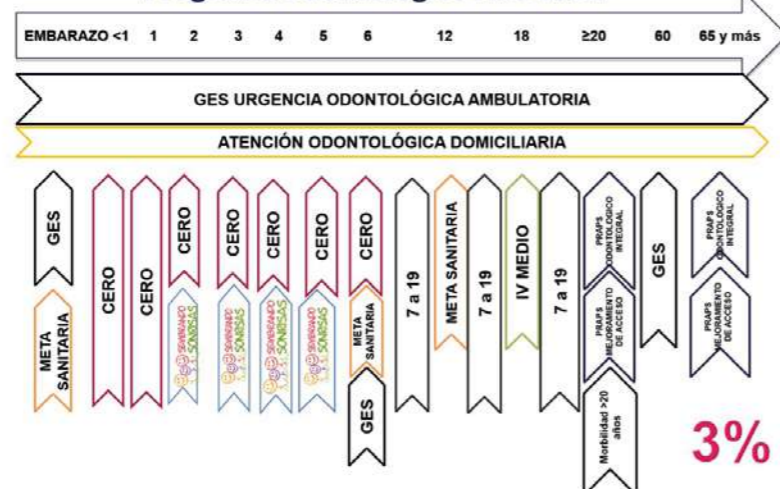
Reducciones en un 0.2% de HbA1c disminuye todas las causas de mortalidad en un 10%.

Políticas de salud oral en Chile

Plan de Salud Familiar	<ul style="list-style-type: none"> Programa C E R O Altas 7 a 19 años Ges 6 años Ges Embarazada Ges Urgencia Meta Sanitaria 12 años
PRAPS 2015-2018	<ul style="list-style-type: none"> GES 60 años Programa Sembrando Sonrisas Programa de Mejoramiento de Acceso Programa Odontológico Integral
PRAPS 2019	<ul style="list-style-type: none"> Atención Domiciliaria

Programas Odontológicos en SNS Chile: 2015- 2022

Programa odontológico APS 2022



REVISIÓN NARRATIVA

Las Políticas de Salud Oral en el contexto de las enfermedades no transmisibles: Un desafío pendiente en Chile.

Oral Health Policies in the context of non-communicable diseases: A pending challenge in Chile.

Mauricio Baeza^{1,2,3}, Gisela Jara^{1,3}, Alicia Morales^{1,3}, José Polanco¹, Gustavo Sáenz¹, Iris Espinoza^{1,2,3}, Jorge Gamonal^{1,2}

A pesar de que en Chile se han implementado programas y prestaciones de servicio asistenciales garantizados por ley para el tratamiento de las principales enfermedades orales en grupos priorizados de la población, estas prestaciones no necesariamente incluyen a pacientes con mayor riesgo de ENT como ECV y diabetes. Por lo tanto, la articulación con el resto de las propuestas emanadas para las ENT con sus respectivos programas, representa un desafío aún pendiente...

Desafíos y propuestas



Decisiones de Cobertura en los SS

1. Los sistemas de salud presentan limitaciones presupuestarias que no permiten financiar todos los servicios y prestaciones. Priorizar la cobertura en prestaciones de alto valor.
2. Las decisiones de cobertura de los sistemas de salud muchas veces operan en un ambiente de alta incertidumbre. ETESA: "El propósito es informar la toma de decisiones para promover un sistema de salud equitativo, eficiente y de alta calidad".
3. EE pasa a ocupar una posición muy relevante en la evaluación de diferentes TS. ¿vale la pena que el sistema de salud pague por una nueva intervención?

1- Espinoza MA. Evaluación Económica para la toma de decisiones sobre cobertura en salud: ¿qué debe saber el profesional de la salud? Revista chilena de cardiología. 2017;vol.36 no.2
2- (NARITA) TINA-ARITA. What is Health Technology Assessment (HTA)? 2021; <http://www.who.int/hta>
3- Banta D. What is technology assessment? International journal of technology assessment in health care. 2009;25 Suppl 1:7-9.

BAEZA PAREDES, MAURICIO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

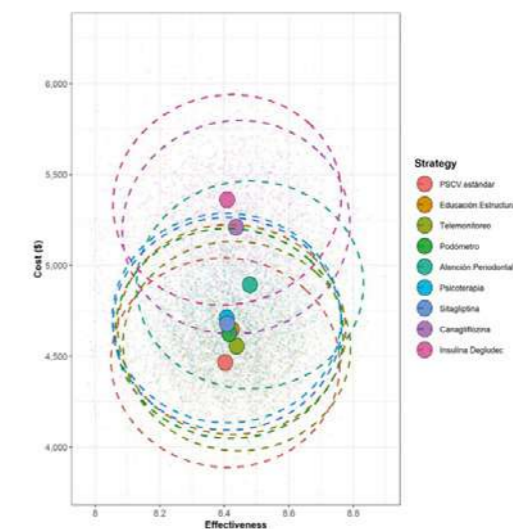
Análisis de costo efectividad e impacto en la equidad mediante un modelo de simulación económica de la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias al programa de salud cardiovascular para el control de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Chile

