



FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Salud Pública

Magíster Salud Pública

BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD BUCAL DE NIÑOS Y NIÑAS EN PROGRAMA DE PROTECCIÓN RESIDENCIAL SENAME

POR JULIA ALEJANDRA NARANJO ESPINOZA

Tesis presentada a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile para
optar a grado académico de Magíster en Salud Pública.

Profesora Guía: Dra. Paula Bedregal García

Octubre 2019, Santiago Chile

© 2019, Julia Alejandra Naranjo Espinoza

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento

A mi querida familia por su incondicional apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A los profesores Paula Bedregal y Jaime Sapag, por su compañía y comprensión en este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

I. ANTECEDENTES.....	9
II. MARCO TEÓRICO.....	13
A. Derechos en la Infancia.....	13
B. Modelos conceptuales sobre acceso a servicios.....	15
III. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	18
A. Objetivo General.....	18
B. Objetivos específicos.....	18
IV. METODOLOGÍA.....	18
A. Diseño del estudio.....	19
B. Sitio de estudio y muestra.....	19
C. Métodos de recolección de datos.....	21
D. Análisis de datos.....	23
V. RESULTADOS.....	24
A. Descripción población.....	24
B. NORMATIVA.....	26
Programa Nacional de Salud en la infancia con enfoque integral.....	26
Vinculación SENAME- APS.....	29
Norma técnica para la Promoción del Bienestar, Prevención y Abordaje integral de desajustes emocionales y conductuales en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en cuidado alternativo residencial.....	30
C. Estado de Salud y prestaciones de Salud Bucal requeridas.....	31
D. Acceso a servicios de salud bucal.....	33
E. Barreras y Facilitadores para el acceso a servicios de salud bucal.....	35
Barreras.....	36
Facilitadores.....	41
VI. DISCUSIÓN.....	45
VII. CONCLUSIONES.....	49
REFERENCIAS.....	50
ANEXOS.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	12
Tabla 2	24
Tabla 3	35
Tabla 4	41

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1	16
Figura 2	17
Gráfico 1	26
Figura 3	27
Figura 4	33

RESUMEN

Contexto y Problema Evaluativo: Los niños y niñas bajo protección del Servicio Nacional de Menores (SENAME), son una población que debido a la vulneración de derechos y las experiencias adversas experimentadas tempranamente en su trayectoria de vida, presentan desafíos mayores en cuanto a su salud comparado con el resto de la población. El Estado de Chile a través de SENAME, tiene la responsabilidad de la restauración de derechos y normalización de los cuidados físicos y mentales de niños y niñas asegurando su acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, en 2018 un 26 % de la población dentro del programa de protección residencial no se encontraba inscrita en ningún Centro de Salud Familiar (CESFAM), puerta de acceso al sistema de salud, incluido el acceso a servicios odontológicos. Esto representa una nueva vulneración de derechos de la infancia, ahora bajo la responsabilidad del Estado. La salud bucal es parte integral del bienestar físico y emocional de las personas. La evidencia señala que las enfermedades bucales tienen mayor prevalencia y severidad en población infantil socioeconómicamente más vulnerable, además de ser un predictor para su desarrollo durante la vida adulta, teniendo efectos negativos sobre el curso de vida y desempeño social de los individuos. El acceso de estos niños y niñas a los servicios odontológicos disponibles en el sistema público se encuentra regulado por normativas institucionales de SENAME y lineamientos entregados por el Ministerio de Salud para el desarrollo de estrategias locales enfocadas en dar respuesta a los requerimientos de salud de esta población en el nivel primario de salud.

Objetivo de la investigación: Reconocer las barreras y facilitadores para el acceso a la atención de salud bucal de niños y niñas que se encuentran bajo sistema el sistema de protección residencial SENAME, desde la perspectiva del personal que trabaja en la residencia y actores claves del CESFAM vinculados en la atención de esta población.

Método: Estudio transversal con enfoque cualitativo, en residencia SENAME y CESFAM vinculado a dicha residencia. Mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales, se busca conocer las barreras y facilitadores. Se realizó un análisis de contenido basado en códigos deductivos extraídos del “Modelo de Cobertura Efectiva”. propuesto por Tanahashi. **Resultados Esperados:** Se detectaron barreras y facilitadores en distintos puntos de las etapas que caracterizan el acceso a los servicios. Las barreras detectadas fueron principalmente físicas, organizacionales y financieras, con efectos sobre la accesibilidad a los servicios. En cuanto a la aceptabilidad a los servicios se observó que las creencias

personales de los niños y aspectos culturales del entornos influyen en la aceptabilidad de estos. Por su parte, los facilitadores se relacionaban con la presencia de recurso humano especializado que entregaba atención a esta población y factores organizacionales dados por la vinculación entre residencia y red comunal. La Normativa vigente plantea la salud bucal como un área que debe ser considerada dentro de las atenciones de salud, sin embargo, no entrega directrices específicas que apunten a resultados esperados y medibles en esta materia. **Discusión:** Esta evaluación combina perspectivas provenientes desde el prestador de servicios de salud y la organización a cargo de los cuidados de niños y niñas. Si bien, ambas instituciones se encuentran vinculadas, existen barreras principalmente organizacionales y financieras de la residencia que siguen influyendo en el acceso de esta población a los servicios. Además, se identificó que el trabajo intersectorial tiene especial éxito debido a la presencia de actores claves en su desarrollo, pero que no existe una normativa comunal detallada que asegure la continuidad de estas estrategias que dan respuesta a los requerimientos de salud bucal de esta población.

I. ANTECEDENTES

En la actualidad, la OMS reconoce el maltrato infantil y las experiencias relacionadas, como un conjunto de exposiciones con amplias repercusiones para el desarrollo humano y la prevención de enfermedades(1). Representando un tema de gran relevancia como problema legal y social, de derechos humanos y de salud pública debido a la carga mundial en salud asociada(2) (3).

Para hacer referencia a este conjunto de exposiciones, la literatura ha adoptado el término de *“Experiencias Adversas de la infancia”* , reuniendo en el vivencias con repercusiones negativas a las cuales pueden verse expuestos niños y niñas, entre las que se encuentran por ejemplo la negligencia, abandono, maltrato, abuso sexual, entre otras (4).

La evidencia disponible respecto a las Experiencias Adversas de la Infancia ha identificado que la expresión de una serie de características durante la vida adulta de los individuos, encuentran asociación con situaciones de maltrato y disfunción doméstica durante la infancia (5). Por otra parte ha determinado que la exposición a múltiples tipos de maltrato genera un efecto acumulativo en el riesgo de desarrollar problemas de salud a través del curso de la vida, conduciendo a su vez a costos económicos debido al bajo rendimiento educativo, hospitalización y necesidad de asistencia médica (6)(5). En relación a los efectos sobre el estado de salud, la evidencia a observado déficits en la autorregulación, malas relaciones sociales, elecciones de estilo de vida poco saludables, conductas opositoras, dificultades en la concentración y atención, agresividad, trastornos alimentarios, baja autoestima y trastorno de estrés postraumático, así como síntomas psicósomáticos como dolor de estómago, dolor de cabeza y trastornos del sueño(6).

El maltrato, negligencia y/o abandono experimentado por niños y niñas, y por ende la vulneración de sus derechos, tienen repercusiones significativas tanto a nivel social como individual. Generando en un nivel individual graves consecuencias en el estado de salud físico y mental de los individuos a través de su curso de vida(1).

Frente situaciones de esta naturaleza, en nuestro país el Estado de Chile es quién asume la tutela y cuidados sobre estos niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ), tarea que realiza a través del Servicio Nacional de Menores (SENAME), institución que en 2017 tenía bajo su responsabilidad aproximadamente a 104.000 NNJA.

SENAME es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Encargado de colaborar con el sistema judicial en la implementación de medidas y programas dirigidos a la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos y jóvenes que han infringido la ley, y además, se ocupa de regular y controlar la adopción en Chile(7).

Creado por el Decreto de Ley N° 2.465 de 1979 el 10 de enero de 1979, su misión es *“Contribuir a la restitución de derechos de niños, niñas, adolescente y adultos vulnerados/as, así como a la responsabilización y reinserción social de los adolescentes infractores/as de ley, a través de programas ejecutados directamente o por organismos colaboradores del Servicio”*(8).

Uno de los objetivos estratégicos de SENAME consiste en contribuir a la prevención, promoción, protección y restituir los derechos fundamentales de estos NNAJ vulnerados en sus derechos, entre los cuales se consideran el acceso a servicios sociales básicos como salud, educación, entre otros, con el fin de procurar su desarrollo integral(9).

A la luz de la evidencia actual, la cual es categórica al momento de señalar que los desafíos en cuanto a salud que enfrenta la población durante su vida adulta tienen su origen durante la primera infancia, toma especial relevancia el ejercicio del derecho a la salud por parte de este grupo de NNAJ. Tomando en consideración su condición de vulnerabilidad y el rol que juegan los determinantes sociales en los resultados de salud que experimentarán a través de su curso de vida, es imperativo el acceso a los servicios de salud que no solo den respuestas curativas sino tengan un foco en la promoción de salud y prevención de enfermedades.

Una de las dimensiones de salud importante de ser atendidas en niños y niñas se encuentra representada por la salud bucal, debido a la existencia de diferencias significativas en la prevalencia de las enfermedades bucales según el nivel socioeconómico y vulnerabilidad de las familias.

La enfermedad bucal más prevalente durante la infancia es la caries dental, esta corresponde a una enfermedad crónica multifactorial que se inicia desde los primeros años de vida y presenta un importante incremento con la edad, tanto en frecuencia como en severidad(10).

En Chile la caries dental es una enfermedad muy prevalente en la población, afectando a un 17,5% a los 2 años, a un 49,6% a los 4 años (11)(13) y de 70,4% a los 6 años(12). Llegando a un 99,4% en adultos de 65 a 74 años(13).

Estudios epidemiológicos nacionales muestran además, que la disminución en la proporción de niños y niñas libres de caries que ocurre entre los 2 y 6 años de edad, es aún mayor en la población con menor nivel socioeconómico (NSE) (14). Acentuándose estas diferencias entre NSE alto y bajo con la edad, alcanzando su máximo valor a los 12 años(11).

Actualmente la salud bucal es valorada como una parte fundamental dentro del bienestar integral de las personas, considerándose tan importante como la salud mental y física. Esto se debe a que las patologías bucales son acumulativas en el ciclo vital, e impactan fuertemente el estado de salud general y la calidad de vida de las personas, especialmente si se presentan desde temprana edad(15).

El impacto negativo que tienen la presencia de patologías bucales sobre la calidad de vida se debe a las limitaciones que generan en la capacidad de los individuos para masticar, hablar, sonreír y relacionarse; afectando tanto su bienestar físico como psicosocial (10).

Durante la infancia las enfermedades bucales y la sintomatología asociada pueden afectar de manera considerable el bienestar físico, emocional, la capacidad funcional y el bienestar social de niños y niñas (16). Afectando entre otras cosas el aumento de peso en niños pequeños(17), el rendimiento y ausentismo escolar (18) y causar estrés a los padres (19). Además de tener un alto impacto económico (costos del tratamiento, ausentismo laboral de la madre y/o el padre) y estar asociado a caries en dentición permanente (18).

La experiencia de caries y un estado de salud bucal precario durante la infancia es un fuerte predictor para el desarrollo de patologías bucales en la edad adulta, independientemente de las condiciones socioeconómicas a las cuales se encuentre sometido(20).

En cuanto al rol que juegan las diferencias socioeconómicas, la evidencia es categórica al señalar sus efectos sobre la prevalencia de la enfermedad bucales(21), diferentes niveles de salud bucal en la edad adulta, el impacto percibido sobre la calidad de vida, y el comportamiento en el uso de los servicios de salud bucal de manera(22).

En relación con la población infantil que se encuentra bajo los servicios de protección, estudios que han evaluado la condición de salud bucal de esta población, han constatado un mayor índice de caries para dentición primaria y permanente, además de reportar un índice de atención más bajo y una menor asistencia dental(23).

Para los niños que se encuentran en algún programa de protección residencial de SENAME, las acciones relacionadas con el inscripción de los niños y niñas a la red de salud, el acceso a las prestaciones y regularización de sus controles de salud, entre ellos los odontológicos, se encuentran establecidas en los “Protocolo de actuación para residencias de protección SENAME” y en la “Norma técnica para la Promoción del Bienestar, Prevención y Abordaje integral de desajustes emocionales y conductuales en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en cuidado residencial”, en ellas se estipula que cada niño ingresado en la residencia debe ser inscrito en su CESFAM local y junto con ello, solicitar hora de atención para evaluación e inicio de controles regulares de salud, incluidas atenciones de salud bucal (24).

Tabla 1. Cantidad de niños, niñas, adolescentes y adultos en sistema residencial SENAME que presenta inscripción en APS

Región	Residencias OCAS				Total Residencias OCAS	CREAD SENAME				Total CREAD SENAME
	Inscrito	%	No inscrito	%		Inscrito	%	No inscrito	%	
XV ARICA Y PARINACOTA	73	1,3%	9	0,2%	82	46	5,8%	2	0,3%	48
I TARAPACÁ	101	1,8%	22	0,4%	123		0,0%		0,0%	
II ANTOFAGASTA	114	2,0%	43	0,8%	157		0,0%		0,0%	
III ATACAMA	87	1,5%	6	0,1%	93		0,0%		0,0%	
IV COQUIMBO	157	2,8%	59	1,0%	216		0,0%		0,0%	
V VALPARAÍSO	573	10,2%	208	3,7%	781	67	8,5%	12	1,5%	79
VI O'HIGGINS	35	0,6%	178	3,2%	213		0,0%		0,0%	
VII MAULE	405	7,2%	135	2,4%	540	35	4,4%	15	1,9%	50
XVI ÑUBLE	139	2,5%	24	0,4%	163		0,0%		0,0%	
VIII BIOBÍO	606	10,8%	113	2,0%	719	149	18,9%	36	4,6%	185
IX ARAUCANÍA	204	3,6%	118	2,1%	322	38	4,8%	59	7,5%	97
XIV LOS RÍOS	158	2,8%	5	0,1%	163		0,0%		0,0%	
X LOS LAGOS	381	6,8%	34	0,6%	415		0,0%		0,0%	
XI AYSÉN	8	0,1%	1	0,0%	9	7	0,9%		0,0%	7
XII MAGALLANES	36	0,6%	4	0,1%	40		0,0%		0,0%	
XIII METROPOLITANA	1.093	19,4%	497	8,8%	1.590	245	31,1%	76	9,7%	321
Total General	4.170	74,1%	1.456	25,9%	5.626	587	74,6%	200	25,4%	787

Fuente: Base de datos MINSAL, con fecha de corte al 30/09/2018.

