

(ANEXO 1 INFORME DE ACTUACIÓN FEBRERO 2020)

INFORME VERSIÓN 2

PROPUESTA DE PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY 19.539, ELIMINANDO LA OBLIGATORIEDAD DE PAGAR APORTES MENSUALES DE LOS PENSIONADOS AFILIADOS A LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN DE ASIGNACIÓN FAMILIAR; Y, ESTABLECIENDO EXIGENCIAS DE PUBLICIDAD DE LOS BENEFICIOS DE BIENESTAR SOCIAL DE DICHA POBLACIÓN BENEFICIARIA.

1. Presentación.

En la actualidad, los pensionados de todos los regímenes previsionales pueden afiliarse individualmente a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar CCAF, entidades sin fines de lucro destinadas a entregar prestaciones de bienestar social. Para ese segmento de la población, las CCAF pueden ofrecer Prestaciones Adicionales –en la forma de bonos económicos y en especies-; acceso al Crédito Social, en la forma de préstamos en dinero; y, Prestaciones Adicionales –como beneficios que los cubra de contingencias sociales en la forma y financiamiento que sea definida por una asociación o colectivo que formen o sean parte de ella los pensionados para tales efectos-.

La ley Nº 19.539 ¹ que rige dicha disposición, obliga a las CCAF a cobrar mensualmente una comisión –que en el cuerpo legal define como “un aporte”, comisión que puede llegar hasta el 2% de la pensión. Desde 1998, cada una de las cuatro CCAF existentes cobra una comisión ascendente a un 1% de la pensión mensual, aunque la ley no establece que ésta deba ser igual para el conjunto de CCAF ². Dicha situación podría ser calificada como una “colusión de precios”, aunque no se haya tenido el propósito de establecer una tarifa única de afiliación ³.

¹ (Fuente: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=78203>).- Incisos 1 y 2 del artículo 16 de la ley Nº 19.539, de diciembre de 1997: *Sólo para los efectos de acceder a las prestaciones de los Regímenes de Prestaciones Adicionales, de Crédito Social y de Prestaciones Complementarias, los pensionados de cualquier régimen previsional, incluidos los de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, podrán afiliarse individualmente a una Caja de Compensación de Asignación Familiar, en cuyos estatutos se los considere como beneficiarios de los aludidos regímenes.*

Para contribuir al financiamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso precedente, cada Caja de Compensación establecerá un aporte de cargo de cada pensionado, de carácter uniforme, cuyo monto podrá ser fijo o un porcentaje de la pensión o una combinación de ambos. Dicho aporte no podrá exceder del 2% de la respectiva pensión.

² Hasta diciembre de 2014, si bien todas las CCAF cobraban una comisión a los pensionados ascendente al 1% de la prestación, la CCAF Los Andes depositaba el importe de dicha comisión en una cuenta de ahorro abierta a nombre de cada pensionado afiliado. Pero, por una decisión de su directorio tomada en 2014 y comunicada a su respectiva Superintendencia, desde julio de 2015 dicha Caja ya no deposita la comisión en una libreta, ingresándolo directamente a sus recursos ordinarios, aplicando el mismo esquema de cobro que las otras CCAF.

³ (Fuente; (ver <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/colusion-de-empresas>). *La Biblioteca del Congreso Nacional señala que colusión es “celebrar u ordenar celebrar, ejecutar u organizar, un acuerdo que involucre a dos o más competidores entre sí, para fijar precios de venta o de compra de bienes o servicios en uno o más mercados; limitar su producción o provisión; dividir, asignar o repartir*

Según estimaciones realizadas, anualmente, por concepto de aporte por afiliación de los pensionados a las CCAF, ellas ingresan una cifra del orden de \$40 mil millones.

Como contraprestación, las CCAF entregan beneficios cuyo valor es apreciado subjetivamente por cada pensionado, ya que no disponen de un listado de conceptos que les permita comparar más objetivamente la naturaleza, alcance y eventual costo de las respectivas prestaciones.

Para actualizar el marco normativo que rige el establecimiento de precios de comisiones por afiliación de los pensionados al sistema de CCAF, la presente minuta propone diversas medidas que modifican la relación de dichas entidades con sus afiliados pensionados: por una parte, se propone eliminar la obligación de cobrar el “aporte” por afiliación, reemplazándola por un cobro facultativo de dicho aporte; y, por otra, propone se establezca la obligatoriedad de elaborar, difundir y mantener una oferta transparente de beneficios que permita a los pensionados puedan comparar y facilitar la toma de decisiones relacionada con su afiliación a alguna de las CCAF existentes.

2. Fundamentos de la iniciativa.

a) Marco legal existente. El artículo 1 de La Ley N° 19.539, de diciembre de 1997, facultó a los pensionados de cualquier régimen previsional, excluidos los de las Fuerzas Armadas y de Orden, para afiliarse individualmente a una Caja de Compensación de Asignación Familiar –en adelante indistintamente una Caja o una CCAF- que los contemple como beneficiarios en sus Estatutos. La afiliación a una Caja tendría por objetivo el que ellas les permitieran acceder a los beneficios relacionados con los Regímenes de Prestaciones Adicionales, de Crédito Social y de Prestaciones Complementarias. Posteriormente, agosto de 2012, mediante la ley N° 20.608, se permitió también la afiliación de los pensionados de los regímenes vinculados a las Fuerzas Armadas y de Orden a dichas entidades de previsión social.

En esa materia y para efectos de financiar los beneficios que eventualmente se otorguen a los afiliados pensionados, en el segundo párrafo del referido artículo de la ley se estableció la obligación –a las Cajas de Compensación- de cobrar una comisión, de carácter uniforme, el que no podría ser superior al 2%.

A partir de Las entidades pagadoras de pensiones -que son las Administradoras de Fondos de Pensiones, Compañías de Seguros de Vida, Instituto de Previsión Social y las Mutualidades de Empleadores de la Ley N° 16.744, según sea el caso- deben descontar de las pensiones de los pensionados afiliados a una CCAF, lo adeudado por concepto de aporte, de crédito social, prestaciones adicionales o complementarias y enterarlos en la Caja correspondiente dentro de los diez primeros días del mes siguiente al de su descuento, rigiendo al respecto las mismas normas de pago y cobro de las cotizaciones previsionales contempladas en la Ley N° 17.322.

Cabe precisar que el descuento por aporte debe ser efectuado por la entidad pagadora de pensiones y enterado en la Caja, en el plazo antes señalado, desde el momento que recibieron la comunicación de la afiliación a una Caja y hasta la fecha en que se desafilia. En este último

zonas o cuotas de mercado; o afectar el resultado de licitaciones realizadas por empresas públicas, privadas prestadoras de servicios públicos, u órganos públicos”. Leyes que regulan el tema: Ley N° 20.555; Ley N° 19.496; Código Penal; y, Ley N° 20.945.

caso, el descuento por aporte cesa en caso de existir una desafiliación del Sistema de CCAF; o, debe seguir realizándose y el aporte ingresar a otra CCAF, cuando se cambia de Caja.

