

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“PROCESOS DE DETERMINACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD BUCAL DE
MUJERES EN PERIODO DE POST-PARTO Y SUS HIJOS RECIÉN NACIDOS DE
LAS COMUNAS DE CERRO NAVIA Y LA FLORIDA, SANTIAGO DE CHILE
2015-2017”**

CAROLINA AMARO ROMERO

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESOR GUIA DE TESIS: DR. MARCO CORNEJO OVALLE

PROFESORA COTUTORA DE TESIS: VALENTINA FAJRELDIN CHUAQUI

PROFESOR COLABORADORA DE TESIS: DRA. IRIS ESPINOZA SANTANDER

Santiago, ENERO 2018

ÍNDICE.

	Resumen	3
1	Introducción	4
1.1	Justificación y relevancia del estudio	5
2	Marco Teórico	8
2.1	La Realización del Derecho a la Salud	8
2.2	La Determinación Social de la Salud	11
2.3	Chile y el contexto de la posibilidad de realización del Derecho a la Salud de la madre y el hijo	15
3	Pregunta de Investigación	24
4	Objetivo General	25
5	Objetivos Específicos	25
6	Métodos	26
6.1	Selección de sujetos participantes	26
6.2	Técnicas para la recolección de la información	30
6.3	Instrumentos de recolección	31
6.4	Análisis o transformación de los datos.	31
6.5	Triangulación de técnicas cualitativas y cuantitativas	32
6.6	Etapas del estudio	32
7	Aspectos Éticos	33
8	Resultados	34
8.1	Revisión y Análisis de información estadística y referencial respecto a la Dimensión General Determinante: contexto político, social, cultural, del que hacen parte las políticas públicas en salud y en salud bucal de Chile.	34
8.2	Elaboración de la Matriz de Procesos Críticos, de Determinación de la Realización del Derecho a Salud Bucal, en las mujeres en etapa de post-parto y sus hijos recién nacidos.	52
8.3	Presentación de los Resultados de la aplicación de encuestas sociales, que complementan el discurso de las púerperas, en relación a los elementos que determinan la realización del derecho a salud oral.	74
8.4	Modelo de interpretación propuesto, de las posibilidades de realización del derecho a la salud bucal (desde la Determinación Social) de las mujeres en periodo de post-parto y sus hijos recién nacidos de Santiago de Chile.	86
9	Discusión	89
10	Conclusiones	105
10.1	Procesos que favorecen la realización de ejercer el Derecho a Salud Oral de púerperas y sus hijos recién nacidos.	106
10.2	Procesos que desfavorecen la realización de ejercer el Derecho a Salud Oral de púerperas y sus hijos recién nacidos.	110
11	Sugerencias del equipo investigador	115
12	Limitaciones y Fortalezas del estudio	117
13	Referencias Bibliográficas	118
14	Anexos	132
14.1	Guía o pauta de entrevista semiestructurada	132
14.2	Guía o pauta para grupo de discusión	133
14.3	Encuesta para identificar la posición social de las mujeres y sus hijos	134
14.4	Consentimiento Informado	141

RESUMEN

Antecedentes: La salud bucal contribuye al bienestar y calidad de vida. Mujeres y niños, tienen etapas de vida en las que la salud bucal cobra mayor importancia (postparto y primera infancia). Los enfoques o modelos interpretativos con los que se ha estudiado la relación madre/hijo – salud bucal, fragmentan la realidad y han sido insuficientes para comprenderla.

Objetivo: Comprender el rol de los procesos estructurales, particulares y singulares, sobre la posibilidad de realización del derecho a salud bucal de mujeres en periodo de post-parto y de sus hijos recién nacidos durante el primer año de vida.

Metodología: Estudio cualitativo, exploratorio. Se realizó revisión y análisis exhaustivo de información, entrevistas individuales y grupos focales a mujeres en primer trimestre postparto, residentes en La Florida y Cerro Navia.

Resultados-Conclusiones: Existen procesos críticos, inmersos en los Dominios General, Particular y Singular, que condicionan la realización del derecho a Salud Bucal de puérperas y sus hijos. Los procesos críticos que surgen en el discurso de las puérperas se pueden clasificar en los que favorecen la realización del derecho (existencia de políticas sociales y políticas de Salud para madre/hijo, acceso efectivo GES/SOE, trabajo con contrato, redes de apoyo, buena economía comunal, información oportuna de derechos y deberes y acceso a educación en salud) y los que desfavorecen la realización del derecho (relaciones de poder en el trabajo, trabajo sin contrato, largas distancias y tiempos de desplazamiento y barreras administrativas para acceder a atención dental).

1.- Introducción

La salud bucal contribuye al bienestar y la calidad de vida de las personas, mediante funciones biológicas y sociales esenciales. Las mujeres y los niños¹ en particular, tienen etapas de su vida en las que la salud bucal cobra mayor importancia por su relación estrecha con algunos procesos vitales. Además, en el período de postparto, la condición bucal de la mujer no sólo es importante para su hijo (por ejemplo, para evitar la llamada infección vertical), sino que también para ella misma. Y en el caso de los niños recién nacidos y durante los primeros años de vida, una buena salud bucal es necesaria no sólo para asegurar los procesos biológicos que participan en el crecimiento y desarrollo, sino que también en esta etapa, la boca es el vehículo a través del cual, establecen los lazos afectivos con la madre y otros miembros de la familia, y con el cual reconocen el mundo que les rodea.

Por otra parte, pareciera que los enfoques o modelos interpretativos con los que se ha estudiado la relación madre/hijo – salud bucal, fragmentan la realidad de esta relación y han sido insuficientes para comprenderla de una manera más integral. Esta es una de las razones por la que nos interesa indagar, desde una perspectiva teórico-metodológica, sobre la posibilidad de realización del derecho a la salud bucal tanto de la mujer en periodo de postparto, como de su hijo recién nacido,

¹ Reconociendo que tanto los niños como las niñas son sujetos de derecho, aclaramos que en este protocolo la palabra “niños” los incluye a ambos.

considerando distintos procesos relacionados con el grupo social al que pertenecen y sus modos de vida característicos, los significados y las prácticas de cuidado de la salud bucal en el entorno familiar y comunitario, así como la oportunidad de acceso a la atención odontológica y el estado de salud bucal.

1.1. Justificación y Relevancia del Estudio.

Aunque son muchos los estudios sobre salud bucal y acceso a la atención odontológica de mujeres gestantes, el interés por la salud bucal de las mujeres durante el post-parto pareciera despertar menor interés, existiendo pocos estudios que continúan la observación en este período (Saddki y otros, 2010; Kulikova y otros, 2014; Lamarca y otros, 2012). Además, esos pocos estudios están orientados, por lo general, a analizar el impacto que la condición bucal de la madre puede tener sobre la salud bucal de su hijo (Riedy y otros, 2001), así como a analizar los resultados de las acciones promocionales y preventivas, o las estrategias que se pueden implementar para minimizar los riesgos de la contaminación vertical de microorganismos cariogénicos de la madre a su hijo o de las medidas de cuidado que la madre debe adoptar (Plutzer & Spencer, 2008), haciendo visible el hecho de que, en la etapa de post-parto, la madre deja de tener para los servicios de salud, la importancia que se le había dado en el embarazo y el niño acapara buena parte de la atención, pero no precisamente en temas de salud bucal. Por tanto, se hacen necesarios estudios que cubran este período de la vida de ambos sujetos y que además, se hagan desde paradigmas diferentes al positivista.

Es relevante para la Salud Pública abordar este tema, debido a 2 razones principales: la magnitud de la enfermedad y la trascendencia social.

En cuanto a la magnitud de la enfermedad, hay estudios que indican que, a nivel mundial, la prevalencia de caries en población gestante, oscila entre un 81% y 94% (Rengifo, 2009; Vera-Delgado y otros, 2010; Concha, 2011) y que la prevalencia de alteraciones periodontales en este mismo grupo, se encuentra entre el 50% y el 98% (Rengifo, 2009; Díaz & Castellanos, 2004; Concha, 2011).

En cuanto a la cobertura de atención odontológica para las mujeres gestantes, los estudios reportan que es muy variable, pues en algunas regiones o países alcanza niveles inferiores al 20%, mientras en otros llega a cubrir a más del 80% de las embarazadas (Corchuelo, 2013).

En el caso de Chile, el 2016 en la Región Metropolitana, hubo 62.341 mujeres que ingresaron a control prenatal en la Red de Establecimientos de Atención Primaria del Sistema Público de Salud (DEIS, 2016). Del total de Ingresos Prenatales señalados, el número de gestantes que recibieron atención dental integral, logrando finalizar el tratamiento con el Alta Odontológica, fue de 46.082 mujeres, que corresponde a un 73,9% de los Ingresos Prenatales (DEIS, 2016), porcentaje que supera la meta nacional establecida por MINSAL, que es de un 68% (MINSAL, 2016). Si bien, el porcentaje de gestantes con Alta Odontológica en la Región Metropolitana está por sobre lo esperado, sigue habiendo una brecha de mujeres (26,1%) que, teniendo la garantía de acceso del GES Salud Oral Integral de la Embarazada, no ingresan a tratamiento dental o lo abandonan. Este fenómeno, pudiese aumentar la vulnerabilidad de las gestantes que no ingresan a tratamiento odontológico, dado que, de acuerdo a lo que señalan algunos autores, las más

afectadas por caries y enfermedad periodontal, son las mujeres gestantes de los niveles sociales más desfavorecidos, las residentes en las zonas rurales, las vinculadas a los sistemas públicos de atención y las que están por fuera del sistema de atención en salud (Saddki y otros, 2010; Lamarca y otros, 2013; Corchuelo & Pérez, 2014; Concha & Morales, 2014).

Debido lo anterior, es que surge esta propuesta de investigación, con el propósito de levantar información, en relación a la determinación social del derecho a salud bucal, en 2 ciudades Colombianas y 1 ciudad en Chile (Santiago). Esta parte del Proyecto que se presenta, contempla el levantamiento de información acerca de la determinación social, en la Ciudad de Santiago de Chile, relevando la trascendencia social, ya que desde la perspectiva de género, parece importante abordar la relación madre/hijo-salud bucal, considerando a la mujer como sujeto de derecho, más allá de su rol procreador y cuidador.

El hecho de levantar información, permitirá generar conocimiento acerca de esta realidad, pues pareciese que el ser madre o criar un nuevo hijo, en determinados contextos, genera una condición de vulnerabilidad en este grupo, en la medida que los contextos (y modos de vida), impidan o dificulten el cuidado de su salud.

Finalmente, creemos que este estudio tendrá valor, en tanto aportaría con una mirada sustentada en el realismo dialéctico, al estudio de este problema. Los resultados de esta investigación serían importantes para proporcionar a los diferentes actores, entre ellos a los formuladores de políticas públicas, fundamentos para la toma de decisiones y el diseño pertinente de acciones e intervenciones que permitan mejorar la oportunidad de realización del derecho a la salud bucal de ambos sujetos.

2.- Marco Teórico

2.1. La realización del derecho a la salud

El derecho a la salud, está contemplado en la Constitución Política de Chile de 1980 (artículo 19, párrafo 9), en la cual se define el Derecho a la Protección de la Salud y se reconoce, como deber preferente del Estado, garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas.²

Así mismo, el derecho a la salud, está ligado a la suscripción del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). Sin embargo, este derecho cada vez se ha restringido más a una política sectorial de servicios, a prestaciones fragmentadas en el terreno de la promoción y protección de la salud, pero sobre todo de la recuperación. Restricción a la que debe sumarse el hecho de que, en Chile, vaya en aumento la transferencia de recursos públicos hacia prestadores privados (Goyenechea 2015). Es decir, el derecho a la salud en Chile, se realiza a través de prestaciones que han ingresado a las leyes de oferta y demanda. Franco (2013, p. 3) lo resume así: «Con el neoliberalismo entran en todo su vigor dos propuestas que son letales para el derecho a la salud: la de convertir la atención de las enfermedades y el aseguramiento del riesgo de enfermar en campos de acumulación

² 9º.- El derecho a la protección de la salud. 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 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. (Chile, Ministerio del Interior, 1980).

de riqueza, y la de reducir la presencia y la participación del Estado precisamente para abrirle las puertas en este campo al 'sector privado'».

Esto explica que hoy, en nuestro país, la reivindicación de la salud se ha centrado en la exigibilidad y la justiciabilidad³ de ésta, como derecho fundamental, y que exista una preocupación desde la acción política y la actividad científica, por desentrañar los procesos y las relaciones entre ellos, de tal manera que se logre interpretar las posibilidades de realización del derecho a la salud, en todos los grupos humanos, pero especialmente en aquellos que, por múltiples motivos, resultan más vulnerables a las grandes brechas económicas, sociales, culturales y políticas, que se abren en los espacios locales como reflejo de lo que sucede en el contexto global.

Valga anotar que coincidimos además con aquellos autores (Breilh, 2012; Franco-Cortés y otros, 2015) que hablan de que, más allá de la movilización por el derecho a la salud, lo que debe haber es una movilización por la vida saludable, que involucre responsabilidades colectivas, aunque claramente, con diferentes niveles, de acuerdo a la posición que se ocupe en la sociedad. Por eso deben mirarse con sospecha, tanto aquellas posiciones que plantean que la responsabilidad de la salud es sólo del Estado (como administrador de los dineros públicos, debe garantizarla), así como aquellas posiciones que trasladan la responsabilidad a los individuos y bajo el discurso de la "autorresponsabilidad" y el "autocuidado", típicamente neoliberal, pretenden eximir al Estado de lo que constitucionalmente le obliga (Watt, 2007).

³ La justiciabilidad entendida como «posibilidad de reclamar ante un juez o tribunal de justicia el cumplimiento al menos de algunas de las obligaciones que se derivan del derecho». (Abramovich y Courtis, 2009, p. 10).

De ahí que, para indagar por las posibilidades de realización del derecho a la salud bucal de la madre y el hijo recién nacido, nos interesen asuntos como el modo de vida de los grupos sociales a los que pertenecen, el significado que tiene para las mujeres el cuidado de la salud, tanto desde el entorno familiar como desde el institucional, el significado que tienen las necesidades en salud bucal y el derecho a la misma, entre otros. Significado entendido como «el modo especial en que el sujeto atiende a su vivencia» (Schütz, 1993, p. 243), al cual adscribimos como investigadores.

Interesan también las prácticas de cuidado, que desde estos significados se realizan, así como las condiciones objetivas y subjetivas para llevarlas a cabo. Prácticas de cuidado de la salud y la vida que, parafraseando a MacIntyre (1987),⁴ se podrían definir como una actividad coherente y socialmente organizada, que tiene una noción del bien (de lo bueno) y una variedad de significados comunes, implícita o explícitamente organizados; y que además, se desarrollan con características particulares según el género, la ocupación y el contexto cultural de las personas (Melguizo & Alzate, 2008).

Interesan las oportunidades de acceso a la atención, entendiendo el acceso como “esa relación dinámica entre el uso de los servicios de salud y el subsecuente estado de salud” (Andersen, 1995). El acceso tanto del sujeto sano, aquel que debe

⁴ MacIntyre denomina práctica “a cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma, mientras se intentan lograr los modelos de excelencia que le son apropiados a esa forma de actividad y la defiende parcialmente, con el resultado de que la capacidad humana de lograr la excelencia y los conceptos humanos de los fines y bienes que conlleva se extienden sistemáticamente (MacIntyre, 1987, p. 233).

participar de las acciones colectivas para la promoción de la salud y la prevención primaria, y el acceso del sujeto enfermo a los servicios de prevención secundaria, curación y rehabilitación. Y por supuesto, interesa el estado objetivo de la salud bucal de ambos sujetos, como uno más de los diversos aspectos mencionados, que serían evidencia empírica de las oportunidades de realización del derecho.

No es intención de este estudio, separar la salud bucal de la salud general. Partimos de la idea de que son una unidad indisoluble. Sin embargo, poner nuestra atención sobre la salud bucal, sabiendo que los imaginarios sociales y las prácticas institucionales de la atención a la misma, la particularizan, nos compromete con una mirada específica a este objeto de estudio que, en estas prácticas, es muchas veces tratado como una mercancía de alto valor de cambio, solamente accesible a los grupos sociales que tienen cómo pagarla (Delgado y Cornejo, 2013).

2.2. La Determinación Social de la Salud

En una época histórica como la actual, caracterizada por procesos que amenazan las oportunidades de una vida digna y con bienestar, la decisión sobre qué modelo interpretativo se elige, para estudiar uno de los tantos problemas que hacen parte de esa realidad compleja y amenazante, tiene profundas implicancias sobre las conclusiones y sobre la utilidad de los resultados, para orientar la praxis social que, bajo estas circunstancias, no puede tener otro objetivo que el de la transformación de esa realidad, haciendo visible los aspectos contextuales, particulares y singulares que están determinando la realización del derecho a la salud.

El estudio de los problemas de salud/enfermedad/atención, la interpretación y la “explicación” de la forma en que lo vive y le da significado la población, se ha hecho tradicionalmente desde enfoques que se anclan en el pensamiento hegemónico biomédico; desde el cual, los problemas aparecen esencialmente como un asunto individual, que desde los llamados “estilos de vida”, determinan su producción, negando con ello la historicidad de los problemas y la mirada a otras dimensiones de la realidad, que tienen una participación aún más importante en dicha producción. En la medida en que estos enfoques han sido insuficientes para comprender los problemas y más aún, para orientar las prácticas sociales que buscan su solución, nuevos enfoques que intentan superar la mirada estrecha desde lo biológico e individual, han sido puestos en consideración en el campo teórico-práctico de la salud. Son enfoques que se distinguen por reconocer el papel determinante de lo social en la producción de salud, enfermedad y atención y en ese orden de ideas, significan un avance respecto a los primeros. Uno de ellos, es el modelo interpretativo, basado en la propuesta teórica de Breilh (2003, 2008, 2010a, 2013a), en el que el autor propone que la salud, la enfermedad y la atención, sean entendidas como producto histórico y proceso social, y no sólo como la manifestación de una disfunción o alteración biológica o síquica individual.

En consecuencia, propone interpretar el perfil epidemiológico de grupos sociales, o de sujetos específicos, que pertenecen a ellos, como las madres y sus hijos recién nacidos, desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud (en vez de la de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS), construida por autores de la corriente de la salud colectiva latinoamericana, como una alternativa para superar la

investigación en salud, orientada a identificar las causas de los problemas como asunto de riesgo o de determinantes (causalismo), enfocada en factores aislados de la problemática, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan y con los correspondientes sistemas ecosociales con los que entran en una dinámica determinante.

En definitiva, la determinación social es un enfoque que identifica distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad, para comprender la dialéctica de lo humano y la génesis de las desigualdades e inequidades. No privilegia ni al sujeto ni a la sociedad, recoge en la categoría de modos de vida tanto procesos de producción, como de reproducción, deterioro y desgaste, y niveles del proceso salud enfermedad en lo singular, particular y general. Considera que los sujetos no están expuestos a un medio ambiente externo, ni reciben el efecto de factores de riesgo contenido en este ambiente. Los sujetos están subsumidos en los modos y condiciones de vida impuestas por un todo social (Morales-Borrero C. y otros, 2013).

Sustentado en los procesos de producción y reproducción social, de la salud/enfermedad de los individuos y las colectividades, Breilh propone usar la categoría de clase social⁵, a modo de estrategia para superar la concepción de

⁵ La clase social entendida como “la característica estructural determinante del modo de vida de un conglomerado social que comparte la misma posición en el sistema de relaciones sociales, y que corresponde a un mismo tipo de inserción en el sistema económico, de la que depende el tipo de actividad de sus miembros; sus formas de propiedad; sus relaciones técnicas en el trabajo; la forma y tipo de cuota de la riqueza social que disfrutan. Desde la cual se determina el disfrute de derechos humanos y del acceso a los bienes de los que depende la calidad de reproducción social.” (Breilh J, 2003).

estrato socioeconómico; y usar la categoría perfil epidemiológico⁶ como la herramienta metodológica que promueve el análisis de los procesos protectores y destructivos en los dominios generales (determinantes estructurales como los políticos, económicos y culturales), en los dominios particulares (modos de vida saludables o malsanos como trabajo, seguridad alimentaria, educación, protección en salud),⁷ entrecruzados con las relaciones etno-culturales y de género; y singular (fenómenos biológicos y psicológicos) desde una perspectiva dialéctica y de subsunción de lo biológico en lo social (Breilh, 2013b)

Para este modelo interpretativo, la salud-enfermedad no se distribuye de manera aleatoria en los individuos y grupos de una sociedad; por el contrario, es el resultado de la distribución desigual de poder, y se produce por las condiciones económicas y políticas concretas, en las cuales se estructura y desarrolla la sociedad, y tiene lugar la vida de los individuos y grupos. Reconocerlo y trabajarlo así, permitirá construir una mirada emancipadora e integral de la posibilidad de realización del derecho a la salud y a la salud bucal, para el caso que nos ocupa. (Breilh, 2010d)

En este estudio, se asume que la condición bucal y la atención odontológica de la mujer durante la gestación y el postparto, así como la de su hijo recién nacido,

⁶ Entendido como conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en varias dimensiones de la vida, concatenados con los modos de vida y relacionados con las determinaciones y condiciones estructurales más amplias (Breilh, 2010a, p. 104).

⁷ Breilh (2010a) considera que no existe un único modo de vida; cada grupo social configura un modo particular de vivir, según la manera como se desarrollan los procesos de reproducción social, tanto en los momentos de producción como en los de consumo. Así mismo, considera que los llamados estilos de vida no son producto de la subjetividad, aunque no desconoce su papel, sino fundamentalmente de los modos de vida.

representa un hecho socio-biológico complejo y dialéctico que se debe analizar en el marco del *perfil epidemiológico* de los grupos sociales a los que ellos pertenecen.

2.3. Chile y el contexto de la posibilidad de realización del derecho a la salud de la madre y el hijo

Características demográficas y socioeconómicas de Chile

De acuerdo a los datos proyectados del censo 2012, del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el total de la población chilena sería de 18.000.000 de personas, de las cuales el 50,5% son mujeres.

