



Diálogos Participativos Propuestas de Salud Bucal para Chile 2026-2030

Elaboración: julio – octubre 2025

Observatorio de Salud Pública Oral, Facultad de Odontología, Universidad Finis Terrae
Financiamiento: FoCo 2025 — Vinculación con el Medio, Universidad Finis Terrae
Coordinación general: Dr. Juan Carlos Caro, Dra. Patricia Moya,
Dr. Sebastián Zamorano Vidal



Universidad
Finis Terrae

Diálogos Participativos – Propuestas de Salud Bucal para Chile 2026–2030
Universidad Finis Terrae.

Publicado por primera vez en Santiago, Chile.
1era Edición.

Todos los derechos se encuentran reservados.
Ninguna parte de esta obra puede ser reproducida mediante
cualquier procedimiento sin el permiso por escrito de la
comisión editora.

Para los permisos y otras preguntas, póngase en contacto con:
jcaro@uft.cl

ISBN: 978-956-391-129-9

Este documento presenta los resultados del proceso “Diálogos Participativos – Propuestas de Salud Bucal para Chile 2026–2030”, que convocó a 223 participantes organizados en tres niveles complementarios —comunidad y usuarios de distintas comunas; estudiantes y académicos de la Universidad Finis Terrae; y un panel amplio de expertas y expertos—, asegurando diversidad de miradas y anclaje territorial.

El trabajo siguió una lógica de co-construcción iterativa: partió en la comunidad (Nivel 1), pasó por estudiantes y académicos (Nivel 2) y por un panel de expertas/os (Nivel 3), con devolución 3-2-1 para afinar técnicamente y validar socialmente las propuestas antes del cierre, resguardando trazabilidad y consistencia entre hallazgos, redacción y priorización final.

La síntesis programática se organiza en siete ejes que combinan pertinencia clínica, factibilidad operativa y criterios de equidad:

- 1) **Protección financiera y expansión de cobertura en salud bucal**, para disminuir el gasto de bolsillo e integrar prestaciones prioritarias según carga de enfermedad.
- 2) **Aumento de resolutivez en APS y fortalecimiento de una red de centros de especialidades odontológicas**, articulando niveles y protocolos de derivación.
- 3) **Rehabilitación protésica como derecho garantizado**, con contraloría clínica y de laboratorio para asegurar ajuste y uso.
- 4) **Plan nacional de promoción y prevención durante el curso de vida**, que ordene y escale acciones efectivas en primera infancia, adolescencia, adultez y vejez.
- 5) **“Escuelas que Sonríen”**, estándar escolar de salud bucal que integra currículo, entornos protectores y operación con la red pública.
- 6) **Estándar de equipamiento esencial y registro clínico interoperable en APS**, para diagnóstico, continuidad de cuidados y datos trazables.
- 7) **Acceso territorial y horarios compatibles**, incluyendo extensiones horarias, Teleodontología y dispositivos móviles para ruralidad y personas trabajadoras.

Juntas, estas medidas ofrecen una hoja de ruta 2026–2030 para reducir sostenidamente los tiempos de espera y las desigualdades territoriales, aumentar el acceso oportuno con protección financiera y consolidar una cultura preventiva basada en información abierta y evaluable, como insumo directo para equipos programáticos y autoridades del próximo período.

Introducción

En Chile, instalar y consolidar una cultura de salud bucal inclusiva y equitativa es un desafío impostergable. Las enfermedades bucodentales, en gran medida prevenibles, siguen afectando la calidad de vida a lo largo del ciclo vital, con especial impacto en hogares y territorios de mayor vulnerabilidad (OMS, 2022; MINSAL, 2021).

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud ha enfatizado que la salud bucal es parte integral de la salud general y que su integración en la Atención Primaria de Salud (APS) y su cobertura efectiva serán clave para disminuir desigualdades en la próxima década (OMS, 2023).

En nuestro país, pese a avances relevantes, persisten brechas de acceso, cobertura, calidad y oportunidad, junto con una histórica baja priorización política. Ello exige nuevas formas de diseñar y legitimar políticas públicas basadas en evidencia y en la experiencia real de las personas, coherentes con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) (MINSAL, 2021; OMS, 2023).

Con el propósito de promover un proceso de reflexión y colaboración entre actores comunitarios, la comunidad universitaria y profesionales expertas y expertos en el ámbito odontológico, se implementó el proceso intersectorial y participativo “Diálogos Participativos – Propuestas de Salud Bucal para Chile 2026–2030”.

El proceso se desarrolló en tres niveles complementarios: (i) usuarios del sistema y pacientes de diversas comunas que representan la diversidad social y la realidad urbano-rural, (ii) estudiantes y académicos de la Universidad Finis Terrae y (iii) un panel de expertas y expertos. Este último nivel constituyó un hito por su amplitud y transversalidad: convergieron decanaturas y direcciones de carrera de distintas universidades, representantes del Ministerio de Salud, ex directores nacionales de odontología, académicas y académicos de varias casas de estudio, gerentes del sector privado, sociedades científicas y organizaciones profesionales, además del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile y una fundación de la sociedad civil dedicada a la salud bucal. En su conjunto, los tres niveles articularon la participación de más de 200 personas y dieron lugar a una convocatoria intersectorial que integró al sector público y privado, a la academia y a la representación gremial.

La iniciativa fue financiada por FoCo 2025, Vinculación con el Medio de la Universidad Finis Terrae, y coordinada por el Observatorio de Salud Pública Oral de la misma universidad. Se concibió para articular evidencia, factibilidad y pertinencia social, mediante una participación incidente y retroalimentación sistemática hacia quienes viven este problema en su día a día.

Este enfoque dialogante se alinea con la Guía de Orientación Metodológica para Diálogos Participativos del Ministerio Secretaría General de Gobierno, con la tradición latinoamericana de sistematización de experiencias como producción de conocimiento crítico desde la práctica (Jara, 2018) y con la investigación-acción participativa como metodología que integra conocimiento y acción (Colmenares, 2012).

El resultado de este proceso se refleja en el presente documento de propuestas estratégicas para el período 2026–2030. Su propósito es elevar la prioridad política de la salud bucal e instalar una hoja de ruta con estándares claros, financiamiento, enfoque intersectorial, metas e indicadores, y rendición pública de cuentas, coherente con los compromisos internacionales y las realidades locales (OMS, 2023; MINSAL, 2021). De este modo, se busca pasar de la retórica a la acción: optimizar el acceso, medir resultados de manera rigurosa, reducir desigualdades y evaluar su impacto en la vida de las personas.

Este documento se ofrece como insumo técnico para equipos programáticos y autoridades con responsabilidad pública en salud bucal durante el período 2026–2030, a fin de orientar decisiones basadas en evidencia, pertinencia social y factibilidad operativa.

Contexto salud bucal en Chile

Chile ha logrado avances sostenidos en indicadores de salud y calidad de vida, especialmente en la reducción de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida. Estos logros reflejan el rol de la Atención Primaria de Salud (APS), la expansión de la cobertura sanitaria y las mejoras en el control de enfermedades transmisibles y crónicas (OPS, 2024)

No obstante, **estos progresos contrastan con brechas persistentes en salud bucal**. A pesar de su impacto directo en el bienestar general, el desarrollo social y la equidad en salud, la salud bucal ha tenido baja priorización histórica y presenta desafíos en cobertura, acceso, prevención y tratamiento. Este contexto plantea la necesidad urgente de repensar las estrategias en salud oral desde un enfoque participativo, inclusivo y con perspectiva de derechos, que guíe las acciones del país hacia el período 2026–2030.

Radiografía a la Odontología en Chile en 5 cifras

<p>1. Niñez y caries (2– 6 años): a los 2 años 17,5 %, a los 4 años 50,4 %, y a los 6 años 70,4 % con caries. (MINSAL, 2007; MINSAL, 2012). Los niños afiliados a FONASA, la prevalencia de caries es del 50 % vs 43 % en niños afiliados a Isapre/otra previsión. Ortuño et al., 2021).</p>
<p>2. Personas mayores de 65 y más años: el 77,5 % no tiene dentición funcional (igual o mayor a 20 dientes en boca) y es 2,43 veces mayor la pérdida de dientes anteriores en afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) B vs los afiliados a ISAPRE (Universidad de Chile, 2019).</p>
<p>3. Pérdida dentaria acumulada en personas mayores (65–74 años): en promedio existen 15,8–17,46 dientes perdidos; edentulismo total 17,6–20,6 %. (Morales et al., 2020).</p>
<p>4. Desigualdad social en salud oral: la dentición no funcional es mayor en mujeres y en quienes tienen menos de 8 años de estudios (ENS Chile 2016–2017).</p>
<p>5. Lista de espera odontológica (2º trimestre 2025 vs 2º trimestre 2024): 541.633 vs 490.965 pacientes en lista de espera, lo que equivale a un 10,3 % mayor. Las especialidades: Rehabilitación oral 144.004, Ortodoncia/Ortopedia 114.950, Endodoncia 80.193, Cirugía cabeza y cuello 73.320. (MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2025)</p>

Indicadores epidemiológicos de salud oral

La salud oral en Chile presenta importantes desafíos a nivel poblacional, especialmente en caries dental y enfermedad periodontal, las dos principales condiciones que afectan a la población. El informe global sobre salud bucodental de la OMS reporta que entre 40,6 % y 55,7 % de las personas mayores de cinco años presentan caries cavitadas sin tratamiento (WHO, 2022).