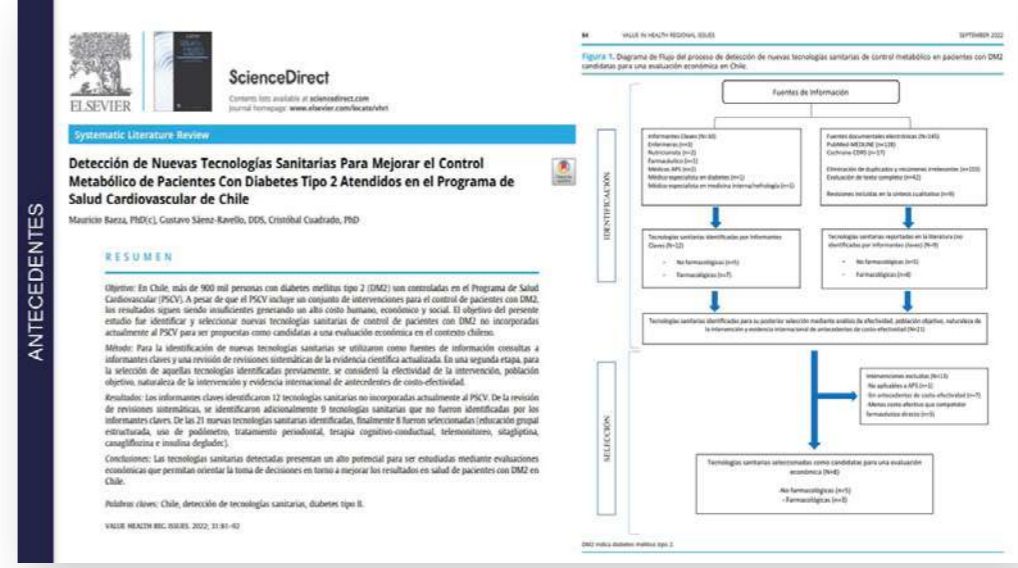
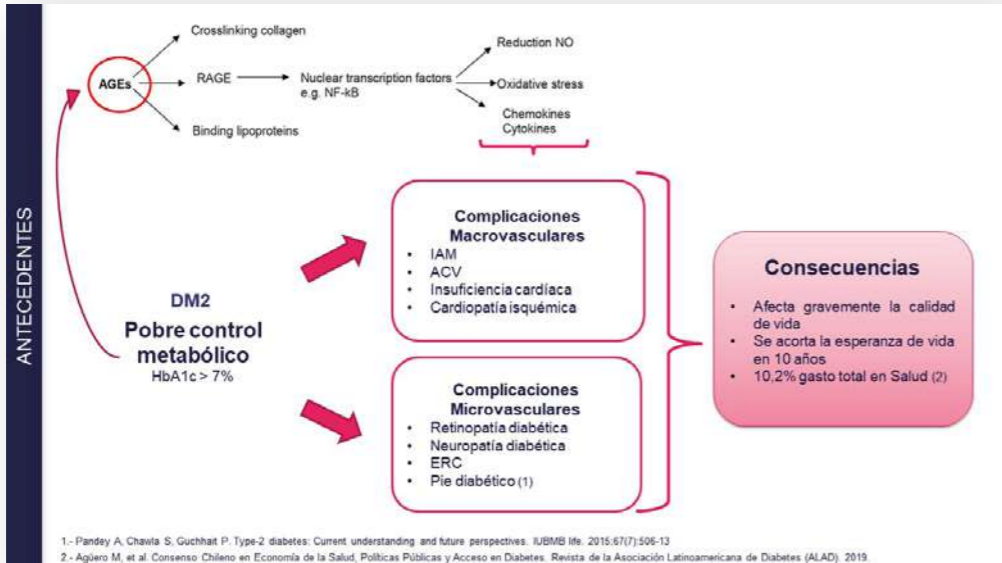
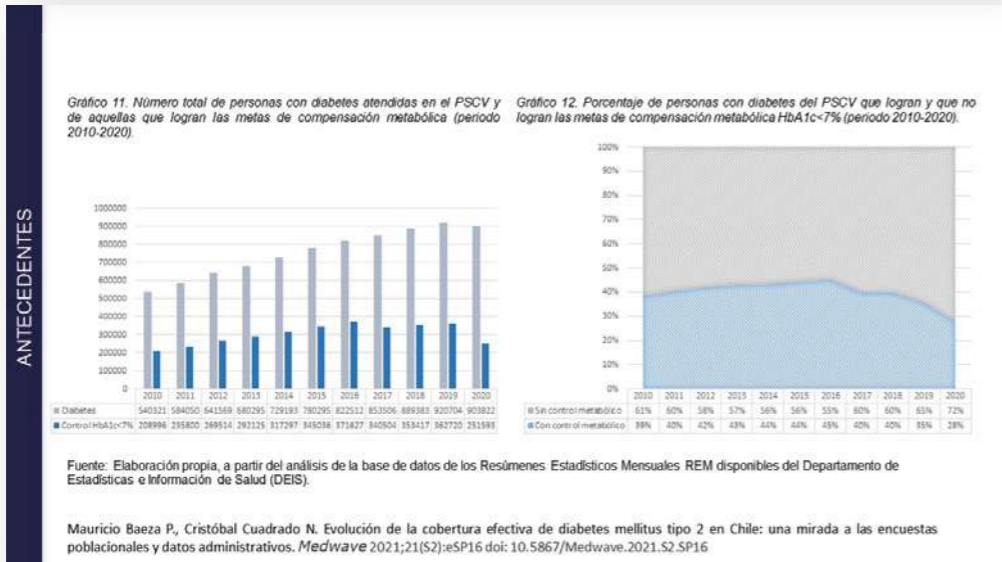
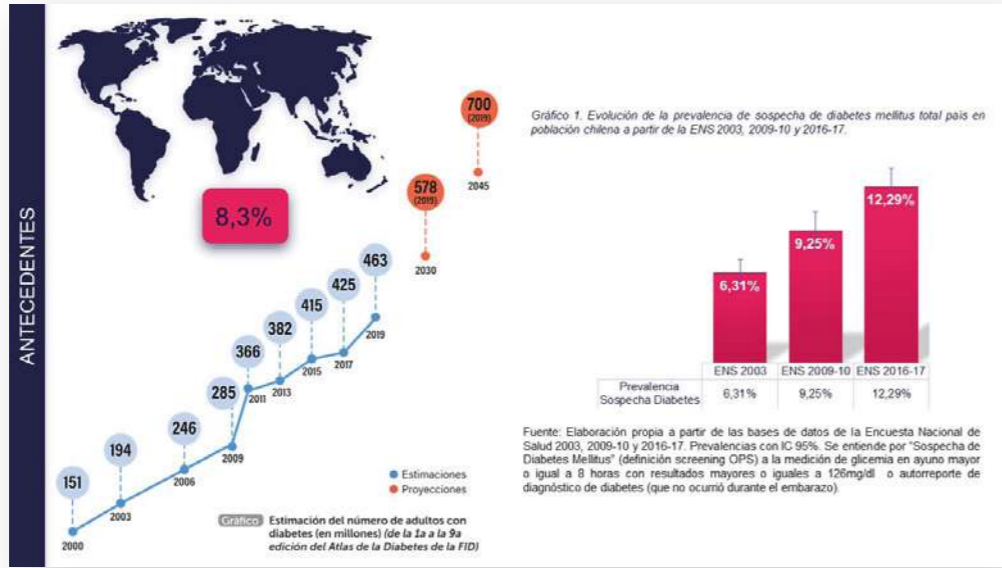
MAURICIO BAEZA PAREDES

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN SALUD PÚBLICA

Director de Tesis: Dr. Óscar Arteaga Herrera
Co-Director: Dr. Cristóbal Cuadrado Nahum

Santiago, Enero, 2023





ANTECEDENTES

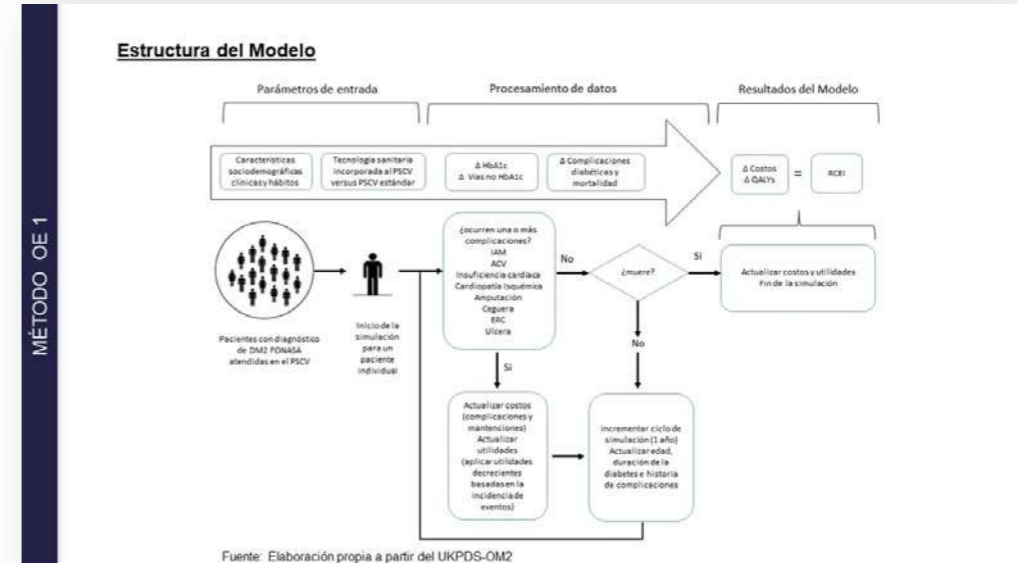
Tabla 1. Características de las Tecnologías Sanitarias Identificadas: Seleccionadas (azul) y Excluidas (gris)

