

STUDY PROTOCOL

Marco Cornejo-Ovalle¹, Iris Delgado², Valentina Fajreldin¹, Ana González³.

1.- Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Chile.

2.- Universidad del Desarrollo, Chile.

3.- Facultad de las Ciencias de la Salud, Universidad Diego Portales, Chile.

Recibido: 02/06/13
Revisado: 21/06/13
Aceptado: 05/08/13
Online: 05/08/13

Contacto: Dr. Marco Cornejo-Ovalle. Calle Sergio Livingstone Pohlhammer 943, Independencia, Santiago de Chile. Código Postal 8380-492. Fono: +56 2 8602277. E-mail: mcornejo@odontologia.uchile.cl.

Comunidad informada: estrategia para mejorar uso del GES Salud Oral en población de 6 años.

Cornejo-Ovalle M, Delgado I, Fajreldin V & González A. Comunidad informada: estrategia para mejorar uso del GES Salud Oral en población de 6 años. *J Oral Res* 2013; 2(2): 72-76.

Resumen: La evaluación del GES salud oral integral para niños/as de 6 años (GES-6años) mostró una baja utilización de esta garantía, con un menor uso en los beneficiarios de escuelas municipales. El empoderamiento y la alfabetización en salud de los padres permiten mejorar su rol como agentes promotores de la salud de sus hijos. Objetivo: implementar y evaluar una estrategia de empoderamiento y alfabetización en salud bucal de la comunidad sobre sus derechos garantizados en salud para aumentar el uso de la garantía GES-6años. Métodos: diseño mixto. Mediante metodología cualitativa se diseñará un instrumento comunicacional, adecuado cultural y socialmente, para ser enviado a la comunidad beneficiaria de esta garantía. Mediante un ensayo comunitario no aleatorio este instrumento, orientado a empoderar y alfabetizar sobre la salud bucal y el GES-6años, será enviado como carta personalizada (intervención) firmada por el alcalde/sa con un mensaje dirigido a los niños/as beneficiarios del GES-6años y otro dirigido a sus padres/apoderados. Se seleccionarán escuelas por conglomerados (comunidades) de las dos regiones del país seleccionadas por conveniencia según residencia de los investigadores participantes del estudio. De las comunas cuyas autoridades acepten participar, se seleccionarán aleatoriamente las comunas a intervenir y las comunas controles. El análisis de los datos evaluará si existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de uso de estas garantías entre los niños/as de los establecimientos de educación municipal de las comunas intervenidas respecto a los de las comunas controles. Palabras clave: GES, salud oral, niños/as, 6 años, Chile, empoderamiento, alfabetización en salud.

Community oral health literacy: improving use of oral-health care guarantee in children aged 6.

Abstract: The assessment of comprehensive oral health care for children aged 6 (GES-6years) showed low utilization of this guarantee, with lower use for children from municipal public schools. The empowerment and health literacy of parents improve their role as oral-health promoters for their children. Objective: To implement and to assess a strategy of empowerment and health literacy of the community about their guaranteed health rights to increase the use of GES-6years. Methods: A mixed design. Using qualitative methodology we will design a communication tool, culturally and socially appropriate to be sent to the beneficiary community of this guarantee. Using a nonrandomized community trial, this instrument designed to empower and improve oral health literacy on GES-6 guarantee, will be sent as personalized letter (intervention) signed by the mayor of the municipality with a message aimed to children beneficiaries for GES -6years and another addressed to their parents/guardians. Schools would be selected from clusters (communes) of the two regions selected for convenience. Communes will be randomly selected among those whose authorities agree to participate, and will be selected as for intervention or control. Data analysis will assess the differences in the prevalence of use of this guarantee among children from municipal schools belonging to the intervention or control arm. Keywords: GES, oral health care, children, Chile, empowerment, health literacy.

Fundamentación.

Las caries y las enfermedades periodontales son las patologías bucales y las enfermedades crónicas prevenibles más prevalentes. Existe evidencia del impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida de la población. Por otra parte, existen marcadas desigualdades en la distribución poblacional y severidad de las enfermedades bucales, al igual que en el acceso y utilización de los servicios odontológicos¹, con peores indicadores en población de menor nivel socioeconómico y rural en Chile².