En la población infantil, la situación es particularmente relevante. A los 2 años, un 17,5 % ya presenta caries; esta cifra aumenta a 50,4 % a los 4 años y alcanza 70,4 % a los 6 años (MINSAL, 2011b; Soto et al., 2007). A los 12 años, la prevalencia se sitúa en torno al 62,5 % (Soto & Tapia, 2007). Estos datos indican que las caries dentales comienzan a una edad temprana y progresan rápidamente si no se interviene oportunamente.

En personas mayores, la experiencia de caries a lo largo de la vida es muy elevada y una fracción relevante presenta lesiones cariosas activas no tratadas (Pérez et al., 2017). La pérdida dental es considerable en edades de 65–74 años (promedio 15,8–17,4 piezas perdidas). La Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016–2017 muestra que cerca del 27 % de las personas de ≥ 15 años presentan dentición no funcional (≤ 19 dientes en boca), condición que compromete funciones básicas como masticación, fonación y estética (Ministerio de Salud, 2017). Esta situación se intensifica con la edad: en 65–74 años, 77,5 % presenta dentición no funcional y el promedio de piezas perdidas alcanza 15,8–17,4 (Ministerio de Salud, 2017; Morales et al., 2020). En cuanto al edentulismo total, este afecta al 17,6 % en edades entre 65–74 años y al 5 % en mayores de 15 años (ENS Chile 2016-2017).

La ENS también expone marcadas desigualdades sociales: la pérdida dentaria es más frecuente en personas con menor nivel educacional, afiliadas a FONASA, residentes en zonas rurales y en mujeres (Cordero et al., 2022). Estos antecedentes refuerzan la urgencia de políticas preventivas universales con proporcionalidad según riesgo en el período 2026–2030.

La enfermedad periodontal representa, además, un problema relevante. En un estudio en Valdivia, la gingivitis afectó al 36,8 % de niños/as de 2 años y al 70,5 % a los 4 años (Pérez et al., 2021). A nivel global, la periodontitis afecta aproximadamente al 40–50 % de la población y 10 % presenta formas severas (Tonetti et al., 2017). En Chile, se han reportado signos de enfermedad periodontal moderada a severa en un 60 % de adultos ≥ 35 años (Figueroa et al., 2020). Los principales factores de riesgo incluyen higiene oral deficiente, tabaquismo, diabetes no controlada, estrés crónico, predisposición genética y condiciones socioeconómicas desfavorables (Gasner & Schure, 2025).

La enfermedad periodontal se asocia a condiciones sistémicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, complicaciones del embarazo (parto prematuro y bajo peso al nacer) y deterioro cognitivo en personas mayores (Sanz et al., 2020). Dado su carácter inflamatorio crónico, su abordaje oportuno en APS es costo-efectivo como estrategia para reducir la carga de enfermedades no transmisibles (Carvajal, 2016).

Otra situación para considerar es la persistencia de brechas de acceso a servicios odontológicos, influenciadas por factores socioeconómicos y geográficos. La población rural y de menores ingresos presenta peores indicadores de salud bucal, tanto en higiene oral como en prevalencia de enfermedades (Cárcamo et al., 2016).

Resumen Ejecutivo: Los indicadores actuales evidencian alta carga de enfermedad bucal, acceso oportuno insuficiente y desigualdades socioeconómicas marcadas. Urge fortalecer políticas preventivas, educación en higiene bucal y ampliar la cobertura efectiva para revertir esta tendencia en 2026–2030.

Desafíos para los programas de salud odontológicos

El acceso a la atención odontológica en Chile refleja una realidad compleja y marcada por desigualdades. Si bien el Ministerio de Salud ha priorizado la prevención y la atención dental en grupos vulnerables a través de políticas públicas focalizadas, aún persisten brechas significativas en cobertura y equidad. Desde 2005, las Garantías Explícitas en Salud (GES) incorporan problemas prioritarios de salud bucal: salud oral integral para niños y niñas de 6 años, salud oral integral de la persona gestante, urgencia odontológica ambulatoria y salud oral integral a los 60 años; adicionalmente, la fisura labio palatina es un problema GES que, aunque figura en otra categoría etaria, implica un componente odontológico relevante.

Los programas odontológicos GES constituyen parte fundamental de las estrategias del Estado para asegurar el acceso a servicios dentales esenciales con criterios de oportunidad, calidad y protección financiera. Cada intervención contempla prestaciones específicas según el grupo beneficiario (diagnóstico, educación, tratamientos restauradores y rehabilitaciones, incluyendo prótesis removibles en el caso de 60 años).

En urgencia odontológica ambulatoria, la atención se realiza en la red definida para cada seguro y puede efectuarse en CESFAM/CECOSF/Consultorio y hospitales, según la necesidad clínica. En cuanto a la fisura labio palatina, su manejo es multidisciplinario y de mediana/alta complejidad clínica, según la guía GES específica.

En el sistema público (FONASA), las atenciones GES tienen copago 0 % para los tramos A, B, C y D en la red pública, de acuerdo con Copago Cero (vigente desde 2022); en ISAPRES, el copago de GES es 20 % del arancel de referencia (prima GES aparte). No obstante, pese al diseño inclusivo de los programas GES, su cobertura efectiva aún es limitada. Por ejemplo, el programa “GES 60” tuvo una cobertura promedio nacional de 22,8 % en 2019, con heterogeneidad territorial (Arica 5,3 % vs. Arauco 37,9 %) y brecha por sexo (mujeres 27,1 % vs. hombres 17,9 %) (Danke, 2024).

Paralelamente, Chile implementa programas odontológicos no GES que complementan las garantías y cubren grupos no priorizados por GES. “Sembrando Sonrisas” (2–5 años) es un programa promocional- preventivo que incluye dos aplicaciones anuales de barniz de flúor, examen de salud bucal y entrega de insumos en jardines y escuelas con aporte estatal. (MINSAL, 2019). Asimismo, destaca el Programa CERO (Control con Enfoque de Riesgo Odontológico), dirigido a niños, niñas y adolescentes de entre 6 meses y 19 años. Esta estrategia busca romper con el modelo tradicional de atención curativa, implementando un enfoque preventivo basado en controles periódicos y clasificación de riesgo individual. Se utilizan herramientas clínicas para ajustar la frecuencia del seguimiento y aplicar intervenciones preventivas como sellantes y flúor. Si bien los reportes muestran que las actividades preventivas han superado a las restaurativas entre 2017 y 2020, los resultados en menores de 7 años siguen siendo insatisfactorios, lo que evidencia la necesidad de mejorar su implementación y evaluación (Moya et al., 2023).

Otro programa relevante es “Más Sonrisas para Chile” (mujeres ≥ 15 años beneficiarias FONASA/PRAIS), que ofrece acciones preventivas y restauradoras, incluida prótesis dental. Existe además el Programa de Atención Odontológica Integral a estudiantes de 4° medio y el Programa de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica en Población Adulta, que incorpora endodoncia y prótesis removible en APS, clínicas dentales móviles para zonas de difícil acceso y extensión horaria para adultos ≥ 20 años.

Una de las estrategias de financiamiento complementarias son los Bonos PAD Odontológicos (Pago Asociado a Diagnóstico) de FONASA, que ofrecen paquetes cerrados de obturaciones y endodoncia con precio fijo. Actualmente están dirigidos a personas de 12 a 34 años 11 meses 29 días, según normativa 2024 (Chile Atiende, 2024) La principal ventaja de esta modalidad es que reduce la incertidumbre financiera para el paciente y mejora la oportunidad de acceso (FONASA, 2024).

Los programas no GES han contribuido a acercar la atención y apoyar la resolución de listas de espera (p. ej., especialidades en APS, clínicas móviles); sin embargo, enfrentan restricciones presupuestarias y de recurso humano, e inequidades territoriales persistentes, reconocidas por la planificación nacional de salud bucal 2021–2030.

Resumen Ejecutivo: En conjunto, tanto los programas GES como no GES han ampliado la cobertura en salud bucal para grupos priorizados (infancia, gestantes y personas de 60 años). Persisten brechas para adultos jóvenes, hombres y población sin garantías priorizadas, lo que alimenta necesidades no resueltas y deterioro progresivo de la salud oral.