Se sabe que Chile, se encuentra en un proceso de transición demográfica avanzada, con un marcado envejecimiento poblacional (Morales, 2013).

En el censo poblacional de 2012, el 11% de la población se declaró indígena, y de estos el 82% mapuche. Por otra parte, según el mismo censo, la población chilena se concentra de manera importante en las zonas urbanas (86,6% a nivel nacional). La Región Metropolitana concentra aproximadamente al 33% de la población y de ella el 97% vive en zonas urbanas.

Desde el punto de vista socioeconómico, Chile actualmente es considerado un país de ingreso alto y “en vías de desarrollo”, presentando buenos indicadores macroeconómicos y una marcada reducción de la pobreza. Según la Encuesta

Nacional de Caracterización Económica (CASEN), el porcentaje de personas pobres se redujo de 38,6% en 1990 (a inicios del retorno a la democracia, post dictadura de Pinochet) a un 11,7% en 2015 (MIDESO, 2015). En tanto la pobreza extrema, se ha reducido de 12,6% a un 3,5% entre 2006 y 2015 respectivamente.

El ingreso nacional bruto per cápita en 2013, fue de 21,30 dólares internacionales, con un aumento del PIB, en un 4,1% entre 2010 y 2014. Sin embargo, su población exhibe marcadas desigualdades socioeconómicas y en la distribución del ingreso, con importantes brechas tanto en el ámbito social, como en el educacional y sanitario. Según la OECD, el año 2011, el coeficiente de Gini fue de 0,50 (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos-OECD, 2011).

En Chile, existe una brecha de ingresos tal que, el decil más rico, gana 27 veces más que el decil más pobre (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos-OECD, 2011). Estas brechas, se atribuyen al sistema neoliberal imperante, y al tipo de economía productiva.

Algunos indicadores de salud y de salud bucal en Chile

Según datos del Observatorio Mundial de la Salud, en Chile el gasto público en salud durante el 2014 alcanzó el 7,8% del PIB y el gasto total en salud por habitante fue de 1.749 dólares internacionales en el mismo año (OMS, 2014). La densidad de dentistas era de menos de 0,05/10.000 personas y de un médico por cada 1000 habitantes (OMS, 2013).

Este organismo internacional, también reporta que Chile exhibe una tasa de mortalidad infantil de 8 por cada 1.000 nacidos vivos y una razón de mortalidad materna de 22 por cada 100.000 nacidos vivos. El 100% de los nacimientos, son atendidos por personal sanitario entrenado, y la cobertura de registro de nacimientos es del 99% (OMS, 2013). El promedio de visitas prenatales es de 5,2; adicionalmente existen protocolos de derivación al odontólogo para evaluación odontológica y atención integral, cuya cobertura en el sistema público, a la que se hace referencia más abajo, es de, al menos, un 65%.

El perfil epidemiológico de Chile muestra que, las enfermedades crónicas como las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, cáncer, hipertensión arterial e infecciones respiratorias, son la principal causa de muerte.

El informe “Diagnóstico de la situación de salud bucal en Chile” de 2008, hace referencia a las mejoras existentes en la salud bucal de la población chilena; sin embargo, aún existe una alta prevalencia de patologías orales. Este informe ilustra además, cómo la salud bucal está fuertemente influida por factores sociales, observándose grandes diferencias según nivel de pobreza, educación, nivel socioeconómico y condición urbano-rural. Un ejemplo de ello, se evidencia en el indicador niños/as libres de caries, observándose cómo para el nivel socioeconómico alto, cerca del 60% de los niños están libres de caries y tienen un COPD de 0,7; en los niveles socioeconómicos medio y bajo, sólo alcanza frecuencias que se aproximan al 29% y un COPD de 1,96 y al 22% y un COPD de 2,22 respectivamente. Al analizar este mismo indicador, según condición urbano-rural, se observa que hay dos veces más niños/as libres de caries en la población urbana (32,3%) al

compararse con los de la zona rural (15,3%) con COPD de 1,78 en el área urbana y de 2,59 en la rural (MINSAL, 2008).

Al analizar la cobertura en la atención odontológica en Chile, según datos de la Encuesta de Caracterización Económica Nacional (CASEN), Vásquez et. al reportan que sólo el 24% del total de la población chilena declara haber visitado al dentista. En tanto el 4,3% de la población, nunca ha sido evaluada por un odontólogo, observándose diferencias según nivel educacional (Vásquez, Paraje & Estay, 2013). La muestra de personas, cuya última visita al odontólogo ocurrió hace seis meses, es significativamente mayor en las personas residentes en la zona urbana (24,7%) comparada con las de la zona rural (16,2%) (Monsalves, 2012).

Un estudio reciente, muestra que entre 2004 y 2009, el porcentaje de mujeres adultas (20 y más años) que visitó al dentista, aumentó de manera estadísticamente significativa de 20,3% a 25,9%. Sin embargo a pesar que se han reducido las desigualdades socioeconómicas en las visitas al dentista, persisten aún marcadas brechas (Cornejo-Ovalle, Paraje, Vásquez, Pérez, Palència, & Borrell, 2015).

Por otra parte, la Primera Encuesta Nacional de Salud de Chile, realizada en el 2003, indica que el promedio de dientes cavitados por caries en la población femenina de 17 a 24 años es de 1,4; mientras que en el grupo de 25 a 44 años, este promedio aumenta a 2,6 dientes cavitados por mujer. En cuanto a pérdida de dientes, en el grupo de 17 a 24 años, un 61,9% de las mujeres presenta su dentición completa, porcentaje que se reduce a 31,9% en las mujeres en el rango entre los 25 y 44 años (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

Un estudio realizado en el 2004, sobre 119 mujeres primigestas entre los 13 y 31 años de una región chilena, se encontró que la prevalencia de caries en este grupo de mujeres fue de 81,2% y el 18,8% estaban libres de caries al momento del examen, con una media en el COPD de 8,26 con rango entre 0 y 17.

Aspectos generales de sistema de salud chileno

El sistema de salud chileno es un sistema mixto, estructurado en dos subsistemas, el público y el privado, que compiten entre sí (Paraje G. y Vásquez F, 2012). La estructura de financiamiento, opera como un seguro dividido en una institucionalidad pública y otra privada. Ambos seguros son fiscalizados por la Superintendencia de Salud.

El seguro público, otorga cobertura aproximadamente al 81% de la población, y el seguro privado al 13%. El porcentaje restante pertenece al sistema de salud propio de las Fuerzas Armadas, o no tiene seguro.

Por otra parte, existe una red pública y otra privada de prestadores de atención de salud. La Red Pública, tiene cobertura nacional y se compone de establecimientos de atención primaria, hospitales y servicios de urgencia, entre otros. El seguro público da cobertura a sus beneficiarios. La atención primaria en los establecimientos de la Red Pública de Atención de Salud es gratuita.

Dadas las desigualdades en salud existentes en Chile, en la década pasada desde el año 2005 se implementó gradualmente una reforma de salud, uno de cuyos objetivos fue reducir las inequidades en el acceso y estado de salud de la población.⁸

Una de las leyes de dicha reforma, es la ley 19.966, denominada Régimen General de Garantías en Salud (AUGE o GES), que ha permitido garantizar para 80 problemas de salud, el acceso, oportunidad de atención, protección financiera y calidad de la atención (Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, 2004). Tales problemas se definieron considerando la carga de enfermedad, el perfil epidemiológicos de los chilenos y chilenas, la costo-efectividad de las intervenciones, y la priorización social. Dicho régimen marca el segundo hito, ya que representa la implementación del enfoque de derechos en salud garantizados.

Entre los 80 problemas de salud garantizados, hay 4 de salud bucal. Uno de ellos es la atención odontológica integral de la mujer embarazada; que garantiza el tratamiento odontológico de la gestante. Esto podría explicar, en parte, esa cobertura relativamente alta de atención odontológica integral en Chile (65% en promedio). También se debe considerar que desde el retorno a la democracia, las primigestas y gestantes adolescentes han sido un grupo priorizado para acceder a la atención dental en el sistema público de salud, lo que puede haber contribuido a generar la cultura de una mayor oportunidad de visita al dentista para estas mujeres. Además, desde el año 2009, la atención odontológica integral para todas las mujeres

⁸ La Reforma de Salud implementada en Chile desde 2005 tuvo como uno de sus pilares fundamentales el plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) -antes plan AUGE-, que tiene por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de Fonasa y las Isapres. Cuando el plan comenzó en julio de 2006 cubría 56 problemas, más tarde aumentó a 69 y en julio de 2013 se aumenta a 80.

gestantes ha sido incorporada al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE o GES), existiendo paralelamente, estrategias que incentivan a los equipos de atención primaria de salud a alcanzar coberturas de altas odontológicas en este grupo de mujeres, coberturas que se vinculan a una mayor retribución monetaria a los equipos de APS, a cambio de alcanzar esas coberturas en determinados grupos focalizados para acceder a la atención dental (Cornejo-Ovalle , Brignardello-Petersen, & Pérez, 2015).

Sin embargo, tal como se señaló previamente, a pesar que la Constitución Política de Chile consagra el derecho a la salud, todavía persisten marcadas inequidades y problemas de acceso a la atención.

Políticas de atención a la madre y el niño

En Chile se han implementado diversas políticas que han focalizado la inversión social en la infancia. Entre estas políticas, destaca el Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” (Ministerio de Planificación de Chile, 2009), que forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social (ley 20.379). Su objetivo principal, es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación, hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kínder, brindando a cada niño o niña, apoyo simultáneo en las distintas áreas que se conjugan en su desarrollo: salud, educación preescolar, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad, entre otros (Chile Crece Contigo, 2016).

Por otra parte, las políticas centradas en la reducción de la mortalidad infantil, la lucha contra las enfermedades infecciosas (en particular inmuno-prevenibles) y la malnutrición por déficit, han colocado a Chile en una posición de ventaja respecto del resto de Sudamérica (Bedregal, 2014).

A pesar de lo anteriormente descrito, diversos estudios señalan que algunos ámbitos del desarrollo psicosocial infantil, no ha mejorado desde 1980, año en que se instalan los primeros esfuerzos sistemáticos en esta materia. Estas investigaciones indican que cerca del 30% de niños/as presentan desarrollo alterado (Bedregal, 2013).

Aspectos generales del perfil de la primera infancia en Chile

Existen varios resultados de la Encuesta Nacional de la Primera Infancia en Chile, que se pueden analizar y que determinan las características del perfil de la primera infancia en nuestro país. La edad promedio en que las mujeres son madres, es 26,7 años. Sin embargo, un 18% de los embarazos, son de madre adolescente, de cuyo total, el 49,7% son mujeres adolescentes que provienen de los 2 niveles socioeconómicos más pobres de Chile. Lo anterior, coincide con lo reportado por la OMS, que indica que las principales condiciones, que hacen a una adolescente más vulnerable a embarazarse son: provenir de hogares con bajos niveles de ingreso, con bajo nivel educacional y de sectores rurales.

En cuanto al cuidador o cuidadora, la edad promedio de este es de 32,1 años, el ingreso per cápita es de 121.000 pesos chilenos (aprox. US 196). El 43% de las mujeres cuidadoras están ocupadas, el 3% desocupadas, y el 54% inactivas. En relación a las madres, el 50% está ocupada, el 3% desocupadas, y el 47% inactivas. Respecto al uso de establecimiento educacional, el 16% de las madres de niños y niñas menores de 2 años los envía a sala cuna, el 7% a jardín infantil, y el 77% no los envía. (Junta Nacional de Jardines Infantiles-JUNJI, UNICEF & Organización de las Naciones Unidas para la Educación, 2010)

3.- Pregunta de Investigación

La presente propuesta investigativa pretende contestar centralmente la pregunta:
¿Cuáles son los procesos que favorecen y desfavorecen la posibilidad de que, mujeres en período de postparto y sus hijos en el primer año de vida, de Santiago de Chile, puedan realizar el derecho a salud bucal?

Para ello, considera necesario apoyarse en perspectivas críticas, como la propuesta por Breilh (1979, 2003, 2008, 2010a, 2010b, 2013) quien afirma que la salud/enfermedad, y por lo tanto el derecho a la salud, no se distribuye de manera aleatoria en los individuos y grupos de una sociedad.

4.- Objetivo General

Comprender el papel que juegan los procesos estructurales, particulares y singulares, sobre la posibilidad de realización del derecho a salud bucal de mujeres en periodo de post-parto y de sus hijos recién nacidos durante el primer año de vida, en Santiago de Chile.

5.- Objetivos Específicos

1. Identificar los procesos generales, que favorecen o desfavorecen, la posibilidad de realización del derecho a salud bucal en las mujeres en etapa de post-parto y sus hijos recién nacidos, y cómo ellos se articulan con las otras dimensiones de la realidad (particular y singular) en Santiago de Chile.
2. Elaborar la matriz de procesos críticos, de determinación de la realización del derecho a salud bucal, en las mujeres en etapa de post-parto y sus hijos recién nacidos.
3. Elaborar un modelo de interpretación, desde la determinación social, de las posibilidades de realización del derecho a la salud bucal de las mujeres en periodo de post-parto y sus hijos recién nacidos de Santiago de Chile.

6.- Métodos

Teniendo en cuenta que, el interés de esta investigación es dar cuenta de los procesos que favorecen y los que desfavorecen la realización del derecho a la salud bucal de la mujer en período de postparto y de su hijo en el primer año de vida, pareciese ser que, para efectos de este estudio, las técnicas cualitativas son las más indicadas; ya que el tema en cuestión, plantea el desafío de trabajar sobre una población con acceso restringido a atenciones odontológicas, siendo las posibilidades de desarrollo de su salud bucal un fenómeno escasamente visibilizado en las políticas públicas chilenas.

6.1 Selección de sujetos participantes

Se invitó a participar en este estudio, a mujeres de todas las edades, primíparas o múltiparas, que se encuentren en el primer trimestre postparto, residentes en la zona urbana de la ciudad de Santiago de Chile, así como sus hijos recién nacidos y que sean usuarias del programa Chile Crece Contigo, asegurando una permanencia de 12 meses (que es lo que abarca el proyecto ancla multicéntrico).

Cabe señalar que las entrevistas individuales, grupos focales y encuestas sociales fueron realizadas en mujeres postparto de las comunas de Cerro Navia y de La Florida, por ser las comunas en las que se brindó autorización para la realización del estudio, por parte de sus administraciones de Salud Municipal.

En total se invitaron a participar, un máximo de 12 mujeres para las entrevistas en profundidad y 14 para la conformación de dos grupos de discusión. Para un total de 26 mujeres participantes de la ciudad de Santiago, como intención inicial y sujeto a la saturación de la información alcanzada.

A continuación, se presenta cuadro con el perfil de las participantes, cuyos discursos se exploraron en este estudio:

Característica	Descripción y Criterio de Inclusión
Puérperas	Mujeres que se encontraban en el período posterior al alumbramiento. Para efectos de este estudio, se consideraron las mujeres hasta 3 meses posteriores al alumbramiento, dado que, por Ley, deberían haber tenido acceso prioritario y oportuno a Tratamiento Dental durante su embarazo (GES Salud Oral Integral de la Embarazada) y que se extiende hasta los 15 meses posterior al ingreso a este tratamiento. No se excluyeron a las que no han completado tratamiento dental o no hayan usado esta garantía, dado que también es un escenario interesante de explorar; ya que podría generar información respecto a elementos que dificulten la realización del derecho a salud.
FONASA	Corresponde al seguro público de Salud en Chile. Según la Encuesta CASEN 2015, el 77,3% de la población chilena está afiliada a este sistema previsional de salud. El 80% de las mujeres del país, son beneficiarias FONASA en alguno de sus

	<p>4 tramos (desde la A, que reúne a los afiliados que demuestran no tener ingresos, hasta la D, en la que están las personas de mayores ingresos). Es importante señalar que, un importante número de mujeres, cambia de previsión antes del embarazo, dado que los planes con cobertura maternal en las ISAPRES, son aún más caros que los sin cobertura maternal.</p> <p>Para efectos de este estudio, las participantes debieron estar afiliadas a FONASA, en alguno de sus 4 tramos, dado que buscamos explorar, en los modos de vida de mujeres con distintas condiciones laborales (y contractuales) y de diferentes estratos socioeconómicos.</p>
<p>Modalidad de Atención</p>	<p>Para acceder a las atenciones de salud que FONASA ofrece a sus beneficiarios, existen dos modalidades de atención: la modalidad de atención institucional (MAI) y la modalidad de libre elección (MLE). La primera, corresponde a las atenciones que proporcionan los establecimientos públicos de salud; los beneficiarios pagan por la atención recibida según el grupo de ingreso (A, B, C o D) en el que se encuentran; exceptuando las prestaciones que se brindan en el Nivel Primario de Atención.</p> <p>En esta investigación, se seleccionaron a las puérperas que hayan tenido, el ingreso y los controles prenatales, así como los controles del recién nacido en Modalidad de Atención Institucional, ya que aumenta la diversidad de la selección, al poder tener la posibilidad de contar con la participación de alguna mujer que no cuente con ningún tipo de aseguradora de</p>

	<p>salud y/o con alguna mujer inmigrante, sin importar si está legal o no en el país (Indicación del Ministerio de Salud de Chile en el que se informa que toda mujer inmigrante, sin importar su condición migratoria, tiene derecho a atención prenatal, parto y controles del niño. Lo mismo para mujeres que no están afiliadas a ninguna aseguradora de Salud.)</p>
Chile Crece Contigo	<p>Chile Crece Contigo, es una Política Pública de Protección Integral a la Infancia, definida por Ley, en la cual se integran los niños y niñas desde su primer control de gestación en el sistema público de salud, y son acompañados y apoyados durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresan al sistema escolar. Adicionalmente, se establecen garantías de acceso a ayudas técnicas, salas cuna, jardines infantiles, y a Chile Solidario a aquellas familias en situación de mayor vulnerabilidad. Así mismo, se establece un acceso preferente de las familias a toda la red de servicios y prestaciones sociales del Estado.</p>

6.2 Técnicas para la recolección de la información

Las decisiones anteriores, implicaron la implementación de las siguientes herramientas metodológicas para la recolección de la información:

- Revisión y análisis exhaustivo de información estadística y referencial respecto a la dimensión general determinante: el contexto político, social, cultural, del que hacen parte las políticas públicas en salud y en salud bucal de Chile.
- Encuesta para obtener la información que permita hacer la clasificación social a la que pertenecen las mujeres y sus hijos, y para caracterizar los modos de vida. Dicha encuesta ha sido adaptada de Arrivillaga (2009), quien informa que el instrumento fue validado mediante prueba piloto y el juicio de expertos en Colombia. Para Chile, esta Encuesta fue adaptada culturalmente y validada en el lenguaje en nuestro país (solicitud del Comité de Ética de Facultad de Odontología, Universidad de Chile).
- Entrevistas semiestructuradas⁹ en profundidad, que junto con los grupos de discusión, se llevaron a cabo para obtener la información necesaria para reconstruir los significados.
- Grupos de discusión¹⁰

⁹ La entrevista semi-estructurada es una técnica en la cual el entrevistador dirige –mediante pauta temática pero con flexibilidad- la conversación con un individuo a fin de conseguir información del discurso tal como nociones y percepciones del sujeto sobre el problema estudiado (Bogdan & Taylor, 1986). Una entrevista bien hecha genera información muy rica de los significados y las representaciones que no aparecen necesariamente en los grupos de discusión, pues en éste “habla el grupo” y las personas, es complementario.

¹⁰ Los grupos de discusión constituyen instancias donde se entrevista un número pequeño de personas relacionadas por un tema, y el investigador “deja hablar” al grupo moderando de acuerdo a pauta temática flexible. Se pretende que en la conversación surja lo que se llama “campo de significados” y asociaciones que el grupo va entregando (Bogdan & Taylor, 1986).

Las técnicas que utilizó esta investigación, deben entenderse como complementarias, ya que, por ejemplo, mientras las entrevistas dieron cuenta de la subjetividad de la hablante y de la complejidad de las implicaciones de su forma de vida cotidiana para el tema de estudio; los grupos de discusión permitieron centrarse en un análisis colectivo de posiciones contrapuestas o coincidentes, en torno a esferas políticas y sociales en que las mujeres se desempeñan.

6.3 Instrumentos de recolección

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron los siguientes:

- Guía de entrevista semi-estructurada
- Guía para grupos de discusión
- Encuesta para clasificación de inserción social de las mujeres y modos de vida adaptada a contexto chileno.

6.4 Análisis o transformación de los datos.

La información recopilada mediante entrevistas y grupos de discusión, se analizó mediante uso del programa Atlas ti, organizando la información en categorías de análisis que provenientes de los ítems utilizados en las pautas de entrevista y grupos.

6.5 Triangulación de técnicas cualitativas y cuantitativas

Como ya se comentó, después del análisis, independiente de los resultados obtenidos bajo técnicas cuantitativas y cualitativas, se procedió a realizar triangulación de los mismos, buscando contrastarlos, identificar diferencias y similitudes; intentado establecer la convergencia y complementariedad entre estas fases y a partir de esto se estructuraron tanto la matriz de procesos críticos, como el perfil de la determinación social de la posibilidad de realización del derecho a la salud bucal de las mujeres en postparto y de sus hijos.

6.6 Etapas del estudio

1. Una vez seleccionadas e informadas, y luego que se hayan obtenido los consentimientos informados, se concertó la primera cita para proceder a realizar la entrevista en profundidad.
2. Avanzada la realización de las entrevistas y con una primera revisión a la información y las categorías emergentes, se procedió a conformar y realizar los grupos de discusión.
3. Una vez terminadas las entrevistas y los grupos de discusión se aplicó, a cada mujer participante de las entrevistas, la encuesta que permite identificar el grupo social al que pertenece y los modos de vida característicos de su grupo.