Ello justificó, entre otras razones, la implementación de políticas públicas tendientes a mejorar la salud bucal

y el acceso a los servicios odontológicos de la población infantil, con el propósito a mediano plazo de mejorar los indicadores de salud bucal de esta población (Objetivos Sanitarios 2000-2010), y a largo plazo mejorar la salud bucal en la población adulta. El Ministerio de Salud (Minsal), incorporó 4 problemas de salud odontológicos vigentes a la fecha en el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Entre esos, la "Salud Oral Integral para niños/as de 6 años" (GES-6 años) vigente desde el año 2005.

Paralelamente, entre las estrategias utilizadas hasta ahora para aumentar la cobertura y el acceso a la atención dental en la población de 6 años, destacan la

incorporación de la atención dental integral de la población de 6 años al esquema GES y también, la incorporación desde el año 2003 como una de las metas usadas para evaluar el desempeño colectivo de los trabajadores de los establecimientos municipales de atención primaria de salud (APS), cuyo cumplimiento se asocia a incentivos monetarios (pago por desempeño colectivo).

Sin embargo, la evaluación de la difusión, implementación y uso del GES-6 años², muestran una muy baja cobertura de utilización de esta garantía. Se encuestó a apoderados de niños/as de 6 años beneficiarios de esta garantía en el 2006 de una muestra representativa de escuelas urbanas y rurales. El 74% de los apoderados conocía el GES en general; y de éstos, 70% estaba informado sobre la GES-6 años. Sólo el 23% y 13% de los padres cuyos hijos eran beneficiarios del FONASA e ISAPRES respectivamente, se informaron por medio del Control de Niño Sano. Sólo el 36,5% de los niños/as solicitaron atención. Entre los pocos niños/as que usaron la garantía, hubo diferencia estadísticamente significativa entre alumnos de colegios municipales versus particulares, siendo más alto el uso para los colegios particulares².

Datos más recientes según la CASEN 2011 indican que sólo el 27% declaró haber recibido atención dental como beneficio escolar, y sólo el 13% de los niños/as de 6 y 7 años (población potencial beneficiaria al momento de la encuesta) declaró que había visitado al dentista.

Considerando estos antecedentes y los resultados de la evaluación de la implementación del GES-6 años², es importante explorar otras estrategias que contribuyan a aumentar la cobertura del uso de esta garantía. Al respecto, según la literatura³, sería importante que las políticas de salud bucal dirigidas a la población infantil potenciaran el empoderamiento de los padres y apoderados y su capacidad de valorar la importancia de los controles periódicos de salud bucal así como promover y mantener un buen estado de salud bucal desde la infancia. El estudio de Muirhead *et al.*³ destaca la importancia de entender por qué los padres de bajos ingresos pueden subutilizar los servicios dentales gratuitos dirigidos a sus hijos, así como la necesidad de considerarlos como actores claves en la promoción de la salud bucal de la población infantil. De hecho, en la evaluación del GES-6 años², un porcentaje importante de los padres/apoderados declararon no haber hecho uso de esta garantía para sus hijos y entre las razones principales señalaron que el niño(a) no la necesitaba (31,4%) y no tener el tiempo para llevarlo a la consulta odontológica (17%). En este contexto, creemos importante evaluar estrategias que permitan mejorar la alfabetización de la población sobre la importancia de la salud bucal, los controles periódicos

con el dentista, el tratamiento oportuno y el uso de derechos garantizados. Además, si bien en la evaluación del GES-6 años², el 93% de los padres/apoderados le da alta importancia a contar con esta garantía de salud, se observó diferencias estadísticamente significativas según tipo de colegio del niño(a), siendo menor la valoración en los colegios municipales. También, considerando que la evaluación del GES-6 años², mostró un alto daño por caries en los niños/as al momento de ingresar al tratamiento garantizado, con un mayor daño en niños de colegios municipales, adquiere más relevancia promover el uso de esta garantía.

