



966

SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

**APRUEBA PROGRAMA PREVENTIVO EN SALUD  
BUCAL EN POBLACIÓN PRE ESCOLAR EN ATENCIÓN  
PRIMARIA DE SALUD.**



EXENTA N° 07 /

SANTIAGO, - 8 ENE. 2014

**VISTO:** lo solicitado por memorando N° 16 de 2013, de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud; en los artículos 6° y 25 del decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378 y en la resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, y

**CONSIDERANDO:**

- La necesidad de reforzar y expandir el modelo de intervención preventivo promocional de salud bucal en población pre escolar, dicto la siguiente:

**RESOLUCION:**

1°.- **APRUÉBASE**, a contar de la fecha de la presente resolución, el texto del Programa Preventivo en Salud Bucal en Población Pre escolar en Atención Primaria de Salud.

2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 8 páginas, cuyo original, visado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder de la jefa de la División de Atención Primaria.

Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3°.- **REMÍTASE** un ejemplar del Programa Preventivo en Salud Bucal en Población Pre escolar en Atención Primaria de Salud, a los Servicios de Salud del país.

4°.- **DERÓGASE** la resolución N° 1.326, de 2012, del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



DR. JAIME MAÑALICH MUXI  
MINISTRO DE SALUD



**SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO**

**PROGRAMA PREVENTIVO EN SALUD BUCAL EN  
POBLACIÓN PRE ESCOLAR EN ATENCIÓN  
PRIMARIA DE SALUD**

## INDICE

I.	Antecedentes.....	2
II.	Fundamentación .....	3
III.	Propósito.....	3
IV.	Descripción del Programa .....	3
V.	Componentes.....	3
VI.	Producto Esperado .....	3
VII.	Monitoreo y Evaluación.....	4
VIII.	Indicadores y Medios de Verificación .....	5
IX.	Financiamiento.....	6
X.	Anexo.....	8



## ANTECEDENTES

Los recientes estudios representativos de la realidad nacional<sup>1,2</sup> muestran que las patologías más frecuentes en los niños son la caries, la gingivitis y las anomalías dentomaxilares, siendo la caries la más prevalente. La información disponible indica que a los 2 años el 17,52% de los niños presenta caries, aumentando esta proporción a 50,36% a los 4 años y alcanzando el 70,4% en los niños de 6 años.

Los hábitos de alimentación relacionados con el consumo de azúcar (cantidad, frecuencia o momento de consumo) son un importante factor a considerar en la etiología de la caries<sup>3</sup>, mientras que la remoción de placa es un factor importante a considerar en la prevención de caries junto con el uso de pastas fluoruradas<sup>4</sup>.

El nivel de ingresos y educación de los padres influye en el estado de salud oral de los niños, existiendo una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia de caries<sup>5</sup>. En los estudios nacionales se ha observado consistentemente una mayor prevalencia de caries en los niños de nivel socioeconómico más bajo<sup>1</sup>.

Se ha observado que los comportamientos en salud bucal dependen de la interrelación entre distintos contextos, como la familia, la comunidad, el sistema de salud y las políticas públicas<sup>6</sup>. Se recomienda que las intervenciones de promoción se realicen antes de la instalación de hábitos negativos, idealmente antes de la erupción de los primeros dientes temporales, y se mantengan durante la infancia<sup>7</sup>.

El flúor es más efectivo en la prevención de caries cuando bajos niveles de flúor son mantenidos en forma constante en la cavidad oral<sup>8</sup>. Revisiones sistemáticas indican que la fluoruración del agua y el uso de pastas dentales fluoruradas reducen sustancialmente la prevalencia e incidencia de caries dental<sup>9</sup>. Además, existe evidencia del efecto inhibitor de caries de los barnices fluorados<sup>10</sup>, siendo efectivo en la prevención y control de caries en dentición temporal.

El ambiente escolar y preescolar constituye un espacio en el cual pueden ser implementadas estrategias efectivas de promoción y prevención de la salud<sup>11</sup>. Se recomienda aplicar medidas en distinta áreas como la alimentación saludable, la infraestructura adecuada para desarrollar hábitos de higiene bucal y la incorporación de los padres en las actividades relacionadas con temas de salud<sup>12</sup>.

Durante el año 2012 se diseñó y puso en marcha el “Programa Preventivo en Salud Bucal en Población Pre-escolar en APS” para la prevención de caries y promoción de hábitos de higiene y alimentación saludables, el cual forma parte de los Programas de Reforzamiento en APS y que constituye una iniciativa intersectorial en la que participan la

<sup>1</sup> MINSAL. 2012. Informe consolidado “Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 Años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010”.

<sup>2</sup> MINSAL, Soto L, Tapia R y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. Chile, 2007.

