

# Evvaluación del Programa Cero en un CESFAM del Sur de Chile

Evaluation of the Zero Program in a CESFAM in the South of Chile

Olivia Muñoz<sup>1</sup> & Jacqueline Araneda<sup>2</sup>

---

**MUÑOZ, O. & ARANEDA, J.** Evvaluación del Programa Cero en un Cesfam del Sur de Chile. *Int. J. Odontostomat.*, 16(2):273-278, 2022.

**RESUMEN:** La enfermedad de caries, constituye un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud oral y sistémica en los individuos y sociedad, además por el alto costo de su tratamiento. El objetivo de este estudio fue evaluar el Programa CERO del CESFAM Dr. Alberto Reyes de la comuna de Tomé. Se realizó un estudio transversal descriptivo, la muestra correspondió al 100 % de niños ingresados al Programa Cero, adscritos del CESFAM Dr. Alberto Reyes de la comuna de Tomé el año 2018. Se revisó base de datos secundaria correspondiente a los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) de atenciones y/o población en control, que se remiten al Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) por establecimientos y/o estrategias según códigos estructurales definidos. Los resultados muestran la que el 51 % estuvo representado por hombres y el 49 % por mujeres. Las edades con mayor Ingresos, son los 6 años, con un 25 % y los niños de 4 años con proporciones que por poco alcanzan el 20 %. Las edades menormente representadas son el año de edad y los 5 años, con porcentajes inferiores al 10 %. Es necesario el abordaje de esta enfermedad con un cambio de paradigma en el manejo de la caries como un proceso de enfermedad manejando de forma más eficiente las medidas preventivas dirigidas de manera individual hacia cada paciente, proponiendo el manejo de la caries a través de la valoración del riesgo como lo hace el Programa CERO.

**PALABRAS CLAVE:** Caries, salud pública, salud infantil.

---

## INTRODUCCIÓN

La caries dental y la enfermedad periodontal son patologías altamente prevalentes, que constituyen un gran problema de salud pública a nivel mundial. En Chile, el 100 % de la población de nivel socioeconómico (NSE) medio-bajo y bajo presenta caries, mientras que el 92 % de las personas entre 35 y 74 años presentan periodontitis (Fuentes Fernández *et al.*, 2015).

Según el Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile, la salud oral afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional. A su vez, la calidad de vida relacionada a la salud oral, describe cómo ésta afecta las funciones de una persona, su salud psicológica y bienestar social. Esta asociación se hace más fuerte con el aumento de la edad, sobre todo en mujeres.

La Encuesta Nacional de Salud del año 2016-2017, evidenció que en Chile aún existen profundas desigualdades en salud bucal. Se observó un 11 % de reducción de caries cavitadas a nivel nacional, en comparación con la Encuesta Nacional de Salud del 2003 (Ministerio de Salud, 2003). No obstante lo anterior, los problemas de salud bucal presentes en la población chilena, continúan siendo de alta prevalencia en todos los grupos etarios MINSAL (2016-2017).

La etiología de la caries es multifactorial, existiendo tres factores esenciales como tiempo, huésped, microorganismos y dieta. Entre los factores del entorno se encuentran, la presencia o ausencia de servicios sanitarios y programas de salud oral, nivel socioeconómico, estrés, etnia, cultura, factores de ingenie-

<sup>1</sup> CESFAM Dr. Alberto Reyes, Tomé, Chile. Magíster en Salud Pública Universidad del Biobío.

<sup>2</sup> Departamento de Nutrición y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos, Universidad del Biobío, Chillán, Chile.

ría biodental (biomecánicos, bioquímicos y bioeléctricos). El riesgo a caries dental se deberá a factores de riesgo sociodemográficos, de comportamiento, físico-ambientales y biológicos (Córdova *et al.*, 2017).

En particular la enfermedad de caries, constituye un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud oral y sistémica en los individuos y sociedad y por el alto costo de su tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que cinco mil millones de personas en el planeta han sufrido caries dental (Anaya *et al.*, 2016).

Entendiendo que las consecuencias de la caries dental son acumulativas, al tener una población infantil con alta carga de enfermedad, tendremos una población adolescente muy enferma y consecutivamente una población adulta con las secuelas de la enfermedad, como pérdida de dientes, afectando enormemente la calidad de vida de las personas y de la sociedad.