En 2018 SENAME realizó una auditoría social al sistema residencial de protección (25). Esta tenía por objetivo conocer en terreno la situación en la que se encuentran los NNJA que forman parte de

la red residencial del SENAME, en ámbitos salud, educación, hábitat o entorno, registro social de hogares, planes de intervención y su percepción respecto a su vida en la residencia

Sobre la situación de salud, esta auditoría dejó al descubierto, como es posible observar en la **Tabla 1.**, que un 26 % de la población que se encontraba en programas de protección residencial no se encontraba inscrita en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) que le correspondía de acuerdo a la circunscripción de la residencia. Es importante recordar que en Chile la Atención Primaria de Salud representa la puerta de acceso al sistema sanitario y las prestaciones universales y específicas disponibles en el marco del Programa Nacional de Salud de Infancia, dentro de las cuales se encuentran consideradas las prestaciones de salud bucal.

Esta falta de acceso a los servicios de salud por parte de la población SENAME, representa una vulneración grave a los derechos de la infancia, ocurrida esta vez bajo tutela del Estado. Situación que da cuenta de la profunda crisis en la cual se encuentra sumida este organismo, el que es incapaz de dar respuesta a las necesidades de la población bajo sus cuidados, vulnerando en distintos ámbitos de los derechos fundamentales de NNAJ. Tal es la gravedad de la situación, que recientemente la ONU ha hecho entrega de un informe en el cual se declara categóricamente que el Estado de Chile ha vulnerado sistemáticamente los DD.HH. de la niñez (26).

II. MARCO TEÓRICO

A. Derechos en la Infancia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud “como un estado de completo bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de afecciones”. Por otra parte, uno de los principios impulsados por este organismo internacional es que se reconozca que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (27).

El Estado de Chile reconoce la Salud como un Derecho Social, declarándolo dentro de su Constitución y ratificándolo a través de la Declaración de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales. En su Constitución, la República de Chile garantiza el derecho al acceso a salud para todas las personas. En el Capítulo III sobre los Deberes y Derechos Constitucionales, el Art. 19 que detalla los derechos básicos asegurados a todas las personas, señala con relación al derecho a la protección de la salud, que

“el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control único de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”(28).

Por otra parte, la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por Chile en 1990, establece el derecho de todo niño y niña a una vida segura y sana, indicando en su articulado que los niños y niñas contarán con el derecho al goce del más alto nivel de salud posible junto al acceso a los servicios sanitarios y médicos(29). Desde entonces, y bajo dicho mandato, el país ha adoptado una serie de medidas orientadas a adecuar su legislación y políticas a los compromisos que impone este tratado internacional; en relación a temas de salud entre las que destaca la creación del Subsistema de Protección Integral a la infancia Chile Crece Contigo.

En la misma dirección la Política Nacional de Niñez y Adolescencia para los años 2015 a 2025 (30), recoge y organiza la identificación de diversas aspiraciones para la niñez y la adolescencia, que se enmarcan en el respeto y promoción de los derechos de NNA; el reconocimiento, promoción y materialización del rol del Estado y la ciudadanía como garantes para su pleno ejercicio; y en situar el desarrollo, bienestar y felicidad de los NNA en el centro de su quehacer a través de los siguientes objetivos estratégicos:

- Proponer la adecuación normativa y generar las condiciones político-institucionales que regulen la institucionalidad competente del Estado y la ciudadanía para garantizar el ejercicio de los derechos de los NNA que habitan Chile.
- Fortalecer y promover la gestión pública y la calidad de las políticas, así como la de los programas y servicios considerando la perspectiva de derechos.
- Fortalecer las condiciones familiares, comunitarias, sociales, económicas y culturales que permitan el ejercicio efectivo de los derechos de los NNA

Para dar cumplimiento a la Política de Infancia y Adolescencia, se definió el Plan de Acción Nacional 2018 – 2025 (31) que plantea resultados estratégicos esperados y priorizados, implementando de manera progresiva un Sistema de Protección Integral de Derechos, a través de líneas de acción y compromisos

sectoriales. Se complementan tres tipos de medidas: universales (orientadas al cumplimiento de todos los derechos y para todos los NNA sin ningún tipo de discriminación), reforzadas (destinadas a aquellas poblaciones de NNA que se encuentran en situación de desventaja, están excluidas o son víctimas de discriminación, que tienen como propósito asegurar que estos grupos prioritarios accedan a sus derechos en igualdad de condiciones) y especializadas (las cuales se aplican solo en dos circunstancias: (a) cuando los NNA han sido víctimas de vulneraciones graves a sus derechos –por haber sufrido maltrato, violencia, abuso y/o explotación– y cuya finalidad es abordar y reparar de manera adecuada, oportuna y pertinente los daños que dichas vulneraciones hayan podido provocar en ellos).

El Plan de acción se estructura en base a cuatro ejes, para los cuales se definieron resultados esperados, asociados a compromisos y líneas de acción. Los ejes que configuran el Plan de Acción son:

1. **Supervivencia**, cuyos resultados estratégicos son habitabilidad y entorno, vida saludable, salud mental, salud sexual y reproductiva, y prevención de la mortalidad.
2. **Desarrollo**, compuesto por resultados esperados vinculados a desarrollo integral, inclusión educativa, calidad integral de la educación, convivencia escolar y esparcimiento.
3. **Protección**, que incorpora protección social, gestión de riesgos y desastres, derecho a vivir en familia, fin a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes; restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes privados de su medio familiar y justicia juvenil
4. **Participación**, considera dentro de sus resultados estratégicos la participación e incidencia y acceso a información.

Adicionalmente el Plan de Acción propone un Sistema de Acompañamiento a las Trayectorias del Desarrollo de Niños, Niñas y Adolescentes, que se organiza a lo largo del curso de vida, desde la gestación hasta la mayoría de edad. El Sistema contempla el despliegue de intervenciones intersectoriales, dirigidas a dar respuesta integral a las necesidades de desarrollo.

B. Modelos conceptuales sobre acceso a servicios

El “Modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud (*Behavioral Model of Health Services Use*)” desarrollado en los años 60’ por Aday, Andersen y colegas es uno de los modelos teóricos más representativo y utilizado por las investigaciones sobre acceso a servicios de salud.

Este plantea que el acceso a la atención de salud está determinado por la interacción entre las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo, y la utilización de los servicios junto con la satisfacción del usuario (32).

Figura 1. Marco para el análisis de acceso propuesto por Aday y Andersen



Fuente: Estudios Aday y Andersen.

enfatan el modo en que las políticas de salud determinan las características del sistema y de la población de riesgo, las cuales a su vez influyen la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuario (33).

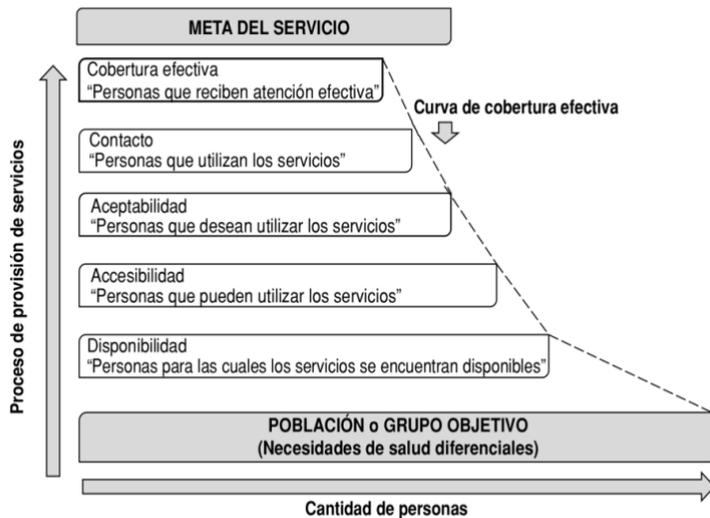
Según lo que postula este modelo el acceso a la atención sanitaria es por una parte el resultado de la interacción entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda.

Esta idea es recogida por Tanahashi en el “Modelo de Cobertura Efectiva”, trabajo que toma como eje explicativo para el acceso a los servicios de salud, la oferta y demanda bajo la perspectiva del mercado. Este modelo plantea que en el proceso de acceso a los servicios sanitarios, existe una interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y de la población, que es influenciada tanto por las características del sistema de salud, como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención. Además define el concepto de cobertura efectiva como la proporción de la población que recibe atención eficaz (donde el rendimiento del servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado específico) (34).

Según los autores el acceso a salud se describe como el ingreso potencial y real de un determinado individuo o grupo de población al sistema de prestación de servicios de salud, sosteniendo que el acceso a la atención de salud está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo (Figura 1.). En este sentido,

Como se muestra en la **Figura 2.** el modelo de Tanahashi considera cuatro etapas en el proceso del acceso para obtener cobertura efectiva (35) :

Figura 2. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad



Fuente: Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295-303.

Adaptada y traducida al español por Hirmas et. Al. con autorización.

relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo.

iii) aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros.

iv) contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención.

Este modelo es útil para realizar un análisis en cuanto a la equidad en el acceso a la atención sanitaria, ya que facilita la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas, e identifica las barreras y facilitadores identificables en las distintas fases planteadas por el modelo que obstaculizan o favorecen el logro de la cobertura efectiva en cada uno de tales grupos .

i) disponibilidad, entendida como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información.

ii) accesibilidad, asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera,

III. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Este estudio se desarrollará siguiendo los siguientes objetivos:

A. Objetivo General

Reconocer las barreras y facilitadores percibidas por el personal que trabaja en una residencia colaboradora de SENAME y otros actores claves en el proceso de acceso a la atención de salud oral de niños y niñas que se encuentran bajo régimen de protección residencial SENAME.

B. Objetivos específicos

- a) Caracterizar a la población de niños y niñas que se encuentran bajo el programa de protección de la residencia SENAME estudiada. beneficiarios de las atenciones de salud bucal que son evaluadas en el contexto del estudio.
- b) Describir la normativa que regula el flujo de esta población para acceder a los servicios de salud bucal.
- c) Indagar sobre el estado de salud bucal de esta población de acuerdo a la percepción del personal de la residencia y profesionales de salud involucrados en su atención.
- d) Identificar el proceso de acceso a los servicios de salud bucal en el CESFAM, desde la perspectiva del personal que trabaja en residencia.
- e) Identificar las barreras y facilitadores al acceso de la atención desde la perspectiva del personal y profesionales de salud involucrados en su atención.

IV. METODOLOGÍA

A. Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal, con enfoque cualitativo para la recopilación de información sobre las barreras y facilitadores del acceso y utilización de los servicios sanitarios relacionados con salud bucal por parte de niños y niñas que se encuentran bajo el Sistema de Cuidado Alternativo Residencial de SENAME.

El estudio buscó indagar la percepción sobre barreras y facilitadores que influyen en el acceso y prestación de servicios de salud bucal, desde la perspectiva del personal de hogar a cargo del cuidado de los niños (directora, encargada de salud y cuidadoras de trato directo) y los profesionales del Centro de Salud Familiar involucrados en el proceso de entrega de este tipo prestaciones de salud.

Con el fin de entender las necesidades de la población beneficiaria de los servicios sobre los cuales se estudia el acceso, se realizó una caracterización de la población y su necesidades de salud bucal también desde la perspectiva del personal del hogar y los profesionales involucrados en las prestaciones de salud.

Se realizó además una búsqueda de la normativa nacional y comunal vigente que regula el acceso a la atención de salud bucal.

Para lograr una perspectiva amplia del fenómeno se realizó una triangulación de fuentes y enfoques, empleando las entrevistas semiestructuradas con actores relevantes y los grupos focales para las educadoras de trato directo (ETD).

B. Sitio de estudio y muestra

Puente Alto es una comuna de Chile, capital de la provincia Cordillera, ubicada en el sector suroriente de la región Metropolitana de la ciudad de Santiago. De acuerdo con el CENSO 2017 esta comuna contaba con una población de aproximadamente 526.000 habitantes.

El estudio se realizó en un organismo colaborador autorizado de SENAME, ubicado en esta comuna. El organismo en cuestión pertenece al Sistema de Cuidado Alternativo Residencial, y corresponde a una Residencia de Protección para Lactantes y Preescolares (RPL/RPP).

El motivo para escoger esta residencia es el estudio del trabajo intersectorial desarrollado desde el año 2018 por la residencia con un equipo odontológico de la comuna, liderado por la odontopediatra del CESFAM con el cual se encuentra vinculada.

Dicho trabajo consistió en realizar una intervención que tenía como objetivo fortalecer el vínculo de la residencia con el equipo de salud bucal, de modo de mejorar el acceso a los servicios de salud bucal para los niños y niñas. Para esto se realizó un diagnóstico de la salud bucal de los niños y niñas de la residencia, se realizó el control odontológico con enfoque de riesgo y se determinó que población debía asistir a tratamiento en el CESFAM.

Parte del diagnóstico inicial incluyó la revisión de antecedentes de asistencia a controles de salud bucal de los niños y niñas que vivían en esta residencia, en el que se evidenció que el 34% de esta población residente (n=41) no mantenía los controles correspondientes e incluso no registraba ningún control odontológico desde su ingreso en la residencia.

Frente a estos datos es que surge el interés de estudiar cuales son las barreras y facilitadores que pueden influir sobre la falta de acceso a los servicios de salud bucal para estos niños y niñas, y de qué manera el trabajo intersectorial implementado ha ayudado a sortear dichas dificultades.

La muestra se encuentra representado por el personal de la residencia y profesionales del CESFAM identificados como actores claves en el proceso de acceso a los servicios de salud bucal.

La muestra de la residencia se encuentra compuesta por:

- Directora del hogar
- Encargada de salud, persona encargada de la inscripción en el CESFAM de niños y niñas ingresadas en la residencia, la gestión de horas a controles y la administración de medicamentos.
- Educadoras de trato directo (ETD), que es el personal encargado de los cuidados diarios de los niños y niñas. El total de cuidadoras de trato directo que desempeña funciones en la residencia al momento de realizar el estudio, era de 29.