Listas de espera en odontología

Las listas de espera en odontología representan uno de los principales desafíos estructurales del sistema de salud público en Chile. Según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), al segundo trimestre de 2025 se registran 541.633 consultas nuevas de especialidad odontológica en espera.

Algunas especialidades concentran una alta demanda al segundo trimestre de 2025, como rehabilitación oral (144.004 casos en prótesis removible y 18.044 en prótesis fija), ortodoncia y ortopedia dentomaxilofacial (114.950) y endodoncia (80.193); también se reporta cirugía de cabeza y cuello (73.320). Este panorama refleja una acumulación sostenida de necesidades no resueltas, especialmente entre adultos, personas mayores y personas con condiciones crónicas de salud bucal.

Entre los principales factores que explican esta problemática se encuentra la capacidad resolutoria limitada del sistema público, en recursos humanos (brecha de especialistas y dotación de cirujanos dentistas en la red pública) y desigualdades territoriales en el acceso, documentadas por el Plan Nacional de Salud Bucal 2021–2030 y su evaluación de corto plazo (2024) (MINSAL, 2021).

Diversas instituciones han planteado propuestas para abordar esta problemática desde una perspectiva sistémica. El Observatorio de Salud Pública Oral de la Universidad Finis Terrae presentó en 2025 un Consenso de Lista de Espera Odontológica elaborado mediante metodologías participativas, con cinco medidas priorizadas:

- Mejorar la coordinación APS–especialistas: fortalecer competencias de APS y establecer protocolos de derivación claros.
- Criterios de priorización en atención secundaria: priorizar tratamientos críticos como endodoncia y considerar multimorbilidad.
- Financiamiento diferenciado para odontología: reformar el per cápita en APS y abrir mecanismos de compra de servicios con privados y universidades.
- Posicionar la salud bucal como prioridad sanitaria nacional: incorporar la salud oral en políticas de salud integral, con enfoque preventivo y comunitario.
- Crear una institucionalidad nacional en odontología: instaurar un director nacional de Odontología con capacidad de gestión.

Asimismo, el Colegio de Cirujanas y Cirujanos Dentistas de Chile A.G. planteó medidas ante la Comisión Investigadora de Listas de Espera de la Cámara de Diputadas y Diputados (abril de 2025), incluyendo modernizar manuales GES odontológicos, fortalecer la APS con foco preventivo y mejorar la articulación entre niveles.

Resumen Ejecutivo. Las iniciativas que han abordado la lista de espera odontológica coinciden en que reducirla no solo implica aumentar la cobertura, sino también reformular componentes del modelo de atención, priorizando equidad, eficiencia y enfoque comunitario, junto con priorizar la asignación de nuevos recursos.

Metodología

Se adoptó la metodología de diálogos participativos con enfoque participativo y deliberativo, en un diseño de métodos mixtos orientado a convertir la experiencia vivida en propuestas técnico-operativas socialmente pertinentes y viables.

Flujo iterativo 1-2-3-2-1. El proceso fue iterativo y bidireccional: comenzó en la comunidad (Nivel 1), continuó con estudiantes y académicos (Nivel 2), avanzó a un panel de expertos (Nivel 3) e incluyó y ejecutó el retorno a Nivel 2 y Nivel 1 (1-2-3-2-1) para ajuste académico y validación social, cuyos resultados quedaron incorporados antes del cierre.

El enfoque se alineó con la *Guía de Orientación Metodológica de Diálogos Participativos* (Ministerio Secretaría General de Gobierno – División de Organizaciones Sociales, 2023), con la sistematización de experiencias (Jara, 2018) y con la investigación acción participativa (Colmena- res, 2012).

Nivel 1 (comunidad y usuarios): Se levantó información mediante técnicas cualitativas (diálogos guiados y/o grupos focales con pauta semiestructurada). Las sesiones se transcribieron literalmente, se anonimizaron y se analizaron combinando análisis de contenido (necesidades, barreras, prácticas) con procedimientos inspirados en teoría fundamentada (codificación abierta y axial, comparación constante). Se aplicó saturación temática como criterio de suficiencia.

Nivel 2 (estudiantes y académicos): Con los hallazgos del Nivel 1 se organizaron problemas de salud priorizados y su encaje explícito en el rol de la APS y la articulación con el nivel secundario. Equipos de estudiantes, con tutoría académica, tradujeron las categorías en propuestas operativas (objetivo, población, acciones, responsables, indicadores, consideraciones de factibilidad y equidad). En paralelo, equipos exclusivamente académicos desarrollaron propuestas complementarias. En todos los casos se resguardó la trazabilidad entre cada propuesta y las categorías/fragmentos del Nivel 1.

Nivel 3 (panel de expertos): Antes de la sesión, cada experto evaluó las propuestas del Nivel 2 mediante escala Likert (1–5) para pertinencia y factibilidad; con las respuestas se calculó la mediana e índice de acuerdo (proporción en categorías altas).

Posteriormente, se realizó una deliberación presencial para resolver disensos, incorporar experiencia del panel, revisar evidencia y ajustar alcances y redacción, definiéndose la priorización y el agrupamiento temático.

Devolución 3-2-1 (ejecutada): Las propuestas priorizadas retornaron al Nivel 2 para ajuste técnico académico (afinamiento de lenguaje, indicadores) y volvieron al Nivel 1 para validación social (comprensibilidad, pertinencia y aceptabilidad).

Las observaciones se incorporaron con matrices de trazabilidad que vinculan categorías del Nivel 1, borradores del Nivel 2 y decisiones del panel de expertos. Esta fase se ejecutó antes del cierre del documento definitivo y sus resultados se integran en esta versión.

Integración y credibilidad: La integración combinó síntesis temáticas con concordancia global para informar la deliberación. La credibilidad se reforzó con la lógica de devolución 3-2-1.

Alcance de este informe: Este documento reporta el proceso completo, desde el trabajo comunitario (Nivel 1) hasta la validación social final (3-2-1), e incluye la priorización experta y las propuestas definitivas.

Participantes

El proceso se desarrolló en tres niveles complementarios: (Nivel 1) usuarios del sistema y de diversas comunas que representan la diversidad social y la realidad urbano rural; (Nivel 2) estudiantes y académicos de la Universidad Finis Terrae; y (Nivel 3) un panel de expertas y expertos. Con una participación de 223 personas en el proceso completo.

Nivel 1: Pacientes y usuarios de las comunas de El Bosque, Lampa y Providencia.

Nivel 2: Estudiantes de Salud Pública 3 (2do año) y estudiantes de Gestión Odontológica (5º año) de la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae; y los académicos de la Facultad de Odontología. Dr. Juan Pablo Aguilera Mardones, Dra. Valentina Gómez Figueroa, Dr. Rodrigo Gutiérrez Pastene, Dr. Julio Huerta Fernández, Dra. Pilar Jofré Letelier, Dr. Robinson Rojas Andrade, Dr. Bruno Verdugo Letelier.

Nivel 3: Dr. Francisco Alarcón Appelgren, Dra. María Ignacia Amenábar Auad, Felipe Arteaga, Dra. Francisca Contreras Luna, Dr. Jaime Díaz Zúñiga, Dr. Ángel Fernández Clark, Dra. Rosario GarcíaHuidobro Kirberg, Dra. Gianitsa Georgudis Pinto, Dr. Alberto Inzulza Galdames, Dra. Mariluz Lozano, Dra. Soledad Lobiano Correa, Dra. Paula Mendoza Cifuentes, Dr. Cristián Montero Vallejos, Dr. Marcelo Navia Rubilard, Dr. Duniel Ortuño Borroto, Dr. Raúl Palacio Rodríguez, Dr. Patricio Palavecino González, Dr. David Rodríguez, Dr. Norman Romo Grogg, Dra. Begoña Ruiz Conrads, Dr. Matías Santos López, Raúl Valdivia Fernández.

Equipo coordinador: Dr. Juan Carlos Caro Cassali; Dra. Patricia Moya Rivera; Dr. Sebastián Zamorano Vidal.

Nota: Todos los listados (comunas y participantes por nivel) están ordenados alfabéticamente.



Resultados Nivel 1

Pacientes y usuarios

El proceso de diálogos participativos permitió identificar, desde la voz de la comunidad, siete temas prioritarios relacionados con el acceso, la calidad y la equidad de la atención odontológica. Los hallazgos se sistematizaron y analizaron mediante técnicas cualitativas; a continuación, se presentan como temas, con síntesis y cita ilustrativa anonimizada.

Problemas de salud oral priorizados por la comunidad (Nivel 1)

Tema 1. Alto costo de la atención privada

Síntesis: Precios prohibitivos fuera de la cobertura pública que impiden completar tratamientos necesarios.