Hasta el momento se ha enfrentado la caries dental con un enfoque mayoritariamente restaurador, sin embargo, se ha demostrado que este enfoque basado en la operatoria clásica por sí solo, no logra controlar la enfermedad. Lo único que ha demostrado tener resultados positivos, con evidencia científica de alta calidad, es el uso de cepillo y pasta fluorada, al contrario de los tratamientos restauradores en dientes primarios, que cuentan con muy bajo nivel de evidencia y un efecto incierto. La aparición de una nueva lesión de caries asociada a una restauración pre existente es una situación común y también la primera causa de fracaso de restauraciones MINSAL (Ministerio de Salud, 2017a).

El MINSAL consciente de este problema, ha implementado el Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030; estructurado en 4 ejes estratégicos, 12 objetivos estratégicos (OE) y 69 resultados esperados o metas de responsabilidad del nivel central o regional. Las metas se definen a corto plazo (2020), mediano (2025) y largo plazo (2030) y constituyen la base para la formulación de los Planes Operativos (Ministerio de Salud, 2017b).

En el Programa CERO (Control con Enfoque de Riesgo Odontológico) la principal herramienta que se utiliza en Atención Primaria de Salud (APS), consiste en la aplicación de una pauta de riesgo cariogénico y de hábitos que determina estrategias de prevención. La pauta de evaluación de riesgo es una acción de tamizaje y no de diagnóstico. En Chile, la pauta debe ser aplica-

da por el odontólogo a todos los niños y niñas menores de 7 años que ingresan a la atención odontológica en el centro de salud. La Pauta CERO es una adaptación nacional de instrumentos de evaluación de riesgo cariogénico utilizados a nivel internacional.

Dado lo anterior y como una forma de conocer los resultados locales de la Población en control con enfoque de riesgo odontológico (Programa CERO), el objetivo del presente trabajo es evaluar el Programa CERO del Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Reyes de la comuna de Tomé, con el fin de obtener un insumo que contribuya a fundamentar de forma objetiva las mejoras en la ejecución de este Programa.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó un diseño no experimental de tipo observacional transversal y descriptivo para evaluar con la información obtenida de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) del Centro de Salud familiar (CESFAM) Dr. Alberto Reyes de la comuna de Tomé, dependiente de la Dirección de Salud Municipal de Tomé.

El universo estuvo constituido por 1159 registros de niños y niñas ingresados al Programa CERO durante el año 2018 (Ministerio de Salud, 2018). Al determinar el tamaño muestral se estimó una prevalencia de 50 % de ingresos al Programa, un nivel de confianza del 95 % y un error de estimación del 5 %. Se definió de esta forma un tamaño muestral de 556 registros, no obstante se trabajó con el 100 % de universo.

Como criterios de inclusión se consideraron los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) que informaron sobre niños y niñas de 6 meses hasta 6 años 11 meses 29 días de edad y de los niños ingresados al Programa CERO durante el año 2018 (Ministerio de Salud, 2018). Por otra parte, como criterio de exclusión se consideraron los registros REM mal tabulados.

Para la recolección de la información, se consideró revisar una base de datos secundaria correspondiente a los REM de atenciones, que se remiten al Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (MINSAL) por establecimientos y/o estrategias según códigos estructurales definidos.

Los registros que tributan a la población en control con pauta CERO son los que aparecen en la Tabla I.

Los datos de la base secundaria fueron trasladados a una planilla Excel, donde fue procesada la información, incorporando columnas y filas que facilitaron la comprensión de los datos. Luego, se llevó a cabo una fase exploratoria, con la finalidad de asegurar la calidad de la información entregada por el nivel central de salud. Se observó la presencia de datos faltantes y errores de digitación. Posteriormente se analizaron los datos descriptivamente, utilizando números y proporciones por subgrupos de variables como edad, sexo y mes. Se obtuvo con estos análisis, el total de Ingresos al Programa CERO, Número de niños por rangos de edad, total de ingresos a programas odontológicos, egresos del Programa CERO, evaluación de riesgo.

El presente estudio fue llevado a cabo con la aprobación del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Talcahuano, Chile.

## RESULTADOS

En relación a la distribución de Ingresos al Programa CERO en el CESFAM Dr. Alberto Reyes de la comuna de Tomé, el 51 % estuvo representado por hombres y el 49 % por mujeres. Las edades con mayores ingresos, son los 6 años, con un 25 % y los niños de 4 años con proporciones que por poco alcanzan el 20 %. Las edades menormente representadas son el año de edad y los 5 años, con porcentajes inferiores al 10 % (Tabla II).