La muestra de los profesionales del CESFAM se encuentra compuesta por:

-Asistente social, profesional del CESFAM que mantiene vinculación con la residencia, y gestiona desde el servicio de salud horas para ingreso, controles y actividades realizadas en la residencia.

-Odontopediatra, profesional del CESFAM encargada de la atención de niños y niñas tanto en el centro de salud como en el contexto residencial. Además realiza actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales.

C. Métodos de recolección de datos

La recolección de datos tuvo lugar en la comuna de Puente Alto, entre los meses de Mayo a Agosto de 2019.

La recolección de datos se realizó a través de entrevistas y focus group que fueron grabados, habiéndose firmado previamente el consentimiento informado por los participantes.

La primera parte del estudio se realizó en la Residencia de Protección para Lactantes y Preescolares colaboradora de SENAME ubicada en la comuna de Puente Alto. Contó con la participación del personal que trabaja allí y que se encuentra involucrado directamente en los cuidados y el proceso de acceso a los servicios de salud bucal de los niños y niñas.

Una serie de visitas fueron realizadas a las instalaciones de la residencia, en donde se organizaron y concretaron en total:

-3 entrevistas semi-estructuradas, fueron entrevistadas las 2 directoras y la encargada de salud de la residencia.

-3 grupos focales , 2 grupos focales matutinos en donde participaron 7 y 3 ETDs en cada uno de los grupos focales, 1 grupo focal nocturno en donde participaron 7 ETDs. En total se contó con la participación de 17 de las 29 ETD que en ese momento desempeñaban funciones en la residencia.

La convocatoria de participación para los grupos focales se realizó en coordinación con la directora de la residencia, quien facilitó la participación de la investigadora en una reunión de equipo, en donde se hizo extensiva la invitación para participar en el estudio al grupo de cuidadoras presentes. Por otra parte, la directora entregó recordatorios de las fechas programadas para los grupos focales y las mismas cuidadoras se encargaron de difundir la actividad entre sus compañeras.

El principal motivo para la ausencia de las 12 cuidadoras restantes es principalmente a la organización en turnos definidos (mañana, noche y fin de semana) bajo el cual trabajan las cuidadoras. Esto hizo imposible acceder al grupo de cuidadoras del turno fin de semana, debido a que no era posible realizar los grupos focales en este turno de trabajo en post de no alterar las actividades de fin de semana de los niños y niñas. Además de la dificultad de las cuidadoras para participar en otro horario. Situación similar sucedió con el turno de noche, sin embargo se logró realizar un grupo focal en horario vespertino.

Es necesario aclarar que el motivo por el cual se cuenta con la entrevista de dos directoras, se debe a que durante el periodo en que se realizó el estudio ocurrió un cambio de dirección en la residencia y ambas fueron invitadas a participar del estudio.

En las entrevistas semiestructuradas y grupos focales realizados al personal de la residencia, se indago en relación a los siguientes tópicos:

- Como se da el flujo de atención en este grupo de población (desde que se identifica la necesidad hasta que se resuelve el problema.
- Cuáles son los obstáculos en este proceso, en particular el acceso
- Cuáles son los facilitadores en este proceso, en particular el acceso
- Qué nivel de información dispone con respecto a los servicios disponibles.

Las entrevistas realizadas en la residencia se concertaron de manera directa con las participantes.

La segunda parte del estudio consistió en visitas al Centro de Salud Familiar con el que se vincula el territorio de acuerdo a la asignación territorial. En estas visitas se concretaron dos entrevistas semiestructuradas a la asistente social que se hace cargo de la vinculación con la residencia y a la odontopediatra que entrega atención a la población de niños y niñas que viven en ella.

Ambas entrevistas fueron concertadas de manera directa con la odontopediatra y la asistente social, una vez recibida la autorización de la directora del CESFAM.

En las entrevistas semiestructuradas realizadas al personal del CESFAM que se vincula con la residencia para entregar acceso a las atenciones de salud bucal, se indago en relación a los siguientes tópicos:

- Cómo se da el flujo de atención de este grupo de población
- Si identifican necesidades particulares y sus características.

- Cuáles son los obstáculos en este proceso, en particular el acceso
- Cuáles son los facilitadores en este proceso, en particular el acceso
- Qué nivel de información dispone con respecto a las prioridades de atención de este grupo

El guión de las entrevistas grupales e individuales se muestra en anexos.

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile y también el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente.

D. Análisis de datos

Todas las entrevistas fueron transcritas de manera textual a través de un método convencional, con conocimiento previo de los participantes del estudio.

El análisis de todos los datos cualitativos se realizó mediante un método convencional de análisis de contenido de carácter deductivo basado en las directrices de las preguntas, el modelo de acceso a la atención de salud, y la normativa.

Se desarrolló una planilla Excel en donde se establecieron como códigos temáticos: percepción de estado de salud bucal de la población, vía de acceso a atenciones de salud bucal, barreras y facilitadores para el acceso a servicios de salud y conocimiento de normativa.

Para los dominios de salud bucal de la población y descripción de acceso a atenciones de salud bucal se evaluó el patrón de repetición de respuesta.

Para los dominios de barreras y facilitadores, se plantearon temas principales extraídos del modelo teórico de acceso de Tanahashi, “Modelo de Cobertura Efectiva”, este modelo plantea cuatro etapas en donde es posible detectar cuellos de botella frente al acceso a los servicios. Los códigos de contenido identificados fueron categorizados según su relación con los puntos susceptibles a evaluación de los temas principales mostrados en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Tópicos de evaluación y posibles códigos de contenidos extraídos de “Modelo de cobertura efectiva” de Tanahashi

DISPONIBILIDAD	<i>Disponibilidad:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Centro de atención - Servicios del programa - Recursos humanos - Equipos, insumos, infraestructura - Información
ACCESIBILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Física, relacionada con la distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte - Organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, modalidad para obtener horas y horarios de atención - Financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo.
ACEPTABILIDAD DE LOS SERVICIOS	<i>Percepción de las prestaciones influenciada por:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Factores sociales - Culturales - Religiosos - Creencias - Normas y valores - Trato y privacidad
CONTACTO CON EL SERVICIO	<i>Continuidad de la atención dada por:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Adaptación de los servicios de salud al paciente - Calidad de la atención

Fuente: “Modelo de Cobertura Efectiva”, Tanahashi. Elaboración propia.

V. RESULTADOS

A. Descripción población

La caracterización de la población se realizó principalmente a través del análisis de las respuestas obtenidas de las entrevistas con las directoras de la residencia y la asistente social, quienes manejaban información administrativa sobre el funcionamiento de la institución y de la población de niños y niñas sobre la cual se encontraban a cargo.

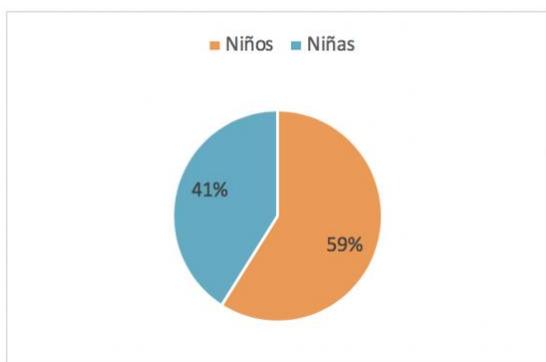
El presente estudio de barreras y facilitadores para el acceso a servicios de salud bucal de niños y niñas institucionalizados en SENAME, fue realizado en una residencia perteneciente a la red de convenios de organismos acreditados de SENAME. La institución se encontraba ubicada en la comuna de Puente Alto, en el sector Suroriente de la región Metropolitana.

La residencia se organiza en dos sectores, lactantes y preescolares. El sector de lactantes alberga a lactantes entre 0 y 3 años, mientras que en el sector de preescolares se ubican a niñas y niños de entre 4 a 7 años.

Al momento del estudio la residencia tenía a cargo a una población total de 35 niños. Población que diariamente se encuentra bajo el cuidado de educadoras de trato directo (ETD). Al momento del estudio la residencia contaba con 29 ETD, quienes trabajan en la residencia distribuidas en turnos, diurnos, vespertinos y fin de semana.

Los lactantes, niños y niñas que se encuentran ubicados en el programa de protección residencial en esta institución, son menores que han debido ser apartados de sus familias por motivos relacionados con violencia intrafamiliar grave, inhabilidad de los padres para hacerse cargo por motivo de consumo problemático de sustancias u otros, negligencia, maltrato y otras vulneraciones graves en sus derechos.

Gráfico N° 1: Distribución de género población residencia



Fuente: Datos de la residencia

La población infantil de la residencia se encontraba dentro del rango de edad comprendido entre los 0 y 7 años. Promediando una edad de 4,5 años.

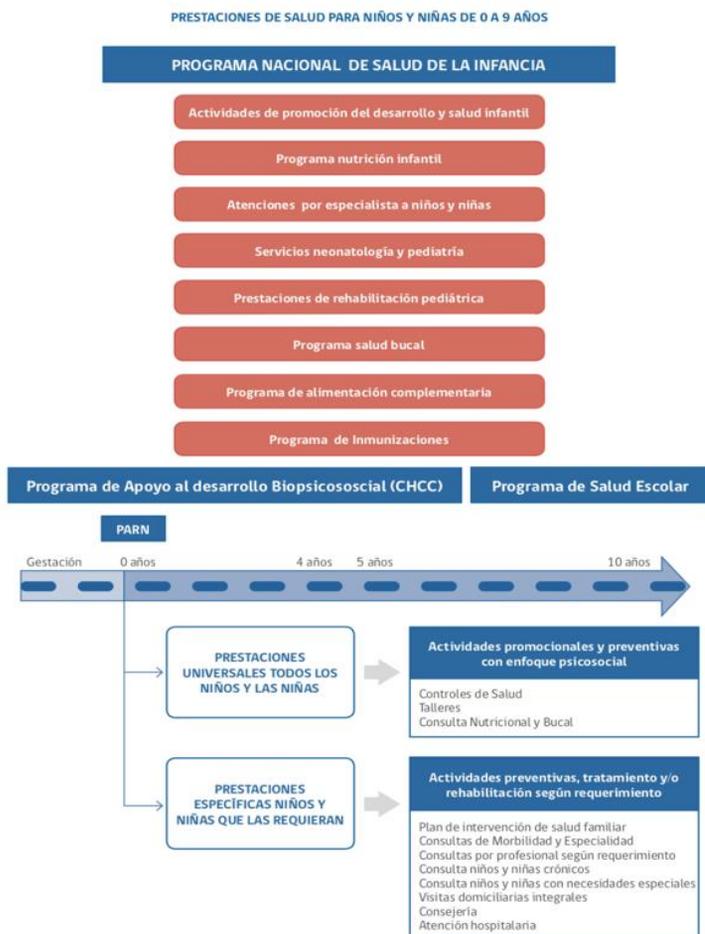
Como se muestra en el **Gráfico 1.**, la población se encuentra representada mayoritariamente por niños

Esta población se encuentra categorizada socioeconómica dentro de los 2 quintiles más pobres de la población del

país. Además su cobertura de salud correspondía a FONASA y pertenecían al tramo A.

Se identificó que la población ubicada en la residencia presentaba una dinámica variada. En la que es posible observar una alta movilidad de la población, reflejado en una alta frecuencia ingresos y egresos con periodos de estadía cortos. Así como casos que presentaban una estadía que se extendía sobre los 18 meses, tiempo promedio de estadía máxima recomendada.

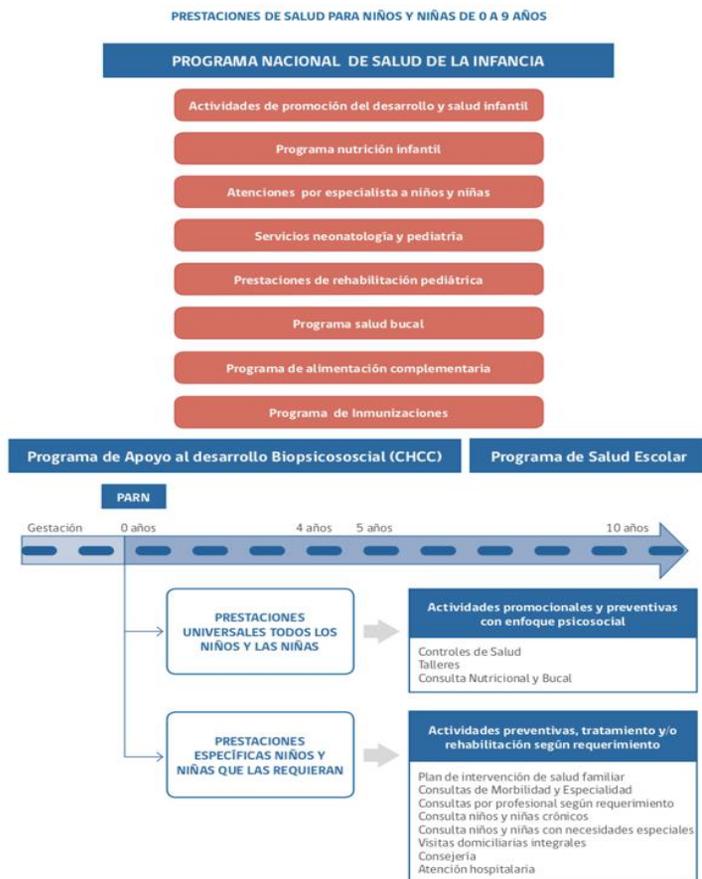
Figura 3. Diagrama de prestaciones consideradas dentro de Programa Nacional de salud de la infancia



B. NORMATIVA

Programa Nacional de Salud en la infancia con enfoque integral

Figura N° 3. Diagrama de prestaciones consideradas dentro de Programa Nacional de salud de la infancia



Fuente: Documento técnico de Programa Nacional de Salud de la Infancia con enfoque integral.

La infancia considera prestaciones para la atención en salud bucal de niños y niñas de 0 a 9 años, tanto universales como específicas que buscan dar respuesta a las necesidades de la población infantil presente en esta materia.

A continuación se presenta una breve descripción de las prestaciones de salud bucal consideradas dentro del programa nacional de infancia.

a) Programa de prestaciones universales

Control de salud integral del niño o niña

El Programa Nacional de Salud de la Infancia propone un marco coherente y consistente para abordar los desafíos actuales relacionados con los principales problemas de salud de niños y niñas menores de 10 años, tiene un enfoque de derechos y determinantes sociales de la salud.