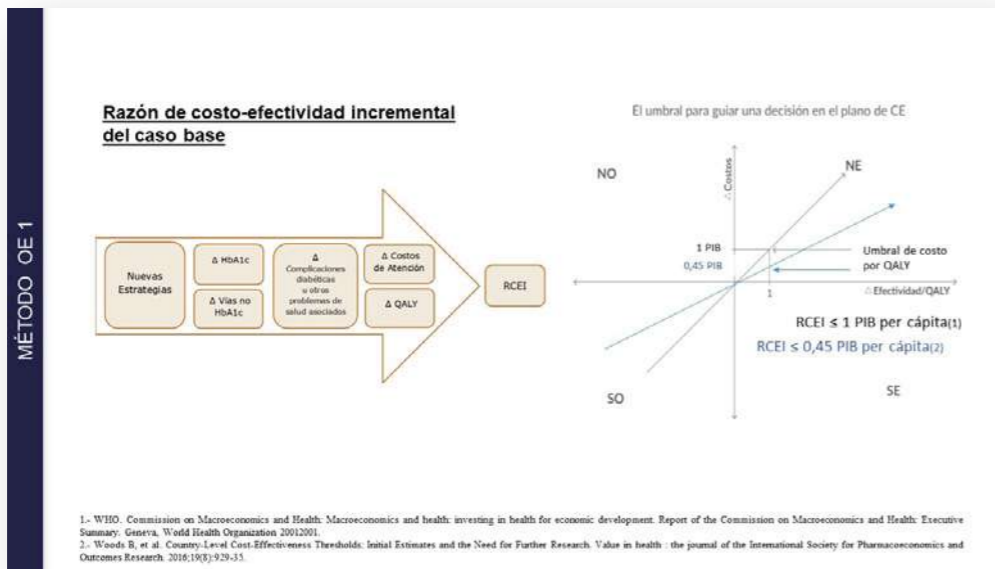
Fuente: Elaboración propia

E. ESTRUCTURADA
TELEMONITOREO
PODOMETRO
A. PERIODONTAL
PSICOTERAPIA

SITAGLIPTINA
CANAGLIPTINA
INSULINA DEGLUDEC

Evaluar en el contexto local la costo efectividad y el impacto en la equidad de diferentes TS que permitan mejorar los resultados en salud de pacientes con DM2 en Chile





RESULTADOS OE 1

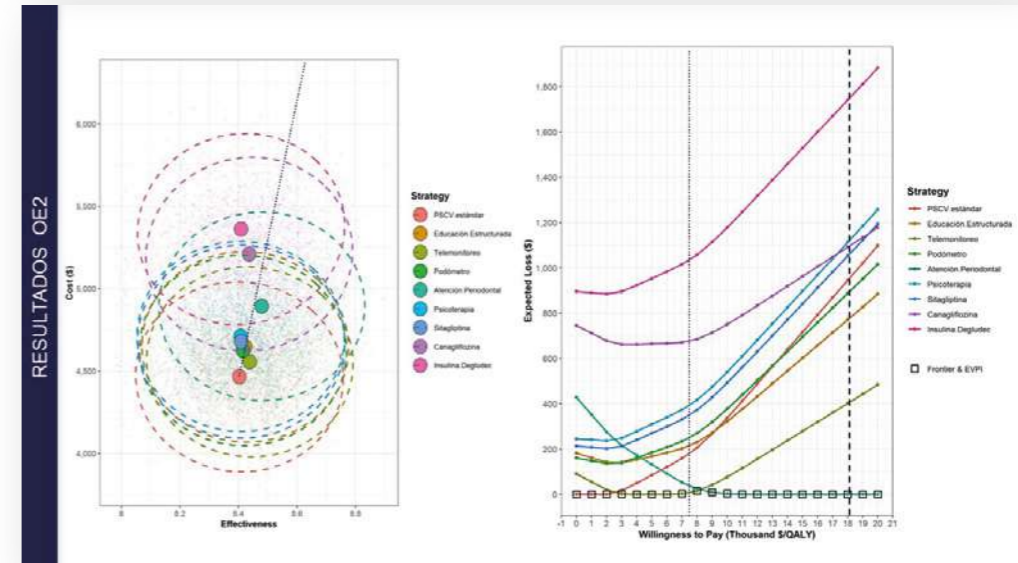
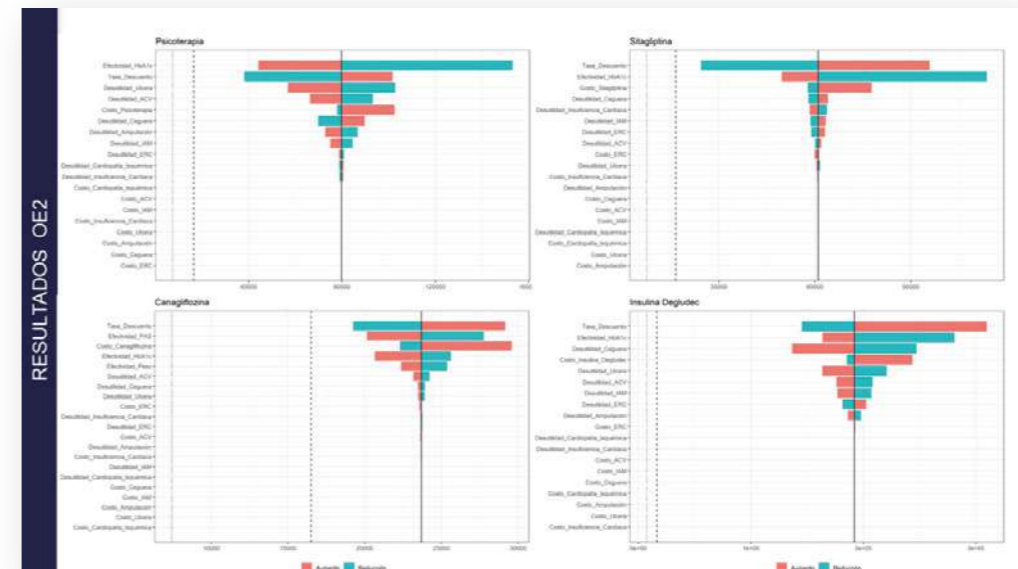
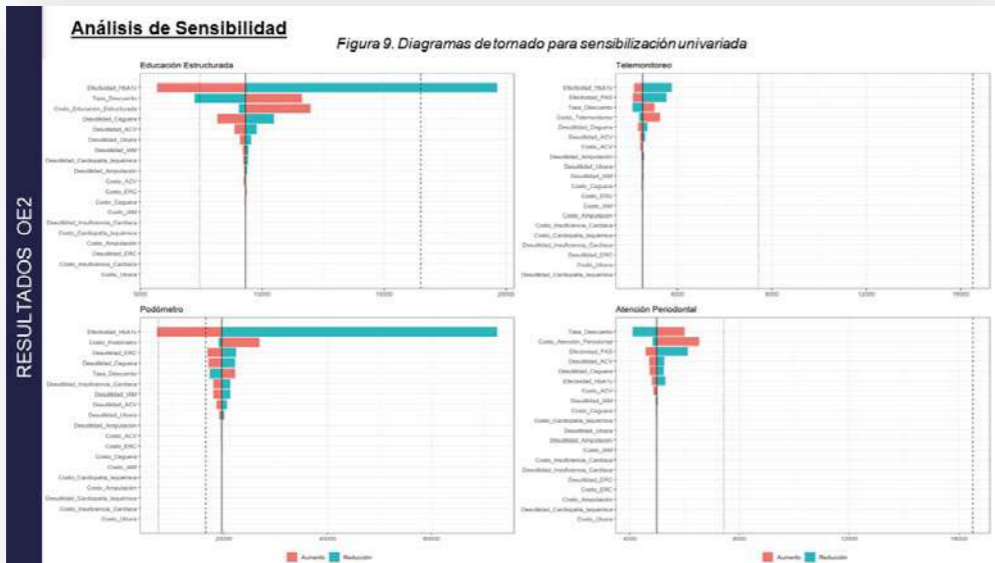
Análisis del caso base

Tabla 17. Análisis incremental del caso base

Alternativas	Costos (USD)	QALYs	Δ Costos	Δ Efectos	RCEI (USD/QALY)
PSCV estándar	\$4.391,88	8,3536			
Educación Estructurada	\$4.569,60	8,3727	\$177,72	0,0191	\$9.314,69
Telemonitoreo	\$4.473,66	8,3860	\$81,79	0,0324	\$2.527,37
Podómetro	\$4.538,99	8,3611	\$147,12	0,0075	\$19.596,32
Atención Periodontal	\$4.759,24	8,4274	\$367,36	0,0738	\$4.980,56
Psicoterapia	\$4.630,51	8,3566	\$238,63	0,0030	\$79.754,58
Sitagliptina	\$4.600,60	8,3570	\$208,72	0,0034	\$61.035,58
Canagliflozina	\$5.133,58	8,3849	\$741,71	0,0313	\$23.691,93
Insulina Degludec	\$5.275,37	8,3582	\$883,49	0,0046	\$191.981,78

Fuente: Elaboración propia.