En cuanto a la distribución de ingresos a Programas odontológico, se observó que, del total de pacientes ingresados a Programas Odontológicos, un 54 % corresponden a ingresos al Programa CERO. Por otra parte, la distribución de egresos del Programa CERO una proporción superior al 20 % corresponden a egresos del mismo (Tabla III).

La Tabla IV, muestra la proporción del riesgo cariogénico del total de pacientes en control, la que

Tabla I. Descripción de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) utilizados en Atención Primaria de Salud, relacionados con el Programa CERO.

| REM | Sección  | Descripción   |
|-----|--|---|
| A03 | D.7: Aplicación y resultados de pauta de evaluación con enfoque de riesgo odontológico (CERO). | La pauta de evaluación con enfoque de riesgo odontológico, corresponde a una herramienta de tamizaje aplicada por el odontólogo a todos los niños y niñas menores de 7 años que se encuentran en control odontológico. Se aplica en los centros de salud primarios en forma anual, de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes la pauta arroja como resultado dos categorizaciones de riesgo: alto y bajo.   |
| A09 | A: Control Odontológico  | Es la atención que se otorga al usuario, con el objeto de registrar la evolución del tratamiento realizado, prevenir y detectar cuadros mórbidos y con un rendimiento menor a una consulta de morbilidad. Esto incluye: control posterior al alta odontológica, control posterior a la consulta de morbilidad y control con enfoque de riesgo odontológico.   |
|     | B: Control Odontológico  | Se registran todas las acciones realizadas en promoción, prevención, recuperativas y de apoyo diagnóstico de nivel primario en los establecimientos de atención primaria y de especialidades. Es decir, se registran las actividades que se realizan en los usuarios que se encuentran en control con enfoque de riesgo odontológico.   |
|     | C: Ingreso a Control con Enfoque de Riesgo Odontológico.                                       | Corresponde a niños y niñas menores de 7 años que ingresan por primera vez a establecimientos del nivel primario de atención, con el fin de reforzar la promoción de la salud oral y de controlar periódicamente los factores de riesgo. Esto incluye a niños y niñas que accederán a su garantía GES de 6 años. El registro refuerza la idea que todos los niños y niñas menores de 7 años deben aplicarse una pauta CERO y posterior estrategia de prevención.  |
|     | C: Egreso de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico:                                       | Corresponde al total de niños y niñas que dejan de controlarse, ya sea por traslado, fallecimiento o edad (cumple 7 años). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Egresos por Traslado: Corresponde a las personas que se trasladan a otro establecimiento de la red, del mismo Servicio de Salud u otro, para continuar con su tratamiento, generalmente, se produce por cambio de domicilio.</li> <li>- Egresos por Abandono: Corresponde a niños y niñas menores de 7 años que, durante el mes informado, han permanecido inasistentes por más de 11 meses 29 días al control, efectuándose en dicho período al menos tres acciones de rescate de inasistentes documentadas.</li> <li>- Egresos por Fallecimiento: corresponde a las personas que egresan por fallecimiento por cualquier circunstancia.</li> <li>- Egresos por Edad: Corresponde a las personas que cumplen 7 años de edad, puesto que la población bajo control está orientada a menores de 7 años.</li> </ul> El egreso se realiza a los 6 años sólo una vez que el niño o niña haya accedido a su garantía GES con las prestaciones que esta conlleva. |

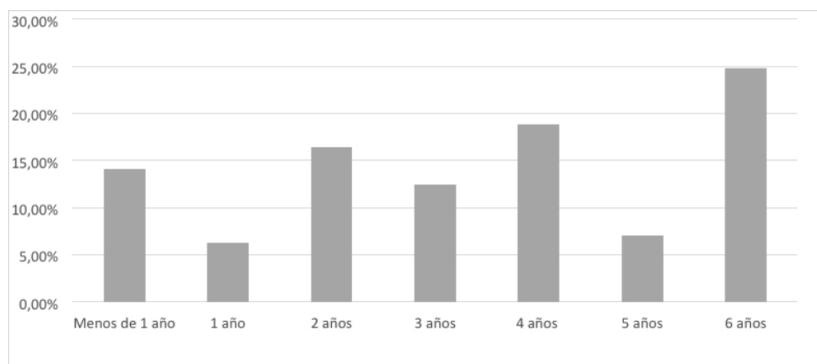


Fig. 1. Proporción de niños ingresados al Programa CERO, según edad.

supera el 50 % en el riesgo bajo. Además, se observa un leve predominio de mujeres con riesgo alto correspondiendo a un 24 % y un 22 % en hombres.