Entregando una atención integral a la población infantil, que corresponderá a un conjunto de acciones destinadas a vigilar en conjunto con la familia el proceso de normal crecimiento y desarrollo de niños y niñas, pesquisar riesgos potenciales en su salud, recuperar el daño y apoyar procesos de rehabilitación dependiendo de las necesidades de salud (36).

Como se muestra en la **Figura 3.**, el programa nacional de salud de la

La salud bucal es parte integral de la salud y bienestar del niño y la niña y su cuidado está incorporado en los controles de salud integral que realiza el equipo de salud infantil durante la supervisión de salud desde el nacimiento hasta los 9 años. Durante estos controles, el equipo de salud vigila los factores de riesgo de las patologías bucales, entregando recomendaciones para modificar oportunamente conductas de riesgo relacionadas con higiene y alimentación, y en el caso de sospechar o pesquisar daño, realiza la derivación al equipo de salud bucal.

Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO)

El programa CERO se inicia en 2017 con el propósito de aumentar la cantidad de población sana y mantenerla en esa condición. Consiste en el seguimiento a través de controles odontológicos a los niños y niñas menores de 7 años con o sin patologías bucales, con el fin de mantenerlos sanos o de compensar y detectar en forma temprana el desarrollo de estas patologías. Los niños y niñas ingresan al control a los 6 meses de vida y egresan del programa al cumplir los 7 años. La frecuencia de los controles depende del riesgo individual de cada niña o niño, medido a través de una pauta que considera factores como la condición sistémica, la condición clínica, dieta, higiene, uso de fluoruros y la motivación de la familia. Cada niña y niño recibe estrategias preventivas de acuerdo a su categorización de riesgo.

Salud oral integral para niñas y niños de 6 años

La Atención Odontológica Integral de los niños y niñas de 6 años está incluida en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) desde 2005. Su propósito es educar, prevenir y tratar precozmente al niño y niña de 6 años para mantener o recuperar su salud bucal. Incluye el examen de salud bucal, diagnóstico, refuerzo educativo y la entrega de un set de higiene oral (cepillo y pasta dental con flúor), aplicación de medidas de prevención específica de caries y tratamiento restaurador, de acuerdo a las necesidades del niño o niña. De acuerdo a la información obtenida de los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), en 2016 cerca del 80% de los niños y niñas inscrito en los centros de atención primaria del país recibieron atención odontológica integral a los 6 años de edad.

b) Programa de prestaciones específicas

Requerimiento de atención odontológica

Es un conjunto de prestaciones odontológicas conducentes a un alta odontológica integral de nivel primario de salud: Considera un examen de salud bucal con contenidos promocionales realizado por el odontólogo al padre, la madre y/o cuidadores del menor: La derivación es realizado por el equipo de salud desde el Control de Salud Infantil, desde los jardines infantiles o escuelas y por demanda espontánea, con el objetivo de evaluar el desarrollo del sistema estomatognático, reforzar indicaciones de formación de hábitos saludables en salud bucal y planificar y realizar procedimientos preventivos o recuperativos, según necesidad. Las altas odontológicas pueden ser educativas, preventivas o integrales, según necesidad del niño o la niña.

Vinculación SENAME- APS

La vinculación APS-SENAME se define como el proceso que consiste en garantizar la entrega de prestaciones básicas del nivel primario de salud a los NNAJ que participan en programas la red SENAME (residenciales y ambulatorios, tanto del área de protección como de justicia juvenil), las cuales se encuentran contenidas en el Plan de Salud Familiar, según el Decreto de cada año. Esta vinculación se ha fortalecido en el año 2018, incorporándose estrategias de abordaje que permiten visualizar esta población, como por ejemplo, los planes de acción elaborados entre el equipo de salud y la residencia vinculada, ejecución del plan de normalización de controles de salud, inmunización contra la influenza, ejecución del plan de aseguramiento de las prestaciones del Chile Crece Contigo a niños y niñas de 0 a 3 años que viven en centros de cuidado alternativo residencial, registro estadístico mensual y el permanente seguimiento y acompañamiento desde los Servicios de Salud a los establecimientos de APS (37).

La vinculación APS-SENAME es una estrategia nacional, para todos los establecimientos de la red primaria (CESFAM, CECOSF, postas de salud rural, consultorios urbanos y rurales), y en aquellos Servicios de Salud donde se implementa el Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en salud mental para NNAJ con vulneración de derechos y/o bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, esta vinculación APS-SENAME se potencia aun más, ya que existe financiamiento para ejecutar el “Programa de Reforzamiento de la Atención de Salud Integral de niños, niñas, adolescentes y jóvenes de programas SENAME”. Este PRAPS, refuerza atenciones del equipo de salud para realizar acciones de salud general y de salud mental en APS con médico, enfermero/a, matron/a, odontólogo/a, psicólogo/a, trabajador social, TENS, entre otros (37).

En el contexto de esta vinculación es que la comuna de Puente Alto apoyado por el servicio de Salud Metropolitano Suroriente ha potenciado el desarrollo de un trabajo local entre la residencia estudiada y el CESFAM vinculado. Esto ha permitido a los equipos de salud acceder a la residencia y plantear planes de trabajo en conjunto. Dentro de estas líneas de trabajo se encuentran el desarrollado por la odontopediatra del CESFAM que entrega atención a niños y niñas en el centro de salud. Y quién con ayuda de un equipo odontológico de la comuna ha realizado controles dentro del espacio residencial, y actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades dirigidas a niños, niñas y ETD (37).

Norma técnica para la Promoción del Bienestar, Prevención y Abordaje integral de desajustes emocionales y conductuales en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en cuidado alternativo residencial.

La norma técnica fue desarrollada por Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, junto con el Ministerio de Educación y el Servicio Nacional de Menores, con el objetivo de otorgar directrices y herramientas para la promoción del bienestar, prevención y manejo de desajustes emocional de NNAJ al interior de centros de cuidados alternativos residencial del área de protección de derechos que sean administrados por organismos colaboradores acreditados como de administración directa de SENAME(38).

En este documento se encuentran especificadas las responsabilidades sobre la situación y el acceso a servicios de salud que la residencia debe asumir con el fin de asegurar el máximo bienestar de los NNAJ de los cuales se encuentra a cargo en esta materia. A continuación se detallan las distintas acciones consideradas:

- 6.1 Asegurar el acceso a salud, inscribiéndolos/as en los establecimientos de Atención primaria correspondiente al territorio de la residencia
- 6.2 Mantener los controles de salud del niño/a adolescente y joven sano al día, de acuerdo con su edad.
- 6.3 Detectar oportunamente posibles problemas y necesidades de salud
- 6.4 Asegurar el cabal cumplimiento de las indicaciones del equipo tratante; incluyendo aspectos farmacológicos, ambientales, de rutina diaria y/u orientaciones sobre el manejo conductual entre otros.

- 6.5 Mantener la información actualizada de la situación de salud general y salud mental en particular de NNAJ.
- 6.6 Asegurar la asistencia a prestaciones de salud requeridas con particular énfasis en los controles de salud integral, asistencia salas de estimulación del subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo y tratamientos de salud mental de nivel primario y especialidad, entre otros.
- 6.7 Asegurar que el NNAJ sea acompañado a las atenciones por un adulto que conozca sus antecedentes de salud y sea capaz de entender y transmitir el plan terapéutico indicado.
- 6.8 Llevar un adecuado control y manejo de la administración de fármacos.
- 6.9 Mantener un inventario de los fármacos de acuerdo a la normativa
- 6.10 Mantener los fármacos bajo medias de seguridad, que no permita el acceso de NNAJ y administrado por personal capacitado
- 6.11 Coordinar con los profesionales de servicios sanitarios a los que asiste el NNAJ los objetivos y actividades del plan de intervención a fin de ofrecer un. Proceso integrado y multidisciplinario.
- 6.12 Garantizar la continuidad de los cuidados generando las condiciones necesarias para que los NNAJ que hayan recibido algún tipo de tratamiento, operación o rehabilitación, tengan los cuidados necesarios y cumplan las indicaciones señaladas por el equipo tratante, para su pronta recuperación.
- 6.13 Desarrollar un trabajo colaborativo con los equipos de las residencias de alta especialidad o centros hospitalarios para garantizar la continuidad de cuidados.

C. Estado de Salud y prestaciones de Salud Bucal requeridas

Las percepción de las educadoras de trato directo es que en el grupo de los lactantes el estado de salud bucal es bueno, esta se basa fundamentalmente en que debido a la corta edad de los individuos que componen este grupo, estos han estado expuesto en menor medida y cantidad de tiempo a los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de enfermedades bucales como las caries.

Con respecto a la salud bucal del grupo de mayor edad la percepción de las ETD, es que al momento de su ingreso, esta población presenta deterioro mayor en el estado de salud bucal en comparación con

grupo de lactantes, esto asociado principalmente a la presencia de enfermedad de caries temprana de la infancia. Refieren también que a pesar del mayor grado de deterioro inicial, una vez ingresados en el hogar su estado de salud mejora debido a que reciben los servicios necesarios.

La directora junto con la encargada de salud de la residencia coinciden en la percepción de que el estado de salud bucal de niños y niñas que se encuentran a la residencia es bueno. Señalan que hay casos puntuales en los que algunos niños presentan un gran deterioro en su salud bucal. En estos casos, de acuerdo a su relato, se comienza prontamente con el proceso de regularización de controles y comienzo a las visitas con el odontólogo para que reciban los tratamientos necesarios.

La percepción de la odontopediatra del centro de atención primaria que se vincula con la residencia, quien realizó un diagnóstico de la población de niños y niñas y aplicó la pauta de riesgo del Programa CERO, la mayor parte de los niños que viven en la residencia se encuentran sanos, con un índice ceod igual a 0, pero con alto riesgo cariogénico dado principalmente con sus condiciones socioeconómicas, enfermedades sistémicas y hábitos de alimentación poco saludables que tienen lugar principalmente en los espacios de visitas de las familias.

Por otra parte identifica algunos casos de niños que presentan cuadros de caries temprana de la infancia severa. Estos casos son asistidos de mayor complejidad, son atendidos por ella en el CESFAM.

Con respecto a las prestaciones de salud bucal recibidas por la población de la residencia, estas son entregadas por la especialista en odontopediatría que desempeña funciones en el centro de salud familiar con la cual se vincula el organismo.

Debido al trabajo intersectorial y el funcionamiento de las redes comunales, la odontopediatra junto con un equipo de odontólogas de la comuna ha podido realizar actividades de promoción de salud y prevenciones de enfermedades en la residencia. Estas actividades han permitido una sensibilización de los niños y niñas con el equipo de salud y específicamente con la figura del dentista, lo que ha favorecido la etapa de adaptación a la atención odontológica de los niños que requieren tratamientos.

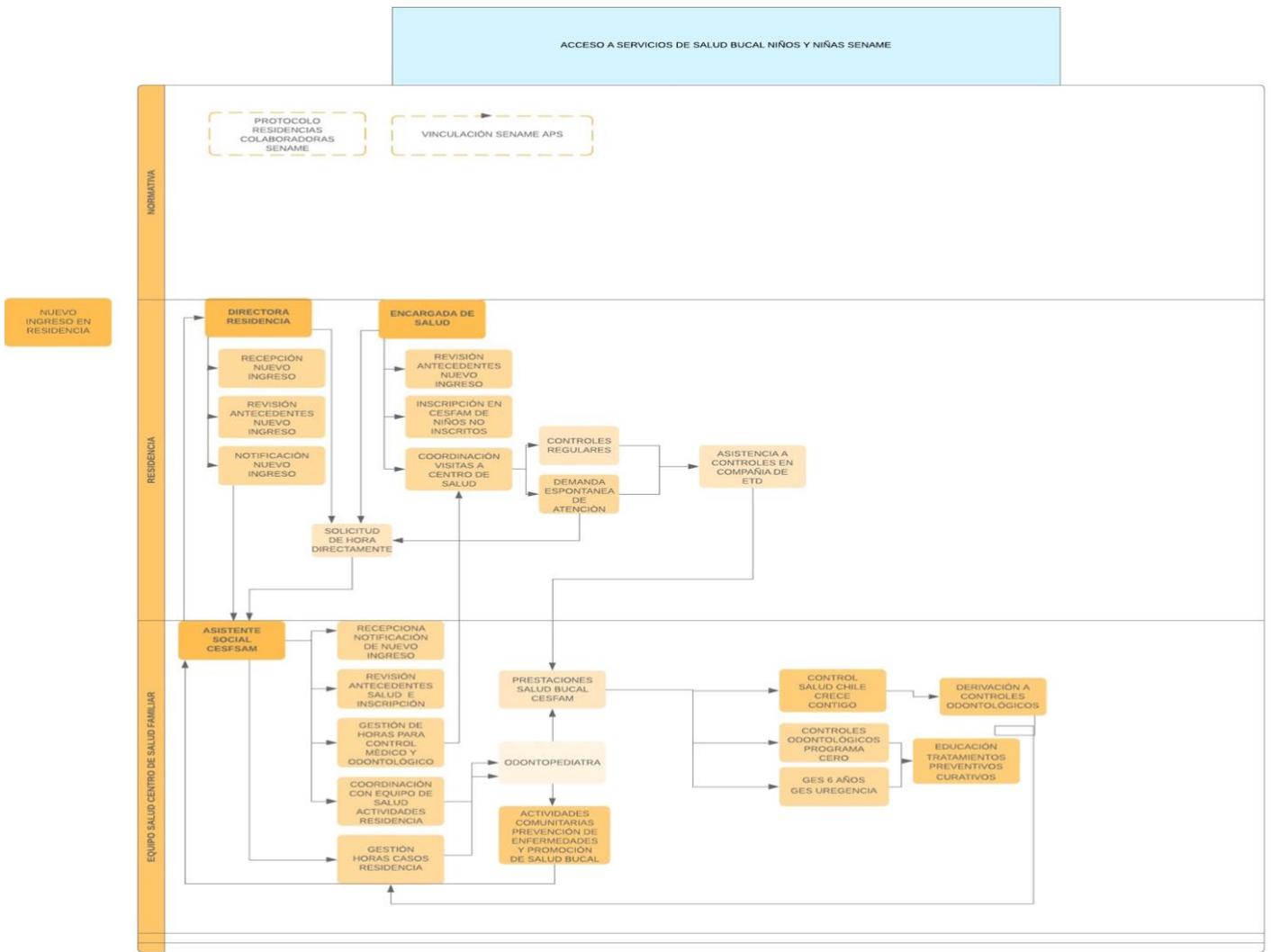
De acuerdo con la odontopediatra los tratamientos odontológicos requeridos por los niños no han superado sus destrezas en cuanto a complejidad y en su mayoría son tratamientos de operatoria de

mediana complejidad, exodoncias simples y tratamientos pulpares. Sin embargo repara en que si bien no se ha dado una situación que lo requiera, las redes para dar tratamiento de mayor complejidad no se encuentran activadas.