Por otro lado, debe considerarse que la evaluación de la garantía², utilizó metodología de encuestas –preguntas cerradas– y no de entrevistas en profundidad ni grupos de discusión, por tanto el alcance de los resultados de esta evaluación debe considerarse una limitación. Por ello, creemos que cualquiera nueva intervención debe basarse en una indagación lo más abierta posible desde la perspectiva del usuario, para poder orientarla de manera adecuada y para que contribuya a mejorar la utilización de los servicios de salud⁴. Ello supone una intervención que, de igual manera, debiera contribuir a aumentar la alfabetización en salud. Tal como señala Estacio⁵, ésta es fundamental para el mayor empoderamiento de las personas y comunidades.

El empoderamiento como una dimensión del capital social, se refiere a los procesos de interacción social que permiten a las personas mejorar sus habilidades individuales y colectivas, y ejercer un mayor control sobre sus vidas. Esta relación ha sido escasamente explorada en aspectos vinculados a la salud dental. La evidencia sugiere que las comunidades con mayor empoderamiento, por tanto mayor capital social, tienen mejor salud; pero esta asociación no ha sido explorada específicamente en relación al uso de servicios odontológicos, excepto en aspectos vinculados al sentido de coherencia⁶. Uno de los pocos estudios⁷, muestra tasas de daños por caries significativamente mayores en las zonas residenciales con menores niveles de empoderamiento, independiente de las variables socioeconómicas individuales y de los barrios, y de todos los demás factores individuales de riesgo estudiados (sexo, uso de flúor, consumo de azúcar, cepillado de dientes). Pattussi *et al.*⁷, concluyen que el nivel de empoderamiento de los barrios puede desempeñar un papel importante en la explicación de las desigualdades en los niveles de caries dental. Además recomiendan ampliar las perspectivas del empoderamiento mediante intervenciones más eficaces que se pueden implementar utilizando perspectivas basadas en ámbitos territoriales.

Esperamos que este proyecto aporte evidencia sobre la efectividad de esta nueva estrategia que proponemos. Ello permitiría avanzar en el cumplimiento de la meta

“cobertura de visita al dentista en población menor de 20 años” que NO se logró como parte de los objetivos sanitarios 2000-2010 (se esperaba aumentar a 50% y aumentó desde 22% en 1999 sólo al 22,5% en 2008). Vinculado con esto, también contribuiría específicamente a la resolución de uno de los principales problemas detectado en la evaluación de la difusión, implementación y uso del GES-6 años, es decir, el bajo porcentaje de niños/as que utilizan esta garantía en salud².

Pregunta de investigación.

Conociendo la baja utilización de la garantía de atención de salud oral integral para niños/as de 6 años (GES- 6 años):

Además de la incorporación de la atención dental integral de los niños/as de 6 años al esquema GES, y al esquema de metas de pago por desempeño colectivo de los trabajadores de APS, ¿qué otra estrategia puede ser efectiva para aumentar la utilización de esta garantía de atención dental en los beneficiarios de escuelas municipales?

Hipótesis de investigación.

En el marco de los determinantes sociales de la salud, el rol que puede implicar mejorar en ellos la alfabetización en derechos en salud garantizados (como dimensión del empoderamiento en salud), permiten suponer la importancia que puede tener la intervención, cuya efectividad esperamos evaluar.

La evidencia sugiere que las comunidades con mayores niveles de capital social tienen mejor salud, pero esta asociación no ha sido explorada específicamente en relación al uso de servicios odontológicos garantizados. Basándonos en el enfoque conceptual de Mouradian *et al.*⁸ que reconoce la relación directa entre los niveles de salud oral y general de los niños/as con los entornos familiares y comunitarios, pretendemos probar que:

“Mejorar la alfabetización en derechos en salud, como dimensión del empoderamiento en salud de los niños/as beneficiarios del GES-6 años y el de sus padres/apoderados, contribuirá a aumentar el uso de esta garantía de derechos de atención en salud bucal”.

Objetivos.

Objetivo General: Determinar la efectividad de enviar una carta informativa sobre el derecho de atención de salud dental integral, como estrategia local para aumentar la utilización de servicios sanitarios odontológicos garantizados en la población de 6 años.

Objetivos Específicos:

1. Diseñar un instrumento cultural y socialmente

adecuado para comunicar a los usuarios información sobre la garantía GES-6 años (carta).