Woods: 45% del PIB per cápita (\$7.426,26 USD)
OMS: 1 PIB per cápita (\$16.502,8 USD)



RESULTADOS OE 3

Evaluación del Impacto en la Equidad

Figura 14. Curvas de Lorenz de cada alternativa terapéutica

Tabla 20. Distribuciones de QALEs por quintiles de ingreso del hogar

Alternativa/QALEs	Q.1	Q.2	Q.3	Q.4	Q.5	Índice de Gini
PSCV estándar	7,1385	8,7523	9,5205	9,4741	10,2994	0,07131923
Educación estructurada	7,155188	8,768521	9,344162	9,499252	10,30789	0,07126607
Telemonitoreo	7,167278	8,784111	9,35417	9,512875	10,3303	0,07121730
Podómetro	7,140517	8,751006	9,339556	9,478625	10,30115	0,07121410
Atención Periodontal	7,203535	8,830588	9,387708	9,570718	10,38374	0,07127879
Psicoterapia	7,141208	8,746481	9,329008	9,485341	10,2996	0,07139956
Sitagliptina	7,145475	8,763225	9,307509	9,486229	10,30917	0,07127438
Canagliflozina	7,168956	8,795533	9,333704	9,528384	10,32059	0,07102096
Insulina Degludec	7,144022	8,752725	9,324767	9,469454	10,30538	0,07116924

Tabla 21. Impacto neto en la equidad de cada tecnología sanitaria.

Alternativa	Índice de Gini	Equidad incremental (%)
PSCV estándar	0,07131923	0,000
Educación estructurada	0,07126607	18,189
Telemonitoreo	0,07121730	24,944
Podómetro	0,07121410	29,327
Atención Periodontal	0,07127879	33,837
Psicoterapia	0,07139956	-27,416
Sitagliptina	0,07107438	83,775
Canagliflozina	0,07102096	100,000
Insulina Degludec	0,07116924	53,319

Fuente: Elaboración propia a partir del UKPDS-OM2.

RESULTADOS OE3

Figura 16. Plano de eficiencia y equidad (\$16.503,08 UDS)

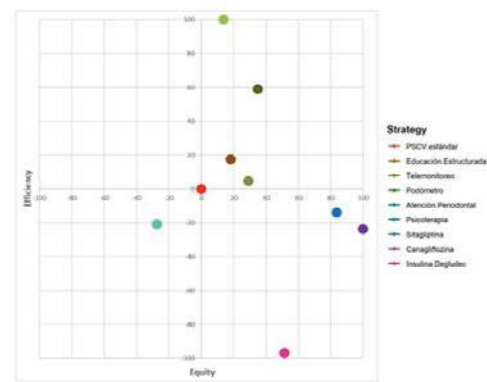


Tabla 23. Ranking de eficiencia y equidad (\$16.503,08 UDS)

Ranking	Tecnología Sanitaria	Índice Eficiencia_Equidad
1	Atención Periodontal	56,9182605*
2	Telemonitoreo	46,9929477*
3	Canagliflozina	38,1950489*
4	Sitagliptina	34,8929027*
5	Educación Estructurada	17,7884175*
6	Podómetro	16,9465646*
7	Insulina Degludec	-22,7436112
8	Psicoterapia	-24,1942035

Fuente: Elaboración propia. * Valor índice positivo.

CONCLUSIONES

- 1 En el análisis del caso base solo el Telemonitoreo y la AP fueron rentables para ambos umbrales. La CE se mantuvo en los distintos estratos.
- 2 Estos resultados fueron consistentes con los análisis de sensibilidad. Estas TS, siguen siendo costo-efectivas para el sistema de salud chileno después de capturar la incertidumbre de parámetros claves.
- 3 Análisis de Equidad. La gran mayoría de las TS, mostraron una reducción de las inequidades en la distribución socioeconómica de QALEs. Las TS dominantes sobre el PSCV estándar en el análisis de eficiencia se mantuvieron dominantes en el análisis combinado de E+E.
- 4 Se recomienda la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias como el Telemonitoreo y la Atención Periodontal al PSCV para pacientes con DM2 en Chile.

En Chile, el 70% de la población de 15 años y más vive con multimorbilidad. El abordaje clásico de la cronicidad por programas en atención primaria de salud, con foco en la enfermedad, se expresa en cuidados fragmentados, ineficaces y muy alejados de los principios de centralidad en la persona, integralidad y continuidad del cuidado. La ECICEP, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad se constituye en una respuesta a esta problemática.

Figura 1. Esquema global de la ECICEP

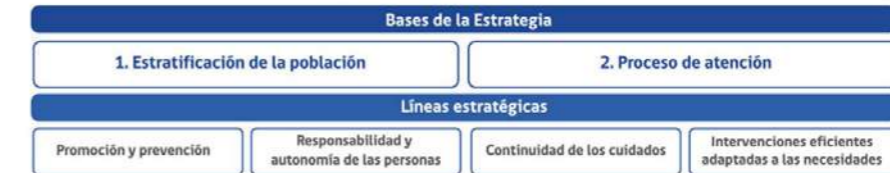
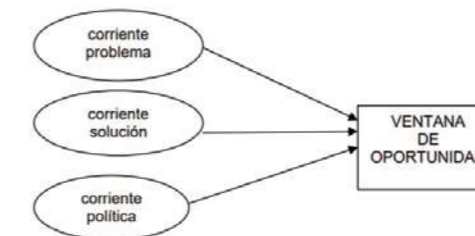


Figura 3: Modelo Conceptual de las Corrientes Múltiples de KINGDON



Mauricio Baeza Paredes, Carol Chandía Roa, Jorge Gamonal Aravena, Yenny Guzmán Velasco, Gisela Jara Bahamondes, Paulina Nuñez Venegas, Norman Romo Grogg, Gustavo Saenz Ravello, Irma Vargas Palavicino, Yazmín Yoma Reyes. "Orientación Técnico Administrativa Atención Periodontal para Personas con Diabetes Mellitus". Programa Universalización de la Atención Primaria: Componente 2 "ECICEP". División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Santiago, 03 de octubre de 2023.

Presente y Futuro

Atención periodontal en el marco de la ECICEP

2.5 millones
de chilenos viven con 5 o más condiciones crónicas*



Desafíos Sanitarios

Propuesta : incorporación de la AP en la ECICEP Comunas pioneras 2023

		AMBOS SEXOS
Canela	DIABETES MELLITUS	101
La Cruz	DIABETES MELLITUS	197
Renca	DIABETES MELLITUS	1560
Alhue	DIABETES MELLITUS	128
Coltauco	DIABETES MELLITUS	280
Linares	DIABETES MELLITUS	1316
Perquenco	DIABETES MELLITUS	90
		3672



Capacitación	Equipamiento	Integralidad Continuidad
• Protocolo de AP en pacientes con DM2	• Cavitrones • Instrumental • Rayos X	• PSCV/ECICEP • Dupla Dent/Periodoncista

Aprobados \$280.000.000.-(recursos ECICEP)
Atención Periodontal en pacientes con DM2 de 35 a 55 años

Conclusiones

01

Las evaluaciones económicas son claves para la toma de decisiones en salud

02

El análisis de equidad constituye una aproximación pionera en el campo de las evaluaciones económicas en Chile

03

Una evaluación económica desarrollada en nuestro país recomendó a los tomadores de decisiones incorporar la atención periodontal a programas de salud general para mejorar el estado de salud de pacientes con DM2 en Chile



Eficiencia

Journal Pre-proof

Cost-effectiveness of non-surgical periodontal therapy for patients with type 2 diabetes in the UK

Josephine Tolovany-Waldenbauer¹, Mark Iida², Mark Pennington¹

Abstract


Aims: Periodontal therapy has been shown to reduce glycosylated haemoglobin in patients with diabetes, although considerable uncertainty remains regarding the sustainability of such changes. We evaluate the cost-effectiveness of non-surgical periodontal therapy and rigorous maintenance treatment in patients with type 2 diabetes and periodontitis from a provider perspective in the UK.