En la distribución porcentual de riesgo cariogénico según edad, el riesgo alto supera 14,5 % en niños de 6 años, 11 % a los 4 años, las probabilidades en el resto de las edades no superaron el 7 %.

Tabla II. Distribución de Ingresos y Egresos al Programa CERO con respecto al total de ingresos a Programas odontológicos del CESFAM Dr. Alberto Reyes de la comuna de Tomé.

|   | Número (n) | Porcentaje (%) |
|---|------------|----------------|
| Ingresos a Programa CERO                    | 1159       | 54             |
| Egresos de Programa CERO                    | 254        | 21             |
| Total de ingresos a programas odontológicos | 2118       | 100            |

Tabla III. Proporción de riesgo cariogénico en niños, según sexo.

|        | Riesgo Alto |                | Riesgo Bajo |                |
|--------|-------------|----------------|-------------|----------------|
|        | Número (n)  | Porcentaje (%) | Número (n)  | Porcentaje (%) |
| Hombre | 268         | 22             | 310         | 25             |
| Mujer  | 287         | 24             | 329         | 27             |
| Total  | 555         | 46             | 616         | 51             |

Tabla IV. Proporción de riesgo cariogénico según edad.

| Edad           | Riesgo Alto |      | Riesgo Bajo |      |
|----------------|-------------|------|-------------|------|
|                | (n)         | (%)  | (n)         | (%)  |
| Menos de 1 año | 9           | 0,8  | 155         | 13,0 |
| 1 año          | 20          | 1,7  | 55          | 4,6  |
| 2 años         | 82          | 6,9  | 112         | 9,4  |
| 3 años         | 84          | 7,0  | 73          | 6,1  |
| 4 años         | 131         | 11,0 | 92          | 7,7  |
| 5 años         | 56          | 4,7  | 30          | 2,5  |
| 6 años         | 173         | 14,5 | 122         | 10,2 |
| Total          | 555         | 46,5 | 639         | 53,6 |

Por el contrario en riesgo bajo predominaron los menores de 1 año (Tabla IV).

## DISCUSIÓN

El estudio incluyó a 1159 niños correspondientes a la totalidad de pacientes ingresados al Programa CERO, adscritos del CESFAM Dr. Alberto Reyes de la comuna de Tomé, cuya edad se encontraba entre los 6 meses y 6 años 11 meses y 29 días.

La categorización por edad, muestra que el porcentaje mayor de ingresos al Programa CERO, corresponde a niños de 6 años alcanzando 25 %, los 4 años cercano al 20 % y los 2 años 16 %, y a los 5 años, el cual no superan el 7 %, dejando una gran cantidad de usuarios sin controles odontológicos en esos rangos etarios. Lo antes descrito, puede suceder dado el desconocimiento por parte de los usuarios y equipos de salud en la continuidad de controles del Programa, estando aún muy interiorizado lo que se realizaba anteriormente durante muchos años los controles odontológicos a los 2, 4 y 6 años en donde existe un mayor rescate de pacientes debido a la Garantía GES (Garantía Explícitas en Salud) salud oral integral para niñas y niños de 6 años, asociada a una meta sanitaria, lo que se traduce en que si se cumple la meta, cada uno de los funcionarios recibe un bono trimestral. Por otra parte, se necesita mayor difusión. La comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal (Rodríguez *et al.*, 2018).

De acuerdo con la evidencia científica, es necesario el abordaje de esta enfermedad con un cambio de paradigma en el manejo de la caries como un proceso de enfermedad (Sánchez-Pérez *et al.*, 2018), con el objetivo de manejar de forma más eficiente las medidas preventivas dirigidas de manera individual hacia cada paciente, proponiendo el manejo de la caries a través de la valoración del riesgo. Dicha propuesta es en la que se basa el Programa CERO, construyendo una población en control infantil con controles odontológicos de salud según riesgo y con metas de cobertura de población sana.

En relación a la proporción del riesgo cariogénico en niños del Programa CERO, en donde observamos que, del total de pacientes en control, la categorización de riesgo bajo supera el 50 %. Información relevante debido a la categorización de riesgo cariogénico, cada ámbito de la pauta presenta preguntas en las cuales existen dos alternativas de respuesta; una que categoriza la pregunta en bajo riesgo y otra en alto riesgo. Estas respuestas posteriormente categorizarán el ámbito como alto o bajo riesgo cariogénico y así el riesgo total del niño(a) según los criterios preestablecidos.