2. Implementar el envío de la carta, firmada por la autoridad comuna, como estrategia local para mejorar la alfabetización y el empoderamiento de la población respecto a la condición de ser beneficiario de un derecho garantizado de salud bucal.

3. Determinar la relación entre una mayor alfabetización y empoderamiento de la población beneficiaria del GES de salud oral integral para niños/as de 6 años y un mayor uso de estas atenciones dentales garantizadas.

4. Evaluar la evolución de la cobertura de uso de la garantía GES-6 años antes y después de la intervención.

Metodología.

Descripción diseño metodológico: Se trata de un estudio de diseño mixto en base al diseño e implementación de una intervención:

Etapa 1: Se usará metodología cualitativa para el objetivo específico 1, mediante técnica de grupos de discusión basados en la Teoría Fundamentada⁹, la que permite generar una teoría que se encuentra subyacente en la información obtenida en el campo empírico que considera tanto los sentimientos de los individuos a medida que experimentan un fenómeno o proceso, como las creencias y valores del investigador, evitando asumir categorías predeterminadas¹⁰. La etapa de diseño de la intervención (cartas) se hará generando información a partir de la realización de 4 grupos de discusión (2 por región: 1 con los padres/apoderados y otro con los niños/as beneficiarios del GES-6 años), en los cuales se extraerán las categorías del discurso que los usuarios releven como relacionadas con el uso del sistema sanitario en su componente salud bucal, y los conocimientos y falencias respecto de la garantía GES- 6 años. Luego se procederá al diseño en sí de las cartas, con criterios de pertinencia social y cultural.

Etapa 2: Se tratará de un estudio experimental tipo ensayo comunitario de intervención no aleatorio. La población de estudio serán los niños/as beneficiarias de la GES-6 años. La intervención a nivel comunitario tendrá grupos controles y su asignación no será aleatoria, ya que las comunidades intervenidas y no intervenidas, se seleccionarán de aquellas comunas cuyos alcaldes acepten participar. Los participantes de esta segunda etapa serán los niños/as de 2º año de educación básica a marzo de 2015, elegidos según el diseño muestral, que fueron potenciales beneficiarios de la GES-6 años durante 2014, año de aplicación de la intervención.

Diseño de la muestra: Inicialmente se seleccionarán por conveniencia dos regiones del país (estratos) según ubicación de las instituciones de los investigadores.