También repara en que odontólogos que forman parte de los equipos multidisciplinarios que dan respuesta a las necesidades de esta población, necesitan encontrarse sensibilizados con respecto a los requerimientos de esta población bajo una perspectiva de determinantes sociales.

D. Acceso a servicios de salud bucal

Figura 4. Flujo de acceso a servicios de salud bucal identificados en residencia SENAME estudiada



Frente a un nuevo ingreso de un niño a la residencia, la normativa entregada por SENAME al organismo colaborador especifica que dentro de las acciones mínimas a realizar por el equipo residencial se encuentra realizar la inscripción en Centro de Salud Familiar (CESFAM) local. Para esto se debe contar con el certificado de nacimiento y la orden de ingreso a la residencia, y luego solicitar las horas de atención para la evaluación e inicio de controles regulares de salud, incluyendo controles de atención odontológico.

En el caso de esta residencia, frente a un ingreso se realiza una notificación a la asistente social del CESFAM, quien agenda horas para inscripción y las informa a la directora de la residencia quien a su vez las informa a la encargada de salud de la residencia.

Las educadoras de trato directo (ETD) identifican que la encargada de salud es la persona que realiza las inscripciones de los niños que ingresan a la residencia en el CESFAM. Relatan también que la misma encargada de salud, o en su defecto la directora de la residencia, son quienes gestionan la solicitud de horas para controles y de requerimientos espontáneos.

La asistente social recibe solicitudes directamente de la residencia o por la derivación realizada a través de los controles del niño con enfermera, cuando corresponde por edad o se detecta algún problema de salud. Las horas de los niños y niñas de la residencia son agendadas con la odontopediatra del CESFAM.

El proceso de asistencia a las atenciones odontológicas por parte de esta población es realizado el acompañamiento de las ETD. Estas salidas se realizan según indicación de la encargada de salud de la residencia, la coordinadora de ETD o la directora, quien entrega información básica del motivo de asistencia.

Las visitas al CESFAM por lo general se organizan programando la salida de un grupo de niños en una misma visita para cumplir distintos controles.

El personal del hogar relata que desde el año 2018 se realizan actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades de salud bucal en las instalaciones del hogar. Estas actividades son llevadas a cabo por la odontopediatra del CESFAM, quien realiza los controles con enfoque a los niños en la residencia de riesgo. Además, durante ese periodo también se han realizado charlas educativas al personal ETD de la residencia.

E. Barreras y Facilitadores para el acceso a servicios de salud bucal

El análisis de barreras y facilitadores se realizó utilizando como dominios las barreras y facilitadores.

Los temas principales fueron determinados mediante la utilización del modelo teórico de acceso de Tanahashi.

Los códigos de contenido que surgieron en el análisis de los 3 grupos focales y 5 entrevistas se agruparon de acuerdo a la relación que guardaban con las etapas propuestas en este modelo, según los criterios mostrados en la **Tabla 2**.

Barreras

Las barreras identificadas serán presentadas de manera agrupada en los temas principales que fueron planteados de acuerdo con el modelo teórico de acceso utilizado.

Tabla 3. Códigos temáticos emergidos durante el análisis de barreras y su agrupación en temas principales

DOMINIOS	TEMAS PRINCIPALES	CÓDIGO DE CONTENIDO	CUENTA TOTAL	CÓDIGOS
			Unidad de	análisis
			Residencia=6	CESFAM=2
BARRERAS	1. DISPONIBILIDAD	Horas escasas	4	
		Falta de transporte		
	2. ACCESIBILIDAD	propio/gasto de bolsillo en transporte	4	2
		Cantidad de personal	4	2
		Organización salidas a CESFAM	6	
	3. ACEPTABILIDAD	Disposición frente a atención	3	
		Falta sensibilización	3	2
		ETD y su rol		
4. CONTACTO CON EL SERVICIO	No se registra			

La **Tabla 3**. muestra los códigos de contenido identificados durante el análisis de datos, su agrupación se realizó en base a los temas principales que se determinaron de acuerdo con la teoría de acceso escogida y su frecuencia de repetición en las unidades muestrales analizadas.

En la relación a las barreras para el acceso identificadas y que guardan relación a la **disponibilidad** se los servicios. La disponibilidad de horas y el tiempo de espera para conseguir atención fueron identificados como códigos dentro de esta categoría temática.

*“A veces puede ser el tiempo de tardanza entre que se solicita la hora y entre que efectivamente el niño va a la consulta”
(Directora residencia)*

“De repente tiene que ver con la parte administrativa, en tema de agendas, en las horas que tiene disponible la odontopediatra en el consultorio.”(Encargada salud residencia)

*“Creo que lo más son las pocas horas dentales que hay en los consultorios. Creo que eso es lo más dificultoso.” “Sí, porque yo le preguntaba a la enfermera por la hora dental y me decía que no había hora, hasta que llegó la hora.”
(ETD Grupo Focal 2)*

Con respecto a las barreras relacionadas con la **accesibilidad** a los servicios de salud, cuando los controles de salud bucal implicaban el traslado de niños desde la residencia al CESFAM. Se identificaron cuellos de botellas en la asistencia a controles de salud bucal que implicaban el traslado de los niños desde la residencia al CESFAM.

Los principales problemas detectados en relación a esto, se encontraban representados por la falta de transporte propio para asistir a los controles en el centro de salud y el gasto asociado para la residencia. Esta situación que si bien no impide la asistencia a los controles, si dificulta la asistencia.

“Pero también dificulta(el transporte), porque se saca todo de acá, se saca todo de la residencia, el dinero. Y que cuando no hay taxi, hay que llevarlos en colectivo, y en el invierno es más engorroso porque se mojan y si hay muchos niños. Entonces todo depende del taxi, tenemos 2 o 3 taxis en el fondo (números), pero a veces no pueden, sobre todo en tiempos de invierno. Que se tienen que mojar (los niños) y ahí no hay taxi. Entonces ahí es complicado. (Directora residencia).

También en relación a las actividades que implican traslado fuera de la residencia se identificó que la cantidad de personal insuficiente dificulta la asistencia a controles de salud y odontológicos. Ya que para poder cumplir con la asistencia a los controles se prioriza que las educadoras realicen las salidas grupales con los niños al centro de salud, sacrificando la cantidad de personal que permanece en el hogar, lo que por un lado repercute en la sobrecarga de trabajo para las ETD.

En ocasiones, cuando el personal ETD no se encuentra completo o las salidas demandan un número mayor de ETD al presente en el momento, se han perdido horas de controles programadas.

“Sí. Se han perdido horas. Ahora que recuerdo, la vez anterior cuando conversamos con nuestra compañera. Hubieron horas que se han perdido por el tema de poco personal, y además la poca coordinación.” (ETD Grupo Focal 2)

“Sigue siendo una barrera que ellas logren coordinar venir al CESFAM. Sí. Porque además si tienen licencias médicas algunas cuidadoras, y se reduce la dotación del momento, también es un impedimento para que vengan porque no pueden dejar poca gente allá. Era lo mismo que pasaba antes. Antes también los niños faltaban por lo mismo, como era uno a uno, venía una cuidadora con un niño y también pasaba lo mismo. Pero a nosotros también nos ha pasado, sigue siendo una barrera el tema del personal.” (Odontopediatra)

“Porque a veces hay muy pocas tías acá. Nosotros con los niños de preescolar, casi siempre nos tenemos que llevar tres niños, y eso implica que tienen que salir dos tías de acá, y queda una. Si hay dos tías, va una tía con tres niños, y los chiquillos igual hacen su crisis, entonces se pierden muchas horas.” “O sea siempre prefieren que vayan los niños al consultorio y que aquí no queden tías, para no perder las horas. Pero se le carga el trabajo a la tía que queda acá.” (ETD Grupo Focal 1)

“Aquí por lo menos en la residencia, nuevamente me encuentro con la falta de personal. Ahí tengo que pedirles, cuando hay muchos niños en el día, tengo que pedirles a las tías que lleguen más temprano. A veces no pueden, entonces la falta de personal de cuidadoras para que lleven a niños. Esa sería la gran dificultad que hay” (Directora residencia).

“Sí mira, los obstaculizadores han sido a veces de que justo faltó la cuidadora que tenía que traerlo, y no había nadie más para que lo pudiera traer, ese es un obstaculizador porque como le digo, es como bien dinámico el tema de las cuidadoras, entonces no siempre son las mismas que los traen a control” (Asistente Social)

Otra barrera relacionada con la asistencia controles de salud incluidos los odontológicos en el CESFAM guarda relación con la falta de coordinación de estas salidas para asistir a los controles, dada por la falta de coordinación y comunicación entre la encargada de salud y las ETD.

Se observa el fenómeno en donde se agendan controles que implican desplazarse hacia el CESFAM, habiendo sido realizado con anterioridad en la residencia. En otras ocasiones las ETD asisten al CESFAM a una hora incorrecta o que no se encontraba agendada.

“Yo creo que más pasa por acá, que acá no es buena la coordinación cuando hay salidas” “De la encargado hacia nosotros. Yo creo que por ahí pasa. Porque a nosotras a veces nos avisan media hora antes que tenemos que salir. En esa media hora tenemos que preparar a los niños, comer y llevarlo. Y llegar dentro de esa media hora también.”(ETD Grupo Focal 1)

“Sí, eso pasa. Obviamente nos aburre, porque si lo atendieron acá, y nos dicen "es que nos dijeron que tienen que ir", y allá nos preguntan, y nos dicen "no, si están todos los datos, devuélvase". O la hora nunca está agendadas. Cuando nosotros

pedimos las horas a veces las horas no quedan agendadas. Claro, como nos conocen igual nos atienden.”

(ETD Grupo Focal 1)

“De hecho, a mí me pasó el lunes. Por ejemplo, llevé a un niño, que no era esa hora a la que tenía que ir, porque la coordinadora me dijo un horario, lo llevé, y no era en ese horario que él tenía la hora.” (ETD Grupo Focal 1)

En términos de **aceptabilidad** fue posible identificar que el papel que cumplen las ETD y su sensibilización con el rol que cumplen en la vida de esta población, influye en áreas que se relacionan de manera importante con la formación de hábitos de salud, valoración de bienestar y conductas del acceso y uso de servicios de salud. Por la etapa en el ciclo de vida que se encuentra esta población, es un periodo crítico para la adquisición de conductas saludables y la correcta valoración de la importancia que tiene la salud bucal en la calidad de vida.

“pasan tías de fin de semana, de semana, todo el día con el bebé en brazos, todo el día con el bebé y no son capaces de limpiarle la boca, donde le vas a dar la leche y tiene la lengua pegada, por todos lados, casi hongos en el labio, un bebé de 3 meses, nadie le limpia la boca.” “Entonces tampoco hay preocupación o hábitos por la boca de la de los niños.”

(ETD Grupo Focal 1)

“Entonces retomando el tema, siento que hay que inyectar más recursos en la contratación de recursos humanos que está a cargo de los cuidados de los niños y de las niñas, de que no es suficiente contratar un personal que solamente tenga 4to medio, no lo hablo desde un tema de un prejuicio, sino que lo hablo desde un tema de la responsabilidad social, estamos hablando de niños que han sido vulnerados en sus derechos principales, y que requieren de cuidadoras estables, y con manejo en temas emocionales, en pataletas, en niños que requieren un acercamiento y de cuidados más cercanos, que es la etapa del desarrollo más importante de nuestras vidas” (Asistente Social)

“Siento que sí, pero no todas tienen la disposición. Porque, por ejemplo, se realizaron talleres junto con el Sembrando Sonrisas, se generaron presentaciones, fui a hacer una charla a las cuidadoras específicamente, les enseñé muchas cosas con fotos, vídeos, presentación. En algún momento se hizo un trabajo súper potente con respecto a la educación. Aun así, los meses siguientes en los que ellas venían, igual preguntaba “¿les están lavando los dientes en la mañana?”, no. O la siguiente vez que le íbamos a hacer el control de riesgo, a los 4 meses, a los 3 o 4 meses íbamos a hacer el control de riesgo y preguntábamos “tienen los cepillos de dientes”, no los tenían, “a los niños de sala cuna les están lavando los dientes en la mañana”, no se los estaban lavando. Entonces, es como que uno entrara a la casa de la familia, acá cuando viene un paciente que vive con sus papás uno no tiene la posibilidad de ver si el paciente hace o no hace lo que uno le indica en la casa. Pero acá, nosotros entramos a su casa, vamos a la residencia frecuentemente, vemos y preguntamos, y nos percatamos de situaciones que nosotros les hemos advertido muchas veces, y nos damos cuenta de que aun así no lo están haciendo.”
(Odontopediatra)

En relación a la formación de hábitos y el desarrollo de actividades rutinarias como los momentos de cepillado bucal que han sido reforzadas por la odontopediatra en las actividades de promoción de salud en la residencia, se ha identificado que la cantidad insuficiente y la alta rotación del personal de ETD se considera una barrera

“La dificultad es porque son muchos niños y muy pocas tías. O sea, uno en casa puede hacerlo porque uno tiene un hijo o dos hijos, es más fácil, aparte que uno lleva una rutina.” (ETD Grupo focal 2)

“Por ejemplo, con la higiene que nosotros realizamos a los niños acá. Para nosotras igual es un poco más complicado, lo hacemos igual, pero es complicado porque siento que una es falta de tiempo y lo otro es el personal porque no siempre estamos todas. Generalmente a la hora que se hace la limpieza bucal son dos personas las que están con 15 niños”, o afuera (se refiere a preescolar) que también son como 15. Entonces es mucho más complicado.” (ETD Grupo Focal 1)

“Si hay cosas negativas, en realidad yo creo que tienen más que ver con la organización del personal en la residencia Hay mucha rotación de gente, por lo tanto, si hay rutinas que se tienen que seguir, a veces se rompen por la misma rotación del personal.” (Grupo Focal 1 ETD)

“Hay mucha rotación de gente, por lo tanto, si hay rutinas que se tienen que seguir, a veces se rompen por la misma rotación del personal. Nosotras llevamos una rutina de lavarle los dientes a los niños en la mañana, en la tarde, etc., entonces falta gente y traen a otras que no saben que existe esa rutina, por lo tanto, ahí se quiebra lo que se venía trabajando hace algún tiempo.” (Grupo Focal 2 ETD)

“Yo creo que ahí es donde topamos nosotros. Siempre estamos con falta de personal. Rota mucha gente, mucha gente. Pero por ejemplo nosotros, el turno de nosotros, que es de noche, ellos saben que después de que se bañan en la mañana, hay que echarles crema en la cara y ellos piden la crema, crema en las manos, la colonia. Ellos saben que se tienen que peinar. O sea, uno igual, con el poco tiempo que uno tiene y las 3 noches que uno trabajar, sí en parte está formando hábito dentro del turno de nosotros, por ejemplo. Entonces después vienen 3 tías y varía porque no todo el mundo trabaja igual. Lamentablemente hay mucho cambio de tías. Por ejemplo, en el día hay 5 tías diferentes. Entonces hay mucha rotación. No tenemos tampoco una pauta de que esto se hace así, así, así.” (ETD Grupo Focal 3)

“Porque rotan, una tía se va, vuelve otra, ponen otra, viene otra, se va, no le gustó, cambió. Así es muy difícil que ellas les creen un hábito a los niños, si todos los días está llegando una persona distinta. Lo mismo pasa con las tías de día.” (ETD Grupo Focal 3)

Con respecto a la aceptabilidad de las atenciones por parte de la población beneficiaria de las prestaciones estudiadas se describe casos en donde los no quieren asistir al dentista e incluso han rechazado atenciones.