Asimismo, según el número 8 del artículo 19 del Título IV -del Objeto- de la Ley 18.833⁴, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar tienen, entre otras funciones, el “Promover, organizar, coordinar y ejecutar iniciativas y acciones que tengan por objeto mejorar el bienestar social de los trabajadores afiliados y su núcleo familiar”, función que se hizo extensiva a los pensionados que se afiliaran en virtud de la facultad que la ley 19.539 les concediera.

- b) **Cobertura de pensionados afiliados a las Cajas.** En cuanto a población afiliada a las CCAF, de acuerdo a las estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social SUSESO, a agosto 2019, una cifra de casi 1.452.000 adultos mayores pensionados se encontraban afiliados a una CCAF⁵.

NÚMERO DE PENSIONADAS(OS) AFILIADAS(OS) A C.C.A.F.

AÑO 2019

C.C.A.F.	AGOSTO	PROMEDIO	Proporción
DE LOS ANDES	26.173	28.908	29%
LA ARAUCANA	42.998	48.234	17%
LOS HEROES	46.144	639.140	45%
18 DE SEPTIEMBRE	35.964	35.406	9%
TOTAL	1.451.279	1.451.687	100%

Fuente: Boletín SUSESO. Sitio web.

- c) **Costo que representa para los pensionados afiliarse a las Cajas.** En la actualidad, los pensionados de las CCAF representan un importante segmento de beneficiarios, tanto por la población que representan como por que, junto con los trabajadores independientes que se incorporan a Cajas, son los únicos afiliados que pagan una comisión, un 1% de la pensión que reciben, la que puede subir hasta un 2% mensual.
- d) **Monto de las comisiones pagadas.** Debido a la obligación de descontar la comisión, actualmente las Cajas muestran un nivel de morosidad de cero en el cobro de dicha comisión. En el siguiente cuadro se estiman los pagos que realizan los pensionados a las CCAF, estimados en \$3.321,16 millones mensuales y \$39.850 millones anuales.

⁴ El artículo 19. De la ley 18.833, de , señala que “Corresponderá a las Cajas de Compensación la administración de prestaciones de seguridad social. Para el cumplimiento de este objeto desempeñarán las siguientes funciones...entre las que se incluye lo señalado en el número ocho ya señalado.

⁵ Fuente: <https://www.suseso.cl/608/w3-article-19324.html>

ESTIMACIÓN DE LA COMISIÓN QUE PAGAN LOS PENSIONADOS AFILIADOS A LAS CCAF, ESTIMADO SOBRE LA BASE DEL MONTO PROMEDIO DE PENSIÓN ANUAL				
AÑO 2019, PROMEDIO PENSIÓN MENSUAL: UF\$ 3,29				\$228.779
CCAF	Nº PENSIONADOS AGO-18	PROMEDIO N° PENSIONADOS AÑO	COMISIÓN MENSUAL	COMISIÓN ANUAL EN \$
LOS ANDES	242.173	242.908	\$ 81.250.847	\$ 11.775.010.164
LA ARAUCANA	242.998	248.234	\$ 67.908.443	\$ 6.814.901.316
LOS HÉROES	646.144	639.140	\$ 1.462.218.074	\$ 7.546.616.888
18 DE SEPTIEMBRE	2135.964	2135.406	\$ 309.780.097	\$ 3.717.361.164
TOTAL CCAFs	1.451.279	1.451.688	\$ 3.321.157.461	\$ 39.853.889.532
Fuente: Boletín SUSESO publicado en su sitio web. Elaboración propia.				

- e) **Monto de los intereses pagados por créditos.** Además de pagar un aporte por la afiliación, los pensionados afiliados a las CCAF son importantes demandantes de créditos sociales, al mantener una cartera de operaciones cuyo monto en capital superior a los \$384.600 millones (cifra a diciembre 31 de 2018) y un número estimado de más de 450.000 operaciones vigentes. Es decir, uno de cada tres pensionados afiliados a una Caja tiene un crédito vigente.

MONTO STOCK DE COLOCACIONES C.C.A.F., SEGÚN TIPO DE CRÉDITO A PENSIONADOS
(En millones de \$)
DICIEMBRE 2018*

C.C.A.F.	CONSUMO	HIPOTECARIOS	SISTEMA
	PENSIONADOS	PENSIONADOS	PENSIONADOS
De Los Andes	103.123	209	103.332
La Araucana	80.268		80.268
Los Héroes	163.494		163.494
18 de Septiembre	37.537		37.537
TOTAL	384.421	209	384.631

Nota: Se entiende por "stock de colocaciones" a la suma del saldo insoluto más intereses devengados del total de créditos vigentes o con mora menor a 12 meses que mantiene cada C.C.A.F. a la fecha de corte.

* El 19.11.2018 C.C.A.F. Gabriela Mistral fue declarada disuelta luego de ser absorbida por C.C.A.F. Los Héroes

ESTIMACIÓN DE N° DE CRÉDITOS VIGENTES A PENSIONADOS	453.574
(Considerando el monto de créditos otorgados a pensionados en 2018). Esta cifra está subestimada.	

La cuantía de créditos sociales vigentes concedidos a los pensionados, genera a las CCAF un ingreso por intereses, los que mensual y anualmente superan los \$6.000 millones y \$77.000 millones, respectivamente, según el siguiente cuadro:

**ESTIMACIÓN INTERÉS MENSUAL PAGADO POR PENSIONADOS EN MILLONES PESOS
MENSUALES**

(En millones de \$) diciembre 2018

C.C.A.F.	MONTO VIGENTE CRÉDITOS	MONTO INTERESES PAGADOS POR PENSIONADOS
	PENSIONADOS	1,67% TASA MENSUAL ESTIMADA
De Los Andes	103.332	1.726
La Araucana	80.268	1.340
Los Héroes	163.494	2.730
18 de Septiembre	37.537	627
TOTAL	384.631	6.423 MILES MILLONES POR MES
		77.080 MILES MILLONES POR AÑO

más intereses devengados del total de créditos vigentes o con mora menor a 12 meses que mantiene cada C.C.A.F. a la fecha de corte.