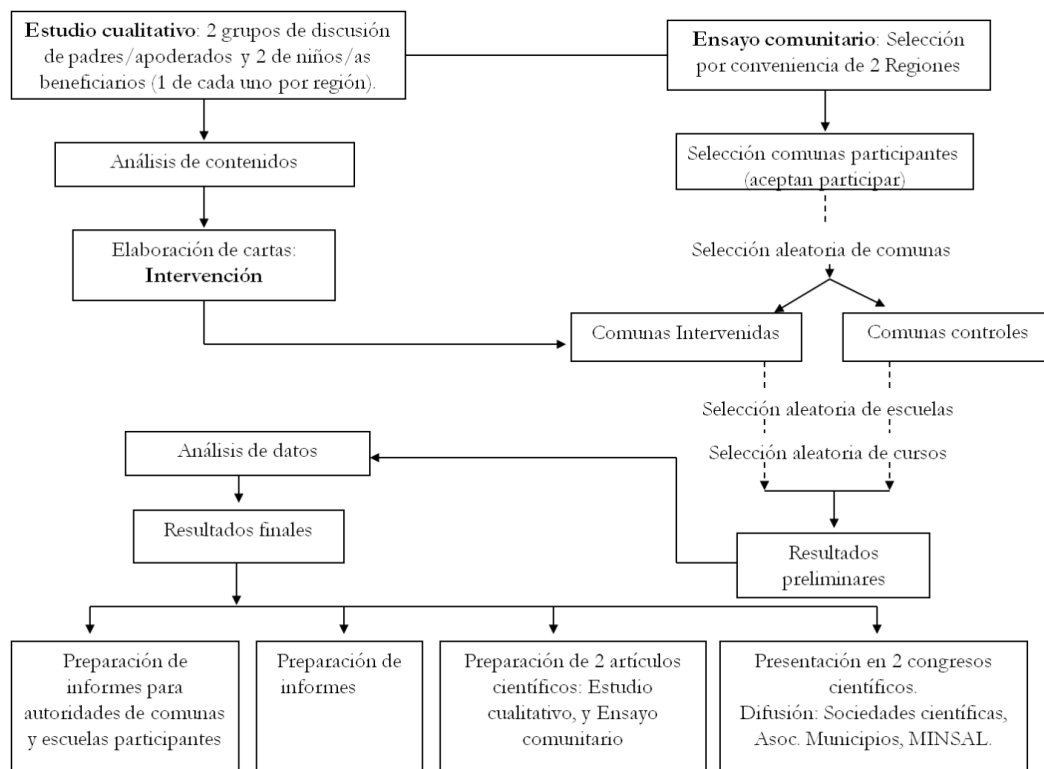


Figura 1. Diagrama de flujo del proyecto y diseño de la intervención.

Posteriormente se seleccionará la muestra por conglomerados en 3 etapas (comuna-establecimiento-curso). La unidad primaria de selección serán las comunas (intervenidas/no intervenidas), luego se seleccionarán aleatoriamente las escuelas de esas comunas y en una tercera etapa se realizará un muestreo aleatorio simple de tantos cursos hasta completar el número de niños/as determinado para la submuestra de cada región. La selección de los establecimientos se hará con probabilidad proporcional según el número de alumnos de 6 años por establecimiento y al número de alumnos a seleccionar en el estrato. El listado de establecimientos se obtendrá del registro de establecimientos educacionales municipales según información proveniente del Ministerio de Educación. El tamaño de la muestra (759 niños/as) considera: nivel de confianza del 99%, error 5%, máxima variabilidad (0,5) y pérdida del 15%. Además considera, que en Chile (según CENSO 2012), aproximadamente 230.000 niños/as tendrían 6 años el 2014; y que cobertura de educación básica en Chile (99,7%)¹¹. Se desconoce coeficiente de correlación intraconglomerados, sin embargo, ello pierde relevancia si consideramos la pregunta de investigación.

La intervención del ensayo comunitario consistirá en el envío de unas cartas elaborada a partir del estudio cualitativo preliminar, incluyendo una a los padres/apoderados y otra anexa a los niños/as beneficia-

rias del GES-6 años. Dichas cartas irían firmadas por el alcalde invitando a los padres a que sus hijos/as usen la garantía. La recolección de la información se hará mediante un cuestionario ad-hoc aplicado a los padres/apoderados de los niños/as que acepten participar. Ante eventual baja participación, además se cotejarán los registros oficiales históricos (2 años) de niños/as matriculados en escuelas municipales con los registros de beneficia-

ciarios de las GES-6 años por comuna para comparar la evolución del porcentaje de utilización. La variable de resultado será la cobertura comunal de uso del GES-6 años (si/no). Las variables independientes serán: comuna, sexo, nivel educacional y ocupación de la madre y el padre, tamaño familiar, tipo de seguro, colegio rural o urbano, residencia rural o urbana.

Los datos serán codificados y tabulados según protocolo, sin incluir la identificación personal ni familiar.

Análisis estadístico: El análisis se hará por conglomerados (comuna) e incluirá estadística descriptiva: tasas medias con su desviación estándar, mediana y rango intercuartílico, distribución porcentual y de frecuencias. Luego se realizarán pruebas de asociación estadística de acuerdo a la naturaleza y distribución de los datos, incluyendo test paramétricos y no paramétricos, todas con un nivel de significancia $p < 0,05$.

Consideraciones éticas: Todos los participantes del estudio accederán previa firma de consentimiento informado. El proyecto deberá ser evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, y por los comité de ética científica de los servicio de salud respectivos de las comunas donde se realizará el estudio.

Productos esperados.

La intervención del ensayo comunitario se aplicaría a comunidades, y se realizaría en condiciones reales de las comunidades estudiadas (comunidades, escuelas), se espera que tenga validez externa y proporcione evidencia que permita recomendar o no la aplicación de la intervención, como otra estrategia que contribuya a aumentar el uso de la GES-6 años a nivel comunal, regional y nacional.