“ A mí me ha tocado venir de día y llevar a los niños más grandes a dental. Algunas veces, súper rara vez, el dentista dice "wow, me estás haciendo caso". Pero la mayoría de las veces los niños no quieren entrar porque es como que nunca hubieran ido. Incluso en el consultorio les dan hasta regalos, una vez le dieron una pasta dental, les dan stickers, les dan monitos para pintar, son súper amorosos. Tengo que entrar con ellos, me siento al lado. Pero hay niños que de repente ni siquiera eso quieren. Entonces no tienen el hábito, porque si tuvieran el hábito no tendríamos esos problemas. La boquita horrible.” (ETD Grupo Focal 3)

“No. Y de hecho los niños de afuera (se refiere a preescolar), no todos tenían control antes. Había algunos que ya tenían como muy...o sea, es que no muy buena la higiene de los chiquillos, pero tenían, así como mucho daño en los dientes y tampoco tenían control porque si ellos no quieren ir, no van.” (ETD Grupo Focal 1)

“Pero ellos si no quieren ir a control no van no más. Tampoco se les puede obligar. “No sé, por ejemplo, nosotros teníamos a la Ámbar que no quería ir y no iba.” (ETD Grupo Focal 1)

Con respecto al **contacto con el servicio** que mantiene la residencia, no se obtuvieron códigos que se identificaran como barreras.

Facilitadores

Los facilitadores identificados serán presentados de manera agrupada en los temas principales que fueron planteados de acuerdo con el modelo teórico de acceso utilizado.

La **Tabla 4.** muestra los códigos de contenido identificados durante el análisis de dato, su agrupación de acuerdo con los temas principales que se determinaron de acuerdo con la teoría de acceso escogida y su frecuencia de repetición en las unidades muestrales analizadas.

Tabla 4. Códigos temáticos emergidos durante el análisis de facilitadores y su agrupación en temas principales

DOMINIOS	TEMAS PRINCIPALES	CODIGO DE CONTENIDO	CUENTA TOTAL CÓDIGOS	
			Unidad de análisis Residencia=6	CESFAM=2
FACILITADORES	1. DISPONIBILIDAD	Horas protegidas	1	2
		Odontopediatra	3	
	2. ACCESIBILIDAD	Coordinación CESFAM-residencia	5	2
		Controles en residencia	5	2
		Solicitud directa de horas	2	2
	3. ACEPTABILIDAD	Familiarización con odontopediatra	1	
	4. CONTACTO CON EL SERVICIO	Atenciones adaptadas a realidad residencia	5	2
		Buena disposición CESFAM/Calidad atención	5	

En relación a la **disponibilidad** de los servicios se identificó como un facilitador en este ámbito, el primer lugar que el centro de salud familiar cuenta con una odontopediatra y que se ha logrado contar con un espacio protegido en las agendas dedicado a la atención de los niños de la residencia

“Claro, porque la odontopediatra se mantuvo acá, entonces nos ha permitido tener como una agenda priorizada, entonces ella es la que ve y que apoya con las horas para la residencia. Entonces los miércoles está establecido que desde las 14 hasta las 16 horas. Ella veía niños solo de la residencia.” (Asistente Social)

Sobre la **accesibilidad** a los servicios la vinculación que ha logrado establecer los equipos profesionales del CESFAM y la residencia juega parece ser un rol clave en el acceso a los servicios. Es posible observar que esta vinculación tiene lugar gracias a dinámicas de organización que ocurren en ambas instituciones, y de los actores claves con los que cuenta tanto la residencia como el CESFAM, lo que son relevantes para esta vinculación y el trabajo intersectorial desarrollado.

En el caso de la residencia la encargada de salud debido a su antigüedad es reconocida por la red comunal, entre ellos los equipos administrativos y de salud del CESFAM, lo que permite agilizar los procesos que concluyen en el acceso a los servicios de salud que requieren niños y niñas de la residencia.

“En términos generales, en todos estos meses que yo he estado en la residencia, me he dado cuenta de que hay una muy buena alianza con el CESFAM y también con el Sotero del Río, somos como bien afortunados con la red que hay acá en Puente Alto, porque en realidad nos atienden rápido y nos dan respuesta a las necesidades que nosotros tenemos con los niños. Todas las necesidades, de todas las áreas, tanto dentales, las áreas de pediatría, broncopulmonar, cardiología, nefrología, tenemos hartas especialidades en realidad. Cuando los niños son derivados allá por kinesiología, porque van a kinesioterapia, son atendidos todos los días, rápidamente, con relación a los exámenes también. Porque la encargada de salud, lleva muchos años acá, lleva como 30 años, todo el mundo la conoce en la red y ella gestiona rápidamente las horas médicas, las interconsultas” (Directora residencia).

En el caso del CESFAM, este cuenta con 2 actores claves que tienen acción en distintos niveles. En primer lugar se encuentra la asistente social quien mantiene contacto directo con la directora y personal de la residencia, ayudando a gestionar con la mayor rapidez posible las horas de atención que son requeridas, entre ellas las de salud bucal, además de coordinar actividades preventivas y de promoción que se llevan a cabo dentro de la residencia.

“En términos generales, cuando también hay un ingreso de un niño o niña, es bastante expedito, bastante bueno, no ocurre en todos lados. Además de eso, yo me comunico directamente con la asistente social del CESFAM, ella es la jefa del sector azul de CESFAM, entonces ella también nos consigue las horas, nos avisa cuando vienen a hacer los controles sanos, cuando vienen a hacer controles dentales, el tema de la leche, si perdimos la hora por algún motivo de fuerza mayor ella nos consigue una hora o nos consigue la hora a los niños cuando ingresan y horas que perdieron los familiares, ella nuevamente nos consigue las horas, cuando la encargada de salud no puede conseguirla.” (Directora residencia)

“O sea, ahí me comunicó directamente con la asistente social. Ella es la que me consigue las horas lo más rápido posible. Ahora si es de urgencia, se lleva directamente al centro asistencial.” (Directora residencia)

En cuanto a la **aceptabilidad** hacia los servicios, las visitas que la odontopediatra que realizaba con cierta frecuencia a la residencia, generaban una familiarización de los niños con su figura. Lo que contribuía en etapas posteriores de control o tratamientos ya sea en el contexto residencial o del centro de salud, a una mejor disposición de los niños y niñas quienes en muchos casos pueden presentar un mayor grado de ansiedad frente a atenciones odontológicas, favoreciendo de este modo su cooperación.

Por otra parte el centro de salud familiar cuenta con una odontopediatra que realiza visitas a la residencia. En estas, se llevan a cabo controles odontológicos con enfoque de riesgo además de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades bucales. Estas instancias generan un reconocimiento por parte del personal de la residencia, así como también por parte de los niños y niñas que viven allí hacia el profesional de salud, en este caso la odontopediatra.

“Sí, porque le hacen como la adaptación a los chiquillos, allá le muestran cómo los van a tratar y todo. Entonces ahí como que los chiquillos ceden un poco (a la atención odontológica)” (ETD Grupo focal 1)

Por último, en relación al contacto de la población con los servicios, también dentro del contexto de esta vinculación entre el centro de salud y la residencia, se destacan los esfuerzos realizados por el prestador de servicios para poder atender las necesidades de salud bucal de esta población y priorizarla, ya sea adaptándose para entregar atenciones dentro del hogar o buscando alternativas de horas para controles cuando es necesario, lo que da respuesta al nudo crítico en el acceso a los servicios representado por las dificultades detectadas para asistir a las atenciones que impliquen movilización.

“De todas maneras, es expedito, a pesar de que a veces se demora un poco más. Es expedito. La odontopediatra que ya los conoce y viene siempre a actividades acá con nosotros. Igual ella intenta, si no está en el CESFAM, intenta dar una hora en el otro CESFAM, siempre están buscando alguna alternativa para no dejar sin atención a los niños. Cuando de fuerza mayor nos avisan que se suspende y que los niños no vayan. En término general hay un buen flujo de atención. No solo en esa área, sino que en todas las áreas de los niños.” (Encargada de salud)

“Absolutamente, sí. A nosotros se nos haría imposible llevar 10 niños, cuando tenemos que llevar una tía por dos niños, 5 tías sacarlas acá por el turno, es complejo. Yo siento que nos facilita bastante que ellos puedan venir a hacer acá los controles. También cuando vienen a dar estas charlas y capacitaciones a las tías, porque en el fondo es importante que todos

comprendamos la importancia de la higiene bucal. Desde chicos, formación de hábitos. Nosotros estamos en una etapa de formación de hábitos, con los niños, de la higiene, del baño, del cepillado, entonces es importante.” (ETD Grupo focal 1)

“Yo creo que, dentro de los parámetros normales, pero no era tan rápido como ahora (refiriéndose a la atención de salud bucal en el pasado). Porque eso de venir acá y revisarlos a todos, los chequean en dos horas, los dejan listitos. Yo encuentro que ahora estamos súper bien. (Encargada salud residencia)

También se describe un buen funcionamiento de la red y buena disposición de los profesionales que prestan los servicios de salud bucal en el CESFAM hacia esta población. Encontrándose dispuestos a realizar excepciones frente a ciertas situaciones como atrasados, necesidad de horas no programadas, etc. Esto en general es percibido por el personal de la residencia de manera positiva en la valoración del servicio.

“Es que yo creo que, con el CESFAM como que no tenemos mayor complicación, porque cada vez que los llevamos nos atienden súper bien y cuando vienen para acá igual. Entonces algo como que mejorar, no habría nada porque en sí funciona bien, los dos” (ETD Grupo focal 1)

“Yo creo que la voluntad que tiene el consultorio con los niños de la residencia es muy buena. Nunca se ha tenido un problema. De repente llegan un poquito atrasado por cualquier problema, nunca han tenido dificultad de atender a los niños de la residencia. Han tenido muy buena voluntad.” (ETD Grupo focal 2)

“Nos atendieron igual porque como veníamos del hogar, ellos saben y tienen muy buena voluntad. De hecho, yo lo llevé como tres horas antes de la hora que le correspondía. No estaban atendiendo a esa hora que lo llevé, y con muy buena voluntad lo atendieron igual. No se avisa que hay salida, o avisan 15 minutos antes de la salida, y eso nos complica a nosotras porque nosotras tenemos que andar corriendo con los niños.” (ETD Grupo focal 1)

VI. DISCUSIÓN

Este estudio se centró en las barreras y facilitadores al acceso de servicios de salud bucal percibidas por el personal de la residencia y otros actores claves involucrados en el cuidado y las atenciones de salud de niños y niñas que se encuentran bajo el sistema de protección residencial alternativo de SENAME.

La población estudiada está compuesta por un 59% de niños y un 41 de niñas, entre 0 y 7 años, que pertenecen a los quintiles más pobres de la población, representando a un grupo de alta vulnerabilidad debido a su situación psicosocial de origen.

Su ingreso al sistema de protección residencial se encuentra directamente relacionado con situaciones ligadas a las vulneraciones graves de derechos sufridos durante este importante periodo de desarrollo, las que tendrán efectos indiscutibles sobre diferentes aspectos del desarrollo de estos individuos, con consecuencias que tendrán diferentes manifestaciones durante su curso de vida.

La extracción de los niños de su núcleo familiar y posterior institucionalización en esta clase de organismos, se realiza solo en casos de extrema gravedad, y en donde no existe otra alternativa a la institucionalización. La medida busca restituir los derechos vulnerados durante la infancia con el fin detener y reparar el daño provocado por las experiencias adversas de infancia a las que se han visto expuesto estos niños.

Debido a que el periodo de desarrollo en el que se encuentran estos niños es crítico para lograr el máximo despliegue de sus potencialidades individuales, es importante que la restitución de los derechos sea efectiva e integral proporcionando las condiciones para que esta población pueda gozar de su máximo nivel de bienestar. En materia de salud esto significaría un completo estado de bienestar físico, mental y social, respetando el derecho al goce del más alto nivel de salud posible junto al acceso a los servicios sanitarios, según se establece en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Sobre la salud bucal, la percepción del personal a cargo es que por su corta edad estos niños poseen un buen estado de salud. Lo anterior es corroborado por la odontopediatra, quién relata que, por el contrario a lo esperado, la mayor parte de la población se encuentra sana; sin embargo presentan un alto riesgo de desarrollar enfermedades bucales debido al alto consumo de azúcares especialmente en los espacios de visita familiares, la dificultad para la instalación de hábitos debido a la inconsistencia en la presencia de un adulto significativo que colabore constantemente en este proceso.