FUENTE: SUSESO EN BOLETÍN ESTADÍSTICO 2018

* El 18.11.2018 C.C.A.F. Gabriela Mistral fue declarada disuelta luego de ser absorbida por C.C.A.F. Los Héroes

ESTIMACIÓN DE N° DE CRÉDITOS VIGENTES A PENSIONADOS (Considerando el monto de créditos otorgados a pensionados en 2018). Esta cifra está subestimada.	453.574
---	----------------

Elaboración propia

- f) **Monto de los pagos totales a las Cajas por los pensionados.** Al sumar las dos partidas de ingresos directos que las Cajas reciben por afiliar y atender a los pensionados, los pensionados pagan un total anual estimado que alcanza los \$117 mil millones de pesos, según el cuadro siguiente:

**ESTIMACIÓN DE LOS INGRESOS DIRECTOS QUE GENERAN LOS PENSIONADOS AL SISTEMA DE
CAJAS DE COMPENSACIÓN, SUMANDO LA COMISIÓN MENSUAL MÁS LOS INTERESES**

AÑO 2019. PROMEDIO PENSIÓN MENSUAL ESTIMADA: UF 8,29			CIFRAS EN \$ DE 2019			
C.C.A.F.	AGOSTO-2019	Propor- ción	TOTAL INGRESOS PENSIONADOS		PERCÁPITA	
			TOTAL INGRESOS MES EN \$ 2019	TOTAL INGRESOS ANUAL EN \$ 2019	PERCÁPITA INGRESO MENSUAL EN \$2019	PERCÁPITA INGRESO ANUAL EN \$ 2019
LOS ANDES	426.173	29%	2.706.894.916	32.482.738.994	6.352	76.220
LA ARAUCANA	242.998	17%	1.908.376.768	22.900.521.217	7.853	94.242
LOS HEROEES	646.144	45%	4.192.562.434	50.310.749.210	6.489	77.863
18 DE SEPTIEN	135.964	9%	936.653.864	11.239.846.374	6.889	82.668
TOTAL	1.451.279	100%	9.744.487.983	116.933.855.794	27.583	330.992

Fuente: Boletín SUSESO. Su sitio web.

Elaboración propia.

- g) **Actual oferta de servicios a los afiliados pensionados.** En la actualidad, la oferta de servicios que ofrecen las distintas Cajas de Compensación a los pensionados eventuales afiliados, se remite a anuncios de servicios y beneficios que en forma individual establecen, sin que exista un mecanismo que, de forma sencilla y sintetizada entregue información para comparar la oferta.

3. Objeto del proyecto de ley.

El proyecto de ley tiene dos objetos:

- Por una parte, hacer facultativo lo que actualmente es obligación de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, de tener que cobrar un aporte como comisión mensual en forma de porcentaje o monto fijo, de carácter uniforme, no debiendo exceder del 2% de la pensión que recibe un pensionado de cualquier previsional cuando se incorpora como afiliado a una Caja de Compensación. Y, por otra:
- Que las CCAF elaboren y comuniquen una oferta concreta de beneficios, prestaciones y servicios a los adultos mayores, que les permita conocer, utilizar y comparar entre las distintas CCAF existentes.

4. Proyecto de ley.

Artículo 1. Reemplácese el inciso 2 del artículo 16 de la ley 19.539, por el siguiente: ***“Para contribuir al financiamiento de las prestaciones a que se refiere el inciso precedente, cada Caja de Compensación podrá establecer un aporte de cargo de cada pensionado, de carácter uniforme, cuyo monto podrá ser fijo o un porcentaje de la pensión o una combinación de ambos. Dicho aporte no podrá exceder del 2% de la respectiva pensión”.***

Artículo 2. Agréguese el siguiente inciso al final del artículo 16 de la ley 19.539: ***“Para facilitar la comparación y comprensión de los beneficios y prestaciones que ofrezcan las Cajas de Compensación a los pensionados potenciales o ya afiliados, dichas entidades deberán establecer y mantener, en todo tiempo, y publicar en medios fáciles de acceder, una lista de los servicios, beneficios y prestaciones para ese segmento de afiliados, incluyendo eventuales requisitos de costo, permanencia y otras condiciones que ellas establezcan. Esa lista deberá ser aprobada por el respectivo Directorio, comunicada a la Superintendencia de Seguridad Social, el mes anterior al de su entrada en vigencia”.***

DSP/nsa/sp/ma

Santiago, 29 de Febrero de 2020.

(ANEXO 2 INFORME ACTUACIÓN FEBRERO 2020)

PROYECTO QUE PERMITE LA INCORPORACIÓN DE PENSIONADOS A LOS DIRECTORES DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN DE ASIGNACIÓN FAMILIAR.

1. Antecedentes:

- a. Desde que los pensionados de Chile se pudieron incorporar a las Cajas de Compensación, se observa un crecimiento sostenido de la población afiliada pensionada entre los beneficiarios de CCAF. En los últimos cinco años (2014 – 2018), se observa una proporción que supera el 20% del total de población cubierta.

NÚMERO DE PENSIONADOS AFILIADOS Y POBLACIÓN TOTAL AFILIADA A CADA CAJA					
2014 - 2018					
C. C. A. F.	2014	2015	2016	2017	2018
De Los Andes	440.707	442.905	451.572	442.997	440.924
La Araucana	295.405	304.733	267.095	253.027	256.549
18 de Septiembre	140.320	127.895	126.993	130.046	129.414
Los Héroes + Gabriela Mistral	559.230	577.828	616.464	620.766	624.879
TOTAL PENSIONADOS AFILIADOS A CAJAS DE COMPENSACIÓN	1.435.662	1.453.362	1.462.123	1.446.836	1.451.766

TOTAL DE TRABAJADORES + PENSIONADOS AFILIADOS A CADA CAJA					
C. C. A. F.	2014	2015	2016	2017	2018
De Los Andes	3.429.989	3.553.337	3.922.281	3.998.415	4.083.959
La Araucana	1.491.769	1.549.237	1.718.746	1.327.610	1.364.498
Los Héroes + Gabriela Mistral	1.113.551	1.112.624	1.159.554	1.172.889	1.143.077
18 de Septiembre	613.786	570.601	500.998	456.000	435.815
TOTAL TRABAJADORES + PENSIONADOS (ajust)	6.649.095	6.785.799	7.301.579	6.954.914	7.027.349

- b. En algunas CCAF, la participación de la población pensionada representa más del 30% de beneficiarios; y, en otras, como Caja Los Héroes, supera el 50% de su población.

PROPORCIÓN QUE REPRESENTAN LOS PENSIONADOS EN LA POBLACIÓN AFILIADA TOTAL DE CADA CAJA					
C. C. A. F.	2014	2015	2016	2017	2018
De Los Andes	13%	12%	12%	11%	11%
La Araucana	20%	20%	16%	19%	19%
Los Héroes + Gabriela Mistral	50%	52%	53%	53%	55%
18 de Septiembre	23%	22%	25%	29%	30%
% QUE REPRESENTAN PENSIONADOS SOBRE POBLACIÓN AFILIADA (ajust)	22%	21%	20%	21%	21%

- c. Producto de la regulación vigente, las Cajas cobran una comisión por afiliación a los pensionados, siendo ese segmento el que entrega parte de su ingreso al Fondo Social de cada Caja, no así los trabajadores activos.
- d. Hasta la fecha, la dirección superior de las Cajas de Compensación está radicada en su respectivo directorio¹, solo incluye la participación de los se trabajadores activos al directorio, escenario tradicional al haber sido creadas las Cajas en 1953 para entregar bienestar social a las empresas y sus trabajadores. Sin embargo, desde que en 1997 se otorgó la facultad para que se afiliaran los pensionados a esas entidades, ese segmento ha apreciado dicha opción, por los diversos beneficios y servicios que ellas entregan, incorporándose en forma creciente, al punto de representar en la actualidad, un 50% aproximado de todos los adultos mayores del país.
- e. Al analizar al situación vigente de los distintos regímenes de la seguridad social en Chile, se pueden encontrar distintos fundamentos para avalar la propuesta que se entrega a continuación:
 - i. Por una parte el régimen de pensiones que actualmente se tramita en el Congreso, considera la incorporación de un representante de los afiliados a su directorio.
 - ii. Las Mutualidades de Empleadores también consideran la participación de los trabajadores en su respectivo directorio.
 - iii. Necesidad de conocer de cerca opinión y requerimientos de las personas pensionadas, y no solo de los trabajadores activos, para que los planes de beneficios de las Cajas consideren explícitamente a dicho segmento.