El estudio cualitativo permitiría contar con un instrumento que incorpore la perspectiva del usuario, tanto de los padres/apoderados como de los mismos niños/s beneficiarias. Esto permitiría contar con un nexo comunicativo adecuado entre quienes proveen y potencian este servicio de salud (centros de salud, municipios y sus autoridades) y quienes son beneficiarios de dicha garantía.

Por otro lado, esperamos contribuir a la difusión de las GES en general, y de la GES-6 años en particular, concretamente en las comunas intervenidas. Ya que las cartas enviadas y recibidas, servirán de vehículo de difusión del rol que las autoridades políticas locales tienen como agentes promotores de la salud en distintos niveles. Esto además, de alguna manera, ayudará a

mejorar la alfabetización en salud bucal a nivel comunal. Con ello, esperamos en el largo plazo, contribuir también a que estas comunidades tengan una mejor salud bucal y calidad de vida.

Además de los informes respectivos, esperamos desarrollar dos artículos científicos (uno reportando

Etapas y actividades.	Mes																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Contacto participantes grupos de discusión (etapa cualitativa)	■	■																						
Revisión bibliográfica de estudios realizados sobre el tema	■	■																						
Diseño de pauta y Producción de grupos de discusión		■	■																					
Realización de grupos de discusión			■	■																				
Diseño de instrumento: carta				■	■																			
Contacto municipalidades		■	■																					
Selección comunas y escuelas				■	■																			
Intervención comunitarias					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Aplicación encuestas padres												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Recolección de información																								
Consolidación de bases de datos																								
Análisis estadístico																								
Preparación de manuscritos																								
Difusión Congresos científicos																								
Difusión municipios, usuarios																								
Informe																								

Tabla 1. Plan de trabajo

los resultados del estudio cualitativo y otro los del ensayo comunitario), los que esperamos publicar en revistas de corriente principal (ISI o Scopus). Se espera también participar en dos congresos científicos para difundir los resultados del proyecto. Finalmente, también se espera retroalimentar a las autoridades comunales y educacionales sobre los resultados obtenidos.

Referencias.

- Maserejian NN, Trachtenberg F, Link C, Tavares M. Underutilization of Dental Care When It Is Freely Available: A Prospective Study of the New England Children's Amalgam Trial. *J Public Health Dent* 2008;68:139-48.
- Ministerio de Salud-Chile. Estudio de difusión e implementación de la garantía Explícita: Salud Oral Integral para niños de 6 años- 2009. (consultada el 13 de febrero de 2013). Disponible en <http://www.minsal.cl/portal/url/item/a14bd85994322821e04001011e01257d.pdf>
- Muirhead V, Levine A, Nicolau B, Landry A, Bedos C. Life course experiences and lay diagnosis explain low-income parents' child dental decisions: a qualitative study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013;41:13-21.

- Oaasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav* 2007;Suppl 1:s19-26.
- Estacio EV. Health literacy and community empowerment: It's more than just reading, writing and counting. *J Health Psychol* 2013;18:1056-68
- da Silva AN, Mendonça MH, Vettore MV. The association between low-socioeconomic status mother's Sense of Coherence and their child's utilization of dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39:115-26.
- Pattussi MP, Hardy R, Sheiham A. The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006;34:344-50.
- Mouradian WE, Huebner CE, Ramos-Gomez F, Slavkin HC. Beyond Access: The role of family

and community in children's oral health. *J Dent Educ* 2007;71:619-31.

- Licquish S, Seibold C. Applying a contemporary grounded theory methodology. *Nurse Res* 2011;18:11-6.
- Jones D, Manzelli H, Pecheny M. "Grounded Theory: Una aplicación de la Teoría Fundamentada a la salud". *Cinta moebio* 2004 (19):38-54
- Departamento de Estudios, Extensión y Publicaciones de del Congreso Nacional de Chile. Indicadores de la calidad de la educación básica y media en Chile. (consultada el 11 de marzo de 2013). Disponible en http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/estudios/estudios_pdf_estudios/nro306.pdf