Existe evidencia con respecto a cómo las enfermedades bucales tienen mayor prevalencia y severidad en población infantil socioeconómicamente más vulnerable, además de ser un predictor para su desarrollo durante la vida adulta, teniendo efectos negativos sobre el curso de vida y desempeño social de los

individuos. Por este motivo es muy importante que los niños y niñas de la residencia puedan acceder oportunamente a las prestaciones de salud disponibles, con el fin de mantener su estado de salud a través de controles y medidas de promoción y preventivas en caso de encontrarse sanos, o de entregar tratamientos antes de que el daño incremente su severidad.

Las prestaciones de salud bucal a los que puede acceder esta población son entregadas a través del nivel de atención primaria de salud del servicio público, y corresponden a prestaciones universales y específicas incluidas en el Programa Nacional de Salud de Infancia. Programa del cual es beneficiaria toda la población infantil que accede al sistema público del país.

Debido a la situación de internalización en la cual se encuentra esta población, el acceso a este tipo de servicios sanitarios, son de completa responsabilidad de la residencia que se hace cargo de estos niños y niñas. De acuerdo con la normativa SENAME, la inscripción de todos los niños en el centro de salud familiar que le corresponde a la residencia y la regularización de sus atenciones de salud, incluidos los controles odontológicos, es obligatoria.

El acceso a los servicios sanitarios en términos generales es reforzado a través de la vinculación SENAME-APS, la que insta a que ambas organizaciones (residencia y centro de salud) desarrollen planes de trabajos conjuntamente con el fin de asegurar el acceso de niños y niñas al nivel de atención primaria de salud.

En el caso de la residencia el acceso a los servicios de salud bucal se consigue a través de la coordinación directa entre la encargada de salud o directora de la residencia con la asistente social del CESFAM, ya sea

notificando los nuevos ingresos o solicitando estas horas con motivo de control o demanda espontánea. La asistente social recibe la solicitud de horas realizadas directamente por la residencia, así como también las derivadas de los controles de salud del niño. Es ella quien gestiona las horas solitadas en el horario protegido que maneja la única odontopediatra de la comuna y luego las informa a la residencia.

La odontopediatra entrega atenciones en el CESFAM y también planifica actividades de promoción y prevención en el contexto residencial, las que también son coordinadas por la asistente social con la directora de la residencia.

En el contexto de este estudio fue posible observar la existencia de un trabajo intersectorial desarrollado entre el CESFAM y la residencia que favorecía el acceso de este grupo de niños y niñas a los servicios de salud, esta vinculación responde a los lineamientos SENAME y APS, entregados por el Ministerio de Salud. Para esta vinculación, se detectaron dos actores claves, representados por la asistente social del CESFAM y la encargada de salud de la residencia. Cuya valoración y reconocimiento por la comunidad local, ayudan a visibilizar y dar respuestas a las necesidades de la población dentro de la red de salud comunal.

En relación a los servicios de salud bucal, se observó el desarrollo de un plan de trabajo llevado a cabo entre la odontopediatra y la residencia. Este permitió la implementación de estrategias para entregar prestaciones de salud bucal adaptadas a las necesidades de los niños y niñas y la realidad de la residencia.

El desarrollo de este trabajo intersectorial local representa el principal facilitador para que los niños pudieran acceder a atenciones de salud, relacionándose directamente con la accesibilidad a los servicios de salud bucal y proporcionando el surgimiento de una serie de los facilitadores detectados en otras etapas del proceso de acceso como disponibilidad de los servicios a través de horarios protegidos, aceptabilidad de las atenciones debido a la familiarización de los niños con la odontopediatra y contacto debido al reconocimiento de los servicios entregados.

Se observa que esta vinculación es exitosa principalmente debido a la existencia de actores claves presentes en ambas instituciones, en lugar de contar con una normativa local que establezca un sistema estandarizado que aporte directrices para dar respuesta a las necesidades de esta población en materia de salud bucal.

En relación a las barreras se identificaron componentes organizacionales de la residencia que tienen implicancias sobre la accesibilidad de los niños a los servicios de salud, especialmente cuando requieren el desplazamiento hacia el centro de salud familiar. Estas barreras se encuentran representadas por la cantidad de cuidadoras de trato directo considerada insuficiente y la falta de coordinación para llevar a cabo estas actividades, ambas situaciones afectan en ocasiones la asistencia de niños y niñas a las horas programadas en el CESFAM.

Respecto a la aceptabilidad frente a los servicios, se presenta el rechazo a las atenciones odontológicas por parte de los niños, debido a su asociación como una experiencia negativa o su falta de adaptación a la atención fue identificada como una barrera.

Otra barrera relevante identificada durante la investigación corresponde a la necesidad de una mayor sensibilización por parte de las cuidadoras con respecto a la significancia del rol que cumplen en la vida de estos niños y niñas. Y como en algunos casos, la falta de concientización por parte de las cuidadoras influye en los procesos de instalación de hábitos y autopercepción de salud bucal modelaran la futuro utilización de los servicios sanitarios por parte de esta población.

VII. CONCLUSIONES

Las enfermedades bucales, en la población infantil, pueden afectar las dimensiones funcionales, psicológicas y sociales del bienestar de un niño. El dolor oral tiene efectos devastadores en los niños, como pérdida de sueño, crecimiento deficiente, problemas de conducta y aprendizaje deficiente. Los procesos de comunicación, socialización y autoestima cruciales para el desarrollo también se ven afectados por estas enfermedades.

Debido a las características particulares de la población estudiada, su situación vulnerabilidad y los determinantes sociales de salud a los cuales se ven enfrentados, es necesario evitar que desarrollen las consecuencias de este tipo de enfermedades que pueden tener efectos negativos sobre su estado de salud y bienestar integral. Por eso motivo es tan importante poder asegurar el acceso oportuno de esta población a los servicios requeridos. Sin embargo, también es necesario que estos servicios se encuentren ajustados a las necesidades particulares de este grupo de niñas y niñas y de su contexto reparatorio, adaptacionse para dar respuesta a ellas.

Recogiendo la experiencia del caso estudiado en esta investigación, se considera la vinculación entre la residencia y el CESFAM es determinante para poder responder adecuadamente a las necesidades de la población, sin embargo se requiere que esta vinculación se regule desde una normativa que entregue directrices específicas que apunten a los resultados esperados y medibles en materia de salud bucal.

En relación al personal educador mencionado en varias de las barreras identificadas, es importante evaluar que factores influyen en la falta de autoreconocimiento que tiene el personal cuidador con respecto al rol que cumplen en la vida de estos niños como figura adulta significativa que entre otras cosas cumple modela los comportamientos en salud de estos niñas y niños.

Además es importante resolver temas de carácter estructural, como el número insuficiente del personal de la residencia que genera dificultades en la instalación de importantes rutinas realizadas en el contexto residencial y actividades que requieren movilización fuera de esta.

La evidencia neurocientífica, entre otras disciplinas, ha mostrado sistemáticamente que en la primera infancia existen oportunidades de desarrollo que no se repiten en momentos posteriores del ciclo vital. Y que la desigualdad en el acceso a oportunidades de desarrollo entre niños y niñas de diversos orígenes socioeconómicos, tiende a reproducir intergeneracionalmente la desigualdad de origen. Es por este motivo que las políticas públicas dirigidas a este grupo de niñas y niños deben desde una perspectiva de determinantes sociales propender a la equidad de oportunidades para esta población en todo el ciclo de la vida.

REFERENCIAS

1. Anda RF, Butchart A, Felitti VJ, Brown DW. Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. Am J Prev Med. julio de 2010;39(1):93-8.

2. Butchart A, World Health Organization, International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/en/index.html>
3. WHO. Addressing adverse childhood experiences to improve public health. Expert consultation, 4–5 May 2009 [Meeting report]. Geneva, Switzerland. 2009;
4. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. 2014.
5. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* mayo de 1998;14(4):245-58.
6. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet Lond Engl.* 3 de enero de 2009;373(9657):68-81.
7. Nuestra Institución [Internet]. Servicio Nacional de Menores. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.sename.cl/web/nuestra-institucion/>
8. JUSTICIA MD. DL-2465 16-ENE-1979 MINISTERIO DE JUSTICIA [Internet]. Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. 1979 [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6929&idVersion=2005-07-25>
9. Misión y Objetivos [Internet]. Servicio Nacional de Menores. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.sename.cl/web/mision-objetivos/>
10. 4. Salud bucodental [Internet]. Who.int. 2019 [cited 5 October 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
11. Soto L, Jara G, Venegas C, Allende M, Aranda W, Godoy S. D. Diagnóstico en Salud Bucal de los niños de 2 y 4 años de edad que asisten a la educación preescolar en la zona norte y centro del país. 2009.
12. Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. Chile. Minsal; 2007.
13. Badenier O, Moya R, Cueto A, col. Prevalencia de las Enfermedades Bucodentales y necesidades de tratamiento en la V Región. Chile; 2007.
14. Departamento Salud Bucal. M de S. Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Informe consolidado. Chile 2007-2010. 2012.
15. Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol.* octubre de 2007;35(5):348-56.
16. Sheiham A. Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *Br Dent J.* 25 de noviembre de 2006;201(10):625-6.
17. Acs G, Shulman R, Ng MW, Chussid S. The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent.* abril de 1999;21(2):109-13.
18. Blumenshine SL, Vann WF, Gizlice Z, Lee JY. Children's school performance: impact of general and oral health. *J Public Health Dent.* 2008;68(2):82-7.
19. Locker D, Jokovic A, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Family impact of child oral and oro-facial conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. diciembre de 2002 [citado 26 de septiembre de 2019];30(6):438-48. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1034/j.1600-0528.2002.00015.x>
20. Thomson WM, Poulton R, Milne BJ, Caspi A, Broughton JR, Ayers KMS. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol.* octubre de 2004;32(5):345-53.
21. Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris S.

- Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res.* enero de 2015;94(1):10-8.
22. Thomson WM, Williams SM, Broadbent JM, Poulton R, Locker D. Long-term dental visiting patterns and adult oral health. *J Dent Res.* marzo de 2010;89(3):307-11.
 23. Keene EJ, Skelton R, Day PF, Munyombwe T, Balmer RC. The dental health of children subject to a child protection plan. *Int J Paediatr Dent.* noviembre de 2015;25(6):428-35.
 24. SENAME. Protocolos de actuación para Residencias de Protección de la Red Colaboradora de SENAME. 2016.
 25. SENAME. Informe final Auditoría Social Sistema de Cuidado Alternativo Residencial. 2019.
 26. Comité de los Derechos del Niño, ONU. Informe de la investigación relacionada en Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones. 2018.
 27. Who.int. (2019). Salud y derechos humanos. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/> [Accessed 5 Oct. 2019].
 28. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Constitución Política de la República de Chile, Capítulo III, Artículo 19, N°9. 2018.
 29. u. Convención sobre los derechos del niño. Ratificado por Chile en 1990. 1989.
 30. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Política Nacional de Niñez y Adolescencia, Sistema Integral de Garantías de la Niñez y la Adolescencia, 2015 – 2025. 2015.
 31. Ministerio de Desarrollo Social Consejo Nacional de la Infancia, Con la colaboración de UNICEF. Plan de Acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025, en el marco de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 y las Observaciones del Comité de los Derechos del Niño al Estado de Chile 2015. 2017.
 32. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *J Health Soc Behav* [Internet]. marzo de 1995 [citado 5 de octubre de 2019];36(1):1. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2137284?origin=crossref>
 33. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208-20.
 34. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ.* 1978;56(2):295-303.
 35. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmín Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. marzo de 2013 [citado 5 de octubre de 2019];33(3):223-9. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 36. Ministerio de Salud. Programa Nacional de salud de la infancia con enfoque integral. Chile;2013.
 37. Ministerio de Salud. Lineamientos 2019 para la vinculación APS- SENAME. Chile;2019.
 38. Ministerio de Salud. Norma técnica para la Promoción del Bienestar, Prevención y Abordaje integral de desajustes emocionales y conductuales en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en cuidado alternativo residencial. Chile; 2019.

ANEXOS

ESQUELETO GRUPOS FOCALES

Buenos días/tardes mi nombre es Julia Naranjo Espinoza y estoy acá para realizar esta ronda de entrevistas grupales que tienen objetivo poder recoger su experiencia con respecto a los procesos de atención de salud oral de la población de la que están a cargo

- ¿Cuál es su percepción sobre las necesidades de salud oral de los niños residentes? ¿Identifica alguna necesidad especial en esta población?
- ¿En caso de detectar que algún niño necesita recibir atención de salud oral, cual es el flujo que conduce hasta llegar a la atención?
- ¿Cuáles son las principales dificultades que Uds. detectan en el flujo del proceso de atención?
- ¿Cuáles son las principales facilidades que Uds. detectan en el flujo del proceso de atención?
- ¿El personal del hogar se encuentra en conocimiento de la existencia de algún protocolo con respecto a la atención de salud oral en esta población?
- ¿El personal del hogar encuentran en conocimiento de la existencia de alguna condición especial para la atención de esta población, como por ejemplo priorización?

ESQUELETO ENTREVISTAS PERSONAL DEL HOGAR

Buenos días/tardes mi nombre es Julia Naranjo Espinoza y estoy acá para realizar esta ronda de entrevistas grupales que tienen objetivo poder recoger su experiencia con respecto a los procesos de atención de salud oral de la población residente en el hogar en el cual Ud. es directora/ encargada de salud.

- ¿Cuál es su percepción sobre las necesidades de salud oral de los niños residentes? ¿Identifica alguna necesidad especial en esta población?
- ¿En caso de detectar que algún niño necesita recibir atención de salud oral, cual es el flujo que conduce hasta llegar a la atención?
- ¿Cuáles son las principales dificultades que Ud. detecta en el flujo del proceso de atención?
- ¿Cuáles son las principales facilidades que Ud. detectan en el flujo del proceso de atención?
- ¿El personal del hogar se encuentra en conocimiento de la existencia de algún protocolo que haga referencia a la atención de salud oral en esta población?
- ¿El personal del hogar encuentra en conocimiento de la existencia de alguna condición especial para la atención de esta población, como por ejemplo priorización?
- ¿Cómo cree Ud. que el proceso de atención podría facilitarse desde los prestadores de servicios?

ESQUELETO ENTREVISTAS PROFESIONALES SALUD

Buenos días/tardes mi nombre es Julia Naranjo Espinoza y estoy acá para realizar esta entrevista que tiene objetivo recoger su experiencia con respecto a los procesos de atención de salud oral de población preescolar institucionalizada en SENAME, de los cuales Ud. puede ser partícipe.