2. Terminos de la Propuesta.

- a. En las Cajas de Compensación en las que la población pensionada supere un determinado porcentaje, recomendándose que dicho porcentaje sea el 30% de la masa total de población beneficiaria (trabajadores activos más pensionados), los pensionados tendrán la representación de un director en el órgano de administración, con todos los derechos que se definan para ese órgano de representación.
- b. En aquellas Cajas en las que los pensionados no superen el porcentaje señalado en la letra anterior, los pensionados designarán un representante de su segmento al directorio de las respectivas Cajas, con derecho a voz.
- c. Para que la participación de los representantes de los pensionados sea conocida por la población pensionada, al menos una vez al año la Caja entregará los

¹ Artículo 32 de la ley 18.833.- Las Cajas de Compensación serán administradas por un directorio.

programas de beneficios, iniciativas y resultados que se hayan enfocado específicamente en el segmento de pensionados.

3. Proyecto de Ley.

1. Reemplácese el inciso dos del artículo 33 de la ley Nº 18.833², que actualmente señala que *“El directorio estará integrado por trabajadores y empleadores afiliados, en la proporción que fijen los estatutos”*, por el siguiente: *“Cuando en una Caja de Compensación la proporción de pensionados afiliados supere el 30% del total de sus trabajadores y pensionados afiliados, el directorio de una Caja de Compensación estará integrado por empleadores afiliados, trabajadores activos y pensionados afiliados, en la proporción que fijen los estatutos. Mientras no se alcance dicha proporción, las Cajas de Compensación deberán incorporar a su directorio a un pensionado afiliado como representante de dicho segmento, con derecho a voz.”*

Santiago, 29 de febrero de 2020.

² **Redacción actual del Artículo 33 de la ley 18.833.**- Los estatutos establecerán el número de directores, el cual no podrá ser inferior a tres ni superior a siete.

El directorio estará integrado por trabajadores y empleadores afiliados, en la proporción que fijen los estatutos.

El cargo de director es indelegable.

Los directores no podrán desempeñar cargos o funciones directivas en un partido político; ser funcionarios de instituciones del sector público que ejerzan directamente funciones de fiscalización y control sobre las Cajas de Compensación; ni ser directores de otra Caja de Compensación.

Corresponderá a los estatutos establecer la forma de nominación de los directores, la que podrá consistir en procedimientos de designación, de elección o de ambos. En el procedimiento de designación podrán participar uno o todos los entes que hubieren concurrido a la constitución de las Cajas, el directorio de éstas, o ambos.

En los procedimientos de elección podrán establecerse requisitos a las entidades empleadoras y a los trabajadores afiliados que regulen su participación.

(ANEXO 3 INFORME ACTUACIÓN FEBRERO 2020)

PROYECTO DE MOCIÓN PARLAMENTARIA ¹ MEJORAMIENTO DE LA PROTECCIÓN EN SALUD DENTAL A LOS ADULTOS MAYORES DE CHILE

A. PRESENTACIÓN.

En la actualidad, Chile dispone para la comunidad distintos programas de salud oral, los que están destinados a adolescentes, niños y adultos mayores (6), pero desafortunadamente en su gran mayoría éstos están asignados exclusivamente para el beneficio de niños y adolescentes, dejando de lado a los adultos mayores sobre 60 años o a quienes están en situación de dependencia y que no pueden acceder a lugares de atención ambulatoria ².

En efecto, el programa de garantías en salud AUGE considera un servicio de Salud Oral Integral para los Adultos Mayores cuando éstos tienen 60 años, consistiendo en la atención odontológica realizada por un cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar su salud bucal mientras el adulto esté en su año 60 de edad (ver detalle en Anexo 1).

Como lo indica el Ministerio de Salud ³, *“la salud de bucal de las personas mayores es una condición fundamental para que disponga de una buena calidad de vida. Sin embargo, las enfermedades bucales son muy comunes en los adultos y adultos mayores de Chile, asociándose a prácticas de higiene deficiente, mala alimentación, consumo de alcohol y hábito tabáquico, entre otros factores.*

Consecuentemente, en los adultos se observan enfermedades bucales relacionadas con caries dentales, enfermedades de las encías y de los tejidos que sostienen el diente, teniendo como consecuencia, en muchos casos, la pérdida de dientes. Al respecto, según estudios nacionales, los adultos de 35 a 44 años ya han perdido, en promedio, 6 dientes y los adultos mayores de 65 a 74 años, 18 dientes. Las enfermedades bucales comienzan desde los primeros años de vida y tienden a aumentar con la edad ⁴ “.

¹ Documento de trabajo preparado por la Oficina de Asesoría Parlamentaria del Senador David Sandoval, Presidente de la Comisión especial del Adulto Mayor, del H. Senado de la República de Chile.

² <http://repositorio.uft.cl/bitstream/handle/20.500.12254/546/Farcuh-Grasset%20%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

³ <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-bucal/informacion-a-la-comunidad-salud-bucal/salud-bucal-en-adultos-y-adultos-mayores/>

⁴ La mejor forma de controlarlas es realizar una correcta higiene bucal con pasta fluorada, alimentarse sanamente comiendo verduras y frutas, productos lácteos y tomando agua fluorada, en vez de bebidas. Evitar fumar, consumir alcohol y alimentos ricos en azúcares.

Según lo publica la Universidad San Sebastián, en la población de 65 a 74 años, se observó que el 100% de las personas examinadas presentaba historia de caries, los que quedan fuera de la protección AUGE de tratamiento odontológico integral, al cubrir éste la atención dental solo en personas de 60 años, deficiencia en la protección que genera de forma secundaria enfermedades sistémicas como malnutrición por mala alimentación ⁵.

Abordar los desafíos de la salud bucal de las personas mayores tendría entonces, al menos dos dimensiones. Por una parte, disponer de la capacidad profesional suficiente que atienda la demanda contenida en las actuales generaciones de personas mayores; y, por otra, ampliar las políticas públicas que faciliten tanto el acceso técnico como económico a las prestaciones de salud dental, considerando las relativas dificultades que enfrentan las generaciones actuales de adultos mayores para acudir a los centros de atención de salud dental.

En relación al primer aspecto, la capacidad profesional en Chile para atender las demandas de la odontología para la Tercera y Cuarta Edad tendría severas limitaciones, al no existir suficientes profesionales con la formación para esa área particular del cuidado.