7.- Aspectos Éticos

La presente investigación se rige, para el caso de Chile, por lo establecido en la Ley N° 20.584 de la República de Chile, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo, debido a que utilizará técnicas comunes, como lo son la aplicación de una Encuesta, y la realización de Entrevistas y Grupos de Discusión, que no implica riesgo para ninguno de los participantes, ni pretende modificar la conducta de los individuos. La participación será de forma voluntaria y con libre decisión de continuar o retirarse del proceso cuando las personas así lo estimen conveniente. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Esta investigación se enmarca en un paradigma que protege a los sujetos involucrados, por lo tanto contará con el Consentimiento Informado por escrito del sujeto de investigación o su representante legal (Ver Anexos).

8.- Resultados

8.1.- Revisión y análisis de información estadística y referencial respecto a la dimensión general determinante: contexto político, social, cultural, del que hacen parte las políticas públicas en salud y en salud bucal de Chile.

En el marco de esta investigación, se propuso comprender cómo la dimensión general (o procesos estructurales), determina la realización del derecho a Salud Bucal de mujeres en período de post parto y de sus hijos recién nacidos. Para dar cumplimiento a este objetivo, primero es necesario explicitar que esta dimensión opera en un nivel más genérico, siendo determinante no sólo a nivel de la salud integral, si no que también a nivel de la determinación de la equidad, lo cual es fundamental para la garantía de derechos en toda sociedad.

En el transcurso de la revisión y análisis de la información referencial, se identificaron los procesos generales que determinarían la posibilidad de realización o no, del derecho a Salud Bucal en las mujeres en etapa de postparto y de sus hijos en Chile, los que se abordarán desde las siguientes áreas temáticas:

- Modelo de Desarrollo
- Distribución Económica, de la Producción y de la Tierra
- Situación Laboral y Distribución de los ingresos (Desigualdad – GINI).
- Pobreza e Inequidad
- Presencia y Legitimidad del Estado
- Política Macroeconómica y Sistema de Atención en Salud

Bases y características del modelo de desarrollo en Chile (Enfoque de desarrollo)

Entre 1924 y 1973, el Estado de Chile se caracterizó por tener un Modelo de Desarrollo basado en el Bienestar Social, caracterizado por la protección social, la inclusión política y la expansión del gasto fiscal (Biblioteca Nacional de Chile, 2016). Este Modelo de Desarrollo tuvo el mayor control estatal durante el gobierno de Salvador Allende Gossens, quien fuera el primer Presidente Socialista electo de manera democrática. El Golpe de Estado efectuado por las Fuerzas Armadas de Chile en 1973, fue el escenario propicio para que un grupo de economistas formados en la Universidad de Chicago, conocidos como “Chicago Boys”, implementaran por primera vez el Proyecto Neoliberal, bajo el alero de Milton Friedman, Profesor de Economía de la U. de Chicago (Álvarez, 2007). Al poco tiempo, dejó de ser un proyecto, convirtiéndose en el Nuevo Modelo de Desarrollo de Chile, cuyas principales transformaciones económicas, en la primera etapa comprendida entre

1974 y 1982 fueron: el compromiso con la estabilidad macroeconómica, la apertura económica y la limitación del rol del Estado en la economía Nacional (CEPAL, 2001). Con esta primera etapa, se esperaba que la economía mejorara. Sin embargo, en 1982, la crisis económica se agudizó aún más, debida principalmente a la dependencia, prácticamente exclusiva, que sostenía Chile con el mercado internacional, el cual estaba siendo fuertemente afectado, desde 1980, por una recesión de carácter mundial. Este periodo, comprendido entre 1982 y 1985, se caracterizó por: disminución del PIB, aumento de la tasa de desempleo, devaluación del peso, intervenciones a bancos y a entidades financieras; así como por la licitación de varias empresas estatales (Biblioteca Nacional de Chile, 2016) (CEPAL, 2001).

Con la llegada del economista Hernán Büchi al Ministerio de Hacienda, a partir de 1985 comienza una etapa donde las políticas económicas se caracterizan por su pragmatismo; acelerándose e intensificándose la privatización de las empresas y servicios estatales. Además de lo anterior, hubo algunas funciones del Estado que se redefinieron y varias políticas públicas (sociales, económicas y fiscales) se volvieron a estructurar. Es así como se reactivó la economía nacional, la cual presentó una expansión considerable durante los últimos años de la década de los 80 (Biblioteca Nacional de Chile, 2016) (CEPAL, 2001) (Ministerio del Interior, 1981).

Con el retorno de la democracia, no hubo mayores cambios en la estructura del modelo de desarrollo de Chile. En la década de 1990, durante las administraciones de los presidentes Patricio Aylwin Azócar y Eduardo Frei Ruiz-Tagle, el modelo neoliberal permaneció firme, bajo la premisa de resguardar la estabilidad

macroeconómica y el rápido crecimiento del país (Drake y Jaksic, 1999). Lo mismo ocurre en los gobierno de Ricardo Lagos Escobar y de la Presidenta Michelle Bachelet Jeria, durante la primera mitad de la década del 2000. A pesar de que en estos gobiernos, no se realizaron grandes cambios estructurales al modelo precedente, si hubo una directriz clara, que los caracterizó profundamente. Esta directriz fue el énfasis que se puso en el gasto público social, privilegiando el crecimiento con equidad, dirigido a reducir la pobreza y disminuir la cesantía, pero sin perder el foco en la estabilidad económica (Biblioteca Nacional de Chile, 2016).

Actualmente, se podría considerar que el Modelo económico- político chileno corresponde al de una “economía de mercado con fuerte énfasis social” (Saavedra, 2014). Saavedra refiere que se protege fuertemente la libertad del emprendimiento y los derechos de propiedad, asignando al Estado un rol subsidiario. Esta economía social de mercado, ha brindado el insumo para que, en el actual gobierno de la Presidenta Bachelet, se ampliara la Red de Protección Social, se generara mayor inclusión social y se atacara la desigualdad (Saavedra, 2014) (Biblioteca Nacional de Chile, 2016).

En este marco político, entre la asunción del primer gobierno de coalición y el segundo gobierno de Bachelet, se evidenciaron importantes transformaciones en diferentes áreas de las políticas públicas, como por ejemplo en lo relacionado a las libertades individuales, en la proyección internacional de Chile, en los temas de Verdad, Justicia y Reparación, en la disminución de la pobreza y en la protección

social; sin embargo, aún se mantienen deudas en materia de desigualdad social y distribución de los ingresos, en la erosión y desprestigio del sistema político, en las relaciones laborales, cuya matriz rectora tiene sus raíces en la dictadura militar (Quiroga & Ensigna, 2010) y que afectan principalmente a mujeres y a los grupos más vulnerables (OCDE, 2015).

Distribución de la propiedad económica, de los medios de producción y de la tierra.

El sistema económico de Chile se basa principalmente en el sector industrial y servicios. Los principales sectores son la producción minera, productos manufacturados y agricultura (Santander, 2017). Cerca de las tres cuartas partes de los ingresos del Gobierno Central provienen de la recaudación tributaria realizada por la Tesorería General de la República. El resto de los ingresos del Gobierno Central provienen de los traspasos de utilidades de las empresas públicas, cotizaciones previsionales que realizan las personas al Instituto de Previsión Social (IPS) y al Fondo Nacional de Salud (FONASA); donaciones que realizan personas o instituciones a entidades públicas, y de otras fuentes de ingresos menores que recauda, tanto el Tesoro Público como otras instituciones del Gobierno Central, por servicios que éstos prestan a la ciudadanía (Ministerio de Hacienda, 2017).

Los conglomerados y monopolios económicos en Chile se encuentran asociados a poderosas familias. Según el último estudio *Global Wealth 2016: Navigating the New Client Landscape*, identifica a las 10 familias chilenas con mayores patrimonios. El primer lugar lo ocupa la familia Luksic, seguida desde cerca por las familias Paulmann, Piñera, Saieh, Matte, Ponce Lerou, Angelini y Yarur (Boston Consulting Group, 2016).

Distinto orden se observa cuando el análisis se realiza desde la perspectiva del Ranking de Grupos Económicos (RGE). En el primer lugar, se encuentra el grupo Solari. Sus principales empresas son S.A.C.I. Falabella y AXXION (Centro de Estudios y Economía y Negocios, 2016). Estas empresas tienen amplia presencia en Chile y en Sudamérica. El segundo lugar del RGE lo obtuvo el grupo Matte, cuyas principales empresas son Minera Valparaíso, Almendral, Empresas CMPC, PASUR, Puertos y Logística, Bicecorp y Volcán. Finalmente, el grupo Angelini, ocupó el tercer lugar, integrado por las empresas matrices Antarchile, Eperva, Empresas Copec y Siemel. Las actividades del grupo se concentran en los sectores de extracción de recursos naturales, transporte, combustible y financiero (Centro de Estudios y Economía y Negocios, 2016).

Antes de comenzar con la presentación de datos acerca de la distribución de la tierra, es importante señalar que Chile es un país regionalizado, proceso que tuvo por finalidad facilitar la administración del territorio, lo cual no necesariamente significó brindar ejercicio de autonomía a sus regiones. Actualmente, cuenta con 16 regiones continentales, más territorio insular y presencia en la Antártida. La densidad de la

población es de 20,4 habitantes por kilómetro cuadrado. El 86,5% de la población se concentra en las zonas urbanas y el 40% habita en la capital nacional, Santiago. La población rural corresponde a 2.026.322 personas (INE, 2003). Los rubros de las empresas del sector económico, que realizan uso de tierras para su desarrollo son: agronomía, ganadería, caza y silvicultura, No obstante, se observa que el número de empresas es bajo (8,7%) comparado con el sector de servicios (73,3%) (Economía, 2014).

En Chile, cerca del 50% de la tierra está en manos de privados, principalmente en manos de empresas forestales. Las organizaciones y fuentes del Instituto de Desarrollo Agropecuario (INDAP), confluyen en que luego de que la dictadura congelara los progresos de la reforma agraria, la posesión de la tierra favoreció a los privados y grandes empresas.

Según un estudio presentado por OXFAM, Chile es el segundo país en Latino América, con peor distribución de la tierra, presentando un coeficiente de Gini de 0,91 (donde 0 es igualdad en la distribución y 1 es total desigualdad de esta) (OXFAM, 2016).

En cuanto a la repartición de la tierra, con fines productivos, un informe de la ONG “Grain”, revela que Chile se encuentra dentro de los peores casos de repartición de tierras (Radio U. de Chile, 2014). Este estudio señala que el 70 % de la tierra está en propiedades que tienen en promedio 14.000 hectáreas; mientras tanto, el 75% de los propietarios, tiene menos del 4% de la tierra y no alcanza a tener 5 hectáreas en promedio (OECD, 2015). La tierra es cada vez más escasa y el raciocinio que ellos hacen es que será cada vez más cara” (Radio Universidad de Chile, 2014).

Si nos referimos a la explotación agrícola de la tierra, se puede señalar que sólo un 29,9% es manejada por mujeres (OXFAM, 2016).

Situación Laboral y Distribución de los ingresos (Desigualdad – GINI).

De acuerdo a cifras del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) del año 2015, 7,9 millones de personas trabajan en Chile. De este grupo, el 66,2% son hombres y 43,3% mujeres. En relación a su distribución por rango de edad, la mayor parte (55,6%), se concentra entre los 35 y 59 años (INE, MIDESO y Subsecretaría de Evaluación Social, 2017). Según lo reportado por el INE, la tasa de desocupación del primer trimestre 2017 fue de un 6,6%; valor que es 0,3 puntos porcentuales mayor que los doce últimos meses. La misma Institución, señala que la tasa de participación en la fuerza de trabajo, fue de un 59,5% y la tasa de ocupación correspondió a un 55,5% para el mismo año (INE, 2017). Desde la perspectiva de género, se observa que, en nuestro país, las mujeres se insertan en el mercado laboral de manera tardía, además de ser una de las inserciones más bajas de Latinoamérica (Dirección del Trabajo. Gobierno de Chile., n.d.).

Importante es señalar que la masa laboral femenina corresponde a un 36,2%, lo que equivale a un tercio de la masa laboral global y se concentran en empleos de menor calificación con remuneraciones más bajas. El rubro que concentra al 46% de las mujeres trabajadoras de Chile, es el de los Servicios (comunales, sociales y personales); el que considera prácticamente el 100% del Servicio Doméstico y una

parte importante de los trabajos en los sectores de educación y Salud (Dirección del Trabajo. Gobierno de Chile., n.d.).

En cuanto a la distribución de los ingresos, la OECD señala que Chile es uno de los países con mayor desigualdad, cuando ésta es medida según el coeficiente de Gini. Esto ocurre, debido a que los ingresos del 10% más rico de Chile, son 26 veces más altos que los del 10% más pobre (OECD, 2015). Al comparar la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de los años 2013 y 2015, se observa un coeficiente de Gini para el ingreso autónomo familiar¹¹ de un 0,504 (MIDESO, 2013) y un 0,495 (MIDESO, 2015) respectivamente; mostrando una leve disminución de la cifra. Según el último informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la desigualdad de ingresos per cápita familiar en Chile, se expresa en un Gini de 0,476 para el año 2015. Para este mismo año, el porcentaje de pobreza, basado en ingresos, corresponde a un 11,7%; mientras que el porcentaje del salario de una mujer, corresponde al 84,4% del salario de un hombre (PNUD, 2017).

¹¹ Corresponden a la suma de todos los pagos que reciben las personas, provenientes tanto del trabajo como de la propiedad de los activos. Estos incluyen sueldos y salarios, monetarios y en especies, ganancias provenientes del trabajo independiente, la auto-provisión de bienes producidos por el hogar, rentas, intereses, dividendos y retiro de utilidades, jubilaciones, pensiones o montepíos, y transferencias corrientes. (Observatorio Social, n.d.)

Pobreza e Inequidad.

Desde hace algunos años, Chile ha incorporado la evaluación de la pobreza, en base a una perspectiva multidimensional y no solo basada en la carencia de ingresos. Esta nueva aproximación incluye educación, salud, trabajo, seguridad social y vivienda (MIDESO, 2015). Tal como se describió en el primer punto de los Procesos Generales, que hacía referencia a las bases y características del Modelo de Desarrollo en Chile, tanto la política social, como la economía de nuestro país, se han incrementado significativamente a partir de la década de 1990. El crecimiento que han experimentado ambos factores, ha permitido que la pobreza en Chile, presente una tendencia a la disminución. En la encuesta CASEN del año 2015, esta tendencia se confirma a través de la disminución en el porcentaje de personas en situación de pobreza, con respecto a la misma encuesta, pero del 2013; donde la pobreza por ingresos se reduce de un 14,4% a un 11,7%, en tanto la pobreza multidimensional se reduce de un 20,4%, a un 19,1%. (INE, Ministerio de Desarrollo Social, y Subsecretaría de Evaluación Social, 2017).

Si bien Chile ha presentado un crecimiento económico significativo, aún persisten marcadas inequidades. Un rasgo central de la desigualdad del país, es la concentración de ingreso y riqueza en el 1% más rico (PNUD, 2017).

Si nos enfocamos en los indicadores sociales, también se observan elementos de inequidad. A pesar de los importantes avances que han ocurrido en temas de educación, como por ejemplo la disminución del analfabetismo, que bajó de un 1,6%

a un 1,1% entre 1992 y 2009 (para la población entre 15 y 24 años) o el aumento de los años de escolaridad en la población considerada socioeconómicamente como más pobre, pasando de 7,3 años en 1990, a 9,1 años en 2011; aún existen brechas en la calidad y acceso a la educación. Es decir, los pobres tienen acceso a más tiempo de escolaridad, pero no a una mejor calidad en la educación. Si brindamos una mirada más detallada a indicadores relacionados con la Salud o la Vivienda, nos encontraremos con patrones bastante similares (INE, Ministerio de Desarrollo Social, & Subsecretaría de Evaluación Social, 2017).

Presencia y legitimidad del Estado

Cuando hablamos de presencia y legitimidad del Estado, es necesario remitirse a la historia más reciente de Chile. Al día de hoy, son múltiples las voces que consideran la no validez de la Carta Fundamental que actualmente rige al país, por ser una herencia de la dictadura (Téllez, 1998). Prueba de esto, es la incorporación de un proceso constituyente, realizado el 2016, que tuvo como propósito el recoger las prioridades de los ciudadanos, a través de la participación social, para desarrollar una nueva Constitución, enmarcada en la participación social (Lagos, 2016).

Como establecen Salazar & Pinto, durante la mayor parte de la historia de Chile, la “estabilidad” ha predominado por sobre la “legitimidad” de las instituciones, tanto así, que la primera ha sofocado y enterrado a la legitimidad. Lo anterior, se ha evidenciado en la historia pública y oficial, provocando que, por casi dos siglos de estabilidad dominante, la legitimidad ya no aparece como derecho y poder natural

de la ciudadanía, sino como instrumento escamoteado para la "Razón de Estado" (Salazar & Pinto, 1999). Uno de los ejemplos de aquello, son las decisiones tomadas a puertas cerradas, situación ocurrida bajo el gobierno de Pinochet, el cual modificó sustantivamente la estructura y financiamiento del sector salud al terminar con el Servicio Nacional de Salud, (PNUD, 2010), traspasó a la administración municipal los Establecimientos de Atención Primaria (Jiménez J. y Gil M, 1988), redefinió las funciones del Ministerio de Salud (MINSAL), creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) traspasándole a esta entidad todos los recursos de la seguridad social destinados a salud (MINSAL, n.d) y finalmente, creó las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), sistema privado para que pudieran competir con FONASA en la captación de los aportes de los trabajadores (MINSAL-OPS-Asociación de ISAPRES, 1995). Desde esa instancia hasta hoy, ha pasado mucho tiempo en la que diversas reformas han apuntado a la mejora de la cobertura, calidad, acceso, oportunidad y protección financiera en salud, reafirmandose con la promulgación de la Ley Garantías Explícitas en Salud (GES/ex AUGE). Si bien, esta ley no resuelve cada una de las problemáticas, si contempla las necesidades más prevalentes y que tienen mayor impacto en población la chilena, aumentando con ello la presencia del Estado en beneficios para los ciudadanos (PNUD, 2010).

Política Macroeconómica y Sistema de Atención en Salud

La Constitución Chilena de 1980 en su Artículo 19, aseguraba a todas las personas el derecho a la protección a la salud. Así, el Estado era el encargado de proteger las actividades relacionadas a la promoción, prevención y recuperación de la salud. Aunque la Constitución le asignaba al Estado su obligación de estar al servicio de las personas y promover el bien común, su acción se redujo a asegurar el derecho a disponer del acceso a servicios públicos o privados, a libre decisión de cada sujeto (Maldonado & Monsalve 2016).

En 1985, Chile expide la ley n°18.469 que regulaba el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y creaba un régimen de prestaciones de salud de carácter preventivo y curativo, a las que tenían derecho los cotizantes y beneficiarios del sector público y privado que pagaban en algún sistema previsional (MINSAL, 2017) (MINSAL, 1985). Para los años noventa Chile, como otros países de Latinoamérica, inició varios procesos de reforma social, que involucraban al sector salud (Maldonado & Monsalve 2016).

En el año 2000, se presentaron cinco proyectos legislativos al congreso Nacional Chileno: 1. derechos y deberes del paciente, (única ley que regula los derechos y deberes de los pacientes en acciones vinculadas con la salud), 2. financiamiento (incremento del impuesto al valor agregado e impuestos para financiar principalmente el plan de salud con garantías específicas), 3. autoridad sanitaria y gestión (fortalecer las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización), 4. Ley de ISAPRES (creación de un régimen especial de supervigilancia y control conocido con el nombre de Ley “corta”

de ISAPRES), 5. régimen de garantías en salud (financiamiento público para los ciudadanos carentes de ingresos) (Bastías y col, 2007). Estos 5 proyectos legislativos, fueron las bases jurídicas de la Reforma en Salud de nuestro país durante la década pasada (Maldonado & Monsalve 2016).

En 2007, se promulgan las garantías explícitas en salud por medio de la Ley N°19.966, donde se definen los derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en el Régimen GES (MINSAL, 2007). Dichas garantías se orientan a responder los siguientes aspectos: garantía explícita de acceso, garantía explícita de calidad, garantía explícita de oportunidad y garantía explícita de protección (MINSAL, 2007) (Bastías y col, 2007).

Si bien, queda manifiesta la importancia del derecho a la salud en Chile, algunos autores piensan que, la definición de los problemas en salud fue incluida en el régimen de garantías, en término de enfermedades que, aunque busca disminuir las inequidades en salud, no logra hacerlo sólo por la vía del acceso universal a la atención en salud (Maldonado & Monsalve 2016).

Posteriormente, la legislación chilena, reconoció y garantizó el derecho a la protección de la salud, y la Reforma AUGE definió, tanto los contenidos específicos, como los mecanismos de garantía, basándose en la teoría de la justicia de John Rawls (Zúñiga, 2010) y soportado en un sistema de bienes básicos para todos los ciudadanos, que ofrecía las garantías mínimas de cuidado sanitario, cumpliendo con una de las principales obligaciones de un Estado justo (Zúñiga, 2010) (Maldonado & Monsalve 2016).

Antes del AUGE, la norma constitucional era vista como meramente programática al no disponer de un contenido definido claramente, ni tampoco un mecanismo de protección (MINSAL, 1985). Puesto que la ley que regulaba el derecho constitucional a la protección a la salud, señalaba que toda necesidad sanitaria se atendería "con los recursos físicos y humanos de que se dispongan", dejaba así, sin contenido específico a tales derechos y, en consecuencia, sin mecanismos judiciales o extrajudiciales de garantía (MINSAL, 1985) (Zuñiga, 2011). En la actualidad, las GES garantizan el acceso, calidad, oportunidad y costo para el conjunto priorizado de prestaciones sanitarias predefinidas, constituyéndose en el núcleo del derecho constitucional a la salud reconocido por la Carta Fundamental, el cual podría hacerse exigible ante las autoridades pertinentes, en cumplimiento, no solo de la Ley AUGE, sino de la norma y mandato constitucional (Maldonado & Monsalve 2016) (Zuñiga, 2011)

Generalidades de la Estructura del Sistema de Salud de Chile.