Cita ilustrativa (anonimizada): *“Me dieron el presupuesto para endodoncia y corona... imposible para mí”.* Mujer, 57 años, Providencia.

Tema 2. Ausencia de especialistas en CESFAM y derivación forzada al privado

Síntesis: Falta de especialidades en APS que obliga a recurrir al sistema privado, con alto gasto de bolsillo.

Cita ilustrativa (anonimizada): *“En el CESFAM me derivaron al hospital, porque no hay especialista; en privado no alcanzo a pagar, estoy pensando tomar un crédito con la tarjeta del supermercado para poder atenderme”.* Hombre, 55 años, Lampa.

Tema 3. Tiempos prolongados para prótesis en nivel secundario

Síntesis: Esperas de 1 a 3 años para rehabilitación protésica, especialmente en prestaciones especializadas.

Cita ilustrativa (anonimizada): *“Estoy esperando una consulta de prótesis hace más de un año; me dicen que podría tardar otro año más; he dejado de participar de algunos cumpleaños porque me preguntan por mis dientes”.* Mujer, 63 años, El Bosque.

Tema 4. Prevención con bajo impacto percibido (niñez y adolescencia)

Síntesis: Las conductas preventivas no se traducen en mejoras sostenidas del estado de salud bucal en niños/as y adolescentes.

Cita ilustrativa (anonimizada): *“En el colegio les enseñan, pero igual vuelven con caries al año siguiente”.* Mujer, 41 años, El Bosque.

Tema 5. Bajo conocimiento de beneficios y programas gratuitos en CESFAM (FONASA)

Síntesis: Desinformación sobre prestaciones y programas disponibles en APS para beneficiarios FONASA.

Cita ilustrativa (anonimizada): *“Después supe que había un programa gratis, pero nadie me lo explicó en la consulta; entiendo que me perdí el GES 60 porque ahora tengo 62, lo encuentro injusto”.* Mujer, 62 años, Providencia.

Tema 6. Falta de equipamiento odontológico en APS

Síntesis: Brechas de equipamiento/tecnología que reducen la capacidad diagnóstica y resolutoria de los equipos.

Cita ilustrativa (anonimizada): *“Me dijeron que en este CESFAM no hay equipo para la radiografía; tenía que ir a otro lado, que sale 6.000 la radiografía en el centro privado; pero me complica porque yo y mi esposa estamos cesantes”.* Hombre, 55 años, Lampa.

Tema 7. Horarios de atención incompatibles con la jornada laboral

Síntesis: Horarios que limitan el acceso de personas trabajadoras, dificultando controles y tratamientos.

Cita ilustrativa (anonimizada): *“Si pido permiso en la pega, pierdo el día; o llego y ya no hay horas disponibles”.* Mujer, 29 años, Providencia.

Nota metodológica: Las citas se presentan de forma ilustrativa y anonimizada (sexo, edad, comuna) para resguardar la confidencialidad; representan contenidos emergentes del análisis temático del Nivel 1.



Resultados Nivel 2

Estudiantes salud pública

Participaron más de 70 estudiantes organizados en grupos. A cada grupo se le presentaron los 7 problemas de salud detectados en el Nivel 1 (comunas visitadas). Cada equipo debía proponer soluciones pertinentes y justificarlas en una breve exposición.

1) Problema de salud: Espera para prótesis en nivel secundario (1–3 años)

Propuesta de los estudiantes de Salud Pública: Convenios FONASA para ampliar la oferta y reducir los tiempos de espera en rehabilitación protésica.

Comentario en la exposición de los estudiantes: *“Se busca fortalecer la colaboración con el sector privado, a través de convenios con Fonasa, para ampliar la oferta de servicios y reducir los tiempos de espera.”*

2) Problema de salud: Ausencia de especialistas en CESFAM: derivación y gasto de bolsillo

Propuesta de los estudiantes de Salud Pública: Aumentar la creación de Centros de Especialidades Odontológicas en más comunas, como paso intermedio entre el CESFAM (atención primaria) y los hospitales (atención secundaria).

Comentario en la exposición de los estudiantes: *“Es importante ya que muchas veces las personas no tienen los recursos... por lo que al no tener especialistas perjudicaría su salud.”*

3) Problema de salud: Horarios de atención poco compatibles con personas trabajadoras

Propuesta de los estudiantes de Salud Pública: Extender horarios (tarde/noche y fines de semana) y articular con empleadores (permisos/flexibilidad) para facilitar la asistencia.

Comentario en la exposición de los estudiantes: *“La gente tiene que postergar los tratamientos... Extender horario de atención.” “En el trabajo se ofrece flexibilidad y permisos laborales con los que se pueden asistir a la atención odontológica.”*

4) Problema de salud: Alto costo del sistema privado (tratamientos fuera de cobertura son prohibitivos)

Propuesta de los estudiantes de Salud Pública: Ampliar la cobertura financiera (convenios/compras estratégicas) para reducir el gasto de bolsillo.

Comentario en la exposición de los estudiantes: *“Es importante porque al ser prohibitivos los tratamientos dentales fuera de cobertura pública, las personas no podrán realizarse sus tratamientos...”*

5) Problema de salud: Escaso conocimiento de programas/beneficios FONASA en CESFAM

Propuesta de los estudiantes de Salud Pública: Campañas multicanal y material informativo en CESFAM, con medición del impacto (encuestas y % de uso de beneficios).

Comentario en la exposición de los estudiantes: *“Promover a través de redes sociales, televisión, afiches y carteles los programas gratuitos...” “Con encuestas para saber si les han servido las campañas informativas y al notar un mayor flujo de personas con conocimiento de sus beneficios de FONASA.”*

6) Problema de salud: Falta de equipamiento odontológico en CESFAM (diagnóstico/resolutividad)

Propuesta de los estudiantes de Salud Pública: Dotar a la APS de imagenología y equipamiento básico para mejorar el diagnóstico y la resolución clínica.

Comentario en la exposición de los estudiantes. *“Necesaria para hacer diagnósticos y exámenes orales, que nos lleve a una mejor resolución.”, “Invertir más dinero.”*

7) Problema de salud: Conductas aprendidas no se traducen en mejor estado dental (niñez/adolescencia)

Propuesta de los estudiantes de Salud Pública: Refuerzo escolar y familiar de hábitos (educación práctica, seguimiento), apoyándose en programas escolares.

Comentario en la exposición de los estudiantes. *“Las estrategias de prevención no están siendo efectivas, ya que las caries siguen altamente prevalentes.” “Programa como Sembrando Sonrisas.” “Mediante una charla con el paciente en el que se le informe sobre hábitos de higiene y sus beneficios.”*

Resultados Nivel 2

Académicos Odontología U. Finis Terrae

A diferencia de Estudiantes – Salud Pública III, que priorizaron soluciones inmediatas de acceso (horarios, difusión, equipamiento básico), el grupo de académicos puso el foco en gobernanza, control de calidad, paquetización y factibilidad financiera-organizacional. Sus propuestas complementan las de estudiantes al precisar estándares, contralorías, métricas y escalamiento para 2026–2030.

1) Problema de salud: Espera para prótesis en nivel secundario (1–3 años)

Propuesta de los académicos: Programa nacional de prótesis con contraloría clínica y de laboratorio, con paquetización por grupos etarios/riesgo, garantías de ajuste/rehabilitación y registro obligatorio de resultados (uso a 6–24 meses). Laboratorios y “dentistas contralores/revisores” como parte del modelo.

Comentario en la exposición de los académicos: *“El 90% de las prótesis no la usaba nadie después de dos años... por eso requiere dentistas contralores y dentistas revisores.” “En hospitales con laboratorio dental contratado, el laboratorista actúa como contralor y rechaza impresiones que no cumplen.”*

2) Problema de salud: Ausencia de especialistas en CESFAM - derivación y gasto de bolsillo

Propuesta de los académicos: Centros de Especialidades Odontológicas comunales/intercomunales como nivel intermedio entre APS y hospitales; reponer el sistema de becados primarios (con devolución en regiones) y convenios público-privados/universidades para estabilizar dotación.

Comentario en la exposición de los académicos: *“Reponer sistema de becados primarios... colegas que luego devuelven en regiones.” “Facilitar cooperación a través de convenios público-privados con universidades.”*

3) Problema de salud: Horarios de atención poco compatibles con personas trabajadoras

Propuesta de los académicos: Reprogramación sin más horas contratadas: desplazar cierres (hasta 21:00) urgencia desde 07:00, y sábado 09:00–14:00; implementación gradual con diálogo sindical y seguimiento estadístico por consultorio.