Method: Lifetime costs relating to periodontal treatment were modelled for a cohort of patients with type 2 diabetes. The projected lifetime impact of changes in glycosylated haemoglobin on diabetes treatment costs and quality-adjusted life expectancy were estimated from a published simulation model. Costs and outcomes were combined to estimate the Incremental Cost-Effectiveness Ratio for periodontal therapy in patients with type 2 diabetes.

Results: The Incremental Cost-Effectiveness Ratio was £23,000 per Quality-Adjusted Life-Year for a mean aged 58 with glycosylated haemoglobin of 7.6%. The results were particularly sensitive to assumptions on the impact of periodontal therapy on glycosylated haemoglobin, the proportion of patients who comply with maintenance therapy and the proportion of compliant patients who respond to treatment.

Conclusions: Assuming improvements in glycosylated haemoglobin can be maintained, periodontal therapy may be cost-effective for patients with type 2 diabetes at acceptable cost per Quality-Adjusted Life-Year threshold in the UK.

Keywords: Quality-Adjusted Life-Year; cost-effectiveness; periodontitis; spreadsheet model; type 2 diabetes.



REVISIÓN SISTEMÁTICA

Panorama OCDE sobre el rol de la salud oral en las estrategias nacionales y políticas para el manejo y control de diabetes mellitus tipo 2: Una revisión sistemática.

OECD overview on the role of oral health in national strategies and policies for the management and control of type 2 diabetes mellitus: A systematic review.

Gustavo Sáenz-Ravello¹, Mariel Borge², Carol Guzmán-Herrero³, Mauricio Baeza^{4,5*}

RESUMEN

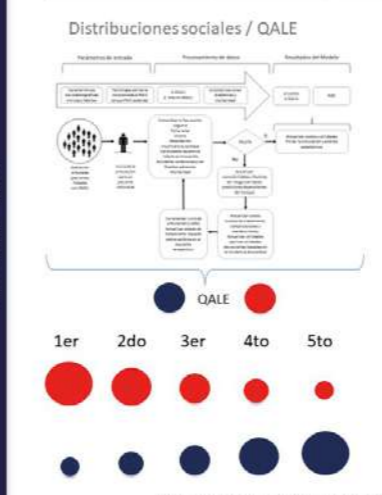
Objetivo: Describir el rol de la Salud Oral en las estrategias nacionales y políticas públicas para el manejo integral y control de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en los 38 Estados miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). **Métodos y Resultados:** Se realizó una revisión sistemática exploratoria, siguiendo la guía PRISMA-SR. Se incluyeron reportes gubernamentales, guías de políticas públicas, documentos OCDE y OCDE, y artículos científicos en PubMed y LILACS hasta diciembre de 2020. Se analizaron: 1) Inclusión de la Salud Oral en planes nacionales o guías clínicas de DM2; 2) Presencias y ausencia de evidencia científica para DM2 y 3) Indicadores de salud asociados al control de DM2. **Resultados:** Se documentaron 22 países OCDE para el control de DM2. De estos, 11 generalizan la atención odontológica con alto cobertura para DM2. 11 Países OCDE con alta cobertura odontológica presentan los mejores indicadores de control metabólico de DM2. Concluimos: En el marco de la Salud Global, es clave que no se pierda de vista la salud oral post-pandemia y se incorpore la atención odontológica con cobertura universal en el manejo integral y control de la DM2.

PALABRAS CLAVE: Políticas de Salud Oral; Diabetes Mellitus Tipo 2; Política OCDE.

País	Políticas	Indicadores	Cobertura
Australia	Plan Nacional de Salud Bucal 2014-2018	Índice de Salud Bucal (ISB)	100%
Canadá	Plan Nacional de Salud Bucal 2014-2018	Índice de Salud Bucal (ISB)	100%
Francia	Plan Nacional de Salud Bucal 2014-2018	Índice de Salud Bucal (ISB)	100%
Reino Unido	Plan Nacional de Salud Bucal 2014-2018	Índice de Salud Bucal (ISB)	100%
Estados Unidos	Plan Nacional de Salud Bucal 2014-2018	Índice de Salud Bucal (ISB)	100%

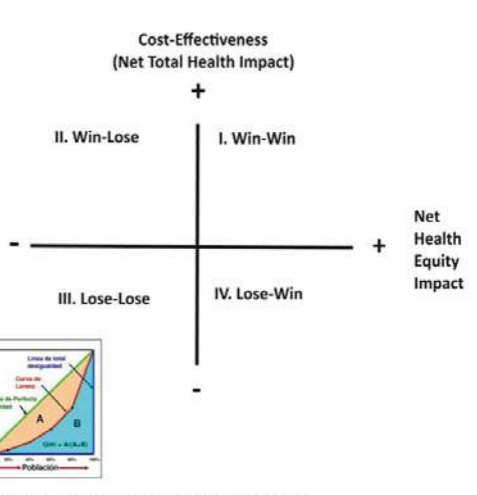
Evaluación del Impacto en la equidad

Distribuciones sociales / QALE



1er 2do 3er 4to 5to

Cost-Effectiveness (Net Total Health Impact)



I. Win-Win
II. Win-Lose
III. Lose-Lose
IV. Lose-Win

Richard Cookson, et al. Distributional Cost-Effectiveness Analysis Comes of Age. VALUE HEALTH. 2021; 24(1):118-120

Gráfico 5. Evolución del costo de las canastas GES de DM2 por grupo de prestaciones

Año	Confirmación de pacientes con DM2	Evaluación inicial de pacientes con DM2	Tratamiento o primer año de pacientes con DM2	Tratamiento a partir del segundo año de pacientes con DM2	Control de pacientes con DM2	Curación avanzada de heridas de diabético por diabético DM2	Curación avanzada de heridas de diabético por diabético DM2	Asesorías técnicas - Pía Diabético
2019	8040	32010	5079	5840	30880	221760	384900	22350
2016	7290	29410	4960	5260	28370	201730	356700	20400
2013	9510	25700	4230	5360	20680	189000	321190	14310
2007	5190	21020	5260	8710	7270	106400	321900	22800
2005	9040	20410	5100	8460	7060	94080	205150	

Fuente: Elaboración propia a partir del Decreto Supremo Nro. 228, 4 y 22

Gráfico 6. Trayectoria temporal costo anual esperado individual promedio canastas GES DM2

Año	Costo anual esperado individual promedio
2005	5,045
2007	5,738
2013	3,539
2016	3,886
2019	3,91

Fuente: Elaboración propia en base al costo de las canastas y frecuencias de uso estimadas

Propuesta : incorporación de la AP en la ECICEP Comunas pioneras 2023

		AMBOS SEXOS
Canela	DIABETES MELLITUS	101
La Cruz	DIABETES MELLITUS	197
Renca	DIABETES MELLITUS	1560
Alhue	DIABETES MELLITUS	128
Coltauco	DIABETES MELLITUS	280
Linares	DIABETES MELLITUS	1316
Perquenco	DIABETES MELLITUS	90
		3672



Capacitación	Equipamiento	Integralidad Continuidad
• Protocolo de AP en pacientes con DM2	• Cavitrones • Instrumental • Rayos X	• PSCV/ECICEP • Dupla Dent/Periodoncista

Aprobados \$280.000.000.-(recursos ECICEP)
Atención Periodontal en pacientes con DM2 de 35 a 55 años

Gracias



mbaeza.paredes@odontologia.uchile.cl

gobnareseducacion@hotmail.com



Trabajos de Investigación



Nivel de Conocimiento del GES odontológico . Atención odontológica integral adulto 60 años en usuarios cesfam canciller letelier 2022

Paloma Barrios Neira¹, María Fernanda Cox Martin¹.