En cuanto a los resultados obtenidos según sexo, existe un leve predominio de mujeres con alto riesgo correspondiendo a un 24,04 %. Por otro lado de los niños con bajo riesgo las probabilidades observadas fueron muy similares. Al respecto se plantea que el sexo femenino resulta más afectado por caries dental, lo cual pudiera estar relacionado con el hecho de que en las mujeres la secreción salival es menor y están más expuestas a variaciones hormonales (Jiménez *et al.*, 2016).

De acuerdo a las edades incluidas en el Programa CERO, la literatura concuerda en el tiempo ideal para el comienzo de la atención dental debe ser de preferencia a los seis meses de edad, tiempo en que aparecen los primeros órganos dentales (Corona Zavala *et al.*, 2014). Se observa que a medida que aumenta la edad, disminuye cada vez más drásticamente el porcentaje de individuos libres de caries. Al observar los resultados, se evidencia que el abordaje restaurador que se ha tenido hasta ahora no consigue resolver el problema de la rápida aparición de lesiones en este grupo etario, lo que trae de la mano gastos económicos y sociales de gran magnitud.

El recurso humano es escaso, si bien los resguardos de tiempos se mantienen en los centros, estos siguen siendo menores en relación a otros programas odontológicos. La cobertura de la atención odontológica es limitada: la OMS recomienda 1 dentista por 2.000 habitantes (Goic, 1015). Se estima en el plan nacional de salud bucal 2018-2030 en donde al año 2017, existen 1.841 dentistas con certificación de especialidad trabajando en la red pública, en establecimientos dependientes de la atención primaria municipal y dependientes de los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2017a).

Sería mucho más eficiente poder contratar recurso exclusivo para este Programa, lo que permitiría

tener un mayor control de la población bajo control. Es necesario, potenciar el Programa CERO generando una mayor coordinación, supervisión y capacitación de este Programa; si bien existen referentes por establecimiento, el perfil de este y sus funciones son constantemente supervisadas. Dicha supervisión debería ser mensual a través de los referentes de Programa y jefaturas permitiendo consigo un registro correcto en los establecimientos.

La planificación y vigilancia de actividades, control de programas, así como su monitoreo requieren estadísticas, sin las cuales no sería posible realizarlas con eficiencia (Ramírez, 2012). En este sentido, la información sobre el estado de salud oral es esencial para la toma de decisiones a nivel gubernamental que involucren la prevención y tratamiento de éstas, por ello es importante el levantamiento de evidencia para poder trazar una línea base sobre la condición actual de salud oral en nuestro país y de esta forma poder comparar en el tiempo si existe modificación de estas cifras, como así también poder evaluar indirectamente el impacto de las distintas medidas llevadas a cabo y fortalecer la implementación de políticas públicas para mejorar la salud oral de los grupos objetivos (Cabello Ibacache *et al.*, 2011).

Como el Programa CERO se está implementando recientemente en el Sistema de Atención Primaria de Salud, es importante evaluar constantemente los resultados observados junto con la retroalimentación del equipo odontológico y el equipo multidisciplinario de los centros. El modelo de salud familiar nos invita a empoderar al equipo de salud respecto de este punto.

Dentro de las limitaciones del estudio se pueden el diseño transversal utilizado en el estudio, que dificulta establecer relaciones causales. Por otro lado, el reducido tiempo de implementación del Programa no permite realizar seguimiento de los casos ni tampoco evaluar el impacto del Programa a largo plazo. A pesar de las limitaciones declaradas, este estudio es el primero que evalúa los resultados preliminares del Programa CERO a nivel de Atención Primaria de Salud en la comuna.

**AGRADECIMIENTOS.** En primera instancia agradezco al CESFAM Dr. Alberto Reyes por permitir la realización del estudio. A todos los profesores de Magíster de Salud Pública de Universidad del Bío-Bío, Chile.

**MUÑOZ, O. & ARANEDA, J.** Evaluation of the Zero Program in a Cesfam in the South of Chile. *Int. J. Odontostomat.*, 16(2):273-278, 2022.