En efecto, un artículo especial publicado en el volumen 144 de la Revista Médica de Chile⁶, que se titula *“Realidad y desafíos de la salud bucal de las personas mayores en Chile y el rol de una nueva disciplina: Odontogeriatría”* destaca el bajo porcentaje de centros que imparten formación especializada de profesionales en materia de salud bucal de adultos mayores, que se denominados odontogeriatras, respecto del total de escuelas de Odontología del país ⁷, ya que sólo un 37% de ellas dispone de uno o más cursos en esa especialidad, mientras que las otras establecen diferentes tipos de metodologías de enseñanza en esa área. Lo positivo del artículo es que, más allá del bajo porcentaje de formación específica en el área, las actividades de formación eran impartidos ciñéndose a los contenidos curriculares internacionales, aunque los cursos se enfocan en las atenciones que requiere las personas autovalentes, faltando por aprender las formas más complejas que permitan atender a las personas dependientes y que debieran ser tratados en la formación de postgrado ⁸.

En conclusión, la malla curricular, en la mayoría de las universidades, genera profesionales que no son plenamente competentes en brindar los servicios necesarios para las demandas por salud dental de toda la población adulta mayor.

⁵ <https://www.uss.cl/blog/diputados-y-expertos-de-salud-llaman-a-implementar-plan-auge-para-la-tercera-edad/>

⁶ Rev. méd. Chile vol.144 N°.4 Santiago abr. 2016 <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000400011>

⁷ León S, Araya-Bustos F, Ettinger RL, Giacaman RA. Geriatric dentistry content in the curriculum of the dental schools in Chile. Gerodontology 2014 Nov 30. doi: 10.1111/ger.12171.

⁸ El mismo estudio señala que, en materia de formación de postgrado, en numerosos países como Estados Unidos, Nueva Zelanda, Australia, Reino Unido, países escandinavos, Brasil, Argentina, Irlanda, Japón, México, los Países Bajos y España, tales procesos formativos son frecuentes y reales.

El segundo desafío es más evidente y urgente. Se refiere a que se amplíen, ahora ya, las prestaciones de salud dental en el AUGE para las edades que verdaderamente se relacionan con aquellas representativas de las personas mayores, y que es la fase que va más allá del año 60. En rigor, lo que la actual regla de protección a través del AUGE muestra que las personas mayores en Chile no tienen un programa que les ayude a resolver de manera integral sus necesidades de salud bucal, no siendo ese tema, un asunto que haya sido resuelto de manera amplia por el Estado.

Lo anterior, por cuanto si bien la Prestación AUGE N° 47 incluida en el listado de problemas prioritarios fue incorporado en el año 2007 y consiste en la entrega de atención odontológica realizada por profesionales odontólogos a adultos de 60 años, la cual va dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar según las necesidades de la salud bucal de un paciente de 60 años.

Dicha prestación se fundamenta en la evidencia de que la población de Adultos Mayores representa al conjunto de personas cada vez más relevante del país, el que, por sus características, muestra un mayor riesgo de caries y de enfermedades de tipo dental debido al proceso de envejecimiento, con una alta prevalencia de enfermedades crónicas y enfermedades bucales, uso de medicamentos y, a esa edad, mayores grados de vulnerabilidad social.

En rigor, cabe destacar que, la prestación 47 incluye un total de 21 diagnósticos, aplicables a todo aquel beneficiario que, al realizar la consulta cuente con 60 años. El alta de tratamiento ocurre cuando se han completado todos los procedimientos se hayan diagnosticado para el respectivo paciente, tratamiento que debe iniciarse dentro de los 90 días de haberse realizado la solicitud de atención⁹.

B. PROPUESTA DE MOCIÓN PARLAMENTARIA.

Con base en los antecedentes expuestos en el punto anterior, se estima que desde el Congreso Nacional, el Senado, a través de su Comisión Especial del Adulto Mayor, podría impulsar una política pública que amplíe -en rigor que establezca- la protección dental de dicho segmento etéreo, y no solo mientras se cumplen 60 años, considerando que, en el año 2050, las personas mayores representarán un tercio de la población.

Para que la verdadera ampliación del programa AUGE hacia los adultos mayores sea efectiva y abordable por los sistemas de salud, se propone poner en práctica un esquema de protección progresivo, aunque con suficiente velocidad y alcance a diferentes edades de las personas mayores. Un esquema de aplicación que el Senado puede proponer al gobierno puede resumirse en la siguiente tabla:

⁹ https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000300187#B29

Tramos de edad de las personas mayores	Situación actual	Propuesta
Hasta los 60 años	AUGE solo mientras cumple año 60	Mantener regla actual
De 61 a 65 años	Sin protección AUGE	Etapa 1: AUGE dental mientras cumple año 65
De 66 a 70 años	Sin protección AUGE	Etapa 1: AUGE dental mientras cumple año 70
De 71 a 75 años	Sin protección AUGE	Etapa 2: AUGE dental mientras cumple año 75
De 76 a 80 años	Sin protección AUGE	Etapa 2: AUGE dental mientras cumple año 80
De 81 a 90 años	Sin protección AUGE	Etapa 3: AUGE dental mientras cumple año 90
De 91 años en adelante	Sin protección AUGE	Etapa 3: AUGE dental mientras cumple años 93, 96, 99 o más

Para poner en marcha progresivamente e plan, se propone que cada etapa dure cuatro años, de modo que la totalidad de esta innovación no tome más de 12 años.

Los fundamentos de la propuesta se encuentran en las siguientes cuatro dimensiones:

1. La salud bucal es una condición de vida psico-bio-social fundamental para las personas mayores. Sin dientes o con dentadura precaria, el efecto en la seguridad de ellas es de alto y negativo impacto.
2. La salud bucal dental es una de las bases del Envejecimiento Saludable, uno de los tres ejes del Plan de Envejecimiento Positivo que impulsa el gobierno para el Estado de Chile (Los otros dos ejes son Envejecimiento Participativo y Envejecimiento Seguro).
3. Actualmente, la protección de oportunidad, costo y acceso en la obtención de prestaciones para recuperar o mantener la calidad de la salud dental de las personas mayores a través del programa AUGE es precaria o, sencillamente no existe, dado que ésta se remite hoy a ser entregada a aquellas personas que se encuentran en su cumpleaños N° 60. Ni un día antes, ni un día después de ese año.
4. La implementación progresiva del proyecto de Moción permitirá que los sistemas de salud puedan adecuar sus estructuras y presupuestos con suficiente tiempo para las exigencias técnicas y administrativas que surgirán de aplicar el presente proyecto.

En rigor, y aunque la ampliación del AUGE hacia otras poblaciones o prestaciones sea iniciativa que solo puede impulsar el Poder Ejecutivo -al estar casi el 86% de la población protegida por el Seguro Público de FONASA (y otro 4% en el sistema de salud de las Fuerzas

Armadas y de Orden) -corresponde al Congreso llamar la atención y abordar dichas iniciativas mediante proyectos de indicaciones.