1.- Universidad del Desarrollo Santiago

INTRODUCCIÓN

Se espera que para el año 2025 el índice de envejecimiento de Chile sea de 28%. El año 2007 se crea el GES "Atención Odontológica integral adulto de 60 años", que incluye variadas prestaciones apuntadas a mejorar la salud oral puesto que patologías crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial son enfermedades comunes en este grupo etario y correlacionadas con enfermedades de la cavidad oral.

Objetivo, Cuantificar el nivel de conocimiento sobre el GES "Atención Odontológica integral adulto de 60 años" en una población de adultos de 50-59 años.

METODOLOGÍA

Se utilizó una encuesta creada por las investigadoras con público entre las personas inscritas en el CES-FAM Orlando Letelier de la comuna de El Bosque. Se encuestó de manera presencial en Abril y Mayo y telefónica los meses de Junio y Julio. Se incluyeron las personas con edades entre 50 y 59 años inscritos en el CESFAM Canciller Orlando Letelier de la comuna de El Bosque, inscritos en FONASA, de toda nacionalidad y grado de dependencia que expresaron su consentimiento informado.

RESULTADOS

93.5% de los encuestados desconoce lo que es el GES "Atención Odontológica integral adulto de 60 años". 50.6% desconoce lo que es el GES. No se observa relación alguna entre las variables analizadas y el desconocimiento del GES.

CONCLUSIÓN.

El presente estudio demuestra un gran desconocimiento del GES "Atención Odontológica integral adulto de 60 años" y del GES en general. Se hace un llamado para realizar educación a la población.

"Promoción de salud oral mediante teleodontología para personas mayores autovalentes de Temuco".

Fernanda Muñoz-Sepúlveda^{1,2*}, Claudia Acevedo², Pablo Navarro^{3,4}, Alfredo Von Marttens^{5,6}, Víctor Beltrán^{2,6}

1 Programa de Magister en Odontología, Universidad de La Frontera.

2 Centro de Investigación e Innovación en Odontología Clínica (CIDIC), Facultad de Odontología Universidad de La Frontera.

3 Centro de Investigación en Ciencias Odontológicas (CICO), Facultad de Odontología Universidad de La Frontera

4 Universidad Autónoma de Chile

5 Departamento de Prótesis, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

6 Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludable (CIES), Consorcio de Universidades Estatales de Chile (CUECH).

INTRODUCCIÓN

La teleodontología es una herramienta prometedora para la promoción de la salud oral, pero su aplicación en personas mayores ha sido limitada(1).

OBJETIVO

El propósito de este estudio piloto es desarrollar e implementar una estrategia de teleodontología para la promoción en salud oral en personas mayores autovalentes de la ciudad de Temuco, evaluando cambios en conocimientos, actitudes y autoeficacia en salud oral.

METODOLOGÍA

Se inició diseñando y validando material educativo y de evaluación. Con la aprobación del Comité Ético Científico de UFRO (Folio 082/22), se reclutó a 62 personas sobre 60 años de un sector urbano y rural de Temuco. Se implementó un ensayo clínico aleatorizado de grupo control y experimental (Tele-educación), realizando evaluaciones pre y post intervención de conocimientos, actitudes y autoeficacia en salud oral. Ambos grupos recibieron una evaluación clínica y promoción de la salud oral individual, mientras que el grupo experimental recibió un refuerzo con 4 videos educativos enviados vía WhatsApp. Tras seis semanas, se aplicó el cuestionario post intervención y se evaluó la aceptabilidad percibida. Se realizaron pruebas de contraste de hipótesis para analizar los resultados.

RESULTADOS

En el sector rural, se evidenciaron mejoras significativas en conocimientos, autoeficacia y frecuencia de cepillado ($p < 0.05$). También, se detectaron diferencias en los niveles de autoeficacia entre grupos de intervención ($p = 0.04$). En el sector urbano no se observaron diferencias significativas. La estrategia demostró niveles de aceptabilidad sobre el 85%.

CONCLUSIONES

La modalidad de atención fue ampliamente aceptada y mejoró el conocimiento, autoeficacia y hábitos en salud oral de personas mayores de un sector rural de Temuco. La tele-educación podría ser una herramienta adecuada para fortalecer hábitos preventivos en salud oral en personas mayores con dificultad de acceso a la atención odontológica. Se destaca la necesidad de explorar y desarrollar estrategias adicionales en el campo de la teleodontología para poblaciones mayores.

“Valoración geriátrica de la salud oral de personas mayores de una comunidad Mapuche de La Araucanía.”

Fernanda Muñoz-Sepúlveda^{1,2*}, Claudia Acevedo², Pablo Navarro^{3,4}, Víctor Beltrán^{2,5}

¹ Programa de Magíster en Odontología, Universidad de La Frontera.

² Centro de Investigación e Innovación en Odontología Clínica (CIDIC), Facultad de Odontología Universidad de La Frontera.

³ Centro de Investigación en Ciencias Odontológicas (CICO), Facultad de Odontología Universidad de La Frontera

⁴ Universidad Autónoma de Chile

⁵ Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludable (CIES), Consorcio de Universidades Estatales de Chile (CUECH).

INTRODUCCIÓN

Las inequidades en salud bucal que afectan a poblaciones indígenas mayores han sido poco abordadas.

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivo evaluar la salud bucal en una comunidad rural Mapuche de La Araucanía y explorar la relación entre el estado geriátrico y la salud oral.

METODOLOGÍA

Previa aprobación del Comité ético Científico UFRO, se ejecutó un estudio de corte transversal con muestreo por conveniencia que incluyó a 76 personas autovalentes sobre 60 años de la comunidad mapuche Makewe-Pelale. Las evaluaciones se realizaron en un entorno de atención remota con la ayuda de estudiantes, y se recopiló información exhaustiva, que abarcó evaluaciones geriátricas integrales, así como información sobre condiciones médicas y dentales a través de una plataforma de teleodontología (TEGO®). Se llevaron a cabo análisis estadísticos descriptivos y análisis de regresión logística.

RESULTADOS

La muestra estudiada presentó un bajo nivel de escolaridad (75%) y un alto grado de vulnerabilidad social (97.2%). La valoración geriátrica reveló entre los participantes la presencia de fragilidad física (51.3%), multimorbilidad (48.7%), riesgo de depresión (32.9%) y deterioro cognitivo (26.3%). La carga de enfermedad bucal fue sustancial, con un índice promedio de COPD de 25.96 (D.E 4.38), elevada prevalencia de dentición no funcional (89.3%), enfermedad periodontal (83%) y xerostomía (63.2%). Se encontró una asociación entre menor educación, deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida relacionada con la salud oral, y un menor número promedio de dientes ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES

Este estudio revela una importante carga de enfermedad bucal y complejas condiciones sociales, médicas y geriátricas, que están correlacionadas con la pérdida dentaria en personas mayores de una comunidad Mapuche en la región de la Araucanía. Lo anterior, enfatiza la necesidad de actualizar los perfiles epidemiológicos y centrar la atención en grupos históricamente vulnerados con el fin de abordar las inequidades en salud oral existentes y mejorar el bienestar de esta población.

“Efecto de prótesis implantoretenidas mucosoportadas mandibulares en la calidad de vida de personas mayores”

Cristina Urquejo¹, Ximena Moreno^{2,3,4}, Patricio Neira^{2,3,4}, Marcelo Tejedor^{2,4}, Yakov Caric⁴, Franco Cavalla^{2,3,4}

¹ Facultad de Odontología, Universidad de Chile

² Unidad Dental. Hospital San Camilo, San Felipe, Chile

³ Departamento de Odontología Conservadora, Facultad de Odontología Universidad de Chile

⁴ Unidad de Investigación Clínica Aconcagua, CEVEO

INTRODUCCIÓN

En Chile es común la rehabilitación mediante prótesis removible en desdentados. En casos de rebordes mandibulares atróficos se ve disminuida la retención y estabilidad protésica, dificultando la función masticatoria, fonación y estética. Esto repercute directamente en la calidad de vida. La prótesis implantoretenida es una alternativa para mejorar este problema.