Comentario en la exposición de los académicos. *“Modificar el horario... en vez de que parta a las 5:30, hasta las nueve... el sábado de nueve a dos... no implica más recursos; sí dialogar con los sindicatos.” “A través del sistema de estadísticas y metas propuestas por consultorios.”*

4) Problema de salud: Alto costo del sistema privado (tratamientos fuera de cobertura son prohibitivos)

Propuesta de los académicos: Incluir prestaciones odontológicas en FONASA con aranceles de referencia y paquetización de tratamientos; componente financiero/crediticio regulado (evitar caída por falta de crédito) y compras estratégicas con estándares.

Comentario en la exposición de los académicos: *“Incluir prestaciones odontológicas en FONASA.” “La paquetización... funciona.” “Al momento de pedir que BancoEstado se pusiera con los créditos, se acabó todo.”*

5) Problema de salud: Escaso conocimiento de programas/beneficios FONASA en CESFAM

Propuesta de los académicos: Estrategia de comunicación con metas (alcance/recordación/uso) y tablero de seguimiento; reforzar registro y trazabilidad del impacto por establecimiento.

Comentario en la exposición de los académicos: *“A través del sistema de estadística, con metas propuestas por consultorios.” “No se registra la estadística, entonces también...”*

6) Problema de salud: Falta de equipamiento odontológico en CESFAM (diagnóstico/resolutividad)

Propuesta de los académicos: Definir un mínimo común denominador tecnológico (p. ej., radiografía intraoral en APS y panorámica a nivel comunal), mantención planificada e interoperabilidad; el consultorio como contralor técnico.

Comentario en la exposición de los académicos: *“Establecer un mínimo común denominador tecnológico... la radiografía es uno de esos fijos.” “El consultorio podría actuar como contralor pidiendo la radiografía al paciente.”*

7) Problema de salud: Conductas aprendidas no se traducen en mejor estado dental (niñez/adolescencia)

Propuesta de los académicos: Paquetes preventivos escolares auditables (cepillado supervisado, barniz/sellantes según riesgo) con metas y evaluación de impacto; enfoque territorial y dispositivos de atención donde está la población.

Comentario en la exposición de los académicos: *“Muchos niños pierden dientes prematuramente...” “Hay que ir donde está la persona que lo necesita, no esperar que venga.”*

Resultados Nivel 3

Panel de expertos

Encuesta pre-sesión presencial

Nivel 3 – Panel de Expertos (Encuesta previa, 17 de 22; 77,3 %)

Antes de la sesión presencial del 29/08/2025 se aplicó una encuesta con escala Likert 1–5 (acuerdo y factibilidad) y preguntas abiertas para recoger justificaciones, condiciones habilitantes y riesgos. A continuación, se presentan solo los resultados de la pre-encuesta.

1) Propuesta:

Creación de PAD Dental para prótesis removibles

Acuerdo: Mediana 5,0 (IQR 2,0); %4–5 = 70,6 % (n=17)

Factibilidad: Mediana 4,0 (IQR 1,0); %4–5 = 58,8 % (n=17)

Comentarios abiertos (temas + citas):

Control y calidad como condición de éxito: “Requeriría de muchas auditorías.”

Sustentabilidad financiera del PAD: “Que exista un correcto análisis económico.”

2) Propuesta:

Aumento de odontólogos especialistas en CESFAM

Acuerdo: Mediana 3,0 (IQR 3,0); %4–5 = 47,1 %

Factibilidad: Mediana 3,0 (IQR 1,0); %4–5 = 17,6 %

Comentarios abiertos (temas + citas):

Valor sanitario percibido: “me parece importante”

Impacto esperado en resolutiveidad: “Ayudaría mucho, mejor resolutiveidad”

3) Propuesta:

Modificar horario de atención dental en CESFAM (incluye sábados y domingos)

Acuerdo: Mediana 5,0 (IQR 1,0); %4–5 = 76,5%

Factibilidad: Mediana 4,0 (IQR 1,0); %4–5 = 52,9 %

Comentarios abiertos (temas + citas):

Ajuste concreto y prioritario: “sábados creo que, de todas maneras.”

Exigencia de evidencia y monitoreo: “No hay muchos estudios que avalen esta propuesta.”

Operación sin ampliar jornada total: “aumentaría al menos el sábado, dejaría en domingo para ordenar y esterilizar”

4) Propuesta:

Otorgar bonificaciones vía Fonasa o Isapre para todas las acciones odontológicas

Acuerdo: Mediana 5,0 (IQR 0,0); %4–5 = 88,2 %

Factibilidad: Mediana 3,0 (IQR 3,0); %4–5 = 35,3 %

Comentarios abiertos (temas + citas):

Gestión de riesgos financieros: “Requiere de un correcto análisis de siniestralidad y copagos”

Viabilidad fiscal y política: “Me encantaría, pero no sé si está la disposición para financiar esto”

5) Propuesta:

Estrategia nacional de promoción y prevención de salud bucal (curso de vida)

Acuerdo: Mediana 5,0 (IQR 1,0); %4–5 = 82,4 %

Factibilidad: Mediana 4,0 (IQR 1,0); %4–5 = 76,5 %

Comentarios abiertos (temas + citas):

Prioridad país clara: “super de acuerdo”

Pertinencia y necesidad: “me parece muy necesario y relevante”

Visibilizarían y cambio cultural: “Esto es básico, y responde a ser capaces de visibilizar esta realidad.”

6) Propuesta:

Estándar mínimo de equipamiento odontológico en APS (incluye radiografía)

Acuerdo: Mediana 4,0 (IQR 2,0); %4–5 = 64,7%

Factibilidad: Mediana 4,0 (IQR 2,0); %4–5 = 64,7 %

Comentarios abiertos (temas + citas):

Necesidad clínica vs. financiamiento: “Muy necesario, pero implementación más compleja por financiamiento”

Capacidad diagnóstica mínima en APS: “mínimo que se puedan tomar las radiografías necesarias para la atención en APS”

7) Propuesta:

Aplicar Programa CERO directamente en jardines, escuelas y liceos

Acuerdo: Mediana 5,0 (IQR 1,0); %4–5 = 76,5 %

Factibilidad: Mediana 4,0 (IQR 2,0); %4–5 = 52,9 %

Comentarios abiertos (temas + citas):

Acceso y oportunidad en la comunidad educativa: “mejora la atención oportuna y acceso” Rol de cuidadores y familia: “¿cuál sería el rol de los padres/cuidadores y de la familia?”

Clave intersectorialidad Salud–Educación: “La integración intersectorial Salud–Educación es clave y estratégico para un abordaje de curso de vida.”

Ranking de la pre-encuesta

Top-3 en acuerdo (Likert % 4–5)

Bonificaciones Fonasa/Isapre — 88,2 %

Estrategia nacional de promoción-prevención — 82,4 %

(Empate) Modificación de horarios — 76,5 %

(Empate) Programa CERO en jardines/escuelas/liceos — 76,5 %

Top-3 en factibilidad (Likert % 4–5)

Estrategia nacional de promoción-prevención — 76,5 %

Estándar mínimo de equipamiento en APS — 64,7 %

PAD de prótesis removibles — 58,8 %

Resultados Nivel 3

Panel de expertos

Sesión presencial

Nivel 3 – Panel de Expertos (Sesión presencial, 29/08/2025)

Esta síntesis recoge solo la discusión en sala (posterior a la pre-encuesta: 17 respuestas de 22 invitados/as). Se mantuvo el enfoque por propuesta, explicitando acuerdos/énfasis de la sesión, puntos en discusión/condiciones y citas textuales (entre comillas).

1) Propuesta: Creación de PAD Dental para prótesis removibles

Acuerdos / énfasis de la sesión

Usar lo ya existente en MLE (código vigente) y ajustar coberturas (FONASA) para acelerar acceso. Explorar GES (garantía explícita) como vía estructural, con criterios y auditoría. Considerar el envejecimiento poblacional y las limitaciones de infraestructura y RR.HH. al definir el alcance.

Puntos en discusión y condiciones

Viabilidad administrativa/financiera (copagos bajos, costo-efectividad).
Contraloría clínica y de laboratorio como requisito (seguimiento y ajustes).
Resolver brechas legales/administrativas para que las garantías se ejecuten “en la práctica”.

Citas del panel

“En el área privada ya existe el código... trabajar sobre ese código que ya existe... mejorar la cobertura financiera para el área privada.”

“Quizás... ponerlo como una garantía explícita (GES)”

“Económica y técnicamente más viable... mejorar la cobertura complementaria.”

2) Propuesta: Aumento de odontólogos especialistas en CESFAM

Acuerdos / énfasis de la sesión

Aumentar especialistas con criterio, según listas de espera y resolutivead real.

Valorar asignaciones y condiciones para atraer/retener especialistas y asegurar calidad.

Alternativa organizacional: centros comunales/intercomunales de especialidades (dispositivo distinto al CESFAM).

Puntos en discusión y condiciones

Evitar fragmentación de la APS; fortalecer al profesional integral.

Financiar APS y optimizar horas/sillones antes de sumar nuevas líneas.