Cabe recordar que, en el pasado reciente, representantes del Ministerio de Salud presentaron a la Cámara de Diputados ¹⁰ los lineamientos de una iniciativa destinada a implementar el Programa de Salud Oral “Ríe Mayor”, que consistiría en dos programas:

- a) Reformulación del tratamiento dental de las personas mayores, al menos entre los 60 y los 70 años, para personas desdentadas totales, incorporando prótesis fija. Y,
- b) Ampliar el acceso de la cobertura AUGE salud oral integral entre los 60 y 70 años (actualmente solo es a los 60 años).

C. BENEFICIOS ESPERADOS PARA LA POBLACIÓN.

Avanzar en ampliar el AUGE de salud dental para personas mayores de más de 60 años aumentaría los niveles de cobertura y de satisfacción de dicha política, la que, según un estudio de CONICYT -que midió la cobertura y niveles de satisfacción del programa GES en personas de 60 años que se atendieron por AUGE dental- ha significado clínicamente que, las prestaciones de rehabilitación disminuyeron el promedio de personas con caries (según índice COPD), junto al importante aumento de tratamientos con la instalación de prótesis removibles. Al referirse al nivel de satisfacción de los mayores atendidos, se observa un importante nivel de apreciación, en especial en la dimensión de valoración del GES que reconoce acceso, oportunidad, financiamiento y calidad en la atención ¹¹.

Al aumentar la franja de años en que la salud dental se hace más accesible a las personas mayores, se ampliarían las redes de acceso a los prestadores de salud dental, reforzando los mensajes vinculados a la importancia de la salud dental, eliminando la debilidad que significa que esa área del cuidado se refuerce solo durante un año de vida de una persona que recién entra a su fase de persona mayor, como es mientras cumple su año 60 de vida.

¹⁰ <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=131637&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>

¹¹ https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200024

D. ANEXOS. NOTAS TÉCNICAS DE ORGANISMOS TÉCNICOS REFERENTES

1. SALUD ORAL INTEGRAL DEL ADULTO DE 60 AÑOS EN CHILE (FUENTE: FONASA)

La Salud Oral Integral del Adulto de 60 años, consiste en una atención odontológica realizada por cirujano dentista, según necesidades, dirigida a educar, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud bucal del adulto de 60 años.

Patologías incorporadas

En la resolución de la salud oral integral quedan incorporadas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- i. Caries limitada al esmalte (caries incipiente)
- ii. Caries de la dentina
- iii. Caries del cemento
- iv. Otras caries dentales
- v. Película pigmentada
- vi. Otros depósitos blandos densos: materia alba
- vii. Cálculo dentario supragingival
- viii. Cálculo dentario subgingival
- ix. Placa bacteriana
- x. Otros depósitos sobre los dientes sin especificar
- xi. Depósitos especificados sobre los dientes
- xii. Gingivitis aguda
- xiii. Gingivitis crónica
- xiv. Retracción gingival
- xv. Periodontitis aguda
- xvi. Periodontitis crónica
- xvii. Candidiasis
- xviii. Leucoplasia
- xix. Leucoplasia pilosa
- xx. Pérdida de dientes debido a accidentes, extracción o enfermedad periodontal local o edentulismos total o parcial.

Garantía de acceso

Todo beneficiario de 60 años de edad tendrá acceso a tratamiento. La solicitud de atención odontológica debe realizarse mientras la persona tenga 60 años.

El alta se otorga cuando se ha completado los procedimientos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que requiera el individuo.

Garantía de oportunidad

Tratamiento:

- Inicio dentro de 90 días desde la solicitud de atención.

Garantía de protección financiera

- Fonasa A y B Copago = \$ 0 del Valor de Arancel
- Fonasa C tiene Copago = 10% del Valor de Arancel
- Fonasa D / Isapre tienen Copago = 20% del Valor de Arancel
-

TIPO DE INTERVENCIÓN SANITARIA	PRESTACIÓN O GRUPO DE PRESTACIONES	PERIODICIDAD	ARANCEL (\$)	COPAGO %	COPAGO \$
Tratamiento	Atención odontológica del adulto de 60 años	cada vez	380.910	20%	76.180

2. ENVEJECIMIENTO Y SALUD DENTAL¹²

(Traducción de documento de trabajo de la Asociación de Odontología de los estados Unidos)¹³.

La demografía de los adultos mayores (es decir, mayores de 65 años) está creciendo y probablemente será una parte cada vez más importante de la práctica dental en los próximos años.

Aunque es mejor que en años anteriores, el estado de salud basal típico del paciente que envejece puede complicarse por condiciones co-mórbidas (por ejemplo, hipertensión, diabetes mellitus) y cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento.

Los adultos mayores pueden usar regularmente varios medicamentos recetados y / o de venta libre, lo que los hace más vulnerables a errores de medicación, interacciones de medicamentos o reacciones adversas a medicamentos.

Los posibles impedimentos físicos, sensoriales y cognitivos asociados con el envejecimiento, pueden hacer que el cuidado de la salud bucal en el hogar y la educación / comunicación del paciente sean un desafío.

¹² <https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/aging-and-dental-health>

¹³ Traducción elaborada por los redactores del presente informe.

Las condiciones dentales asociadas con el envejecimiento incluyen boca seca (xerostomía), caries de raíz y corona, y periodontitis; los pacientes pueden mostrar una mayor sensibilidad a los medicamentos utilizados en odontología, incluidos los anestésicos y analgésicos locales.

Introducción

El Foro Interinstitucional Federal sobre Estadísticas relacionadas con el Envejecimiento, proyecta que para el año 2030, el número de adultos estadounidenses, mayores de 65 años, alcanzará los 72 millones, lo que representa casi el 20% de la población total de los Estados Unidos; esta es una duplicación aproximada en número en comparación con el año 2000. Los adultos mayores son, por lo tanto, un creciente grupo demográfico de pacientes para prácticas dentales. Aunque alrededor del 5% de los adultos mayores de 65 años son edéntulos, un mayor número de adultos mayores conservan sus dientes naturales en comparación con las cohortes anteriores. Según una Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) de 1999-2004, aproximadamente el 18% de los adultos los mayores de 65 años con dientes naturales retenidos tienen caries no tratadas, mientras que NHANES 2009-2012 encontró que el 68% de estos pacientes tienen periodontitis. La consideración del contexto general de salud clínica y oral de los pacientes de edad avanzada es importante para proporcionar una atención dental óptima.

Posibles comorbilidades y fisiología del envejecimiento.

El estado de salud de los adultos mayores de 65 años puede ser bastante variable, desde independencia funcional hasta debilidad o deterioro cognitivo. Según la Administración de Estados Unidos sobre el Envejecimiento, más del 40% de los adultos no institucionalizados de 65 años o más evaluaron su salud como excelente o muy buena (en comparación con el 55% para las personas de 45 a 64 años). La mayoría de las personas mayores tienen al menos una afección crónica y muchas tienen múltiples afecciones.

En el período de tiempo hasta 2013 inclusive, la más frecuente las condiciones entre las personas mayores fueron: hipertensión (71%), artritis (49%), enfermedad cardíaca (31%), cualquier tipo de cáncer (25%) y diabetes (21%).