<sup>3</sup> Moyhian P. 2005. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. Bulletin of the World Health Organization; 83(9):694-699.

<sup>4</sup> Harris R, Nicoll A, Adair P, Pine C. 2001. Risk factors for dental caries in young children: a systematic Review of literature. Community Dental Health; 21(supplement): 71-85.

<sup>5</sup> Fisher-Owens S, Gansky S, Platt L, et al. 2007. Influences on children’s oral health. A conceptual model. Pediatrics; 120(3): e510-e520.

<sup>6</sup> Barker J, Horton S. 2008. An ethnographic study of latino preschool children’s oral health in rural California: intersections among family, community, provider and regulatory sectors. BMC Oral Health

<sup>7</sup> Harrison R. 2003. Oral health promotion for high-risk children. Case studies from British Columbia. J CanDent Assoc; 69(5):292-6.

<sup>8</sup> Petersen PE. 2003. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization.

<sup>9</sup> Jones S, Burt BA, Petersen PE, Lennon MA. 2005. Uso eficaz de fluoruros en la salud pública. Bull World Health Organ, 83 (9): 670-6.

<sup>10</sup> Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. 2003. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev; issue 4.

<sup>11</sup> Petersen P, Peng B, Tai B, Bian Z and Fan M. 2003. Effect of a school based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China. Int. Dental Journal; 54(1): 33-41

<sup>12</sup> Kwan S, Petersen P, Pine C, Borutta A. 2005 Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. Bulletin of the World Health Organization; 83:677-685



Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación Integra, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) y el Ministerio de Educación.

En esa primera etapa, el programa se implementó en jardines infantiles JUNJI-INTEGRA, con aplicación de flúor tópico comunitario y entrega de set de higiene oral más sesión educativa a pre escolares de 2 a 4 años, y en Escuelas Subvencionadas, con entrega de set de higiene oral más sesión educativa a pre escolares de 4 a 5 años.

## I. FUNDAMENTACIÓN

La Estrategia Nacional de Salud bucal para el periodo 2011-2020 plantea como objetivo en Salud Bucal prevenir y reducir la morbilidad bucal en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.

En este contexto, el Programa Preventivo en Salud Bucal en población Pre escolar fue diseñado con el propósito de mejorar las condiciones de Salud Bucal de las niñas y niños pre escolares del país, debido a que la evidencia indica que la Caries Dental es la patología oral de mayor prevalencia en los niños de Chile.

## III. PROPÓSITO

El Programa Preventivo en Salud Bucal en población Pre escolar tiene como propósito reforzar y expandir el modelo de intervención preventivo promocional a nivel pre escolar, en consistencia con el lineamiento de la Estrategia Nacional de Salud Bucal para la década 2011-2020.

## IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

### Objetivo General:

Mejorar la salud bucal de la población pre escolar beneficiaria legal del Sistema Público de Salud, fomentando la promoción y prevención de la salud bucal, a través de la adquisición de herramientas para el autocuidado y la aplicación de medidas de prevención específicas.

### Objetivos Específicos:

1. Promover higiene bucal y fomentar el autocuidado en salud bucal de niñas y niños pre escolares de 2 a 5 años de edad.
2. Aumentar las acciones preventivas en salud bucal mediante la aplicación de flúor barniz comunitario en niñas y niños pre escolares de 2 a 4 años de edad.



## V. COMPONENTES

**Componente 1:** Promoción y Prevención de la salud bucal en población pre escolar.

- a. **Estrategia:** Fomento del autocuidado en salud bucal y entrega de set de higiene oral.

Consiste en la Atención Odontológica de promoción y prevención en niñas y niños de 2 a 5 años que asisten a educación pre escolar.

b. **Estrategia:** Aplicación de flúor barniz comunitario.

Consiste en la Atención Odontológica que refuerza el componente preventivo en niñas y niños de 2 a 4 años que asisten a educación pre escolar.

**VI. PRODUCTOS ESPERADOS**

- Realización de al menos una sesión educativa junto a la entrega anual de un set de higiene oral a niñas y niños de 2 a 5 años de edad beneficiarios legales que asisten a educación pre escolar. El set de higiene oral incluye una pasta de dientes con concentración de flúor para pre escolares y dos cepillos dentales de tamaño adecuado para pre escolares.
- Dos aplicaciones de flúor barniz por año a niñas y niños de 2 a 4 años de edad beneficiarios legales que asisten a educación pre escolar.

**VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficacia y eficiencia.

A continuación de acuerdo a la tabla N°1, se define la meta para este programa:

**Tabla N°1**

Componente	Estrategia	Indicador	Meta Anual	Peso Relativo en Programa
1.- Promoción y prevención de la salud bucal en población pre escolar	Fomento del autocuidado en salud bucal y entrega de set de higiene oral	(N° de sets de higiene oral entregados a niñas y niños de 2 a 5 años en año actual / N° de sets de higiene oral comprometidos a niñas y niños de 2 a 5 años en año actual) x 100	100%	50%
	Aplicación de flúor barniz comunitario	(N° de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 4 años realizadas año actual / (N° de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 4 años comprometidas año actual x 2)) x 100	100%	50%
<b>TOTAL</b>				<b>100%</b>

Nota: En el caso del flúor barniz comunitario, la meta (anual) corresponderá a la sumatoria de las dos aplicaciones anuales por niño.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:



La **primera evaluación** se efectuará con corte al 31 Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global del Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
40%	0%
Entre 35 y 39,99 %	25%
Entre 30 y 34,99 %	50%
Entre 25 y 29,99 %	75%
Menos de 25%	100%

Las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

La **segunda evaluación** y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado al 100% de las prestaciones comprometidas.

Al evaluar el cumplimiento individual de cada estrategia, se debe ponderar el peso relativo por componente, lo que constituirá el cumplimiento global del programa. En caso de que una estrategia no aplique, se deberán reponderar la que sí aplique proporcionalmente al peso relativo original, con la finalidad de obtener el cumplimiento final del programa.

## VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

### 1. Cumplimiento del Objetivo Específico

Indicador 1: **Nº de sets de higiene oral entregados**

Fórmula de cálculo:

$(\text{Nº de sets de higiene oral entregados a niñas y niños de 2 a 5 años año actual} / \text{Nº de sets de higiene oral comprometidos a niñas y niños de 2 a 5 años año actual}) \times 100$

Medio de verificación: REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.

Indicador 2: **Aplicaciones de flúor barniz comunitario**

Fórmula de cálculo:

$(\text{Nº de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 4 años realizadas año actual} / (\text{Nº de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 4 años comprometidos año actual} \times 2)) \times 100$

Medio de verificación: REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.

Asimismo, para verificar la entrega de set de higiene bucal y la aplicación de flúor barniz comunitario, se deberá enviar una nómina de registro rutificado, separado por actividad y establecimiento educacional según corresponda, al Servicio de Salud respectivo.



## IX. FINANCIAMIENTO

### ▪ Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud y establecimientos dependientes).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII de este Programa.

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje de cumplimiento global del programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
40%	0%
Entre 35 y 39,99 %	25%
Entre 30 y 34,99 %	50%
Entre 25 y 29,99 %	75%
Menos de 25%	100%

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 21 y/o 22, del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

### ▪ Establecimientos de dependencia municipal:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 03 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.





El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII de este Programa.

La tabla de descuento es la siguiente:

<b>Porcentaje cumplimiento global del Programa</b>	<b>Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%</b>
40%	0%
Entre 35 y 39,99 %	25%
Entre 30 y 34,99 %	50%
Entre 25 y 29,99 %	75%
Menos de 25%	100%

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N°759 de 2003, de la Contraloría General de la República.



X. ANEXO: PROGRAMA PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN POBLACIÓN PRE ESCOLAR

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p><b>Componente 1: Promoción de la salud bucal en población pre escolar.</b></p> <p>Estrategia: Fomento del autocuidado en salud bucal y entrega de set de higiene oral.</p>	<p>Realización de una sesión educativa junto a la entrega anual de un set de higiene oral a niñas y niños de 2 a 5 años de edad beneficiarios legales que asisten a educación pre escolar.</p>	<p>Cumplimiento de Objetivo específico 1 :</p> <p>Indicador: N° de sets de higiene oral entregados</p> <p>Fórmula de cálculo:</p> <p>(N° de sets de higiene oral entregados a niñas y niños de 2 a 5 años año actual / N° de sets de higiene oral comprometidos a niñas y niños de 2 a 5 años año actual) x 100</p>	<p>REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.</p>
<p>Estrategia: Aplicación de flúor barniz comunitario.</p>	<p>Dos aplicaciones de flúor barniz por año a niñas y niños de 2 a 4 años de edad beneficiarios legales que asisten a educación pre escolar.</p>	<p>Cumplimiento de Objetivo específico 2 :</p> <p>Indicador: Aplicaciones de flúor barniz comunitario</p> <p>Fórmula de cálculo:</p> <p>(N° de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 4 años realizadas año actual / (N° de Aplicaciones de flúor barniz comunitario a niñas y niños de 2 a 4 años comprometidas año actual x 2)) x 100</p>	<p>REM / Planilla de distribución de metas programas odontológicos.</p>

Nota: el o los anexos, son parte integrante del convenio.