OBJETIVOS

Determinar el efecto de la rehabilitación protésica implantoretenida mandibular en la calidad de vida de personas mayores tratadas en el programa de implantes del Hospital San Camilo.

METODOLOGÍA

El estudio forma parte del proyecto de investigación ORF42004, aprobado por el comité de ética del Servicio de Salud Aconcagua. Se realizó a los pacientes la encuesta OHIP-14Sp al inicio del tratamiento y un mes posterior al alta rehabilitadora, que consideraba instalación de dos implantes y rehabilitación protésica mandibular. El análisis se realizó sobre la estimación de las diferencias de los valores totales y los obtenidos en cada una de las dimensiones del cuestionario. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS

De los 40 pacientes evaluados, el 63% no estaba satisfecho con sus prótesis removibles convencionales. De ellos el 45% no utilizaba su prótesis mandibular para la alimentación. Pretratamiento un 60% presentaba una baja calidad de vida relacionada a la salud oral. Posterior al alta, el promedio del cuestionario fue de 7,88 versus 15,11 pretratamiento. Ningún paciente presentó puntuación mayor a 14 post tratamiento en el cuestionario, lo que significa una buena calidad de vida. Las áreas con mayor diferencia significativa fueron malestar psicológico, incapacidad psicológica e incapacidad física.

CONCLUSIÓN

Las prótesis mandibulares implantoretenidas en base a dos implantes mejoran la calidad de vida relacionada a la salud oral en personas mayores desdentadas de acuerdo con cuestionario OHIP-14Sp. Se sugiere realizar estudios que evalúen las complicaciones del tratamiento con implantes.

Aporte de la estrategia de teleodontología “célula de patología oral de hospital digital” en personas mayores atendidas en servicios de salud metropolitano norte y sur.

Jaime González¹, Iris Espinoza², Andrea Maturana²

¹Estudiante de Especialidad en Salud Pública Odontológica, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.
²Co-Directora de Célula de Hospital Digital, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile.

INTRODUCCIÓN

La Célula de Patología Oral (CPO) de Hospital Digital es una estrategia de Teleodontología financiada por MINSAL de Chile que permite mejorar la cobertura y ampliar la oferta de especialistas de Patología Oral y Maxilofacial para la población, incluidas las personas de 60 años y más, utilizando Tecnologías de Información y Comunicación.

OBJETIVO

Describir características demográficas, prioridad de sospecha diagnóstica y tiempos de respuesta en la CPO de la población usuaria de 60 años o más, en los Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN) y Metropolitano Sur (SSMS) entre julio del 2020 y junio del 2022.

METODOLOGÍA

El diseño de estudio es longitudinal descriptivo. La muestra corresponde a interconsultas electrónicas (IC) realizadas en usuarios de 60 años y más en la CPO entre julio del 2020 y junio del 2022 en SSMN y SSMS. Se estudiaron variables edad, sexo, prioridad de sospecha diagnóstica y tiempo desde ingreso de IC en Atención Primaria de Salud hasta respuesta de especialista. La información fue solicitada a Hospital Digital y la identificación de usuarios fue resguardada. Los resultados son descritos en números absolutos y proporciones.

RESULTADOS

El total de IC de personas mayores recibidas durante el periodo fue 465 (200 en SSMN y 265 en SSMS), correspondiente al 38,8% del total de IC. El rango de edad estuvo entre 60 y 96 años, con promedio de 70,5 años (desviación estándar: 8,5 años). El porcentaje de mujeres fue mayoritario, 69,5%. El tiempo de respuesta promedio fue 2,1 días y la prioridad de sospecha diagnóstica fue en mayor proporción alta (38,9%), seguido por media (35,9%) y baja (25,2%).

CONCLUSIONES

Más de un tercio de los usuarios de la CPO corresponden a población de 60 años o más, principalmente mujeres y con prioridad de sospecha alta. Los tiempos de respuesta por parte del especialista fueron rápidos. Es necesario poder analizar otras características de gestión para poder evaluar óptimamente esta estrategia.

Salud oral y calidad de vida en personas mayores de 60 años en Chile

Gustavo Sáenz-Ravello^{1,3}, Johanna Contreras², Vicente Muñoz¹,
Mauricio Baeza^{2,3}, Jorge Gamonal^{2,3,4}

¹Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago Chile.
²Departamento de Odontología Conservadora, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago Chile
³Centro de Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Orales (CEVEO), Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago Chile.
⁴Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludable (CIES), Consorcio Universidades del Estado de Chile, Santiago Chile.

INTRODUCCIÓN

Chile ha aumentado la sobrevivencia de las personas mayores, estimándose que para el 2050 se podría convertir en la más longeva de Latinoamérica. Esto ha obligado a replantearnos la importancia de considerar diferentes aspectos que contribuyan a mejorar su estado de salud y le permitan participar de forma activa de los eventos de la vida diaria.

OBJETIVOS

Caracterizar aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud oral de personas mayores chilenas.

METODOLOGÍA

Estudio transversal descriptivo. Se realizó un análisis secundario de los datos epidemiológicos obtenidos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida ENCAVI 2015-16 y de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de las Personas Mayores y el Impacto del Pilar Solidario ENCAVIDAM 2017. Este estudio sigue las pautas STROBE.

RESULTADOS

Las personas mayores con educación superior reportan mejor calidad de vida ($p=0.041$), particularmente por la ausencia de sensibilidad dentaria ($p<0,001$) y problemas con el trabajo producto del estado de los dientes, boca o prótesis ($p=0.0001$). Asimismo, aquellas pertenecientes a grupos originarios reportan menor calidad de vida producto de problemas con la digestión ($p=0.001$), fonoarticulación ($p=0.029$), interrupción del sueño ($p=0.021$) y problemas para funcionar ($p=0.036$) producto del estado de los dientes, boca o prótesis. Finalmente los hombres ($p=0.037$) reportan, menos afectaciones con su calidad de vida y nunca haber sentido infelicidad por problemas asociadas al estado de sus dientes y encías ($p<0.0001$ y $p=0.01$, respectivamente).

CONCLUSIONES

Las personas mayores con educación superior parecen tener menos dificultades asociadas a problemas dentales. Los hombres con educación superior no han visto empeorada su calidad de vida por el estado de sus dientes o encías, probablemente por presentar mejor salud oral que su contraparte femenina.

Descripción de programas de Multimorbilidad y Atención Odontológica en Adultos Mayores en la Araucanía Sur

Sebastián Zamorano¹, Patricia Moya¹, Nicolas Ponce^{1,2},
Juan Caro¹

1 - Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile
2 - Unidad Técnica de Investigación, Dirección de Salud Municipal, Municipalidad de El Bosque, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El 70% de la población de 15 y más años vive con multimorbilidad. Se han implementado programas como: Salud Cardiovascular (PSCV) y el Adulto Mayor según Funcionalidad que intenta responder a la problemática de multimorbilidad. Recientemente se implementaron mejoras mediante la estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad (ECICEP). Para la salud oral, resulta un desafío ser parte efectiva de esta nueva estrategia, debido a la alta prevalencia de enfermedades bucales y la baja cobertura de ingreso a la atención odontológica en una zona geográfica con elevados niveles de pobreza como es la Araucanía.

OBJETIVOS

Describir la tasa de ingreso al PSCV, del Adulto Mayor según funcionalidad y Odontológico de las personas mayores atendidas en la red de Atención Primaria de la Araucanía Sur de Chile, año 2022.

METODOLOGÍA

Diseño ecológico utilizando Registro Estadístico Mensual (REM) del Ministerio de Salud de Chile. Se realizaron subgrupos de análisis según edad: 60 a 64; 65 y 74; 75 y más años. Se siguieron recomendaciones éticas y se realizó Chi2

RESULTADOS

La tasa de ingreso en el 2022 en la región de la Araucanía sur al PSCV fue de 28,3 x 1000, Programa Adulto Mayor Funcional fue de 4,2 x 1000 y al programa odontológico fue de 3,3 x 1000. Existen diferencias significativas en la composición de la demanda de ingreso según grupos etarios para PSCV y programa Odontológico. La menor tasa fue la odontológica

CONCLUSIÓN

El abordaje continúa fragmentado y alejado del principio de centralidad en la persona, la atención de multimorbilidad no es coincidente en el grupo etario estudiado en relación a la prevalencia de caries dental y/o enfermedad periodontal y su tratamiento.