Un informe de 2015 de la Organización Mundial de la Salud enumeró las condiciones común a la edad avanzada, incluyendo pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolor de espalda y cuello y osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, depresión y demencia.

Los cambios fisiológicos relacionados con la edad incluyen cambios en la homeostasis celular, incluida la regulación de la temperatura corporal y los volúmenes de sangre y líquido extracelular; disminuye en la masa del órgano; y disminución o pérdida de las reservas funcionales del sistema corporal. Los cambios en el sistema gastrointestinal incluyen

disminuciones en el flujo sanguíneo intestinal y la motilidad gástrica y un aumento del pH gástrico. Los sistemas renal, cardiovascular, respiratorio, nervioso central y / o inmunitario pueden mostrar una función disminuida (p. Ej., Disminuciones en la filtración glomerular, gasto cardíaco, capacidad pulmonar, respuesta simpática, inmunidad celular). Estos cambios pueden tener un efecto en la medicación absorción y metabolismo o la sensibilidad de un individuo a ciertos medicamentos (Ver "Consideraciones sobre medicamentos").

Los cambios físicos asociados con el envejecimiento incluyen disminución de la masa ósea y muscular. La osteoartritis puede dar lugar a limitaciones en la movilidad. Los cambios visuales pueden incluir degeneración macular relacionada con la edad, presbicia, cataratas, glaucoma o retinopatía diabética. Los pacientes pueden experimentar edad- pérdida auditiva relacionada, que puede afectar su capacidad para comunicarse. Los reflejos posturales pueden amortiguarse y las caídas se vuelven más comunes en personas de edad avanzada.

Los adultos mayores también pueden demostrar un espectro de agudeza cognitiva, que varía desde el deterioro cognitivo no afectado en absoluto hasta la demencia franca. La demencia es un síndrome caracterizado por un deterioro progresivo en múltiples dominios cognitivos, lo suficientemente grave como para interferir con el funcionamiento diario. Los pacientes mayores con mala salud cognitiva tendrán dificultades para manejar medicamentos, afecciones médicas u otros cuidados personales, incluida la higiene dental.

Consideraciones de medicación

Según los datos de NHANES, el 39% de las personas de 65 años o más informaron haber usado 5 o más medicamentos recetados ("polifarmacia") en los 30 días anteriores durante el año 2011 a 2012.¹⁵ El noventa por ciento de las personas de 65 años o más, informaron haber usado cualquier medicamento recetado en los 30 días anteriores; 15% o más de recetas se usan diariamente por el 30% de las personas mayores.

La alta prevalencia de polifarmacia entre los adultos mayores puede conducir al uso inapropiado de drogas, errores de medicación, interacciones de medicamentos o reacciones adversas a medicamentos. El adulto mayor promedio toma 4 o 5 medicamentos recetados. Además, estas personas también pueden estar tomando 2 o 3 medicamentos de venta libre (OTC). El problema puede agravarse por el uso de múltiples proveedores de atención médica y farmacias, así como por múltiples adiciones graduales de medicamentos en el manejo de enfermedades crónicas individuales como la diabetes tipo 2 y la hipertensión. Una revisión del historial médico de los pacientes dentales mayores y los medicamentos actuales, tanto medicamentos recetados como de venta libre / suplementos, deben realizarse regularmente.

Los medicamentos más comúnmente recetados en pacientes de edad avanzada incluyen medicamentos "estatinas" para la hipercolesterolemia; agentes antihipertensivos; analgésicos medicamentos para la disfunción endocrina, incluidos medicamentos para la

tiroides y la diabetes; agentes antiplaquetarios o anticoagulantes; medicamentos para afecciones respiratorias; antidepresivos, antibióticos y medicamentos para la enfermedad por reflujo gastroesofágico y el reflujo ácido. Los medicamentos de venta libre que los adultos mayores toman con mayor frecuencia incluyen analgésicos, laxantes, vitaminas y minerales.

Los mecanismos relacionados con la medicación implicados en la xerostomía y la disfunción de las glándulas salivales en adultos mayores incluyen efectos anticolinérgicos / simpaticomiméticos, efectos tópicos de medicamentos inhalados, deshidratación (por ejemplo, de diuréticos), vasoconstricción de las glándulas salivales y cambios en la composición salival. Una revisión sistemática de 2017 y el análisis de metadatos encontró que los medicamentos urológicos utilizados para controlar la frecuencia urinaria y la incontinencia, los antidepresivos y los psicofarmacológicos (incluidos los antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos) se asociaron significativamente con la xerostomía en los adultos mayores.

Los adultos mayores con frecuencia muestran una respuesta exagerada a los medicamentos del sistema nervioso central, en parte como resultado de una disminución relacionada con la edad en la función del sistema nervioso central y en parte como resultado de una mayor sensibilidad a ciertas benzodiazepinas, anestésicos generales y opioides. La Sociedad Americana de Geriátrica ha publicado una actualización de 2019 de los Criterios de Beers para el uso de medicamentos potencialmente inapropiados en adultos mayores. Se ha encontrado que los medicamentos potencialmente inapropiados de los Criterios de Beers están asociados con malos resultados de salud, incluyendo confusión, caídas y mortalidad. Por ejemplo, los medicamentos que contienen opioides deben evitarse en personas mayores con antecedentes de caídas o fracturas.

Salud bucal y consideraciones dentales

Panorama General

La xerostomía afecta al 30% de los pacientes mayores de 65 años y hasta el 40% de los pacientes mayores de 80 años. Esto es, principalmente, un efecto adverso de los medicamentos, aunque también puede ser el resultado de condiciones comórbidas como diabetes, enfermedad de Alzheimer o enfermedad de Parkinson. La xerostomía, aunque es común entre los pacientes mayores, es más probable que ocurra en aquellos con una ingesta de más de 4 medicamentos recetados diariamente. La boca seca puede provocar mucositis, caries, labios agrietados y lengua fisurada. Las recomendaciones para las personas con boca seca incluyen beber o al menos beber agua regular durante todo el día, y limitación de bebidas alcohólicas y bebidas con alto contenido de azúcar o cafeína, como jugos, refrescos, té o café (especialmente endulzado).

Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de caries de raíz, debido al aumento de la recesión gingival que expone las superficies de la raíz y al mayor uso de medicamentos que producen xerostomía; aproximadamente el 50% de las personas mayores de 75 años tienen

caries radicales que afectan al menos a un diente. El diez por ciento de los pacientes de 75 a 84 años se ven afectados por caries coronal secundaria; Es probable que lo anterior esté relacionado con la prevalencia de restauraciones en la población de edad avanzada. Se han recomendado en la literatura la adopción de una buena higiene bucal, que incluye el uso de cepillos de dientes rotativos / oscilantes, y el uso de fluoruro tópico (es decir, la aplicación de enjuagues bucales diarios, pasta dental con alto contenido de fluoruro y barniz de fluoruro regular), así como la atención a la ingesta dietética.