- ¿Cuál es su percepción sobre las necesidades de salud oral de los niños institucionalizados en SENAME?
- ¿Detecta alguna necesidad especial para esta población?
- ¿Cuáles son las principales dificultades que Ud. detecta en el proceso de atención de estos pacientes?
- ¿Cuáles son las principales facilidades que Uds. detectan en el proceso de atención de estos pacientes?
- ¿Se encuentran en conocimiento de la existencia de alguna condición especial para la atención de esta población, como por ejemplo priorización?
- ¿Como prestadores de salud están en conocimiento de medidas locales tomadas para poder facilitar el proceso de atención de esta población?

(Santiago, 29 de Noviembre, 2018)

Carta Apoyo Institución Asociada

La **Sociedad Protectora de la Infancia**, a través de **Marcela Uribe Ampuero Jefa de área Primera Infancia**, expresa su disposición a la realización de entrevistas como parte **del proyecto de investigación “Evaluación de barreras y facilitadores de la atención de salud oral para población preescolar institucionalizada en residencias SENAME”**, de Julia Naranjo Espinoza en el proceso de obtención del grado de Magíster en Salud Pública de la Universidad Pontificia Universidad Católica de Chile.

La entidad pondría a disposición de la investigación la instancia para realizar entrevistas a funcionarios del hogar en sus instalaciones.



Marcela Uribe Ampuero
Jefe Primera

Infancia

CARTA DE TOMA DE CONOCIMIENTO

Puente Alto, 09 de agosto de 2019

Señores Comité de Ética Científica
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Mediante la presente, en mi calidad de Directora del CESFAM Laurita Vicuña, dependiente de la Corporación Municipal de Puente Alto expreso mi conocimiento sobre el proyecto: "EVALUACIÓN DE BARRERAS Y FACILITADORES PARA LA ATENCIÓN DE SALUD ORAL EN NIÑOS Y NIÑAS INSTITUCIONALIZADOS EN RESIDENCIA SENAME", que tiene como investigador principal responsable a Julia Naranjo Espinoza, Rut 16.942.140-4. Dicho proyecto fue revisado por la Unidad de Investigación de la Dirección de Salud y cumple con los requerimientos técnicos y metodológicos para su desarrollo. Se espera de la aprobación del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente al cual nos encontramos adscritos, para que pueda llevarse a cabo.

Saludos cordiales,



Carla Avila Rivera
Directora
CESFAM Laurita Vicuña



FACULTAD DE MEDICINA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO | CEC MED UC

**ACTA DE APROBACIÓN
SESIÓN REGULAR N°5/2019**

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO CEC MED-UC
Acreditado por SEREMI de Salud 018526 con fecha 31 Marzo de 2014

Santiago, 04 de Abril de 2019

SE APROBÓ EL SIGUIENTE PROYECTO

ID del proyecto : 190123004

Investigador Responsable : Julia Naranjo Espinoza

Tesista de Magíster

Título de Investigación : Barreras y facilitadores para la atención en preescolares institucionalizados en Hogar SENAME

Sitio de realización: Hogar Ángeles Custodios y Corporación Municipal Puente Alto

Financiamiento: Fondos Propios

Se acusa recibo de los siguientes documentos:

Carta del investigador responsable solicitando la revisión y aprobación de nuevo estudio en referencia.

Carta de respaldo de Dr. Jaime Sapag Muñoz de la Peña, Director del Magíster en Salud Pública.

Documentos revisados y aprobados por el comité:

Solicitud para la aprobación de investigación que involucre seres humanos o uso de datos y/o muestras humanas.

Protocolo de investigación del 19.03.2019

Documento de consentimiento informado para personal del hogar y cuidadoras, versión marzo 2019.

Documento de consentimiento informado para actores claves en la toma de decisiones en atención primaria, versión marzo 2019.

Documento de consentimiento informado para profesionales de atención primaria, versión marzo 2019.

Carta de solicitud de dispensa de la tercera firma.

Esqueleto de entrevistas.

**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
COMITE ETICO-CIENTIFICO**

ACTA DE APROBACIÓN

**Miembros del Comité de Evaluación Ético Científico que participaron en la sesión del
08 de agosto del 2019**

Comité constituido en conformidad a la resolución exenta NO2886 del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de fecha de fecha 06 de julio 2009.

Acreditado por SEREMI de Salud 019892 de fecha 14 Abril 2014.

Dr. Patricio Michaud Ch, S.S.M.S.O. Presidente del Comité
Sra. Verónica Cantuarias B. Enfermera matrona. Hospital Padre Hurtado
Dr. Robert Davis C. Hospital Sótero del Río
Dra. Lorna Luco C. Miembro Externo
Dra. María Inés Gómez. Miembro externo
Sr. Hernán Pardo Roche. Abogado S.S.M.S.O.
Dr. Rafael Téllez T. Secretario. Hospital Sótero del Río
Sra. Andrea Mesina. Fonocardióloga Hospital Dr. Sotero del Río
Sra. Elizabeth Valenzuela. Miembro de la Comunidad

Estudio: Evaluación de barreras y facilitadores para la atención de salud oral de niños y niñas institucionalizadas en residencias del Sename.

Investigador Responsable: Sra. Julia Naranjo Espinoza.

Centro: CESFAM, Laurita Vicuña, Comuna de Puente Alto

Fecha Aprobación: 08 de agosto del 2019.

Este informe se refiere a la revisión que el Comité hizo de los siguientes documentos:

- Estudio.
- Consentimiento Informado, para Profesionales.
- Consentimiento Informado, para actores claves en la toma de decisiones.
- Carta Director CESFAM Laurita Vicuña, Sra. Carla Ávila Rivera.
- Carta Directora de Salud de la Corporación Municipal de Puente Alto, Sra. Luz María Montalva Herrera
- Curriculum Vitae investigador

Evaluación Ética

Los niños y niñas institucionalizados en residencias del Sename tienen derecho a atención en salud. El 2016 103.540 niño bajo tutela.

El objeto del estudio es conocer la realidad en el CESFAM Laurita Vicuña, con relación a la población que tiene derecho, investigar las barreras percibidos por el personal que trabaja en las residencias SENAME, y otros actores relevantes.

**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
COMITE ETICO-CIENTIFICO**

Se vera de acuerdo a la realidad, los usuarios, la atención de salud oral.

Conocer del personal del CESFAM e indagar desde las perspectivas de quienes trabajan en la Residencia, en la salud oral y en el CESFAM, conocer las barreras y a través de entrevistas de personal del Hogar y miembros del CESFAM.

Se harán grupos focales.

El formulario de consentimiento informado cumple con los requisitos éticos de este documento.

CONCLUSIÓN: Teniendo presente, que: Este protocolo cumple con los requisitos éticos de una investigación; con la legislación nacional vigente, con relación a las Leyes: 19628, 20120 y 20584 y que no implica costos materiales adicionales, ni en recurso humano para la Institución; Este Comité considera que no hay inconvenientes, para solicitar a la Dirección del CESFAM, Laurita Vicuña, Comuna de Puente Alto, la autorización para la realizar esta Investigación.

Le solicitamos:

1. Le solicitamos antes de iniciar el estudio obtener la aprobación de él, por la autoridad administrativa correspondiente de la Institución, (Director de Hospital, CESFAM, o quien corresponda) y hacemos llegar una copia de dicha a probación. El no cumplimiento de esta obligación lo expone a sanciones administrativas de acuerdo a la legislación vigente.
2. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta tres años cerrado el estudio.
3. Usar los consentimientos informados validados por este Comité.
4. **Informar cada 6 meses o lo menos una vez al año de su marcha,** como También de cualquier publicación o presentación a congresos que dé él se generen.
5. La validez de esta aprobación es por un año al cabo del cual con el Informe Correspondiente debe solicitarse su renovación



**Dr. Patricio Michaud Ch.
Presidente
Comité Ético Científico
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente**



Cc Dirección, CESFAM, Laurita Vicuña, Comuna de Puente Alto

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL DEL HOGAR Y CUIDADORAS

Nombre del Estudio: “Evaluación de barreras y facilitadores de la atención de Salud Oral para población preescolar institucionalizada en residencias SENAME”

Investigador: Julia Naranjo Espinoza

Profesor Responsable: Dra. Paula Bedregal

depto/UDA: Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina UC.
Teléfono: 2354 3038.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, -o no-, en este estudio llamado “Evaluación de barreras y facilitadores de la atención de Salud Oral para población preescolar institucionalizada en residencias SENAME”.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al personal del estudio.

Este estudio no cuenta con financiamiento de organismos públicos o privados.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Usted ha sido invitado a participar en este estudio porque es un **profesional o cuidadora en el hogar**

y puede estar en conocimiento de factores claves que afectan el proceso de la atención de salud oral de los niños que residen en el hogar.

El propósito de este estudio es reconocer desde la perspectiva de las autoridades del hogar y cuidadores las distintas barreras y facilitadores que existen para que los niños preescolares institucionalizados en centros SENAME puedan acceder a los servicios de salud oral disponibles.

El estudio contribuirá al conocimiento sobre el acceso y atención de salud oral para esta población y los principales obstáculos presentes en este proceso.

Este Proyecto se realizará en la Comuna de Puente Alto, Específicamente Residencia Ángeles Custodios, Centro de Salud Laurita Vicuña y Área de Salud de Puente Alto.

Si Ud. acepta ser parte del estudio se le pedirá participar de una entrevista con la investigadora responsable o de un grupo de conversación según el rol que desempeñe en el hogar. Para ambas actividades los temas que serán abordados son:

- Proceso de atención de salud oral en este grupo de niños
- Obstáculos en proceso de atención, particularmente en acceso
- Facilitadores en proceso de atención, particularmente en acceso
- Nivel de conocimiento con respecto a las prioridades de atención de este grupo



BENEFICIOS: Usted no se beneficiará directamente por participar en esta investigación, sin embargo, la información será de utilidad para la gestión local relacionada con la atención de la población preescolar que reside en la comuna y se encuentra institucionalizada en SENAME.

RIESGOS: Su participación en este estudio no implica riesgo alguno. Ud. no tendrá ninguna repercusión en su relación laboral con el hogar.

COSTOS: Su participación no implica ningún costo para usted, solamente el tiempo que nos facilite para contestar la entrevista.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN. La información obtenida se mantendrá en forma confidencial y sólo será de conocimiento de los investigadores. Es posible que se entreguen recomendaciones, según resultados del estudio. Sin embargo, no se entregarán respuestas o resultados individuales.

VOLUNTARIEDAD: Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como profesional de la institución en que trabaja.

PREGUNTAS.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar o llamar a la Dra. Julia Naranjo Espinoza, Investigadora Responsable del estudio, al teléfono 991585577 o al correo electrónico janaranj@uc.cl.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de la investigación, usted puede hacerlo contactando al presidente del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Dra. Claudia Uribe Torres, al teléfono 23548173 o enviando un correo electrónico a: cecmeduc@med.puc.cl

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ésta en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

No estoy renunciando a ningún derecho que me asista.

Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación según mi parecer.

Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

FIRMAS

Nombre, firma y fecha Participante

Nombre, firma y fecha Investigador

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA



Nombre del Estudio:	“Evaluación de barreras y facilitadores de la atención de Salud Oral para población preescolar institucionalizada en residencias SENAME”
Investigador	Julia Naranjo Espinoza
Profesor Responsable:	Dra. Paula Bedregal
Depto/UDA	Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina UC. Teléfono: 2354 3038.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, -o no-, en este estudio llamado “Evaluación de barreras y facilitadores de la atención de Salud Oral para población preescolar institucionalizada en residencias SENAME”.

Tome el tiempo que requiera para decidirse, lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee al personal del estudio.

Este estudio no cuenta con financiamiento de organismos públicos o privados.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Usted ha sido invitado a participar en este estudio porque es un **profesional de atención primaria** que puede ser partícipe del flujo de atención de población preescolar institucionalizados en SENAME con residencia en la comuna de Puente Alto.

El propósito de este estudio es reconocer desde la perspectiva de los prestadores de salud las distintas barreras y facilitadores que existen para que los niños preescolares institucionalizados en SENAME puedan acceder a los servicios de salud oral disponibles.

El estudio contribuirá al conocimiento sobre el acceso y atención de salud oral para esta población y los principales obstáculos presentes en este proceso.

Este Proyecto se realizará en la Comuna de Puente Alto, Específicamente Residencia Ángeles Custodios, Centro de Salud Laurita Vicuña y Área de Salud de Puente Alto.

Si Ud. acepta ser parte del estudio se le pedirá participar de una entrevista con la investigadora responsable. Para esta actividad los temas que serán abordados son:

- Proceso de atención de salud oral en este grupo de niños
- Obstáculos en proceso de atención, particularmente en acceso
- Facilitadores en proceso de atención, particularmente en acceso
- Nivel de conocimiento con respecto a las prioridades de atención de este grupo

BENEFICIOS: Usted no se beneficiará directamente por participar en esta investigación, sin embargo, la información será de utilidad para la gestión local relacionada con la atención de la población preescolar que reside en la comuna y se encuentra institucionalizada en SENAME.



RIESGOS: Su participación en este estudio no implica riesgo alguno. Ud. no tendrá ninguna repercusión en su relación laboral con el hogar.

COSTOS: Su participación no implica ningún costo para usted, solamente el tiempo que nos facilite para contestar la encuesta.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN. La información obtenida se mantendrá en forma confidencial y sólo será de conocimiento de los investigadores. Es posible que se entreguen recomendaciones, según resultados del estudio. Sin embargo, no se entregarán respuestas o resultados individuales.

VOLUNTARIEDAD: Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Al hacerlo, usted no pierde ningún derecho que le asiste como trabajador de la institución en que se desempeña.

PREGUNTAS.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar o llamar a la Dra. Julia Naranjo Espinoza, Investigadora Responsable del estudio, al teléfono 991585577 o al correo electrónico janaranj@uc.cl.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de la investigación, usted puede hacerlo contactando al presidente del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Dra. Claudia Uribe Torres, al teléfono 23548173 o enviando un correo electrónico a: cecmeduc@med.puc.cl

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO.

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ésta en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

No estoy renunciando a ningún derecho que me asista. Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación según mi parecer. Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

FIRMAS

Nombre, firma y fecha Participante

Nombre, firma y fecha Investigador