El Sistema de Salud chileno, corresponde a un sistema mixto, en el que coexisten 2 sectores: el público y el privado (Vergara y Martínez, 2006). El sector público, está constituido por los organismos que configuran el Sistema Nacional de Servicios de Salud; entre estos se encuentran: el Ministerio de Salud, institución que vela por el derecho constitucional de dar acceso igualitario a la salud, formulando y fijando las políticas de salud del gobierno central y dictando las normas y planes generales del sistema (Benavides, Castro, & Jones, 2013), sus organismos dependientes (29 Servicios de Salud), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y otros (Vergara y

Martínez, 2006). El sector privado, está conformado por Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), prestadores individuales y prestadores institucionales (Vergara y Martínez, 2006). En la práctica, tanto FONASA como las ISAPREs, compiten por captar los aportes o cotizaciones obligatorias que los trabajadores deben brindar para obtener su aseguramiento en salud.

Tanto FONASA como ISAPRE, corresponden a los seguros de salud existentes en Chile, representando al sector público y privado respectivamente (Vergara y Martínez, 2006). FONASA concentra al 77,3% de la población, mientras que ISAPRE tiene una afiliación del 15,1% (Instituto Nacional de Estadística & Ministerio de Desarrollo Social, 2017). La Encuesta CASEN 2015, señaló que el porcentaje de mujeres beneficiarias de FONASA alcanzó un 80%, mientras que los hombres correspondían a un 74,2%. En relación a las ISAPRES, las mujeres tienen una filiación del 12% y los hombres de un 14% al mismo año (MIDESO, 2017).

Como se mencionó al inicio de este apartado, en Chile se han producido diferentes cambios en el sistema de salud nacional. En el año 2000, comienza la implementación de la reforma de salud y con esto, la posterior promulgación de la Ley GES, que establece un plan de salud, de carácter obligatorio, tanto para FONASA como para las ISAPRES y que consiste en la confirmación diagnóstica y el tratamiento estandarizado, para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto sanitario y social (Cid, Muñoz, & Superintendencia de Salud, n.d.) (Bastías y Cols. 2007) (PNUD, 2010). Inicialmente debutó con 25 patologías, alcanzando en la actualidad 80, dentro de las cuales 5 pertenecen al área odontológica: Salud oral para niños y niñas de 6 años, Urgencia odontológica

ambulatoria, Salud oral del adulto mayor de 60 años, Fisura labio palatina, Salud oral integral de la embarazada (MINSAL, 2015).

Procesos estructurales que impactan negativamente la realización del derecho a la salud bucal de mujeres en posparto y sus hijos recién nacidos.

El análisis del nivel general parece señalar un mayor número de procesos que afectan de manera negativa la realización del derecho a la salud bucal de estas mujeres y sus hijos menores de un año en Chile. Procesos relacionados con el modelo capitalista y neoliberal, que orienta los planes de desarrollo; así como las condiciones de pobreza, de distribución desigual e injusta del ingreso y la inequidad de clase y género, el apoderamiento de los medios de producción y de la tierra por parte de unos pocos conglomerados y monopolios económicos; las situaciones relacionadas con el empleo y desempleo que enfrentan las mujeres, son aspectos del orden estructural que condicionan su posibilidad de hacer efectivo su derecho a la salud bucal y la de sus hijos.

Procesos estructurales que impactan positivamente la realización del derecho a la salud bucal de mujeres en posparto y de sus hijos recién nacidos

En coherencia con lo ya referido, las políticas sociales y la dinámica del sistema de atención en salud encarnan procesos positivos que hacen posible, a las mujeres chilenas en posparto y a sus hijos menores de un año, el derecho a su salud bucal. El proceso socio-histórico que se dio en Chile posterior a la dictadura de Augusto

Pinochet, con los gobiernos de coalición que mostraron e hicieron efectivo su interés por fortalecer el sector público de salud y la inversión social, dinamizaron de manera positiva la realización del derecho a la salud y su atención en el contexto chileno.

En Chile, existen políticas específicas orientadas a la protección del derecho a la salud de los menores de diez años, de las mujeres embarazadas y en postparto. Junto con esto, también existen políticas laborales de protección a la madre, al padre y al bebé, como es el postnatal actual, que brinda a la madre la posibilidad de ampliar el periodo postparto de 3 a 6 meses, con 5 días de descanso para el padre, a quien la madre le puede traspasar hasta 3 meses de su descanso postnatal. Este cambio en el postnatal, sumado al resto de políticas de protección a la embarazada, a la puérpera y al niño, han significado un cambio estructural importante, en vistas de promover la generación de un entorno de desarrollo saludable para la niña o el niño recién nacido.

Lo que no debemos perder de vista es que, si bien las políticas públicas, otorgan protección y favorecen entornos de desarrollo saludables, al estar insertas en un medio social y económico conflictivo, podría limitarse la posibilidad de hacer efectivo el derecho a la salud bucal de las mujeres en postparto y de sus hijos menores de un año.

8.2.- Elaboración de la Matriz de Procesos Críticos, de Determinación de la realización del Derecho a Salud Bucal, en las mujeres en etapa de post-parto y sus hijos recién nacidos.

A continuación, se presentará la propuesta de Matriz de Procesos Críticos de Determinación. Si bien es cierto que, en el punto anterior, se abordaron los Procesos Generales de la Determinación mediante una revisión y análisis de la literatura, se han incorporado algunas categorías, dentro de los Procesos Generales, que emergen en el discurso de las entrevistadas y que nos pueden facilitar la comprensión del fenómeno.

Procesos Generales que facilitan o limitan el ejercicio del Derecho a la Salud Bucal.

DOMINIO	ORDEN	CATEGORÍA	EXPRESIÓN
General	Económico	Financiamiento de programas de bienestar social	<p><i>“O sea, lo que me van a dar ahora el bono post natal y lo del subsidio familiar, es como lo único, porque yo no estoy trabajando, así que no estoy en caja de compensación ni nada”.</i> (K, 23 años, Cerro Navia)</p> <p><i>“Es que está dirigido a la gente más vulnerable, ya que te dan la leche y que te regalen un ajuar completo, es de gran ayuda porque uno tampoco puede comprarle cuna a su hija (...)”</i> (Mujer 4, La Florida)</p>

	Político	Políticas de Salud	<p><i>“A mi igual hace poco me hicieron una biopsia, porque el PAP me salió alterado en grado uno, entonces para descartar cualquier cosa me hicieron una biopsia hace poco y del hospital salió todo bien. Salió con los vasos sanguíneos, me dijo que estaba un poco con una leve lesión me dijo el doctor, así que iban a hacer una reunión entre los doctores a ver si me hacían otra biopsia, o tenía control cada seis meses. Y me llamaron y me dijeron que tenía control cada seis meses, que me iba a tocar otra biopsia pa’ ver cómo estaba.” (Mujer S2, Cerro Navia)</i></p>
		Institucionalización de la Atención del Parto	<p><i>“(…) En el primero tuve preclamsia y en el segundo eh... no me llegó a dar preclamsia, pero sí aumenté demasiado de peso, lo cual me afectó un poco y ya tenía cuarenta semanas, pasadas las cuarentas semanas y mi hija no nacía. Entonces ahí, se dieron cuenta que tenía poco líquido amniótico y ahí se dieron cuenta que mi bebé no recibía las contracciones así que por sufrimiento fetal, tuvieron que hacerme una cesárea de urgencia.” (C, 27 años, La Florida)</i></p>
		Políticas de Salud Oral en el Embarazo	<p><i>“Eh, igual es complicado en los Consultorios que te den una horita, pero como te digo, ellos durante el embarazo ellos te dan un... tienes un control que es como obligatorio. Una vez</i></p>

			<p>que el bebé ya cumple los primeros meses de edad, tu quedas a la deriva y ahí tienes que empezar de cero y pedir horita que cuesta un mundo, pero durante el embarazo no cuesta que te atiendan.” (M, 39 años, La Florida)</p>
		<p>Políticas de Protección Binomio Madre/Hijo</p>	<p>“[En relación al Post natal] Es el apego, en que él [el bebé] sepa que él ya salió del estado en que estaba, que ahora está con su mamá, el de poder cuidarlo, el poder ver cómo va evolucionando, para así después ya cuando uno se reintegra en lo que es la parte laboral, llegue a saber que el bebé está bien, que pasó una etapa que necesitaba de la mamá, el conocer del salir de la guatita de la mamá, todo eso es importante”. (A, Cerro Navia)</p>
		<p>Políticas de Protección a la Infancia</p>	<p>“Sí, del Chile Crece Contigo (...) sí, porque uno aprende harto con lo que las parvularias enseñan (...) estimulación, hacia el bebé y hacia la mamá.” (C, Cerro Navia)</p> <p>“Porque igual sigues con el programa, porque el programa después sigue con los talleres y después cuando son más grandes está el sistema de párvulos y también lleva materiales, lleva su libro, tarjetas... es que es como para darle preferencia en el sistema a las personas que en el sistema público se atienden y ahí claro, en el parto entregan justo</p>

			<i>el set y el 100% del beneficio, porque incluso tú tienes que ir a retirarlo, pero tiene que ser con el alta del hospital...si no, no y con eso te entregan el ajuar... (Mujer 5, La Florida)</i>
		Políticas de educación	<i>"(...) Soy peruana, tengo estudios superiores, acá los terminé. Soy TENS." (B, 25 años, La Florida)</i>
		Relaciones de poder	<i>"(...) La última ya no pude, porque me mandaron a hacer una radiografía y ya ese día no pude, porque ese día justo que me tocaba la hora, me sentí mal en la mañana. Me acuerdo que ni siquiera pude ir a trabajar y ya de ahí fue pasando el tiempo. A parte que mi trabajo es igual demandante y me descontaban todo lo que es atrasos... porque esa radiografía tenía que hacérmela, porque como estaba embarazada tenía que hacérmela en otro centro médico para sacarme la muela de adelante, pero eso fue lo único que dejé como pendiente". (P, 36 años, Cerro Navia)</i>
		Patrones Culturales	<i>"Porque ahí ya yo tenía que mandar al niño a una sala cuna, o sea, buscar una sala cuna, y obviamente el empleador y el programa lo cancelaba, pero uno ante la oportunidad de criarlo preferí retirarme." (Mujer S1, Cerro Navia)</i>

Procesos Particulares que facilitan o limitan el ejercicio del Derecho a la Salud

Bucal

DOMINIO	ORDEN	CATEGORÍA/ SUBCATEGORÍA	EXPRESIÓN
Particular	Económico	Ciudad/ Economía local	<p><i>“Mira, es que desde mi experiencia eh, yo me atiendo acá...este consultorio escapa un poco de las realidades de los otros consultorios porque aquí la atención es mejor, no lo puedo negar. Va a depender todo de los sectores y del acceso que tengamos también a los materiales, porque hay gente que está y que no les llega el material de apoyo... tengo amigas también en otras regiones y no es la misma atención... y ellas como que se extrañan, por ejemplo, todavía hay en otros consultorios que ir a las ocho de la mañana a pedir hora (...)” (Mujer 5, La Florida)</i></p>
		Ciudad/ Segregación espacial	<p><i>“Bueno, antes del embarazo sí, porque cuando era chica, vivíamos en el campo, entonces mi mamá nunca me llevó al dentista. Entonces después, cuando yo crecí, tomé hora al dentista para que me revisara la dentadura”. (C, 27 años, La Florida)</i></p>

		<p>Sistema de atención/ Lucro institucional</p>	<p><i>“Yo creo. Bueno, es que la facilidad de atenderse en salud dental son mínimas, solamente una mujer en un embarazo, porque particular es demasiado cara... yo creo que eso en las dificultades y en la facilidad, la tiene la mujer durante el embarazo porque se atiende fácil y sin ningún problema en ese período creo yo... porque la salud dental, a veces, no está al alcance de todo bolsillo porque es cara”. (C, 27 años, La Florida)</i></p>
		<p>Sistema de atención/ Infraestructura disponible, equipos, materiales e insumos</p>	<p><i>“Acá me dieron varias cosas... el enjuague bucal, seda dental, cepillo bucal con la pasta...todo me lo dieron aquí en el consultorio.” (M, 39 años, La Florida)</i></p> <p><i>“Acá tu vienes a cualquier hora y pides hora como en una clínica ¿me entiendes? Entonces yo creo que eso a nivel país es súper difícil, habría que hacer una auditoria entre todos los CESFAM y los hospitales porque las atenciones son completamente distintas...yo me atendí en el hospital del Carmen también...yo tuve buenas experiencias, pero hay gente que se ha muerto en el hospital del Carmen, entonces para todos es variable, sobre todo la gente, la situación y los sectores (...) acá mismo de repente, los cuadernos que la cajera te</i></p>

		<p><i>entregaba cuando recién estabas de pre natal, no habían llegado, siendo que aquí son súper movidos, pero no llegó el material; entonces te dicen “pero te lo debo” y después te lo entregan (...) como te digo son cosas que escapan de las situaciones (...) entonces en sí, la situación general es distinta, en cada sector es distinto (...).” (Mujer 5, La Florida)</i></p>
Grupo sociales/ Lucro de los gremios de profesionales		<p><i>“Ahora, el último fue cesárea mío, porque al Doctor le dio miedo de que fuera muy grande, pero resulta que la que tuve ahora, que tiene un año, salió por la cuerda floja, salió más chica que la anterior, y ahora el doctor se asustó porque como estaba más viejita ya, 44 también... Era pa parto normal. Iba a parto normal, pero el doctor dijo que: ‘tú, tú, y tú a cesárea’, jajaja” (S3, Cero Navia)</i></p> <p><i>“O sea, yo hice harta plata y fui a cotizar y me salía como medio millón de peso el tratamiento completo (...) es inalcanzable para uno (...) ojalá que fuera general de salud bucal para todos (...).” (Mujer 5, La Florida)</i></p>
Grupos sociales/ Clase social		<p><i>“Lo que a nosotros nos dificultó ir al dentista es el tema económico y a nosotros nos facilitó bastante...como se llama...ser vulnerable, por estar embarazada, por tener más riesgo (...).” (Mujer 2, La Florida)</i></p>

Político	Sistema de atención/ Organización de los servicios de salud.	<i>“Bueno yo vine hace poco a urgencias, para sacarme las muelas del juicio y me dijeron que ese tipo de atención no la hacían acá y tuve que ir al hospital...así que tuve que ir al Sótero y que ahí me sacaran la muela...” (Mujer 4, La Florida)</i>
	Sistema de atención/ Dinámica institucional (equipos de cabecera)	<i>“No, yo pedí información, él tenía siete meses y vino a un control, a un taller, y aproveché que justo vi a la secretaria de la dentista que vino a saludarme, que es muy amable, excelente, y le consulté, yo le dije si es que uno podía venir nuevamente para ver si quedó algo como uno se descalcifica, si hay una carie o algo, y ella me dijo que sí, que había oportunidad hasta los nueve meses así que me inscribí, y me hicieron una limpieza y nada más (...) (Mujer S1, Cerro Navia)</i>
	Sistema de atención/ Acceso a Equipo Integral de Salud	<i>“Todos los médicos ayudan, las matronas, las enfermeras y el matrón también.” (C, Cerro Navia)</i>
	Sistema de atención/ Cobertura y Acceso efectivo a Atención Dental	<i>“Sí porque cuando uno es así, no está embarazá, igual cuesta harto que den una hora (...) Yo sé que ahora, igual se va a hacer difícil para mí, pero para ellos es como más fácil (...) siempre para los niños menores de 6 años, y así, y solamente uno cuando es una urgencia a uno la pueden atender</i>

		<p><i>inmediatamente, pero así igual a una la citan para que le den una hora". (G, 27 años, Cerro Navia)</i></p> <p><i>"Sí, ahora el mío tuvo el control de los seis...ahora tienen que salirle las muelas definitivas para que venga a sellarse las muelas". (Mujer 1, La Florida)</i></p>
Cultural	Características de la población/ Redes de apoyo	<p><i>"Eh... con la bebé y visitar a mi mamá. Los fines de semana vamos todos a la casa de mis suegros (...) ha sido muy buena, porque me ha cuidado mi mamá, mi suegra (...)"</i></p> <p>(B, 25 años, La Florida)</p>
	Características de la población/ Representaciones de los grupos sociales de referencia	<p><i>"Es que ella no era así antes, ella no tomaba pecho, no echa apego, y ahora no la puedo salir ni de la pieza porque se pone a llorar. Pero con mi hermana mayor si ella le da los brazos, y prefiere a mi hermana mayor que a mí, Pero si estoy yo, soy yo. Tiene un año y va al jardín, será por eso a lo mejor... puede ser también." (Mujer S4, Cerro Navia)</i></p>
	Grupos de profesionales/ Niveles de formación y capacitación de los equipos de atención	<p><i>"Eh bueno porque ella [matrona] me dijo que tenía que pedir hora para dental, por mis dientes, hora dental...cuando ya me empezaron a controlar por el primer mes me dijo la matrona que tenía que pedir hora dental...y ahí me empezaron a atender." (S, 30 años, La Florida)</i></p>

Procesos Singulares que facilitan o limitan el ejercicio del Derecho a la Salud

Bucal

DOMINIO	ORDEN	CATEGORÍA/ SUBCATEGORÍA	EXPRESIÓN
ingular	Económico	Comuna/Vivienda	<p><i>“Ah, es que en mi casa mira, en la parte de adelante viven mis papás y mis dos hermanos que son solteros. Mi hermana mayor que tiene 40 años... y mi hermano menor que tiene 36 años... Y en la parte de atrás tengo departamento interior en donde vive mi marido, mis tres hijos y yo.” (M, 39 años, La Florida)</i></p>
		Comuna/Seguridad	<p><i>“(...) donde yo vivo, a tres casas más allá, hay una vecina que coloca la radio a todo dar, entonces mi hijo trabaja de noche y le cuesta dormir. Al frente hay unos jóvenes que lamentablemente viven solos y toman, se drogan, le pegan a su mujer, quemaron la casa. una vez mi hijo tuvo que ir para allá a ayudarlos, entonces es como bien complicado.” (Mujer 1, Cerro Navia)</i></p>

		<p>Sistemas de atención/ Costos de la atención</p>	<p><i>“Lo que a nosotros nos dificultó ir al dentista es el tema económico y a nosotros nos facilitó bastante... como se llama... ser vulnerable, por estar embarazada, por tener más riesgo (...)” (Mujer 2, La Florida)</i></p> <p><i>“Eh, es subvencionado el tema dental po [en Canadá], acá no, cero...y en FONASA tampoco... incluso en el mismo hospital (...)” (Mujer 3, La Florida)</i></p>
		<p>Grupo familiar y de la mujer/ Condición laboral y/o actividad laboral desarrollada</p>	<p><i>“(...) Clasificadora en un correo privado. Se le puede llamar operaria de producción.” (C, 27 años, La Florida)</i></p> <p><i>“Eh, haber eh...yo en estos momentos, o sea no estoy... estoy haciendo un reemplazo no más, porque yo trabajo independiente, yo soy comerciante ambulante ¿Ya?” (S, 30 años, La Florida)</i></p> <p><i>“Trabajaba, haciendo el aseo donde una señora, nunca con contrato.” (M, 32 años, Cerro Navia)</i></p>
		<p>Grupo familiar y de la mujer/ Dependencia económica</p>	<p><i>“Claro. No, yo dependo de mi esposo.” (Mujer S1, Cerro Navia)</i></p>

Político	Comuna/ Distancias y tiempos de desplazamiento	<p><i>“Yo en ese entonces, vivía en Puente Alto, y las micros no pasaban. 15, 10, 20 minutos esperando la micro (...) Salía a las 10 de la mañana y tenía cita a las 11 y no podía llegar. Llegaba y llegaba de 15 a 10 minutos después de la cita.” (B, 25 años, La Florida)</i></p> <p><i>“A lo que voy yo, es que por ejemplo, para la leche no hay, yo tengo que si o si para allá para los supermercados. Para los pañales lo mismo. De repente se me enferma el niño y tengo que salir para Salvador Gutiérrez, no tengo opción. A eso me refiero” (Mujer s1, Cerro Navia)</i></p>
	Comuna/ Medios de transporte públicos	<p><i>“Yo, cuando yo llegué al barrio, era excelente, o sea, me refiero en el sentido de que la locomoción estaba en la esquina, pero lamentablemente, las calles se empezaron a hacer tira y ahora la locomoción pasa como mucho más retirado” (Mujer S1, Cerro Navia)</i></p>
	Comuna/ Vinculación a programas sociales locales	<p><i>“Bueno lo que es la asistente social, que va a ver a las casas y la cosa del subsidio igual para la casa....” (Mujer S2, Cerro Navia)</i></p> <p><i>“Venía ropa, la cuna, colchón, sábanas, el cubrecama, la frazada, el móvil, el cuento (...) el jabón, la vaselina, el champú, el porta bebé. Todo eso (...) (C, 24 años, Cerro Navia)</i></p>

		<p>Sistema de atención/ Entrada al sistema (tiempos para otorgar citas, de espera, de trámites de autorización y horarios)</p>	<p><i>“(...) Porque yo pido una hora y se demoran cuanto... ¿una semana? o una semana y media a veces... Eh, me dan las horas como en una semana y algo, o sea eh, no hay problema en ese sentido...” (S, 30 años, La Florida)</i></p> <p><i>“Para mi hijo mayor lo traje, dentro del año pasado lo traje, le hicieron una limpieza dental y todo eso, pero ya este año tengo que sacarle hora de nuevo (...) Yo vine a pedirle hora, porque el andaba con el dolor de una muela. Yo le tuve que pedir hora. Prácticamente pasó una semana entera para encontrar un cupo.” (M, 32 años, Cerro Navia)</i></p>
		<p>Sistema de atención/ Calidad de la atención, cortesía, continuidad en la atención</p>	<p><i>“(...) y ¿qué más? La atención, que es buena... incluso a veces es más especializada que en particular y... más los talleres, que también ha significado un apoyo extra... y eso, no sé qué más... eso. (Mujer 5, La Florida)</i></p> <p><i>“No, a mí me trataron un siete acá...en el paro me atendieron igual, al niño igual me lo atendieron y me lo inscribieron dentro de los diez días... tenían todo cerrado afuera y me atendieron...” (Mujer 2, La Florida)</i></p>