Priorizar especialidades con mejor evidencia de costo-efectividad.

Citas del panel

“Yo estaría de acuerdo con aumentarlo, pero con criterio.”

“Es totalmente posible... aseguremos la calidad... y pagar como especialistas.”

“La fragmentación de la APS es uno de sus grandes enemigos.”

3) Propuesta: Modificar horario de atención dental en CESFAM (incluye sábado/domingo)

Acuerdos / énfasis de la sesión

Medida territorial y gradual, posible sin aumentar jornada total (reorganización).

Útil para personas trabajadoras y para mejor uso de equipamiento.

Puntos en discusión y condiciones

Requiere soporte normativo (p. ej., resolución/decreto) y resguardo laboral.

Monitoreo de demanda real y calidad.

Citas del panel

“Una medida que no requiere presupuesto... se puede hacer mediante decreto... respetando las normas laborales.”

“Los usuarios estaban felices... mejor tiempo, al abrir fines de semana”

4) Propuesta: Otorgar bonificaciones vía FONASA/Isapre para acciones odontológicas

Acuerdos / énfasis de la sesión

Prioridad alta en acceso financiero, pero con riesgo fiscal/político si no se diseña bien.
Opción de vinculación público-privada con estándares del modelo APS.

Puntos en discusión y condiciones

Definir foco estratégico (GES vs. reforzar APS vs. vínculo público-privado) ante recursos limitados.
Alinear compras/licitaciones con costos “razonables” y control de calidad.

Citas del panel

“Los recursos no van a dar para poder cubrirlo todo.”

“Vincular al sector privado con el mismo modelo de producción de la APS.”

5) Propuesta: Estrategia nacional de promoción y prevención (curso de vida)

Acuerdos / énfasis de la sesión

Instalar vigilancia y diagnóstico periódico de salud bucal como piso de política.
Abogacía y comunicación en simple para posicionar salud bucal en el debate público.

Puntos en discusión y condiciones

Financiar y ejecutar encuestas nacionales con regularidad; articular MINSAL–
Academia.

Intersectorialidad (educación/municipios/programas escolares).

Citas del panel

“Lo primero... periodicidad en el diagnóstico de salud bucal.”

“Lo recomendado por la OMS es tener la encuesta cada cinco años.”

“Hay que hablar en simple y salir a comunicar.”

6) Propuesta: Estándar mínimo de equipamiento odontológico en APS (incluye radiografía)

Acuerdos / énfasis de la sesión

Aumentar capacidad diagnóstica y mantención; usar mejores equipos de mayor calidad. Equipamiento como habilitante de oportunidad y calidad.

Puntos en discusión y condiciones

Ponderar costos y plan de mantención; interoperar con red comunal. Ajuste a realidad local (brechas de sillones, tiempos y materiales).

Citas del panel

“Con un sillón ... los usuarios estaban felices... mayor acceso a prestaciones.” “La mantención... no existe dentro de las prestaciones y es clave.”

7) Propuesta: Aplicar Programa CERO directamente en jardines, escuelas y liceos

Acuerdos / énfasis de la sesión

Territorializar acciones preventivas y aprovechar dispositivos educativos. Respalda con datos y coordinación con Educación.

Puntos en discusión y condiciones

Definir rol de cuidadores/familias
Integrar con calendarios escolares y evaluación periódica.

Citas del panel

“Si se requiere mejor cobertura usuaria... abrir el CESFAM fin de semana, apoya atención a estudiantes de cuarto medio”

Énfasis transversales de la sesión

Priorizar con evidencia y costo-efectividad, cuidando la calidad (contraloría, mantención). No fragmentar APS: fortalecer dispositivos y, cuando corresponda, centros comunales de especialidades.

Incidencia pública: instalar salud bucal en presupuesto y programas presidenciales, con mensajes en simple y métricas visibles.



Resultados proceso de revisión

Nivel 3 - 2 - 1

Resultados generales del proceso de revisión (Niveles 3–2–1)

Nivel 3 – Expertos

Recibieron el borrador con las 7 propuestas y realizaron revisión técnica (incluidas anotaciones en Word). El foco estuvo en factibilidad, gobernanza y anclaje normativo: (i) mantener la identidad APS evitando fragmentación por especialidades; (ii) centros de especialidades odontológicas municipales como dispositivo intermedio (idealmente con laboratorio de prótesis); (iii) cobertura protésica con contraloría de uso (seguimientos 3–6–12 meses); (iv) radiografía intraoral en todos los CESFAM como estándar exigible y registro clínico interoperable; (v) horarios extendidos graduales con costos explícitos. Hubo alto acuerdo con los 7 ejes; los ajustes apuntan a implementar con calidad y control, no solo a ampliar volumen.

Nivel 2 – Académicos/estudiantes (Gestión Odontológica 5º año)

Se representaron los problemas del Nivel 1 y se solicitaron soluciones. Convergieron con las 7 propuestas del borrador, aportando lenguaje claro, ejemplos de implementación, ideas de comunicación (campañas, branding) y medición de impacto (encuestas de uso/beneficios). Sin cambios estructurales: reforzaron convenios Fonasa/MLE, centros de especialidades comunales, extensión horaria, equipamiento básico (rayos X) y prevención/escuela.

Nivel 1 + validación con vecinos de Lampa/Batuco

Validaron el diagnóstico y priorizaron soluciones prácticas. Mensajes más reiterados: (i) rayos X en CESFAM para diagnóstico “real” y menor derivación; (ii) educación e higiene continua en jardines y escuelas; (iii) prótesis con control para que se usen y duren; (iv) horarios compatibles (tarde/sábado) para personas trabajadoras; (v) información simple sobre beneficios Fonasa

7 Propuestas finales Diálogos Participativos

Nº1 Protección financiera y expansión de cobertura en salud bucal

N.º 2. Aumento de resolutivez en APS y fortalecimiento y articulaci3n de una red de centros de especialidades odontol3gicas

N.º 3. Rehabilitaci3n prot3sica como derecho garantizado

N.º 4. Plan nacional de promoci3n y prevenci3n en salud bucal durante el curso de vida

N.º 5. Escuelas que Sonr3en — Est3ndar escolar de salud bucal (jardines, escuelas y liceos)

N.º 6. Est3ndar de equipamiento esencial y registro cl3nico interoperable en APS

N.º 7. Acceso territorial y horarios compatibles de atenci3n odontol3gica

N. °1 - Protección financiera y expansión de cobertura en salud bucal

La salud bucal en Chile concentra un alto gasto de bolsillo, convirtiéndose en barrera de acceso e inequidad. Con alrededor del 87 % de la población adscrita a Fonasa, la cobertura odontológica sigue marginal y fragmentada, empujando a muchos usuarios a financiar de su bolsillo o endeudarse para resolver necesidades básicas.

Ejes de la propuesta

- Protección financiera y metas de reducción del gasto de bolsillo: Reconocer el componente odontológico del gasto de bolsillo en la política sanitaria e instalar metas nacionales de disminución, integrando indicadores de equidad en salud bucal.
- Ampliación gradual de la Modalidad Libre Elección (MLE): Incorporar progresivamente más prestaciones en el catálogo de Fonasa, priorizando por listas de espera, carga de enfermedad y costo-efectividad (p. ej., rehabilitación protésica, endodoncia y acciones preventivas).
- Incentivar el enrolamiento de prestadores (aranceles de referencia competitivos, pago oportuno y apoyo administrativo) con auditoría clínica y desincentivos a sobretratamientos.
- Alianzas público–privadas y universitarias: Suscribir convenios entre Fonasa, Servicios de Salud/municipios, universidades y prestadores privados, aprovechando la capacidad instalada (clínicas universitarias) bajo estándares únicos de calidad y condiciones laborales dignas.
- Compra pública odontológica con foco y control: Perfeccionar los mecanismos existentes de compra (Servicios de Salud/Municipios), avanzando a paquetes por resultados y evaluación periódica (12–24 meses), con Fonasa en rol de asegurador.
- Orientar la compra a listas de espera, rehabilitación integral y prevención en grupos prioritarios, con transparencia de aranceles y tiempos de espera por territorio.

N.º 2. Aumento de resolutivez en APS y fortalecimiento y articulaci3n de una red de centros de especialidades odontol3gicas

La APS es la puerta de entrada del sistema. En odontología, elevar su resolutivez no implica convertir los CESFAM en hospitales, sino reforzar el modelo familiar comunitario y articular una red de especialidades cercana al territorio que complemente (no reemplace) al equipo general.