Desarrollo de programa de alfabetización en salud oral centrado en personas mayores: Resultados preliminares

Lopes ABS^{1,2}, León S³, Danke K¹, Fajreldin V¹, De Marchi RJ⁴,
Gamonal J¹

1.-Universidad de Chile
2.-Universidad San Sebastián
3.-Universidad de Talca
4.-Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUCCIÓN

La literacidad en salud oral, es decir, el grado que tiene una persona para obtener, procesar, y entender informaciones básicas de salud es un factor determinante de su capacidad para acceder a los servicios de salud. Programas que mejoren la alfabetización en salud oral podría aumentar el conocimiento y por lo tanto mejorar los resultados en salud oral en personas mayores

OBJETIVOS

Comprender la literacidad en salud oral desde la perspectiva de las personas mayores e identificar constructos potenciales para desarrollar un programa de alfabetización en salud oral para las personas mayores.

METODOLOGÍA

Utilizando métodos cualitativos se realizaron 5 entrevistas semiestructuradas en profundidad a nivel de personas mayores. El análisis se realizó mediante el software Atlas ti, desde un marco de teoría fundamentada, mediante la categorización y codificación de la información según dimensiones preespecificadas y con la inclusión de categorías emergentes cuando fue pertinente. El proceso de selección de los participantes fue realizado a través de muestro por conveniencia, en la región metropolitana de Santiago, en función de la edad, sexo y los niveles educativos auto informados. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico, Facultad de Odontología, Universidad Chile (ID: 2023/15).

RESULTADOS

Se identificaron temas claves relacionados con la adquisición de conocimiento en salud oral y dificultades para acceder a los servicios en salud a nivel individual, familiar, proveedores, políticas y comunidad. Entre los resultados se puede destacar la dificultad para comprender información, mala experiencia en salud oral, las creencias, costumbres y cuidados con la salud oral, barreras relacionadas a la ubicación, recursos socioeconómicos y la administración municipal.

CONCLUSIÓN(es)

Resultados preliminares de este estudio proporcionan constructos necesarios para la orientación del desarrollo del programa de alfabetización en salud oral para personas mayores a través de medidas de intervención que mejoren sus niveles de literacidad en salud oral.

Cobertura de Atención Odontológica para Personas Mayores en Atención Primaria en Chile.

Karen Danke^{*1,2}, Gisela Jara^{1,3}, Jorge Gamonal^{1,4,5}, Fabiola Werlinger^{1,6}, Ana Beatriz López^{1,2,7}, Mauricio Baeza^{1,4}.

1.-Centro de Epidemiología y Vigilancia de Enfermedades Orales (CEVEO), Facultad de Odontología Universidad de Chile, Santiago, Chile. 2.-PhD(c) en Ciencias Odontológicas, Facultad de Odontología Universidad de Chile, Santiago, Chile.
3.-División de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Santiago, Chile.
4.-Departamento de Odontología conservadora, Facultad de Odontología Universidad de Chile, Santiago, Chile.
5.-Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludable (CIES), RED21993, Santiago, Chile.
6.-Area Salud Pública, ICOD, Facultad de Odontología U Chile, Santiago, Chile.
7.-Facultad de Odontología y Ciencias de la Rehabilitación, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La OMS enfatiza la necesidad de incluir la salud bucal dentro de la agenda de las ENT, y aboga por la inclusión de intervenciones de salud bucal en los programas para la cobertura sanitaria universal (CSU)¹. El Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental (2022), establece el objetivo de que, para 2030, el 80% de la población mundial pueda recibir atención odontológica esencial². Dado que la disponibilidad y cobertura de la atención odontológica varían ampliamente, cada país debe adaptarse para alcanzar la CSU.

OBJETIVO

Determinar la amplitud, alcance y profundidad de la cobertura odontológica pública de atención primaria de salud (APS) de Chile para personas mayores (65+) en el año 2019.

METODOLOGÍA

Mediante un estudio transversal se examinó la cobertura odontológica pública de APS de Chile según las tres dimensiones del cubo de la CSU³, para el año 2019. Primero, se definió el alcance agrupando los programas y servicios odontológicos disponibles para personas mayores en APS en cinco tipos utilizando como base las clasificaciones propuestas por Allin et al.⁴ y Benzian. et al⁵, adaptadas a la realidad y registros locales. Se estimó el nivel de copago para determinar la profundidad. La amplitud se estimó con base en la población inscrita y validada en FONASA, la elegibilidad para los servicios y programas y utilización de éstos, utilizando datos administrativos de www.deis.cl. Se construyó un cubo de cobertura para representar las tres dimensiones.

RESULTADOS

En cuanto a la profundidad, en APS no se cobra por la atención odontológica, otorgando protección financiera. Se ofrece una amplia gama de servicios odontológicos, desde atención urgente hasta atención integral. Sin embargo los servicios son utilizados por una minoría de los individuos elegibles.

CONCLUSIÓN

La restricción de la cobertura no resulta de limitaciones financieras, sino más bien de una disponibilidad restringida que impide que las personas calificadas accedan a tratamiento.

Advertencias sanitarias en productos de tabaco y su impacto psicoemocional en personas mayores. Resultados preliminares.

Ignacio Delgado¹, Enzo General¹, Tamara Gómez¹, Ana González¹, Ana Beatriz², Jorge Gamonal³, Fabiola Werlinger⁴.

1.-Estudiante pregrado, Facultad de odontología U de Chile
2.-Doctora (c) . Programa de doctorado en ciencias odontológicas.
3.-Profesor titular, Departamento de odontología conservadora, Facultad de odontología U de Chile
4.-Profesora Asociada, Instituto de ciencias odontológicas. Facultad de odontología U de Chile

INTRODUCCIÓN

Las advertencias sanitarias gráficas son una medida de salud pública usada ampliamente a nivel mundial. Corresponden a imágenes que aparecen en los productos de tabaco y apuntan a concientizar sobre los efectos perjudiciales del tabaco sobre la salud y a volver el producto menos atractivo para el consumidor.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de las advertencias sanitarias gráficas en los productos de tabaco respecto a su activación psicométrica y el hábito del tabaquismo en personas mayores residentes en Chile.

METODOLOGÍA

Mediante una encuesta estructurada difundida por redes sociales y otros medios se categorizó a las personas mayores respecto a su hábito tabáquico (fumador, exfumador y no fumador), se evaluó el grado de dependencia a la nicotina de los fumadores y describió su respuesta psicoemocional frente a imágenes nacionales de las normas gráficas de advertencia de tabaco del ministerio de salud 2022 e imágenes internacionales del archivo de la universidad de Florida, Estados Unidos. Proyecto aprobado por el comité de ética de la facultad de odontología de la universidad de Chile.

RESULTADOS

La mayoría de las imágenes presentadas provocaron rechazo siendo las imágenes de contenido más explícito y que mostraban daño específico a la salud de la persona aquellas que lograron mayores reacciones adversas en todos los grupos. Imágenes menos explícitas o que presentaban daño ambiental provocaron tanto estímulos negativos como neutros en todos los grupos. El grupo de fumadores presentó menores niveles de rechazo respecto a la imagen de daño a la salud oral y daño ambiental del tabaco.

CONCLUSIONES

Las advertencias sanitarias gráficas son efectivas en reducir el atractivo de los productos que contienen tabaco, no obstante, su efecto presenta variaciones dependiendo de las características de la imagen y del hábito tabáquico de la persona. Se requiere una muestra mayor para analizar el efecto de esta medida entre distintos tipos de fumadores.



FONDEF
Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico

Fondef ID22110101