		<p><i>“Pero igual como que los dentistas de acá, embarazadas nos tratan súper bien, pero si no estás embarazada, con suerte te van a revisar (...) me dice...” tu tenis ahí todo inflamado” me dice... “¿Qué te hiciste?”... y que me voy a hacer yo le digo... no es mi culpa que la muela me tenga inflamada la cara...” (Mujer 4, La Florida)</i></p>
	<p>Sistema de atención/ Acceso efectivo al GES Salud Oral Integral de la Embarazada</p>	<p><i>“(...) Por el primer embarazo, yo me enteré que las mujeres tienen ciertos privilegios en atenderse en la salud dental, pero si uno no está embarazada cuesta un montón tratarlo, ya sea en la salud pública digamos, pero del hecho de estar embarazada te cuesta menos, te dan hora seguido y todo eso. (...) por el primer embarazo yo me enteré po y ahí caché qué onda con la odontóloga (...)” (C, 27 años, La Florida)</i></p> <p><i>“Eh, la dentista misma, cuando me mandaron me dio un papelito, no lo ando trayendo, por la atención gratuita...no sé cómo fue... también me hizo firmar un documento que está en un programa...no me acuerdo el nombre...pero me dijo que todas teníamos un beneficio hasta cuando el niño tuviera 6 meses. Así que ahora también tengo que pedir una horita para que me vuelvan a revisar.” (M, 39 años, La Florida)</i></p>

		<p>Sistema de atención/ Tipos y propósitos de la atención</p>	<p><i>“Claro. Claro. Entonces la Doctora que me atendió me dijo que no me preocupara porque ahí me van a hacer un tratamiento e iban a ver a lo que podía llegar, pero atornillado nunca jamás, porque como ya no tengo huesito, no va a poder ser, así que va a tener que ser... una plaquita, claro, una prótesis, claro, con un fierrito acá afirmado, una cosita así. Pero de que igual iba a quedar bien po, o sea, no iba a quedar ahí con el espacio vacío, claro.”</i> (Mujer S3, Cerro Navia)</p>
		<p>Sistema de atención/ Lugar de la atención</p>	<p><i>“Sipo, ha cambiado: estuvo allá al frente, mis abuelos me llevaban allá al frente. Después acá, este ya ha cambiado como 3 veces, de modelo, siempre aquí. Lo único que me perdí, si me perdí, muchos años JAJAJA porque me fui a trabajar afuera, pero igual volví, igual aquí, y siempre he estado inscrita aquí. Mis hijos, mi pareja, y siempre tenemos buena respuesta aquí yo, acá ya conozco a las chiquillas, las saludo “hola mi niña”, buena onda.”</i> (mujer S3, Cerro Navia)</p>
		<p>Sistema de atención/ Información de derechos y deberes</p>	<p><i>“... el primer día que llegué al Consultorio me explicaron todos los beneficios que iba a tener y una de esas, era la atención bucal, que hasta que nazca la guagua iba a tener...”</i> (B, 25 años, La Florida)</p>

	Cultural	<p>Características de la población/ Representaciones de la familia y de la mujer</p>	<p><i>“Sí, no sí voy...bueno ahora con la guagua no pude ir, pero, por lo menos antes yo con el embarazo podía ir siempre a las horas que me daban”. (S, 30 años, La Florida)</i></p> <p><i>“Mi hermana chica tiene 5 años y ya tiene todas las muelas picás porque mi mami la deja comer dulce y yo le digo que no la deje comer tanto dulce (...) en la casa donde vivía antes estaba mi hermano chico que tiene 5 años, estaba mi hija que tiene 3 y mi sobrina que tiene 2, entonces los cabros son todos chicos y es como difícil no dejarles dulces, porque la acostumbraron que con el dulce se tenía que quedar callá, igual que mi hija po, está acostumbrá a eso porque mi hermano le había acostumbrado y yo le dije ¡No! , el dulce quítaselo porque el dulce es malo le dije le salen gusano en los dientes así que de ahí no comió más dulces. Pero si la leche no se la puedo quitar (...) (Mujer S2, Cerro Navia)</i></p>
		<p>Características de la población/ Relaciones de pareja, familia y amigos</p>	<p><i>“Eh, mi pareja llega del trabajo y voy a llorar ahí mismo. El trata de consolarme, de decirme cálmate, respira, somos primerizos, no sabemos qué le pasa a la guagua, cosas así. Igual mi pareja me ha cuidado mucho, ha sido comprensivo, me apoya en todo y eso.” (B, 25 años, La Florida)</i></p>

		<p>Características de la población/ Uso de Medicinas Alternativas</p>	<p><i>“Y cuando los niños tienen ese pechito así que les suena como gatito, uno pesca un poco de diario, un aceite, lo calienta un poquito y se lo coloca aquí. O de repente si no hay pomadita pal potito, se le echa vinácula, son cosas (...)</i></p> <p><i>Bueno, yo antes... cuando fumaba y me dolía la muela, me fumaba el cigarro y dejaba esa cosita blanca que queda, la del fondo... [¿El filtro?] Claro, el filtro y con la saliva llegaba y me lo quitaba y me lo colocaba aquí en la cara y se me quitaba el dolor.” (S1, Cerro Navia)</i></p> <p><i>“¡Ay! Lo más bueno es el cochayuyo, chiquillas [...] Y sabís qué, no siente la molestia, el dolor, no se queja, no. Tiene dos aquí, dos acá, y le está saliendo este de aquí, pero ella vive con su cochayuyo, y ahí lo tiene. Se lo lavo [...] Y el yodo que tiene es bien bueno... la pediatra me dijo un día a mi porque yo le pregunté si era bueno o no po, y me dijo "Sí, que el cochayuyo era lo mejor", porque hay unas cosas redondas que son plásticas, que traen un líquido adentro que antiguamente se ocupaba harto. Pero ese líquido hace mal pa' los niños.” (Mujer S3, Cerro Navia)</i></p>
--	--	---	--

		<p>Características de la población/ Autonomía. Sujeto de derecho (exigibilidad)</p>	<p><i>“Si po, súper buena la atención... no tuvimos que esperar tanto tiempo y aparte todavía seguimos protegidas por eso...” (Mujer 2, La Florida)</i></p> <p><i>“O sea, yo hice harta plata y fui a cotizar y me salía como medio millón de peso el tratamiento completo, así que...es inalcanzable para uno (...) Es demasiado caro, debiese ser subvencionado, tal como la salud en general...la salud dental porque es tanto y más importante que la salud en general.” (Mujer 5, La Florida)</i></p>
		<p>Características de la Población/ Prácticas Preventivas en Salud Oral</p>	<p><i>“También, yo al niño lo limpio siempre su encía. Con un pañito con agüita tibia, con bicarbonato me dijeron. Con eso le limpio la encía, la lengua, todo lo que me deja limpiarle” (M, 39 años, La Florida)</i></p> <p><i>“Igual a mí como que me sangraba mucho porque igual después cambió mi rutina del cepillado porque una se deja estar igual, no se cepilla mucho cuando no está embarazada (...) cuando uno empieza con el embarazo, hay como más conocimiento y hay más información y eso es importante, porque uno se aparta de eso sin estar embarazada...” (Mujer S1, Cerro Navia)</i></p>

		<p>Características de la población/ Satisfacción y Valoración frente a la atención</p>	<p><i>“Pero...en sí, nosotras tuvimos ese beneficio que nos fue de gran ayuda, no se ustedes, pero a mí me hicieron el tratamiento completo y me fue de gran ayuda...” (Mujer 5 La Florida)</i></p> <p><i>“No, yo creo que es súper bueno, porque de hecho, yo de ese día cuando me dijeron del dentista (...) o sea, yo ni siquiera recuerdo, que hace quince años anduve en el dentista, yo creo que fue la primera y eso, pero aquí la señorita no, súper amable todo, la fecha, yo les pedía por lo menos tal fecha, la hora que sea lo más temprano que se pueda por favor y me decía ya, y me trataba de ubicar. No, yo lo encontré genial (...) Sí, todas las facilidades, gracias a Dios (ríe).” (P, 36 años, Cerro Navía)</i></p> <p><i>“Que el dentista es demasiado caro, nosotros ahora tuvimos el privilegio por estar embarazadas, pero en general, uno no va al dentista porque sale demasiado caro...esa es la realidad po...” (Mujer 3, La Florida)</i></p>
		<p>Características de la población/ Percepción de Enfermedad y</p>	<p><i>“(...) Entonces, ¿qué es lo que pasó? que se me empezaron a carear los dientes; entonces yo tenía que hacerme un tratamiento de conducto y los demás dientes se me fueron</i></p>

		<p>Necesidad de Tratamiento</p>	<p><i>quebrando ¿Ya? O sea, no tengo buena dentadura.” (S, 30 años, La Florida)</i></p>
		<p>Profesionales que las atienden/ Relaciones profesional-paciente.</p>	<p><i>“Si, eran bien buenos, explicando cosas. Eso es lo bueno que hay ahora, que te explican, tu preguntai y tenis una respuesta [...] Antes no, antes no se daban el tiempo pa’... El doctor que “shh. Shhh.” Listo. Ahora no.” (Mujer S3, Cerro Navia)</i></p>
		<p>Profesionales que las atienden/ Representaciones profesionales</p>	<p><i>“Y el yodo que tiene es bien bueno... la peditra me dijo un día a mi porque yo le pregunté si era bueno o no po, y me dijo “Sí, que el cochayuyo era lo mejor”, porque hay unas cosas redondas que son plásticas, que traen un líquido adentro que antiguamente se ocupaba harto. Pero ese líquido hace mal pa’ los niños.” (Mujer S3, Cerro Navia)</i></p>
		<p>Creencias en Salud Oral</p>	<p><i>“Es que, si tú no te alimentas bien, uno, te descalcificarías (...) las uñas se te opacarían, los dientes se te caerían, el pelo igual, tendrías un color de tono diferente y la guagua (...) nada. La guagua mientras ella esté lactando, aunque tú no comas nada, ella se va a beneficiar, pero la mamá no.” (B, 25 años, La Florida)</i></p> <p><i>“Lo que pasa es que la embarazada es muy propensa a la gingivitis, entonces por eso nos mandan de inmediato ¿cierto? Creo que tiene</i></p>

		<p><i>que ver con que, si se te infecta la sangre, te puede pasar algo a ti y al bebé... porque igual uno tiene que atenderse más rápido, porque a mí si se me inflamaron las encías, mucho...como nunca y ahí empecé a averiguar y fui al tiro al dentista...como dicen que las embarazadas perdían al tiro un diente...” (Mujer 3, La Florida)</i></p>
Profesionales que las atienden/ Evaluación de la necesidad		<p><i>“Por ser, de ella preguntó que tenía como unas cositas blancas que era como en los cuatro colmillos, tenía algo blanco, me dijeron que eran perlitas de calcio...” (Mujer S2, Cerro Navía)</i></p> <p><i>“Sí, embarazada me trató muy bien, bueno que no tenía nada, me selló, me hizo limpieza y me dio de alta po y me dijo que me correspondía hasta los seis meses el plan auge, que podía venir a hacérmelo cuando quiera (...).”(Mujer 4, La Florida)</i></p>
Profesionales que las atienden/ Información y educación para la salud		<p><i>“Bueno, porque nos ponemos más sensibles, más... ehh como que atraimos bacterias, todo, entonces tenemos que cuidarnos por el bebé, y lo otro es que nos enseñan po, nos enseñan, siempre nos están enseñando. Yo he visto que en mi caso varias veces que, para atrás, yo he venido al dentista, por ejemplo en los otros 2 embarazos siempre te enseñan a</i></p>

			<p><i>cepillarte (...) qué líquido usar, porque hay varios, te recomiendan alguno, el hilo dental, claro, te enseñan, o sea son como pequeñas clases que te van dando, entonces eso nos va quedando a nosotros para después decírselo a nuestros hijos. Aparte, que si los empezamos a traer al control que corresponde, ahí también nos van enseñando que qué es lo que hay que hacer, lávele los dientes... enséñele que el niño que le eche un poquito de pasta por acá, enséñele esto otro aquí, entonces, es todo aprender.” (Mujer S3., Cerro Navia)</i></p>
	<p>Fenotipo, genotipo, cambios biológicos sistémicos y bucales</p>	<p>Feno-genotipo-biológicos</p>	<p><i>“Eh, cincuenta por ciento bien y yo creo que el otro cincuenta por ciento, un poco preocupada (...) Porque soy madre primeriza, el bebé llora, la trato de calmar y no se calma. Por ese lado va” (B,25 años, La Florida)</i></p> <p><i>“Tuve un síntoma de aborto a las 7 semanas (...) claro, y después entremedio de cada embarazo, después de cada embarazo me daba sobrepeso con mucha fiebre elevada. Mi hijo menor de 3 años, me dio una depresión post parto que se me cortó la leche. No hubo forma que me volviera a bajar”. (C, Cerro Navia)</i></p>

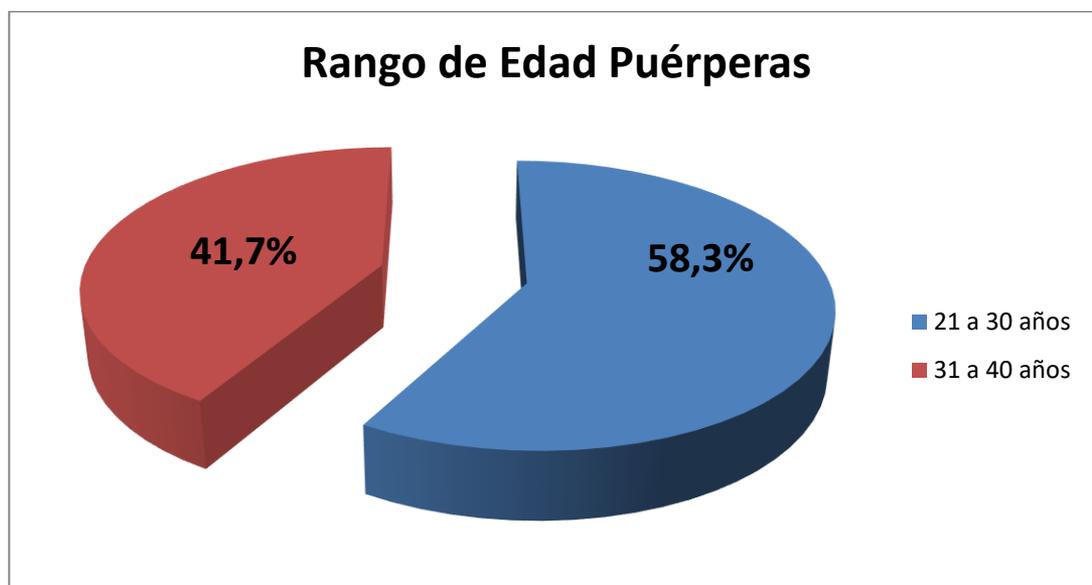
8.3.- Presentación de los Resultados de la aplicación de Encuestas Sociales, que complementan el discurso de las puérperas, en relación a los elementos que determinan la realización del derecho a salud oral.

A continuación, se presenta un extracto de los resultados de la aplicación de Encuestas Sociales (N=12) y que complementan el discurso de las puérperas, con el propósito de proponer un modelo interpretativo de los factores que determinan la realización del derecho a salud oral de este grupo de mujeres y de sus hijos recién nacidos.

- **Caracterización del Grupo:**

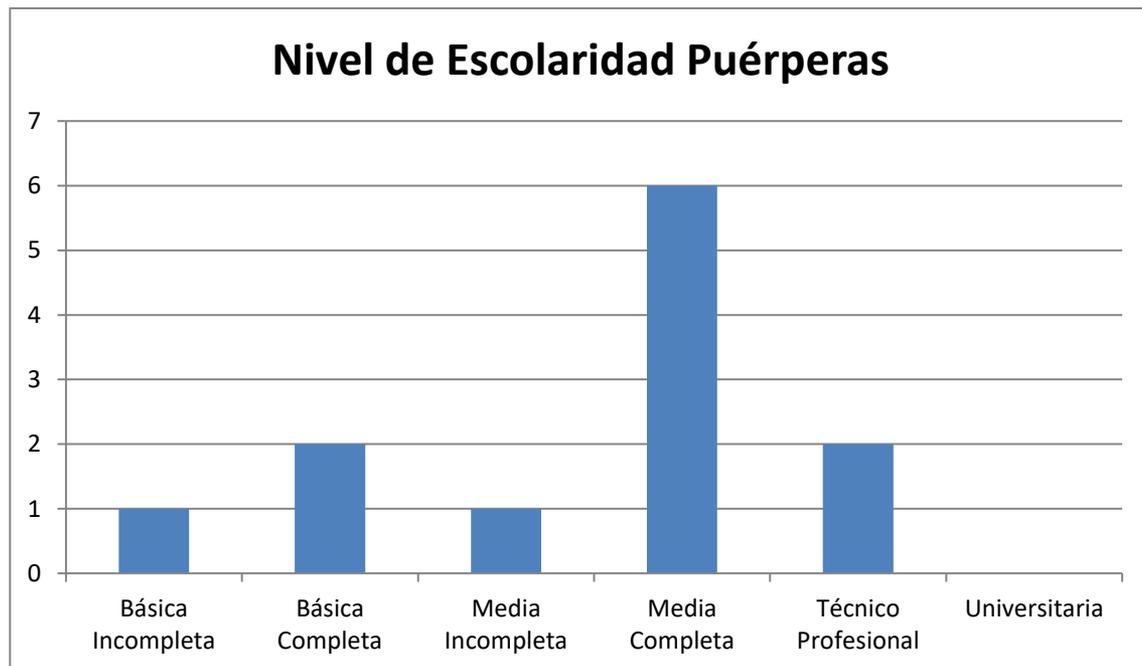
Del total de mujeres que respondió la Encuesta Social (N=12), 7 de ellas (42%) tenían entre 31 a 40 años y 5 entre 21 y 30 años (58%) (Gráfico N°1).

Gráfico N°1. Rango de Edad de las Puérperas Entrevistadas



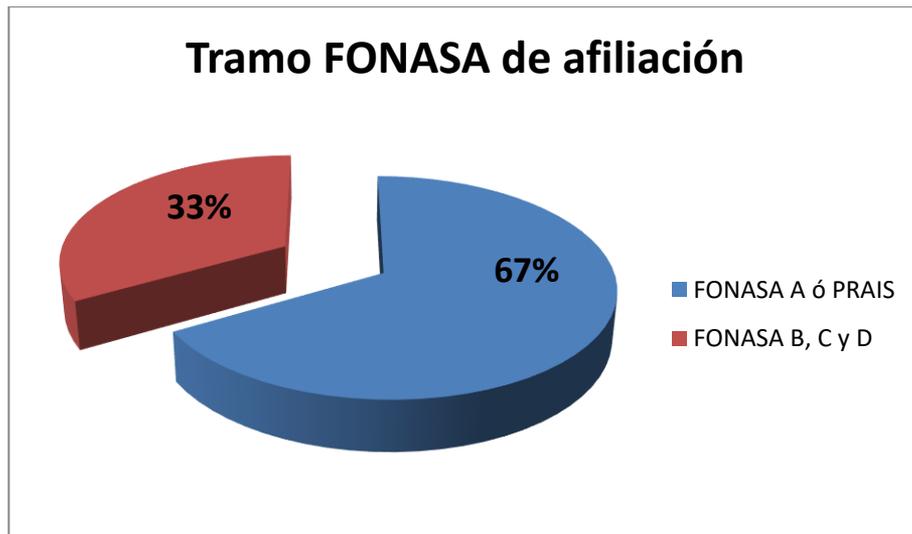
En cuanto al nivel de escolaridad de las madres, el 50% (N=6) declaró haber cursado enseñanza media completa. El nivel de escolaridad del resto de las mujeres, se puede observar en el siguiente gráfico (Gráfico N°2):

Gráfico N°2. Nivel de Escolaridad de las Puérperas.



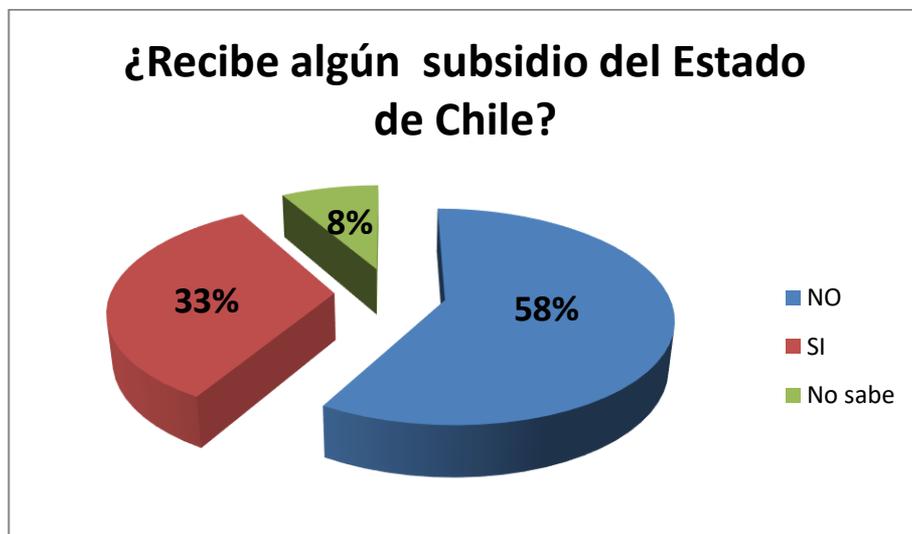
En relación al tramo de FONASA del cual son beneficiarias, un 67% pertenece al tramo A o PRAIS (Gráfico N°3).

Gráfico N°3. Tramo FONASA al que pertenecen las puérperas.



En relación a si reciben o no algún subsidio, más del 50% declara no recibir ayuda económica por parte del Estado (Gráfico N°4).