Una revisión sistemática de 2017 evaluó la efectividad del fluoruro de diamina de plata (SDF) en el tratamiento de la caries en adultos mayores, encontrando tres aleatorizados, controlados ensayos realizados en Hong Kong que abordan la efectividad de SDF en la caries radicular y ninguno aborda la caries coronal. Los tres ensayos clínicos respaldaron el uso de SDF para prevenir y detener la caries radicular en adultos mayores; aunque no se informaron eventos adversos graves, SDF causa tinción oscura de las lesiones tratadas y debe volver a aplicarse para una eficacia continua.

Debido a que la enfermedad cardiovascular es común entre las personas mayores, Ouanounou y Haas han sugerido que la dosis de epinefrina contenida en los anestésicos debe limitarse a un máximo de 0.04 mg. Los autores recomiendan que incluso sin antecedentes de enfermedad cardiovascular manifiesta, debe minimizarse el uso de epinefrina en pacientes adultos mayores, debido al efecto esperado del envejecimiento en el corazón. Recomendamos controlar la presión arterial y la frecuencia cardíaca cuando se consideren las administraciones múltiples de anestésico local que contiene epinefrina en la población adulta mayor.

Limitaciones cognitivas que afectan el cuidado dental y el cuidado oral en el hogar

Los pacientes con deterioro cognitivo grave, incluida la demencia, tienen un mayor riesgo de caries, enfermedad periodontal e infección oral debido a la disminución de la capacidad de participar en el cuidado oral en el hogar. La educación del cuidador, así como del paciente, es una parte importante de la fase de prevención y manejo de enfermedades del cuidado dental.

La comunicación durante la cita dental puede ser un desafío cuando el adulto mayor tiene deficiencias cognitivas. Se recomienda minimizar la cantidad de personas, distracciones y ruido en el quirófano cuando se atiende a un paciente con demencia, aunque un cuidador de confianza en la sala puede brindarle tranquilidad al paciente. Los pacientes deben ser abordados desde el frente el nivel de los ojos y el uso de la comunicación no verbal, como sonreír y el contacto visual, es importante.²⁷ El dentista debe comenzar la conversación presentándose. Debido a que un paciente con limitaciones cognitivas puede sobrecargarse de información fácilmente, las instrucciones deben ser simples y las oraciones breves (por ejemplo, tales como: "*Abra la boca*").

Debido a que el deterioro cognitivo o la demencia pueden afectar la capacidad del paciente de seguir las instrucciones después de la cirugía oral, se recomienda que los profesionales aseguren la hemostasia local (es decir, suturas, hemostáticos locales, técnicas de preservación del encaje) antes del despido de la práctica dental.

Se debe alentar a los pacientes dentados con limitaciones cognitivas a cepillarse los dientes dos o más veces al día; se debe considerar el uso de un cepillo de dientes eléctrico o con batería. La misma rutina de cuidado bucal se debe seguir de manera consistente, como sea posible. En pacientes con dispositivos protésicos removibles, los dispositivos deben retirarse, inspeccionarse y limpiarse antes de acostarse. y regresó a la boca por la mañana.

Limitaciones físicas y sensoriales que afectan el cuidado dental y el cuidado oral en el hogar

Pacientes con pérdida auditiva: los proveedores de atención dental deben hablar de manera lenta, clara y fuerte al hablar con pacientes mayores para mejorar la audición y la comprensión. Es importante asegurarse de que hablar en voz alta y lenta no introduzca un tono de voz condescendiente. (Yellowitz en La guía práctica de la ADA para pacientes con

3. SALUD ORAL: UN ELEMENTO ESENCIAL DEL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE ¹⁴

La Sociedad Gerontológica Americana lanzó una iniciativa de salud bucal con el objetivo de permitir que los adultos mayores mantengan su salud bucal como parte de un proceso de envejecimiento saludable y ayudar a los investigadores, educadores, profesionales y formuladores de políticas a identificar áreas de actividad e investigación necesarias sobre el tema de salud bucal en adultos mayores.

Un enfoque clave de la iniciativa es avanzar en la creencia de que ayudar a los adultos mayores a mantener una buena salud bucal involucra a profesionales de la salud bucal y también a un equipo interprofesional de "campeones de la salud bucal", que incluye médicos de atención primaria y especializados, enfermeras, enfermeras practicantes, farmacéuticos, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, y otros que pueden abogar por, educar y brindar atención directa que respalde la salud bucal.

Esta iniciativa multifacética se compone de una variedad de elementos interrelacionados, que incluyen:

- The Oral Health Workgroup, un equipo de expertos encargados de aumentar la conciencia y la comprensión de la importancia del cuidado bucal apropiado y fortalecer el impacto que todos los miembros de los equipos de atención médica y cuidadora tienen para garantizar un buen cuidado bucal para los adultos mayores. El Grupo de Trabajo de GSA sobre Salud Oral busca un enfoque interprofesional para mejorar la salud oral de todos los adultos mayores.
- El Grupo de Interés de Salud Oral de GSA, brinda una oportunidad para que las personas interesadas en el tema de la salud oral como un elemento esencial del envejecimiento saludable se reúnan, intercambien, obtengan información y recursos, y establezcan contactos con personas que tienen intereses similares.
- El desarrollo y publicación del boletín What's Hot, "Salud oral: un elemento esencial del envejecimiento saludable". Destinada a una audiencia interprofesional, esta publicación analiza el impacto de la mala salud bucal en los adultos mayores, las relaciones entre la salud bucal, las condiciones sistémicas, las capacidades funcionales y el envejecimiento saludable, así como los desafíos actuales y las oportunidades potenciales en el área de la salud bucal geriátrica.

La convocatoria de un Foro de Salud Oral en marzo de 2017 de los principales expertos y actores clave comprometidos con el envejecimiento saludable para identificar soluciones y crear una hoja de ruta para mejorar la atención interprofesional de la salud oral de los

¹⁴ <https://www.geron.org/programs-services/alliances-and-multi-stakeholder-collaborations/oral-health-an-essential-element-of-healthy-aging?showall=1>

adultos mayores. Asistieron más de 40 participantes de organizaciones industriales, gubernamentales, académicas, de investigación, prácticas y miembros sin fines de lucro. Las recomendaciones de los participantes se incorporaron al libro blanco de julio de 2017 (ver más abajo).

El documento técnico de julio de 2017, "*Soluciones interprofesionales para mejorar la salud bucal en adultos mayores: abordar las barreras de acceso, crear defensores de la salud bucal*", presenta las recomendaciones de los participantes del Foro de salud bucal. El objetivo del documento es mejorar los resultados clínicos y de otro tipo en adultos mayores al enfocar a todos los miembros del equipo de atención médica (medicina, odontología, enfermería, farmacia y profesiones de salud aliadas) en la atención interprofesional integral que reconoce la conexión inherente entre la salud oral y sistémica y se valora en el sistema de salud.

Un simposio en el Congreso Mundial de IAGG el 24 de julio de 2017 en el que los miembros del Grupo de Trabajo de Salud Oral discutieron el Libro Blanco y presentaron los hallazgos del Foro de Salud Oral.

Santiago, febrero de 2020.