**ABSTRACT:** Dental caries constitute a significant public health problem due to its high prevalence, negative impact on individuals and society's oral and systemic health, in addition to the high cost of treatment. The aim of this study was to evaluate the CERO program of "CESFAM Dr. Alberto Reyes", from the commune of Tomé. A descriptive cross-sectional study was conducted, with a sample of 100 % of the children admitted to the CERO program, who were affiliated to the "CESFAM Dr. Alberto Reyes" from the commune of Tomé in 2018. A secondary database was reviewed corresponding to "Resúmenes Estadísticos Mensuales" (Monthly Statistical Summaries) of medical attentions and/or population under control, which is forwarded to the "Departamento de Estadísticas e Información en Salud" (Statistics and Health Information Department) by establishments and/or strategies under structural defined codes. According to results, males represent 51 %, and females 49 % of the sample. The ages with a higher number of admissions are 6 years old, representing 25 %, and 4 years old children, who almost reach 20 %. The least representing ages are 1 and 5 years old, with values lower than 10 %. It is necessary to approach this disease with a modification of the paradigm in the management of dental caries as an illness process, managing more efficiently the preventative measures aimed individually to each patient, proposing the management of dental caries through risk assessment as the CERO program does.

**KEY WORDS:** Dental caries, public health, child health.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anaya, M. P. A.; Joya, T. C. & Adriano, P. A. C. Traditional knowledge and practices in dental health. Their association to caries in a school population. *Int. J. Odontostomat.*, 10(3):455-62, 2016.
- Cabello Ibacache, R.; Rodríguez Martínez, G.; Tapia Crispí, R.; Jara Bahamondes, G.; Soto Quina, L. & Venegas Cid, C. Recursos humanos odontológicos y necesidades de tratamiento de caries en adolescentes de 12 años en Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral*, 4(2):45-9, 2011.
- Córdova, D.; Flores, Y.; Luna, M. & Tapia, P. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo en escolares de una institución educativa en Chiclayo, Perú. *KIRU*, 14(2):119-26, 2017.
- Corona Zavala, A. A.; Guerrero Castellón, M. P.; Rodríguez Arámbula, J. C.; Pérez Orta, R. & Hernández Sánchez, M. J. Rehabilitación oral en niños, con enfoque preventivo y psicológico. *Rev. Tamé*, 3(7):223-9, 2014.
- Fuentes Fernández, R.; Oporto, V. G. H.; Silva, M. A.; Soto, P. C.; Prieto, R.; Sanhueza, A. & Cantín, M. Impacto de la caries dental y enfermedad periodontal sobre la sexualidad de la mujer. *Av. Odontostomatol.*, 31(4):273-81, 2015.
- Goic, G. A. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev. Med. Chile*, 143(6):774-86, 2015.
- Jiménez, R. R.; Castañeda, D. M.; Corona, C. M. H.; Estrada, P. G. A. & Quinzán, L. A. M. Factores de riesgo de caries dental en escolares de 5 a 11 años. *MEDISAN*, 20(5):604-10, 2016
- Ministerio de Salud (MINSAL). *Orientación Técnico Administrativa Población en Control con Enfoque de Riesgo Odontológico. Programa CERO*. Santiago de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2017a. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wpcontent/uploads/2019/02/Orientacion-Tecnica-Programa-CERO-2019.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSAL). *Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*. Santiago de Chile, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2018. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2018/01/2ResultadosENS\\_MINSAL\\_31\\_01\\_2018.pdf](https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2018/01/2ResultadosENS_MINSAL_31_01_2018.pdf)
- Ministerio de Salud (MINSAL). *Resultados I Encuesta de Salud, Chile 2003*. Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2003. Disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/encnacsalres.pdf>
- Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud Bucal 2018-2030. División de prevención y control de enfermedades*. Santiago de Chile, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Salud Bucal, 2017b. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20\\_12\\_2017.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf)
- Ramírez, L. Reflexiones sobre el estadístico de salud como bibliotecólogo. *Comunidad Salud*, 10(2):67-70, 2012.
- Rodríguez, S.; Cabrera, L. & Calero, E. La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. *Rev. Hum. Med.*, 18(2):384-404, 2018.
- Sánchez-Pérez, L.; Sáenz Martínez, L. P.; Molina-Frechero, N.; Irigoyen-Camacho, M. E. & Alfaro-Moctezuma, P. Riesgo a caries. Diagnóstico y sugerencias de tratamiento. *Rev. ADM*, 75(6):340-9, 2018.

Corresponding author:

Olivia Muñoz Torres

Magíster en Salud Pública Universidad del Biobío

CESFAM Dr. Alberto Reyes

Tomé

CHILE

E-mail: [oly.munoz.torres@gmail.com](mailto:oly.munoz.torres@gmail.com)