Gráfico N°4. Recibimiento de Subsidio por parte del Estado.



- **Dependencia Económica:**

De las 12 mujeres que respondieron la encuesta, un 67% (N=8) indicó que el principal responsable económico del hogar es su esposo/compañero (Gráfico N°5). Estas mismas 8 mujeres, declararon recibir de manera mensual, dinero por parte del esposo/pareja.

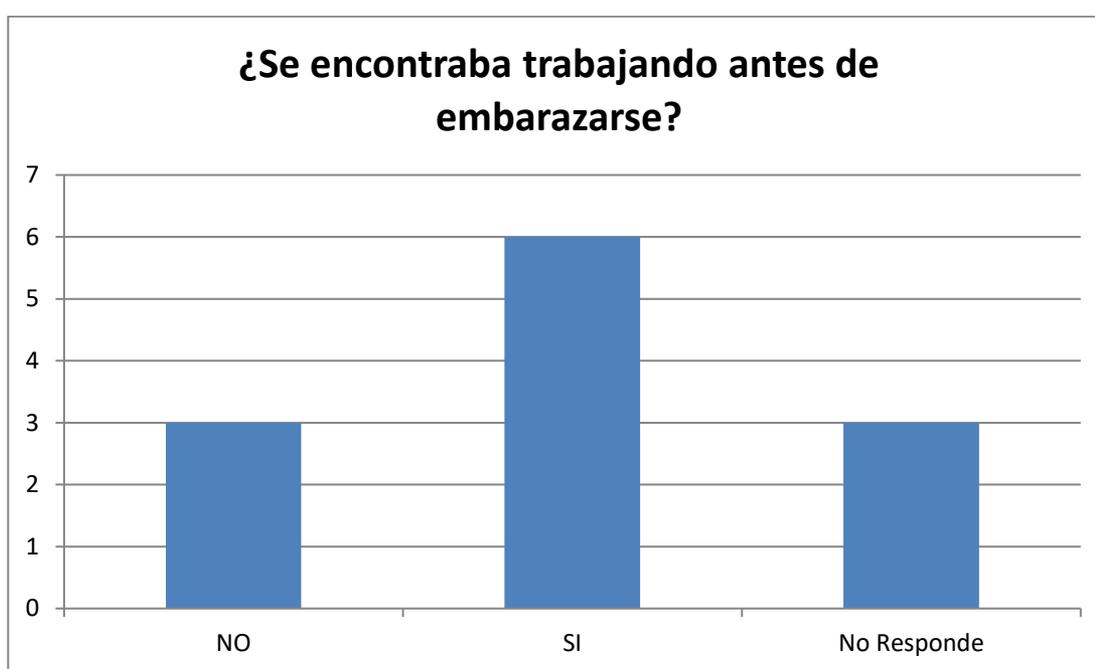
Gráfico N°5. Principal Responsable Económico del Hogar.



- **Situación Laboral de la Mujer:**

Un 50% de las mujeres, declaró estar trabajando antes de embarazarse. Del 50% restante, es importante señalar que un 25% no respondió a la pregunta (Gráfico N°6).

Gráfico N°6. Estado laboral de las mujeres antes del embarazo.

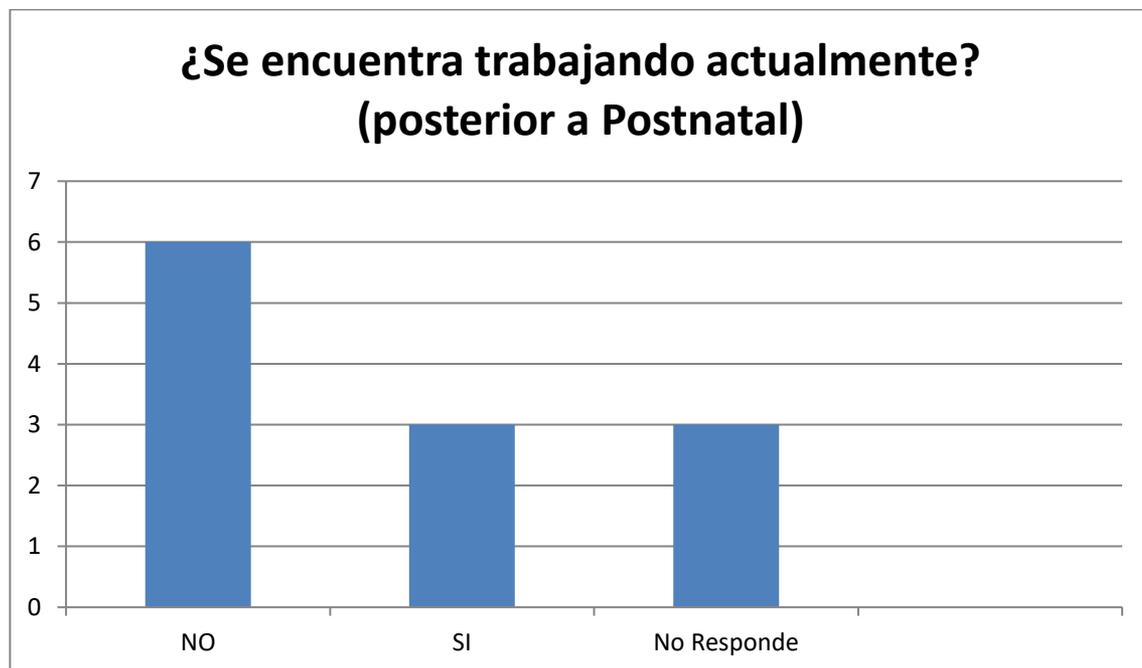


De las 6 mujeres que señalaron estar trabajando antes de embarazarse, 2 de ellas percibían ingresos por debajo de los \$344.727, 3 mujeres entre \$344.727 y \$689.454 y sólo 1 de ellas, percibía ingresos entre \$689.454 y \$1.378.908.

El 100% de las mujeres que se encontraban trabajando antes de embarazarse, pudieron hacer uso de su pre y postnatal; sin embargo, sólo 3 contaron con el tiempo para asistir a los controles tanto del bebé como de ellas mismas.

Al consultarles si actualmente (después del postnatal), se encuentran trabajando, un 50% respondió que no, un 25% si se encuentra trabajando y un 25% no responde (Gráfico N°7). Del total de mujeres que actualmente no están trabajando, el 100% de ellas declara haber dejado de trabajar para cuidar al bebé.

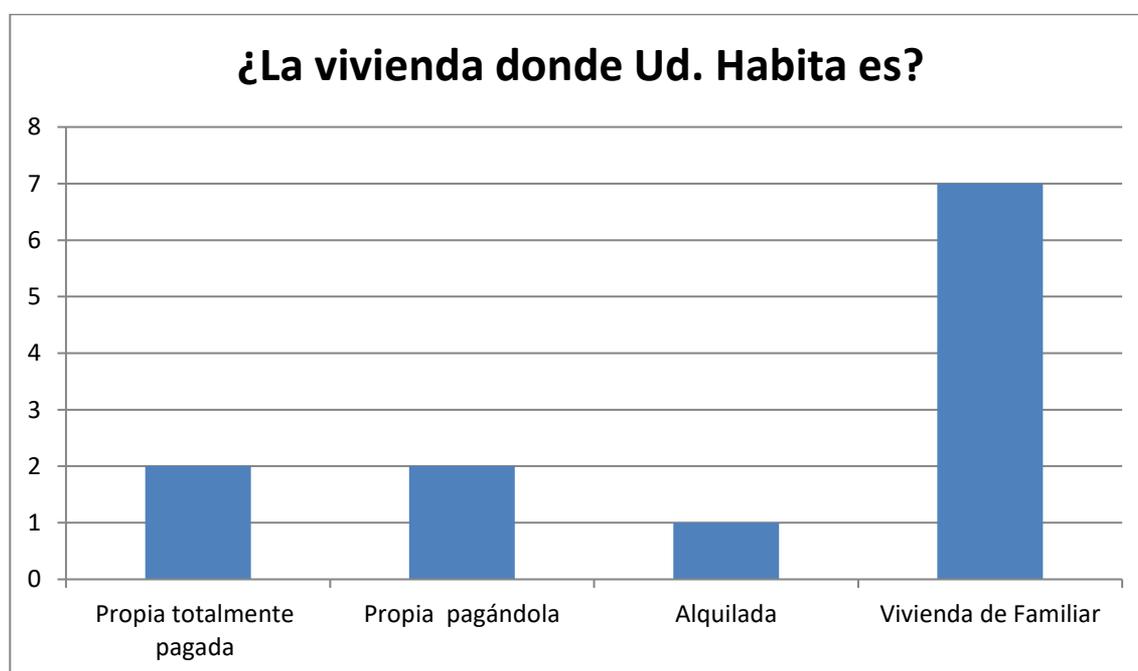
Gráfico N°7. Estado laboral de las mujeres postparto.



- **Situación Habitacional.**

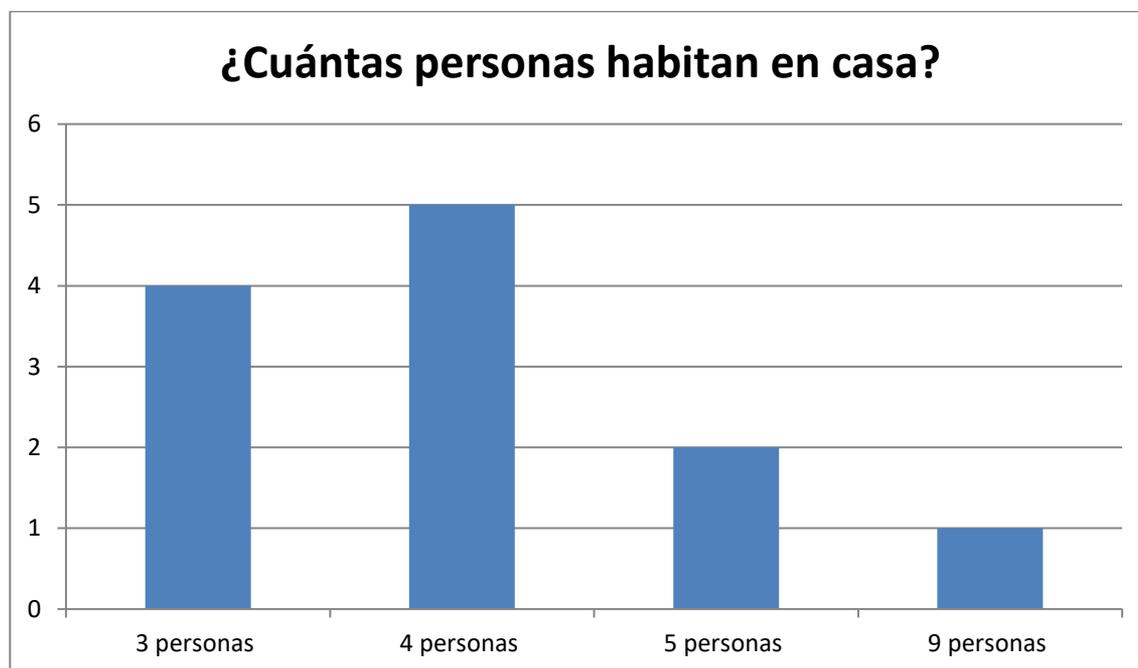
Del total de mujeres encuestadas, más del 50% declara que la vivienda donde habita, es de propiedad de un familiar. El resto, se distribuye de acuerdo a lo que se observa en el Gráfico N°8:

Gráfico N°8. Vivienda en la que habita.



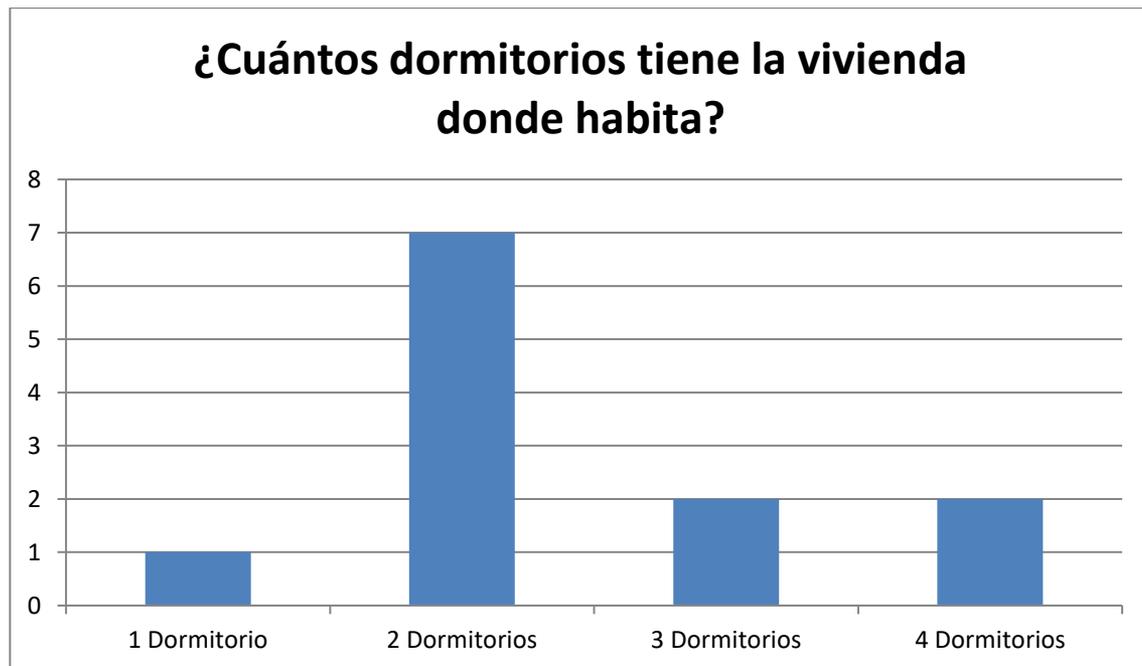
En cuanto a la cantidad de personas que habitan la vivienda, la cantidad de moradores se distribuye de acuerdo a lo observado en el Gráfico N°9.

Gráfico N°9. Número de habitantes por cada vivienda.



Lo anteriormente señalado, se puede contrastar con la cantidad de dormitorios en la vivienda, que fueron declarados por las mujeres postparto (Gráfico N°10).

Gráfico N°10. Número de dormitorios por vivienda.

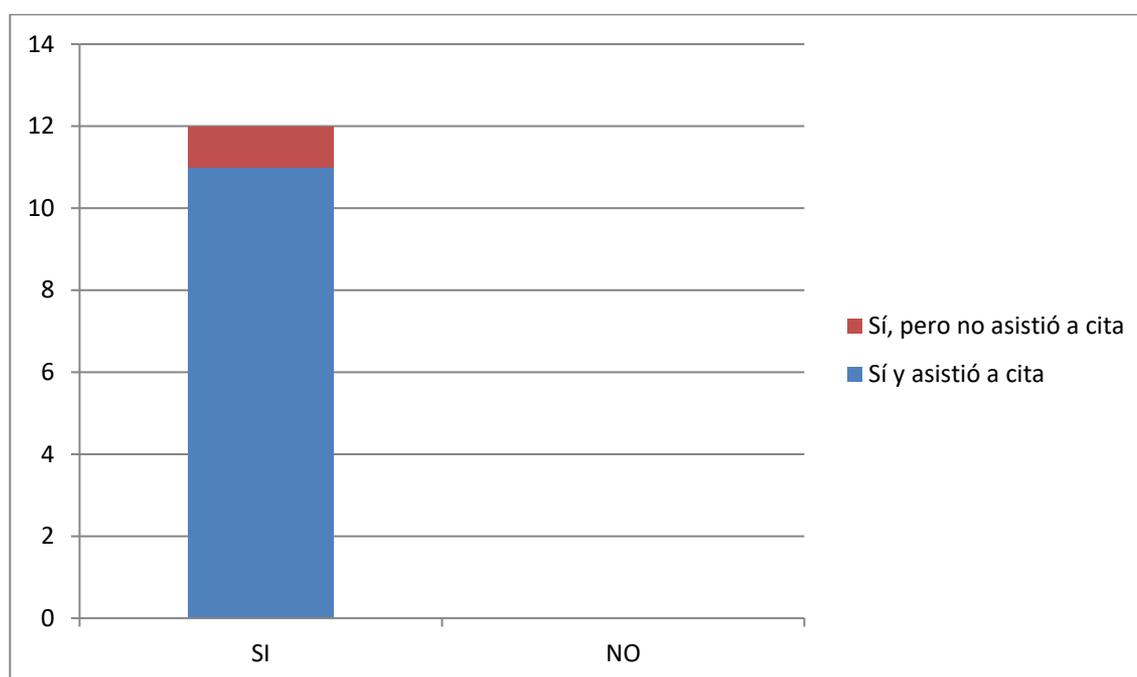


Importante es señalar que si bien, la moda correspondiente al número de habitantes por vivienda y de número de dormitorios por vivienda correspondió a 4 personas y 2 dormitorios respectivamente, hubo una encuestada que respondió que habitaban 9 personas en su vivienda y que contaba con 2 dormitorios.

- **Atención Odontológica de la Mujer Embarazada y Puérpera.**

Del total de mujeres encuestadas, 100% declaró haber sido remitida a consulta odontológica durante su embarazo. De este 100%, sólo un 8% a pesar de haber sido remitida a atención dental, no fue a su citación (Gráfico N°11).

Gráfico N°11. ¿Fue derivada a Atención Odontológica durante el embarazo?



Al consultar acerca de si habían terminado el tratamiento o no, un poco más del mitad lo terminó, tal como se señala en el Gráfico N°12.

Gráfico N°12. Completitud del Tratamiento Odontológico Integral durante el Embarazo.



Si bien, más de la mitad de las mujeres postparto terminó su tratamiento odontológico en el contexto del GES Salud Oral Integral de la Embarazada, el 100% considera que necesita atención odontológica. Ahora, al consultar si es que han solicitado cita con el odontólogo en esta etapa de post parto para resolver su necesidad de tratamiento, la mayoría respondió que no (92%). Las causas del por qué no han solicitado cita con el odontólogo, manifestadas por 8 de 12 mujeres son: Parto reciente, necesita venir acompañada, estar más preocupada del bebé que de ella, por “dejada”, recién empezó controles (por ingreso tardío al GES), retomó trabajo recién y por no tener con quién dejar al bebé.

- **Atención Odontológica del Lactante.**

En relación a sus bebés, al consultar si es que considera que su hijo necesita atención odontológica, un 67% respondió que sí. Sin embargo, el 100% de estas puérperas, no ha solicitado cita con el odontólogo para su hijo. Las causas del por qué no son: la va a solicitar en próximo control sano del bebé, se la dieron sin solicitarla, no sabían que podían solicitar y por pensar que el niño es muy pequeño.

8.4.- Modelo de interpretación propuesto, de las posibilidades de realización del derecho a la salud bucal (desde la determinación social) de las mujeres en periodo de post-parto y sus hijos recién nacidos de Santiago de Chile.

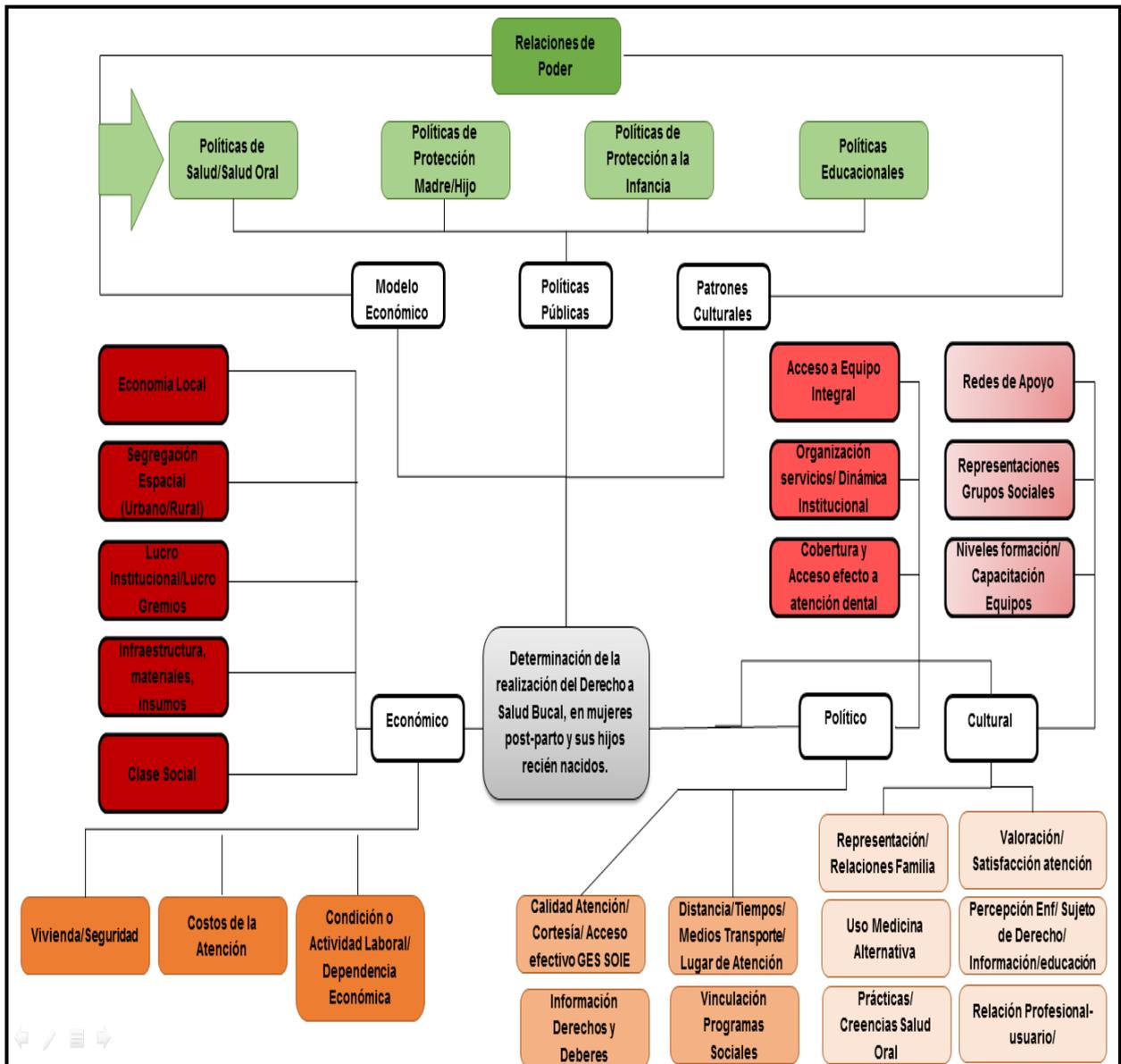
A continuación, se presenta una propuesta de modelo interpretativo, que surge desde lo reportado en el análisis crítico de la literatura de los procesos generales, de lo que emerge en el discurso en relación a los procesos particulares y singulares, así como del extracto de resultados de las Encuestas Sociales aplicadas a las mujeres en período de postparto.