Ejes de la propuesta

- Especialistas en APS (ampliar lo vigente, sin fragmentar): Ampliar refuerzos/PRAPS en áreas críicas (endodoncia, periodoncia, prótesis, odontopediatría y cirugía menor), con cupos definidos por listas de espera, carga de enfermedad y riesgo. Los especialistas complementan la atención integral del CESFAM.
- Red de Centros de especialidades odontol3gicas como dispositivo inter/comunal: Fortalecer y articular centros de especialidades municipales/intermunicipales para absorber derivaciones y acercar la atención secundaria. Requisito funcional: laboratorio de prótesis integrado y radiografía panorámica comunal/intercomunal.
- Gestión por riesgo y continuidad de cuidados: Priorización y seguimiento activo (recalls, tele odontología, odontom3viles) con metas por ciclo vital para escolares, jóvenes, personas mayores y grupos de alto riesgo; menos urgencias, más prevención y controles.
- Coordinaci3n y trazabilidad de la red: ruta única de derivaci3n y lista de espera interoperable, enlazadas a historia clínica electr3nica con imágenes y registro compartido (coherente con la Propuesta 6), para priorizar y evitar pérdidas de seguimiento.
- Resguardo de la identidad APS: Mantener el enfoque familiar–comunitario y el trabajo interdisciplinario como núcleo de la resolutivez. Cartera acorde a normativa: procedimientos complejos se realizan en centros de especialidad odontol3gica/hospital.

N.º 3. Rehabilitación protésica como derecho garantizado

La rehabilitación protésica impacta nutrición, autoestima, empleabilidad y calidad de vida. Con Copago Cero en la red pública, la principal brecha hoy es capacidad/oferta y tiempos de espera. Esta propuesta transforma la prótesis desde “bien de consumo” a derecho garantizado, con gradualidad, foco en vulnerabilidad y calidad/uso efectivo.

Ejes de la propuesta

- Ruta a garantía explícita (GES) y priorización: Avanzar a GES para prótesis removibles, priorizando personas ≥ 65 años y dentición no funcional; mientras se implementa, usar MLE como válvula de expansión donde la oferta pública no alcance.
- Red de provisión articulada (sin fragmentar APS): Diagnóstico/priorización en CESFAM (enfoque familiar-comunitario) y instalación/ajustes en Centros de Especialidades Odontológicas; integrar clínicas universitarias y prestadores MLE bajo un mismo estándar técnico y registro interoperable (vínculo propuesta. 6).
- Calidad técnica y contraloría de uso: Laboratorios acreditados, guías de práctica, garantía mínima 24 meses y controles a 3–6–12 meses con obligación de ajuste; auditoría clínica muestral y rol de dentista contralor para asegurar uso real (evitar “prótesis de velador”).
- Protección financiera y transparencia (contextualizada): Red pública (MAI): Copago Cero vigente - foco en reducir tiempos y mantener continuidad. MLE: topes de copago y subsidios focalizados para vulnerabilidad; publicación de aranceles y tiempos de espera por territorio en tablero público.
- Compra por paquetes con pago por resultados: Fonasa como asegurador y Servicios/Municipios como compradores: paquetes integrales (diagnóstico - confección - instalación - ajustes/controles) con pagos condicionados a hitos de calidad y uso a 12 meses.

N.º 4. Plan nacional de promoción y prevención en salud bucal durante el curso de vida

La prevención sostenida reduce desigualdades, evita tratamientos de alto costo y descomprime el nivel secundario. No partimos de cero: el plan ordena, estandariza y escala lo ya existente (acciones APS/GES, Sembrando Sonrisas, PRAPS e iniciativas escolares/ municipales), focalizando recursos según riesgo y territorio.

Ejes de la propuesta

- Consolidación sin duplicación (2026–2030): Estándar nacional con check lists por ciclo vital y financiamiento basal en APS; metas anuales e instalación guiada en comunas rezagadas.
- Primera infancia y etapa escolar (prioridad): Cepillado supervisado, kits de higiene y barniz/ sellantes según riesgo con tamizajes periódicos; entornos protectores (kioscos saludables y control de venta “alto en azúcares” en accesos escolares); integración curricular y vínculo operativo con la Propuesta 5 (Escuelas que Sonríen).
- Adolescencia y personas adultas: Controles preventivos integrados a chequeos de salud; consejería breve (tabaco, alcohol, azúcares); tramos horarios compatibles para trabajadores; derivación temprana por riesgo (gestantes, diabetes, discapacidad).
- Personas mayores: Prevención de pérdida dentaria; cuidado de prótesis e higiene de dispositivos; tamizaje de nutrición, deglución y xerostomía/polifarmacia con derivación oportuna.
- Gestión por riesgo y continuidad de cuidados (coherente con Prop. 2): Priorización y seguimiento activo (recalls), Teleodontología y móviles selectivos para ruralidad/aislamiento; metas por ciclo vital (escolar, jóvenes, crónicos y mayores).
- Datos y transparencia (aprovechando sistemas existentes): Registro clínico interoperable con módulos odontológicos (imágenes, derivaciones, recall); tablero público por territorio y periodicidad de mediciones nacionales en salud bucal para decisión y mejora continua.

N.º 5. Escuelas que Sonríen — Estándar escolar de salud bucal (jardines, escuelas y liceos)

Iniciativa técnica y exigible que no crea programas paralelos: ordena, estandariza y escala lo vigente (APS/GES, Sembrando Sonrisas, JUNAEB e iniciativas municipales), con foco en vulnerabilidad y reducción de caries.

Ejes de la propuesta

- Marco técnico y financiamiento basal (2026–2030): Norma MINSAL–MINEDUC con acciones mínimas por nivel educativo y financiamiento estable por matrícula; metas anuales y acompañamiento técnico a comunas rezagadas.
- Paquete escolar estandarizado (según riesgo): Cepillado supervisado y kits; barniz/sellantes según riesgo; tamizajes periódicos y derivación oportuna.
- Currículo integrado y cultura escolar: La educación en salud bucal se inserta en asignaturas existentes sin sobrecargar aulas: en Ciencias se trabajan biofilm, azúcares y rol del flúor; en Lenguaje/Historia hábitos, derechos en salud y lectura crítica de publicidad; en Matemática porciones, % diario y “azúcares ocultos” a partir de etiquetas; en Tecnología/Artes proyectos y campañas (afiches, videos, podcast); y en Educación Física hidratación con agua y colaciones saludables. Todo se implementa con guías docentes, clases tipo y rúbricas de evaluación.
- Entornos protectores y normativa alimentaria: Refuerzo de kioscos saludables, agua disponible y control de oferta “alto en azúcares” en accesos (aprovechando normativa vigente).
- Operación con la red pública de salud: Equipo APS–escuela con metas por ciclo vital; operativos en horario escolar/extendido; Teleodontología y móviles selectivos para ruralidad/aislamiento; priorización por riesgo individual y brecha territorial.
- Datos y mejora continua (sin sistemas nuevos): Registro clínico interoperable.

N.º 6. Estándar de equipamiento esencial y registro para mayor resolutivez en APS

Modernizar “lo justo y necesario” para resolver más en el primer nivel, con foco en radiografía y registro trazable. Soporta directamente las propuestas 2 (resolutivez), 3 (rehabilitación) y 5 (escuela).

Ejes de la propuesta

- Radiografía básica en cada CESFAM: Radiografía intraoral digital (sensor o placa de fósforo) con monitor clínico adecuad, Capacitación del equipo en toma, interpretación y protección radiológica.
- Imagen panorámica en centros de especialidades municipales.
- Al menos 1 por red comunal/intercomunal para cirugía menor, exodoncias complejas y evaluación según indicación.
- Historia clínica electrónica con imágenes adjuntas, procedimiento realizado, agenda y lista de espera compartida para derivación oportuna.
- Mantenimiento y disponibilidad de equipos.
- Plan anual de mantención (sillones, compresores, bombas, autoclaves, rayos X), repuestos críticos a nivel regional y tiempo máximo de reparación <72 h.
- Unidades móviles conectadas a la red (piloto): Odontomóviles con sillón y rayos X como extensión de la APS en zonas rurales/aisladas. Piloto en 2 regiones con flujo digital e impresión 3D para prótesis, coordinado con centros de especialidades municipales y clínicas universitarias, para acortar tiempos de entrega en territorios con mayor brecha.

N.º 7. Acceso territorial y horarios compatibles de atención odontológica

Acercar la atención a trabajadores, cuidadores y zonas rurales/aisladas sin desnaturalizar el rol del consultorio de salud familiar (CESFAM): flexibilidad real, uso eficiente de la capacidad instalada y continuidad del cuidado.