En el modelo interpretativo propuesto, se pueden reconocer 3 grandes órdenes que marcan los procesos generales, particulares y singulares. Estos están representados en el modelo interpretativo, como recuadros de color blanco y corresponden al Orden Económico, al Orden Político y al Orden Cultural.

En este caso, se señala que el Modelo de Desarrollo económico de Chile y los Patrones culturales de nuestra sociedad, influyen directamente en la determinación del derecho a Salud Oral, siendo la mayoría de las veces una barrera para las mujeres en periodo de postparto. Sin embargo, se han generado una serie de Políticas Públicas que buscan disminuir las brechas y las inequidades en los grupos más vulnerables, siendo un facilitador muy importante en contrarrestar la influencia del Modelo de desarrollo y de los patrones culturales, favoreciendo la realización del derecho a Salud Oral.

Los recuadros de color rojo y rosado, ubicados en el tercio medio del modelo interpretativo, corresponden a los procesos particulares, que pueden influir tanto favoreciendo como desfavoreciendo la determinación a la realización del derecho a salud oral, dependiendo de los contextos económicos, políticos y culturales que se vayan dando (son procesos dinámicos). Del mismo modo, influyen los procesos singulares, que corresponden a los recuadros de color naranja ubicado en el tercio inferior del recuadro y que son mucho más dinámicos que los procesos particulares, al estar relacionados con el entorno directo de las puérperas y de sus hijos.

Modelo de interpretación de las posibilidades de realización del derecho a la salud bucal (desde la determinación social) de las mujeres en periodo de post-parto y sus hijos recién nacidos de Santiago de Chile.



9.- Discusión.

El objetivo de este estudio fue comprender el rol que tienen los procesos estructurales, particulares y singulares, sobre la posibilidad de realización del derecho a salud bucal de mujeres en periodo de post-parto y de sus hijos recién nacidos, durante el primer año de vida. Para esto, se utilizó metodología cualitativa, en específico, análisis del discurso de las entrevistas individuales y grupos de discusión realizados a puérperas de las comunas de La Florida y Cerro Navia. Además, se realizó una revisión de la literatura, a modo de dar cuenta de los procesos generales que influyen en el proceso.

A continuación, se discutirán los hallazgos que emergen tanto de la revisión de la literatura, la que da cuenta de los procesos generales o estructurales, que se identificaron como influyentes en la realización del derecho a salud bucal de las puérperas y sus hijos, los hallazgos que emergen del análisis del discurso de las puérperas y que dan cuenta de los procesos particulares y singulares de esta realización del derecho, así como su triangulación con el extracto de los resultados obtenido desde las Encuestas Sociales.

- Existen procesos críticos generales, particulares y singulares, que otorgan protección y favorecen entornos de desarrollo saludables, con el propósito de atenuar las inequidades existentes producto del Modelo de Desarrollo imperante.
- No obstante el punto anterior, al estar insertos en un medio social y económico conflictivo, podría limitarse la posibilidad de hacer efectivo el derecho a salud bucal de las mujeres en postparto y de sus hijos menores de un año.
- Se destaca como uno de los procesos generales (estructurales) más relevantes del modelo de determinación social, el Modelo de Desarrollo Económico de un país. En el caso de Chile, el Modelo impuesto durante la Dictadura Militar, influyó directamente en el concepto de Salud y en cómo la entendemos, pasando de un concepto que tenía que ver con un derecho social, a un concepto que la considera como un bien de mercado (Feo, 2008) (Goyenechea, 2014).
- En base a los resultados presentados en la revisión referencial, se pudieron identificar ciertos procesos críticos, de dominio general (estructural), que favorecen y desfavorecen la realización del derecho a salud bucal y que son concordantes con lo reportado por Breilh (2010).

- Se identifica que los procesos generales, tanto de orden económico, político y social, subsumen las dinámicas del nivel particular y singular, lo que es consistente con lo reportado por la literatura (Gallego y Franco, 2017) y (Quintero y cols, 2014) y (Concha y Morales, 2015)
- La existencia de ciertos derechos, que hoy están garantizados en nuestro país, como por ejemplo las Políticas de Protección Social y el acceso prioritario a atención dental en las embarazadas, pareciese que marcan un antes y un después en la realización del derecho en este grupo de mujeres.
- Si bien el párrafo anterior demuestra un aumento de cobertura hacia las mujeres embarazadas, producto de una política pública que lo avala, el hecho de que se focalice exclusivamente en este grupo hace pensar, tal como lo esbozan las autoras Ahumada, Monreal y Tenorio, en la instrumentalización de las mujeres a un rol reproductivo-doméstico, perpetuando los roles tradicionales de género (patrón cultural) y no considerándolas como sujetos de derecho (Ahumada et al, 2016).
- Se pueden reconocer 3 grandes áreas para agrupar los procesos críticos que emergen desde el discurso: Dinámicas Laborales, Dinámicas de Consumo y Dinámicas Socioculturales, que no estaban consideradas en el inicio de esta investigación y que pareciesen explicar, de manera más integral, la realización del derecho a Salud Bucal en el grupo de estudio (Breilh, 2010).

- Si bien existen políticas de salud que abren el acceso a embarazadas y puérperas a atención dental, este acceso queda condicionado a otros factores críticos como la falta de información para el acceder a la atención dental.
- Sumado a lo anterior, existen otros factores críticos que influyen en la adherencia al tratamiento dental, como son los largos tiempos de espera de locomoción colectiva para llegar desde su casa al CESFAM (barreras geográficas) y toda vez que dieron a luz al bebé, la ausencia de facilidades para el agendamiento por parte de funcionarios administrativos del CESFAM (barreras administrativas) y el no contar con una red de apoyo que les permita delegar el cuidado del hijo mientras ellas asisten a tratamiento dental. Esto difiere de lo reportado en la literatura, que hace referencia a que, la baja cobertura alcanzada, se debe principalmente al miedo y a la ansiedad que produce el tratamiento odontológico, la baja percepción de los problemas dentales, y los mitos acerca del posible efecto negativo de los tratamientos dentales en el desarrollo del feto (Rengifo et al. 2009).
- Las relaciones de poder no están ajenas a la realidad de las puérperas. En sus relatos, surgen acciones de autoritarismo ejercidas por el o los empleadores, que influyen, directamente, en la Determinación del Derecho a ejercer salud, en cuanto impiden que algunas de las entrevistadas, accedan a las sesiones de tratamiento odontológico. Una de estas acciones, corresponde al descuento por hora no trabajada, que se convierte en una

forma de manipulación para que la mujer, acuda a sus actividades laborales en desmedro de asistir a un control de salud.

- Se tornan evidentes las diferencias en la disponibilidad de recursos y en las coberturas de atención entre establecimientos de distintas regiones, entre establecimientos de distintas comunas en una misma región e incluso, entre establecimientos de una misma comuna, lo que coincide con lo descrito por expertos (OPS/OMS-MINSAL, 2011).
- Siguiendo con lo anterior, existen inequidades en el acceso y cobertura en atención dental (a nivel curativo, preventivo y promocional), así como diferencias en la canasta de prestaciones de APS en un mismo territorio o en territorios con dicotomía urbano/rural, donde se produce una segregación espacial, lo que es preocupante conociendo la distribución epidemiológica de la caries dental, cuya prevalencia es dos veces más altas en sectores rurales que en sectores urbanos (MINSAL, 2008).
- Si bien está enfocado en un grupo objetivo específico, el GES Salud Oral Integral de la embarazada (MINSAL, 2013) busca reducir las brechas de acceso y cobertura en atención odontológica y estandarizar una canasta básica de prestaciones que es mucho más integral a la brindada por otros países del mundo (ver Tabla N°1). Además, otorga protección financiera a las beneficiarias; lo cual es muy bien valorado por las mujeres embarazadas y en puerperio, sobre todo por las que se perciben con mayor vulnerabilidad

socioeconómica y que relatan vivir en varios inseguros y con más de 1 hogar dentro de una misma vivienda.

Tabla N°1. Comparación entre algunos países de Europa y algunos de América del Sur, en relación a coberturas en tratamiento odontológico en mujeres embarazadas y en periodo post parto.

País	Programa Especial de Tratamiento Odontológico para Embarazadas en Sector Público	Tratamiento Odontológico Básico	Tratamiento Odontológico de Especialidad	Fuente de información
Chile	SI (desde el ingreso prenatal con matrona hasta el 9° mes post parto)	SI	SI (Periodoncia, Endodoncia y Rehabilitación Oral)	Guía Clínica GES Salud Oral Integral de la Embarazada, (MINSAL, 2015)
España	NO	*Es atendida como cualquier otro adulto: sólo urgencia y extracciones	NO	Bravo, M (2015)
Alemania	NO	*Es atendida como cualquier otro adulto	No Especifica	Ziller, S (2015)
Francia	SI	SI	No Especifica	Pegon-Machat, E (2016)

	(desde el 4° mes de embarazo, hasta 20 días postparto)			
Grecia	NO	*Es atendida como cualquier otro adulto	No Especifica	Damaskinos, P (2016)
Rumania	SI (Embarazadas y Puérperas, no especifica periodo de tiempo y sólo si no tienen ingresos o tienen ingresos bajo el salario mínimo nacional)	No especifica	No Especifica	Oancea, R (2016)
Polonia	SI	SI (enfocado a Examen de salud oral y educación)	No Especifica	Malkiewicz, K (2016)
República de Irlanda	NO	*Es atendida como cualquier otro adulto, dependiendo de su seguro de salud	No Especifica	Woods, N (2017)

Italia	SI (Sólo embarazadas, no puérperas)	SI (*Ministerio Salud realiza convenio con dentistas privados para atención de este grupo por precios más bajos)	Si (Rehabilitación Oral)	Bindi, M (2017)
Brasil	SI (si bien, no hay un programa específico, "Brasil Sonriente, tiene cobertura familiar)	SI (Tratamiento Dental Primario)	No refiere	Pucca, G.A (2015)

- Se reconoce que los niños, siguen siendo el principal grupo objetivo del Programa Odontológico en Chile, adelantando la edad de la primera atención de los 2 años a los 6 meses de edad (MINSAL, 2017). Esto permite que, desde el 2017, se puedan identificar de manera precoz, en la población bajo control, ciertos factores de riesgo de caries, así como permite aumentar la cobertura de actividades preventivas y promocionales, con el propósito de aumentar el porcentaje de niños de 6 años libres de caries, lo que está en directa relación con los Objetivos Sanitarios de la Década, planteados en la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2010).

- Existe una alta valoración de las usuarias en relación a la infraestructura del Establecimiento de Salud. En cuanto a la infraestructura, la literatura señala que es más valorada por los afiliados a ISAPRE (Aravena & Inostroza, 2015), pero se condice con los esfuerzos realizados por el Gobierno de Chile el 2015, año en el cual se aumentó el presupuesto destinado a este propósito (Rojas, 2014).
- Existen una serie de estrategias implementadas por MINSAL (MINSAL, 2015), para los equipos de cabecera de APS, que busca aumentar las competencias de estos equipos en temas odontológicos y que son muy bien valoradas por las embarazadas y puérperas.
- Se reconoce la importancia del componente familiar y social como un determinante del estado de salud de las personas. La existencia de redes familiares y sociales que son reconocidas por brindar apoyo y ayuda es consistente con lo reportado por ciertos autores que señalan que estas redes, permiten que las personas puedan enfrentar de mejor manera, situaciones problemáticas (Ander, 2004) (Sánchez, 1998) (Sánchez, 2004)
- En base a lo señalado en la literatura, se esperaría que una puérpera pueda recurrir a sus Redes de Apoyo, sean estas comunitarias o familiares, tanto para enfrentar un problema de salud, como para buscar estrategias que faciliten su acceso a la atención odontológica. Esta Red de Apoyo, también

es fundamental cuando las puérperas tienen una representación negativa de sí mismas, en cuanto a su rol como madres. En el discurso emergen las dificultades que presentan, algunas entrevistadas, para lograr un apego seguro, acercándose más bien a lo que la literatura reporta como Vínculo Inseguro Ambivalente (Grimalt et al, 2012) (Galán, 2010). Las características que coinciden con este tipo de Vínculo y que son identificadas en el discurso, corresponden a la búsqueda de estrategias que le proporcionen a la puérpera, una matriz de apoyo y seguridad para el cuidado y protección tanto de ella, como de su bebé. Es por esto que las Redes de Apoyo son fundamentales para lograr un mayor y mejor vínculo, lo que se relaciona con lo discutido en el contexto del Chile Crece Contigo, que brinda apoyo material y técnico para promover un desarrollo saludable del bebé y que también entrega herramientas para que se pueda llevar a cabo una paternidad y maternidad segura y responsable. En la misma línea, es relevante destacar que en el discurso de las mujeres, se reconoce al equipo de salud integral como un gran apoyo en la etapa de maternidad/paternidad, brindando un acompañamiento constante desde la confirmación del embarazo, desarrollo del embarazo, parto y puerperio, que se liga directamente con el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, con las leyes de derechos y deberes de los Pacientes, los Derechos de los Niños y la Humanización del Parto.

- Las dificultades en el acceso a transporte público y la percepción de barrios inseguros, entornos precarizados y ausencia de servicios para adquirir productos como pañales y leche o ausencia de centros de salud cercanos, pueden incidir de manera negativa en la determinación social del derecho a ejercer salud oral, tanto de la madre como del bebé.
- La condición laboral, situación contractual, la actividad laboral desarrollada y la dependencia económica, las cuales están en estrecha relación entre ellas y con los patrones culturales (y de género) predominantes, actúan de manera desfavorable en la capacidad de las mujeres, a ejercer su derecho a salud oral, dado que deben lidiar con extensas jornadas laborales, largos trayectos de traslado, bajas remuneraciones (Dirección del Trabajo. Gobierno de Chile, n.d.) y/o escaso espacio para el autocuidado por brindar tiempo al cuidado de un tercero.
- Si bien, todas las mujeres entrevistadas tuvieron la posibilidad de acceder al GES de Salud Oral Integral de la Embarazada, esto no significó que, efectivamente, las mujeres hayan podido poner en práctica la realización de ejercer el derecho a salud oral. En este contexto, es importante destacar ciertos elementos que sí facilitarían el poder ejercer este derecho, como por ejemplo, que el equipo de salud integral de APS, brinde información oportuna acerca de la existencia de esta Garantía Explícita y de las facilidades administrativas para acceder a tratamiento dental durante el embarazo y

puerperio, lo cual ya fue abordado anteriormente en esta discusión y que también es concordante con otra subcategoría que surge de las entrevistas, que es la de información de derechos y deberes del paciente, que otorga conocimiento a los usuarios acerca de sus derechos, empoderándolos de su salud y favoreciendo la realización del derecho a ejercerla. Sin embargo, emerge en el discurso de las puérperas el matiz paternalista del GES, con frases como: “me hizo firmar un papel”. Esto puede actuar como una barrera para la realización del derecho a ejercer salud oral, toda vez que el odontólogo lo siga presentando, tal como dice Kottow en una editorial de Med Wave, como una “imposición que, en formar bien paternalista, pretenda ofrecer protección, en desmedro del sociabilizar una solución para una problemática de salud” (Kottow, 2012)

- Las representaciones del rol de cuidado que la sociedad o que los integrantes de la familia, le atribuyen a las mujeres, actúan como barrera para ejercer el derecho a salud oral, en el sentido que impiden brindar herramientas de autocuidado que, lo más probable, no sean aplicadas, dado que se tiende a favorecer el cuidado de terceros en desmedro del propio (Ahumada et Al, 2016).
- Algunas representaciones familiares surgen como barreras para el cuidado de la salud oral del niño y que tienen que ver con fomentar hábitos no saludables (ingesta elevada de azúcares), lo cual es identificado por las mujeres como un factor de riesgo, pero no así por el resto del grupo familiar

(abuelas, abuelos, tías, tíos, entre otros). Esto es debido a que, tradicionalmente en Chile y otros entornos, se ha asociado la provisión de bebidas azucaradas, golosinas o dulces (alto contenido en azúcares), como manifestación de cariño (patrones culturales).

- La coexistencia de saberes tradicionales y de saberes formales, se operativiza en la conjunción de prácticas tradicionales con las prácticas del sistema sanitario. Esto no influye, necesariamente, de manera negativa, ni en el autocuidado, ni en la adherencia al sistema. El uso de medicinas alternativas pareciera ser un elemento facilitador, en cuanto es un conocimiento que se traspasa de generación en generación y que, los profesionales de la Salud, han ido incorporando en su quehacer diario. Las púerperas destacan la posibilidad que se está dando actualmente, de que Profesionales Odontólogos y las propias usuarias, puedan conversar sobre creencias populares y, con esto, chequear la factibilidad de su uso.
- El énfasis en la prevención y en el autocuidado en Salud Oral, que tienen los talleres del Chile Crece Contigo, que son ejecutados por los profesionales del equipo de salud, en la etapa de gestación y de puerperio, sumado al componente educativo que debe tener el GES Salud Oral Integral de la Embarazada, favorece la adquisición de hábitos de higiene oral y cambios de conducta en la mujer, brindándole herramientas tanto para el autocuidado, como para el cuidado del niño, en coherencia con mantener una población bajo control odontológica desde que es lactante (MINSAL, 2017),

aumentando el porcentaje de niños menores de 7 años libres de caries (MINSAL, 2017) y con esto, aportando al cumplimiento de uno de los indicadores de los objetivos sanitarios de la década, que es el de aumentar el porcentaje de niños de 6 años libres de caries, con énfasis en los más vulnerables (MINSAL, 2010).

- En coherencia con lo señalado en el párrafo anterior, el acceso a la “información” y por ende, al conocimiento, es relevado por las puérperas, quienes lo consideran como un elemento significativo. El poseer conocimientos, genera mujeres empoderadas de sí mismas quienes, en instancias de participación, podrían surgir como líderes, aportando con su experiencia, con sus conocimientos y habilidades, estimulando el compromiso de otras mujeres, a cuidar su propia salud oral como la de sus hijos y familia (Acuña, 2014). Este fenómeno descrito, se dio espontáneamente durante los grupos de discusión en ambas comunas, donde ciertas puérperas fueron líderes naturales dentro del grupo, explicitando los conocimientos, prácticas preventivas y cambios de hábitos que han ido adquiriendo, en el contexto de las prestaciones promocionales y preventivas, otorgadas por los profesionales y técnicos del equipo de cabecera.
- La relación profesional/paciente es fundamental para el ejercicio del derecho a salud. Las mujeres valoran la escucha activa y el diálogo que pueden sostener con los profesionales. Si se les realiza una pregunta en relación al tratamiento, los odontólogos responden lo que produce bastante satisfacción

en las usuarias. Esto puede responder a varias causas: el odontólogo ha salido del box para incorporarse a un equipo integral, bajo el alero de un enfoque familiar y comunitario (Farfán, 2014), incorporación de las habilidades blandas en las mallas curriculares de las Facultades que imparten la carrera de Odontología y el cambio de paradigma en los tratamientos odontológicos los cuales, en el pasado, estaban más bien relacionados a la experiencia del odontólogo más que a la evidencia científica disponible (Cardozo et Al, 2009).

- La persistencia de antiguas Creencias en Salud Oral, se transforman en una barrera para el autocuidado en salud, puesto que condiciona a las personas a esperar un resultado inevitable, desvalorizando las acciones de prevención que pudieran ejecutarse para impedir ese resultado. Permanece en el ideario colectivo, la creencia de que, durante el embarazo, se descalcifican los dientes y es normal la pérdida de estos por caries o porque “se sueltan”, lo que coincide con lo reportado en la literatura actual (Martínez et. Al, 2013), pero también por lo reportado por algunos autores, hace casi 30 años atrás (Misrachi et Al, 1989).
- La evaluación del estado de salud oral, por parte de profesional odontólogo, tanto a las puérperas como a sus hijos, es visto como un facilitador del acceso a tratamiento dental, dado que el profesional odontólogo realiza un examen de salud, con enfoque en el segmento bucal, brindará un diagnóstico y evaluará la necesidad de tratamiento tanto de la madre como de su hijo, lo

que es respaldado por la Guía Clínica de Salud Oral Integral de la Embarazada (MINSAL, 2013) como por las Orientaciones Técnicas del Programa CERO (MINSAL, 2017).

- Los cambios feno/genotipo, se manifiestan en el discurso de las puérperas, principalmente, como una serie de cambios que afectan, principalmente, su Salud Mental y que pueden producir que las mujeres se alejen de los establecimientos de salud y de sus redes de apoyo, dificultando la realización del derecho a salud. Importante es señalar que, la literatura nos indica que, la prevalencia de síntomas depresivos y/o ansiosos inespecíficos en el puerperio, es de un 40% y que de estos, entre un 10 a un 15%, experimenta una enfermedad depresiva propiamente tal, cuyos síntomas son similares a los de un episodio depresivo, en cualquier otra fase de la vida de una mujer (Jadresic, 2010).