Ejes de la propuesta

- Horarios extendidos según demanda local: Apertura 2–3 días por semana hasta las 22:00 y sábado AM/PM, definidos con datos de uso y estacionalidad. Prioridad a reordenar turnos (desplazar jornada) antes de sumar nuevas horas. Evaluación trimestral de ocupación, ausentismo y costo por atención para ajustar.
- Agendamiento simple y cupos protegidos: Franjas (tarde/noche/sábado), confirmación por mensajería y llamadas a personas mayores, re-agendamiento sin fricción, horas exprés para controles preventivos y ajustes de prótesis. contactabilidad proactiva de listas de espera.
- Puntos móviles en el territorio: Rondas mensuales de unidades odontológicas en localidades apartadas, ferias y sedes vecinales, con calendario público. Coordinación con centros de especialidades comunales para referencia y contrarreferencia.
- Teleodontología para priorizar y dar continuidad: Preclasificación a distancia, educación y seguimiento post procedimiento; integración con ficha electrónica e imágenes clínicas para asegurar trazabilidad.
- Pertinencia y accesibilidad: Tramos pensados para cuidadores y personas con discapacidad; información en lenguaje simple, señalética clara, accesibilidad física y opción de intérprete cuando corresponda.
- Comunicación pública simple: Calendario mensual de atenciones extendidas en web municipal, radios locales, juntas de vecinos y escuelas; recordatorios automatizados y número único de contacto para confirmaciones y cambios.

Referencias

Carvajal, P. (2016). *Enfermedades periodontales como un problema de salud pública: el desafío del nivel primario de atención en salud*. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 9(2), 177–183. <https://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.001>

Cárcamo, M., Oporto, V., & Bustos, L. (2016). *Desigualdades en salud bucal en Chile: diagnóstico y desafíos*. *Revista Chilena de Salud Pública*, 20(1), 9–15. <https://revistaschilenas.uchile.cl/handle/2250/78042>

CEVEO. (2022). *Plan Nacional de Salud Oral en Personas Mayores*. *Centro de Evaluación de Evidencia Odontológica*. <https://ceveo.cl/noticias/2022/Plan-Nacional-Salud-Oral-en-Personas-Mayores.html>

Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Bucal. (2021, diciembre). *Plan Nacional de Salud Bucal 2021–2030*. Gobierno de Chile. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/PLAN-NACIONAL-DE-SALUD-BUCAL-2021-2030.pdf>

ChileAtiende. (2024). *Pago Asociado a un Diagnóstico (PAD de Fonasa)*. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/38457-pago-asociado-a-un-diagnostico-pad-de-fonasa>

Colegio de Cirujano Dentistas de Chile. (2025, abril 17). *Colegio propuso plan integral para reducir listas de espera odontológicas ante comisión investigadora*. <https://www.colegiodentistas.cl/inicio/2025/04/17/colegio-propuso-plan-integral-para-reducir-listas-de-espera-odontologicas-ante-comision-investigadora>

Cordero, M., Rojas, C., & Paraje, G. (2022). *Determinantes de la pérdida de dientes anteriores en adultos chilenos: datos de la Encuesta Nacional de Salud de Chile 2016–2017*. *Community Dental Health Journal*. <https://www.cdjournal.org/article/867-determinantes-de-la-p-rdida-de-dientes-anteriores-en-adultos-chilenos-datos-de-la-encuesta-nacional-de-salud-de-chile-2016-2017>

Danke, K. (2024). *Evaluación del acceso y utilización de la garantía explícita en salud n.º 47 salud oral integral del adulto de 60 años (GES 60)*. Repositorio UChile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/205078>

Danke, K., Werlinger, F., Jara, G.; Gamonal, J. (2022). *Salud oral integral para adultos de 60 años: un análisis territorial de su cobertura a 12 años de su implementación*. Revista Chilena de Salud Pública, 25(2), 163–173.

Figuroa, C., Aránguiz, M., & Cordero, M. (2020). *Prevalencia de periodontitis en adultos chilenos: análisis de datos secundarios de la ENS*. Revista de Salud Pública de Chile, 24(1), 55–62.

Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2024). *Bonos PAD*.

Gasner, N. S., & Schure, R. S. (2025). *Periodontal disease*. StatPearls Publishing.

Gobierno de Chile. (2024). *Más Sonrisas para Chile: Acceso a salud bucal para mujeres*. <https://www.gob.cl/noticias/mas-sonrisas-para-chile>

Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. (2022). *World Health Organization*.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2011a). *Informe consolidado del diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en educación parvularia, Chile 2007–2010*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2007). *Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del niño de 6 años*. Santiago, Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016–2017: Primeros resultados*. División de Planificación Sanitaria. <https://www.minsal.cl/portal/617/w3-article-15144.html>

Ministerio de Salud de Chile. (2018). *Encuesta Nacional de Salud 2016–2017: Resultados nacionales*. Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/encuesta-nacional-de-salud-2016-2017/>

Ministerio de Salud de Chile. (2019). *Encuesta Nacional de Salud Bucal en Preescolares: Resultados Nacionales*. Departamento de Salud Bucal, MINSAL.

Ministerio de Salud de Chile. (2022). *Programa Nacional de Salud Bucal*. <https://www.minsal.cl/saludbucal>

Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2025). *Glosa 06: Lista de espera no GES y garantías de oportunidad GES retrasadas (Informe con corte diciembre de 2024)*. Gobierno de Chile / Cámara de Diputados.

Ministerio de Salud de Chile – DIPRECE. *Atención odontológica – Programas de salud bucal*. <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-a-la-comunidad-salud-bucal/atencion-odontologica/>

Ministerio de Salud de Chile – DIPRECE. *Programa de Mejoramiento del Acceso a Atención Odontológica en Población Adulta*. <https://diprece.minsal.cl>

Ministerio de Salud de Chile – DIPRECE. *Salud Oral Integral para Adultos de 60 años: Descripción y Epidemiología*. <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/guias-de-practica-clinica/salud-oral-integral-para-adultos-de-60-anos/descripción-y-epidemiologia>

Morales, A., Salazar, F., & Araya, I. (2020). *Pérdida dentaria y salud bucal en adultos mayores chilenos*. *Revista Redalyc Salud Pública*, 22(3). <https://www.redalyc.org/journal/6100/610064353011>

Morales, A., Jara, G., Werlinger, F., Cabello, R., Espinoza, I., Giacaman, R., Lee, X., Carvajal, P., Arteaga, O., Cavalla, F., Corral, C., Baeza, M., Rodríguez, G., León, S., Gambetta, K.; Gamonal, J. (2020). *Sinopsis de la situación de salud oral en Chile – Parte II: Diagnósticos poblacionales de salud oral*. *International Journal of Interdisciplinary Dentistry*, 13(2), 88–94. <https://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882020000200088>

Moya, P., Vidal, C., Córdova, M., & Lisperguer, C. (2023). *Programa Población en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) en la Red de Atención Primaria, Chile, años 2017–2020*. Universidad de Tarapacá. <https://hdl.handle.net/20.500.12254/3268>

Orientaciones Técnico-Administrativas para la ejecución del programa Sembrando Sonrisas. (2019). *División de Atención Primaria / Subsecretaría de Redes Asistenciales / Ministerio de Salud de Chile*.

Pérez, G., Riquelme, M., & Villarroel, A. (2017). *Condiciones de salud bucal en adultos mayores institucionalizados en Santiago de Chile*. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Chile*, 36(2), 21–29. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/123540>

Pérez, L., Urzúa, I., & Espinoza, I. (2021). *Salud bucal en niños preescolares en Valdivia: prevalencia de caries y enfermedad periodontal*. *Journal of Oral Research*, 10(4), 1–9. https://revistas.udec.cl/index.php/journal_of_oral_research/article/view/1815

Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento, Unidad de Redes Transdisciplinarias, Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile. (2019). *Policy paper “Salud oral en personas mayores: un desafío multidimensional para Chile”* (Policy Paper N.º 2, Serie Envejecimiento). Universidad de Chile.

Sanz, M., Marco Del Castillo, A., Jepsen, S., Gonzalez-Juanatey, J. R., D’Aiuto, F., Bouchard, P., ... Dietrich, T. (2020). *Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report*. *Journal of Clinical Periodontology*, 47(3), 268–288. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13189>

Soto, L., & Tapia, R. (2007). *Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos sanitarios de salud bucal 2000–2010*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7f2e0f67ebbc1bc0e04001011e016f58.pdf>

Soto, L., Tapia, R., Jara, G., & Rodríguez, G. (2007). *Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Niño de 6 Años*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Superintendencia de Salud. (2022). *Garantías Explícitas en Salud (GES)*. Gobierno de Chile. <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-materias-fonasa/garantias-explicitas-en-salud- ges-3460/>

Superintendencia de Salud. *Salud oral integral de personas de 60 años*. Gobierno de Chile. <https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/salud-oral-integral-de-personas-de- 60-anos/>

Superintendencia de Salud. *Urgencia odontológica ambulatoria*. Gobierno de Chile. <https://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/urgencia-odontologica-ambulatoria/>

Tonetti, M. S., Jepsen, S., Jin, L., & Otomo-Corgel, J. (2017). *Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action*. *Journal of Clinical Periodontology*, 44(5), 456–462. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12732>