10.- Conclusiones

Las conclusiones se plantearán de manera dicotómica (favorece/desfavorece), a modo de facilitar la lectura. Sin embargo, se debe tener en cuenta que, de acuerdo al discurso de las puérperas, se identificaron varias categorías y subcategorías, que daban cuenta de los procesos Generales, Particulares y Singulares que se pretendían explorar. Estas categorías y subcategorías identificadas en el discurso, pueden favorecer o desfavorecer la realización de ejercer el derecho a salud bucal, dependiendo de los contextos en que se den. O sea, podríamos identificar una bidireccionalidad más bien dinámica, en el sentido de que una categoría o subcategoría nunca está 100% presente o 100% ausente en la relación entre los distintos procesos, que es lo que justamente se trata de explicar con el modelo interpretativo propuesto en los resultados.

Por lo tanto, no se debe perder el foco de que los procesos son dinámicos y dependen de los contextos en que se den.

10.1.- Procesos que favorecen la realización de ejercer el Derecho a Salud Oral de puérperas y sus hijos recién nacidos.

1.- Procesos Estructurales:

- ✓ **Políticas Públicas con enfoque Social:** aquí se encuentran el Programa Chile Crece Contigo, el Ingreso Ético Solidario, el Post Natal de 6 meses, todas las medidas para favorecer el pago, las políticas educacionales que facilitan que las puérperas no abandonen sus estudios y todas aquellas estrategias que aboguen por la equidad de género.
- ✓ **Políticas de Salud:** cuando aseguren el acceso y la oportunidad de atención, así como la continuidad en los tratamientos en las puérperas y sus hijos.
- ✓ **Políticas de Salud Oral (GES Salud Oral Integral de la Embarazada y Programa CERO):** al brindar garantías de protección financiera (gratuidad de prestaciones que, en el extrasistema, tienen un costo muy elevado y muchas veces inalcanzable para las personas), de oportunidad y de acceso; así como una amplia cartera de prestaciones que supera a las existentes en otros países y que se extiende al puerperio (en el caso del GES). En el caso de los recién nacidos, el Programa CERO facilita el acceso al brindar la posibilidad de ingresar a una población bajo control, donde hacemos un cambio de paradigma en la odontología, dejando de hablar de indicadores de

enfermedad y comenzado a hablar de indicadores en de salud (palabras generan realidades).

2.- Procesos Particulares:

- ✓ **Buena Economía Local:** facilita el acceso tanto de puérperas como de sus hijos recién nacidos, en cuanto la comuna donde habitan, tengan una buena gestión financiera y una buena gestión de salud municipal.
- ✓ **Correcta Gestión del Centro de Salud Familiar:** favorecerá la realización del derecho cuando el Establecimiento realice una correcta gestión de la demanda, para disminuir los tiempos de espera, para mejorar la dación de horas y priorizar a grupos históricamente desplazados del sistema. Además, de mejoras en la infraestructura, lo que motiva a las puérperas a acercarse al Establecimiento de salud.
- ✓ **Formación y Capacitación constante del equipo de Salud Integral en APS:** actúa favoreciendo los procesos, en cuanto el equipo de cabecera estará capacitado para brindar una respuesta oportuna a una problemática en salud oral, realizada por la puérpera en relación a ella o a su hijo recién nacido, no entrapando ni centralizando las soluciones en un solo profesional.

3.- Procesos Singulares:

- ✓ **Presencia de Redes de Apoyo (Familiares/Comunitarias):** brindan ayuda a las puérperas para que puedan acceder a tratamientos en el establecimiento. Además, ayudan a fortalecer o a mejorar las representaciones de la propia madre, apoyando con esto el Apego y el vínculo seguro del binomio.
- ✓ **Condiciones de Trabajo bajo contrato laboral:** otorga protección del binomio madre/hijo a través del Post Natal de 6 meses.
- ✓ **Vinculación con Programas Sociales del nivel local:** las puérperas y sus hijos reciben tanto ayuda económica directa, como elementos de apoyo a la crianza del recién nacido, los cuales no siempre pueden ser adquiridos por la madre y su familia y que favorecen, directamente, al correcto desarrollo del bebe.
- ✓ **Oportunidad de la información:** facilita el conocimiento y el empoderamiento de las puérperas, sintiéndose sujetos de derecho.
- ✓ **Lugar de atención estable:** cuando el lugar de atención es cercano a la residencia de la puérpera y de su hijo, junto con que ese lugar es donde siempre se ha atendido la mujer anteriormente, esta situación brinda mayor sentido de pertenencia territorial e identidad, pudiendo mejorar la adherencia a los tratamientos ya sean con enfoque promocional, preventivo o asistencial.
- ✓ **Representaciones familiares positivas:** cuando le brinden apoyo a la puérpera

- ✓ **Incorporación de Medicinas Preventivas:** toda vez que estas coexistan con los saberes formales, logren conjugarse en términos de tratamiento, con las prácticas del sistema sanitario; sea un traspaso ancestral (generación en generación) y sea validado, técnicamente, a través de un diálogo con la puérpera, por el profesional tratante.
- ✓ **Incorporación de Prácticas Preventivas en Salud Oral:** cuando favorezcan el autocuidado y el cuidado del recién nacido, impliquen eliminación de malos hábitos o hábitos no saludables ni para ella ni para su bebé y sean traspasadas de generación en generación.
- ✓ **Acceso a información y al conocimiento a través de talleres educativos:** al empoderar a las mujeres, brindarles herramientas para el autocuidado e incentivarlas a la participación para que puedan ser líderes dentro de su comunidad y/o familia.
- ✓ **Percepción y Necesidad de Tratamiento oportuno:** cuando se reconoce el componente promocional y preventivo como parte del tratamiento odontológico.
- ✓ **Buena relación Profesional/Usuaría:** al existir una escucha activa, empatía por el otro, interactúan a través del diálogo permanente, hay respuesta a preguntas realizadas y cuando el odontólogo incorpora en su quehacer el enfoque familiar y comunitario.
- ✓ **Educación para la salud y entrega de insumos de higiene oral:** favorece y estimula el autocuidado y el cuidado del niño(a) durante la primera infancia, traspasándolo luego al resto del ciclo infantil.

10.2.- Procesos que desfavorecen la realización de ejercer el Derecho a Salud Oral de puérperas y sus hijos recién nacidos.

1.- Procesos Estructurales:

- ✓ **Modelo de Desarrollo:** A pesar de los esfuerzos, aún se mantiene el neoliberalismo en el ámbito de la Salud, marcando e imponiendo su doctrina en otros aspectos de la vida de las puérperas y de sus hijos.
- ✓ **Políticas de Salud:** en cuanto sigan manteniendo un enfoque paternalista (incluye institucionalización del parto)
- ✓ **Políticas de Salud Oral (GES Salud Oral Integral de la Embarazada):** que está en relación también con el paternalismo, puesto que se incentiva a hacer uso de la garantía, pero no en motivar para la acción (adherencia a tratamiento). Si bien no es el propósito de esta investigación, hubiese sido interesante indagar en Puérperas afiliadas a ISAPRE, dado que es en estas instituciones donde menos acceden a tratamiento odontológico.
- ✓ **Patrones Culturales:** a través de la instrumentalización de la mujer, toda vez que deja de estar embarazada, pierde prioridad en el sistema, pasando el hijo a ser la prioridad en este.
- ✓ **Relaciones de Poder:** ejercidas por los empleadores al realizar descuento en dinero o no brindando contrato a las mujeres trabajadoras.

2.- Procesos Particulares:

- ✓ **Mala Economía Local:** dificulta el acceso en comunas de menores ingresos o con mayor precarización socio/económica
- ✓ **Dificultades en la articulación de la Red Asistencial:** será una barrera para las puérperas y sus hijos al haber ausencia de continuidad en la atención y niveles de atención poco resolutivos.

3.- Procesos Singulares:

- ✓ **Entornos Sociales Precarizados:** presentándose barreras como la falta de seguridad en el barrio, largas distancias de desplazamiento y escaso transporte público.
- ✓ **Costos de la Atención:** se presenta como barrera en los tratamientos de especialidad odontológica que se realizan en el nivel secundario de atención, siempre y cuando la garantía GES ya haya vencido por tiempo de expiración de la garantía o por término de tratamiento en el Nivel Primario
- ✓ **Condiciones de Trabajo sin contrato laboral o no trabaja:** en ambos casos no contará con el Post Natal de 6 meses. En el caso de las trabajadoras independientes, lo más probable es que deban volver lo antes posible a trabajar (por temas económicos), viéndose comprometido el apego o vínculo con el bebé.

- ✓ **Dependencia Económica:** depende económicamente de un tercero (pareja o familiar) dado a que no trabaja o a que su trabajo es mal remunerado, lo que fomenta la inequidad de género y las relaciones de poder a nivel singular.
- ✓ **Representaciones familiares negativas:** afectan a la mujer cuando la familia las invisibiliza como sujetos de derecho y/o se les atribuye el rol del cuidado, lo que perpetúa esta construcción social a lo largo del tiempo. En el caso del niño(a), algunas representaciones familiares implican incorporar factores de riesgo, como medida compensatoria (“la abuela le da dulces cuando llora”)
- ✓ **Percepción y Necesidad de Tratamiento tardío:** cuando las puérperas sólo consideran el componente curativo/asistencial de los tratamientos odontológicos y consultan en fase aguda, lo que complejiza tanto el problema, como la solución.
- ✓ **Creencias en Salud Oral:** es barrera en cuando, tanto las puérperas como los profesionales del equipo de salud, normalicen la pérdida de dientes por la condición de embarazo y puerperio.

- ✓ **Cambios en el Fenogenotipo:** se vuelve una barrera cuando se manifiesta a través del no tratamiento de problemas de salud mental, que pueden alejar a la puérpera de sus redes de apoyo y que estimulan a no consultar o no acceder a tratamiento oportuno.

Para finalizar, se puede concluir que:

- Existe interrelación de procesos críticos que emergen del discurso. Para procesos particulares y singulares, la interrelación es de tipo bidireccional. En el caso de los generales, específicamente modelo de desarrollo, relaciones de poder y/o acumulación de tierras y bienes, pareciera ser que esta interrelación es unidireccional.
- En general, las mujeres más precarizadas, observan al Estado como un ente protector, en varios ámbitos, incluyendo salud. Esto responde al Modelo de Desarrollo (impuesto en Dictadura) y se convierte en una barrera para la determinación en la realización del derecho a salud oral, tanto de las mujeres como de sus hijos(as), en cuanto favorece el no empoderamiento de las comunidades, haciendo que los grupos más precarizados, permanezcan en una situación de estancamiento y vulnerabilidad. En este caso, se podría decir que el Modelo de Desarrollo imperante, utiliza la promoción de la salud como herramienta político/social, para perpetuar las inequidades socioeconómicas; así como la brecha en acceso a educación y a salud.
- Para contrarrestar lo anterior, es que se han generado una serie de Políticas Públicas que pretenden disminuir las brechas existentes entre los grupos más favorecidos y los más precarizados, promoviendo la equidad y la protección de los grupos que, históricamente, han sido los más vulnerados. En este contexto, se destacan el Programa Chile Crece Contigo, el Post natal de 6

meses y, en el ámbito que nos convoca, el GES Salud Oral Integral de la Embarazada.

- Si bien, con la incorporación del Programa CERO, se ha logrado cambiar ciertos paradigma en odontología, que tenían que ver con trabajar desde la enfermedad, lo más importante es que es un elemento que facilita la realización del derecho a salud oral en el recién nacido hasta los 6 años 11 meses y 29 días.
- Del mismo modo y a pesar que el ingreso a tratamiento dental debe ocurrir en el período de embarazo, el GES Salud Oral Integral de la Embarazada, consta de una garantía que se extiende hasta que el bebé tenga 9 meses o hasta pasados 15 meses posterior al ingreso a tratamiento dental, abarcando el periodo de puerperio, por lo que podemos reconocerlo como un elemento que favorece la realización del derecho a Salud Oral en las puérperas (no sólo en las embarazadas).

11.- Sugerencias del equipo investigador:

- Si bien, los flujos de derivación y de articulación de la red son los mismos para todos los grupos, se recomienda la realización de una orientación técnica, desde el Nivel Central, para que los flujos de referencia y contra-referencia entre el Nivel Primario de Atención y el Secundario, sean más expeditos, menos engorrosos y más resolutivos, para las mujeres embarazadas y púerperas que se atienden en el contexto del GES, como por ejemplo la incorporación de atención de especialidad (de las prestaciones de la canasta GES), en el mismo Centro de Salud en el cual se les brindó la atención dental básica, a modo de evitar que la madre se desplace grandes distancias, potenciando con esto el Modelo de Salud Familiar en APS y brindando mayor equidad en el acceso a especialidades en este grupo, lo que, de acuerdo a lo señalado en esta investigación, se reflejaría en una mayor determinación en la realización del Derecho a Salud Oral.
- Siguiendo la línea del punto anterior, para seguir potenciando la determinación de la realización del derecho a salud oral de estos grupos, se hace necesario reconocer el gran ausentismo a las citas de tratamiento odontológico y con esto, el grupo de investigación recomienda la generación de estrategias que permitan a las madres, acudir con sus hijos a tratamiento odontológico, siguiendo modelos extranjeros como apoyo económico en el traslado hacia el centro de salud y guardería para el cuidado de los niños mientras la mujer recibe atención. Esto sería un paso muy importante en

vistas de mejorar la cobertura, mejorar los indicadores de impacto odontológico, brindar mayores herramientas para el cuidado Oral tanto de ellas como de sus hijos y con esto, favorecer la determinación de la realización del derecho a salud oral de mujeres y sus hijos.

- Si bien es cierto, se hace prácticamente imposible aumentar la cobertura de atención odontológica a todas las mujeres, por un tema de costo/efectividad, como sociedad debiéramos abogar por eliminar la instrumentalización de la mujer y eliminar su protección, en cuanto sólo sea ente de procreación. Debemos entender que los contextos son dinámicos y que, actualmente, existen muchas mujeres “en edad fértil”, que optan por no embarazarse o que optan por la maternidad, a través de la adopción. Estas mujeres, desde lo social, no son consideradas un instrumento del sistema, pero tampoco cuentan con el mismo apoyo que el Estado y que la sociedad, brindan a las embarazadas o puérperas. En este caso, las instituciones las invisibilizan y es justamente esta invisibilización, la que las margina del acceso a Salud Oral. Bajo este contexto, el grupo de investigación recomienda avanzar en estudios de costo/efectividad, pero también en estudios cualitativos que exploren, desde lo fenomenológico, el sentir de este grupo de mujeres invisibilizadas desde la Determinación de la realización del Derecho a Salud Oral.

12.- Limitaciones y Fortalezas del estudio

Limitaciones:

- Se requiere ahondar en modelo interpretativo que plasme de mejor manera la interrelación de los procesos.
- Para avanzar en lo anterior, se hace necesario profundizar en la triangulación.
- Dado que es la primera aproximación con este enfoque, se relevó el acceso a atención odontológica dentro del Derecho a Salud Bucal.

Fortalezas:

- Se aborda el problema a través de un enfoque poco utilizado en Chile, abriendo una nueva línea de investigación.
- Se plantea una definición operacional que pudiese ser útil para otros ámbitos que estudien en esta línea.
- Se plantea el rol de la mujer como un sujeto de derechos.

13.- Referencias Bibliográficas.

- Acuña, I, Guevara, H & Flores, M. (2014). "El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades". Rev. Cubana de Salud Pública, 40(3), 353-361. Consultado el 18 de Octubre 2017 en el URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300005&lng=es&tlng=es
- Adimark (2016). "Informe Trimestral MERCADO INMOBILIARIO Gran Santiago". Consultado el 17 de Octubre 2017 en el URL: http://www.adimark.cl/estudios/documentos/gfk_inmobiliario%20%204t%202016.pdf
- Ahumada, K., Monreal, T. y Tenorio, L. (2016). "Representaciones sociales de género: La(s) mujer(es)/madres como un instrumento para el Desarrollo en el Programa gubernamental chileno Ingreso Ético Familiar". Revista CS, no. 18, pp. 159-181. Cali, Colombia: Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Icesi. Consultado el 16 de Octubre 2017, en el URL : <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n18/n18a07.pdf>
- Álvarez, Karen (2007) "El Sistema Económico Neoliberal". Cátedra de Economía Empresarial. Instituto de Estudios Bancarios, Temuco. Octubre de 2007. Consultado el 02 de Septiembre de 2017 en URL: https://www.u-cursos.cl/ieb/2007/2/0336/219601/material_docente/bajar?id_material=501724
- Améstica, C (2017). Reportaje Diario La Segunda. U. de Chile debuta con prenatal y postnatal para sus estudiantes. Consultado el 15 de Octubre 2017 en el URL: <https://colegiodematronas.cl/index.php/2017/06/08/u-de-chile-debuta-con-prenatal-y-postnatal-para-sus-estudiantes/>
- Ander, E. (2004). "Los grupos de autoayuda y el apoyo social". Ergon, Madrid.
- Andersen R. (1995) Revisiting the behavioral model and Access to medical care: does it matter? *Health Social Behavior*, 36,1-10.
- Aravena P, & Inostroza, M. (2015) "¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile". Revista médica de Chile, 143(2), 244-251. Consultado el 17 de Octubre en el URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200012

- Arrivillaga M, Ross M, Useche B, Alzate ML, Correa D. (2009). Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS. Social determinant of health approach. *Revista Panamamericana de Salud Pública*; 26(6), 502-510.
- Bachelet, M (2005). Programa de Gobierno Michelle Bachelet, 2006-2010. Consultado el 16 de Octubre 2017 en el URL: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/13433/1/2005_programa-MB.pdf.
- Bachelet, M (2014). Programa de Gobierno Michelle Bachelet, 20014-2018. Consultado el 16 de Octubre 2017 en el URL: <http://www.subdere.gov.cl/sala-de-prensa/programa-de-gobierno-michelle-bachelet-2014-2018-2>
- Bedregal, P. (2013). Diagnóstico y lineamientos para el mejoramiento de Chile Crece Contigo. Banco Interamericano de Desarrollo.
- _____. (2014). Hacia la renovación en las políticas de infancia en Chile. *Revista Chilena de Pediatría*, 7-11.
- Benavides, P., Castro, R., & Jones, I. (2013). “Sistema Público de Salud. Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013-2050”. Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf
- Biblioteca Nacional del Congreso de Chile. (2004). Régimen de Garantías en Salud- Plan GES. Consultado el 11 de Febrero de 2016 en el URL <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=229834>.
- Biblioteca Nacional de Chile (2016). El Estado de Bienestar Social (1924-1973). Consultado el 06 de Septiembre de 2017 en URL: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-3411.html>
- _____. (2016). Crisis Económica 1982. Consultado el 06 de Septiembre de 2017 en URL: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-98012.html>
- _____. (2016). Etapa de Flexibilización de las Políticas Económicas. Consultado el 06 de Septiembre de 2017 en URL: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-98019.html>
- _____. (2016). Reformas Comerciales y Financieras. Consultado el 06 de Septiembre de 2017 en URL: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-98031.html>

- _____. (2016). La Transformación Económica Chilena entre 1973-2003. Consultado el 06 de Septiembre de 2017 en URL: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-719.html#presentacion>
- _____. (2016). Michelle Bachelet Jeria. Consultado el 06 de Septiembre de 2017 en URL: <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-92972.html>
- Bindi, M (2017) The Healthcare System and the provision of Oral Healthcare in European Union member states. Part 8: Italy. *British Dental Journal*. Vol 222, no. 10. Pág. 809-817.
- Boston Consulting Group (2016). Global Wealth 2016: Navigating the New Client Landscape. Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: <http://www.emol.com/noticias/Economia/2016/06/08/806779/Ranking-Las-10-personas-mas-millonarias-de-Chile.html>
- Bravo, M (2015). The Healthcare System and the provision of Oral Healthcare in European Union member states. Part 2: Spain. *British Dental Journal*. Vol 219, no. 11.
- Breilh J. (1979) *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*. Quito: Universidad Central.
- _____. (2003). *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- _____. (2008) Latin American Critical (“social”) Epidemiology: New settings for an Old Dream. *International Journal of Epidemiology*, 37, 745-750.
- _____. (2010a). Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. En: Passos, R. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes.
- _____. (2010b). Epidemiología. Económica, política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Quito: Corporación Editora Nacional – Universidad Andina Simón Bolívar.
- _____. (2012). Más allá de la crisis actual: Movilización por la salud para todas y todos. Acuerdo urgente y agenda por la vida: Tesis para un movimiento cohesionado y orgánico. *Revista Medicina Social*, Vol. 7, N°2, 2012, págs.49-54 [Revista Electrónica]

- _____. (2013a). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31,13-27.
- _____. (2013b). La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). *Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica*. VIII Seminario Internacional de Salud Pública: Epidemiología en el Siglo XXI. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Cardozo, M; Sorate, y Herrera, M (2009). “Odontología basada en la evidencia: paradigma del siglo XXI”. *Acta Odontológica venezolana*, Vol. 47, no 2, Año 2009 Consultado el 18 de Octubre 2017 en el URL: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art-28/>
- Carrion-Moraga, C. (2004). Diagnóstico de salud oral de primigestantes que acuden a control prenatal al consultorio Dr. José D. Astaburuaga. Memoria para optar al título de cirujano dentista. Universidad de Talca. Facultad de Ciencias de la Salud.
- Centro de Estudios y Economía y Negocios (2016). “Ranking de grupos Económicos”. Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: <http://www.udd.cl/wp-content/uploads/2016/06/RGE-Diciembre-2015-.pdf>
- Centro de Estudios de Seguridad Ciudadana-CESC (2006). “Comunidad y Seguridad: una guía para la prevención a nivel local”. Consultado el 19 de Octubre 2017 en el URL: https://www.cesc.uchile.cl/publicaciones/mc_02_comyseg.pdf
- Chile Crece Contigo (2016). Acerca de Chile Crece Contigo. ¿Qué es? Consultado el 23 de Noviembre en el URL <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-es/>
- Cid, C., Muñoz, A., & Superintendencia de Salud, C. (n.d.). “Evaluación de la Implementación de la Reforma de Salud en el Sistema Isapres y su Impacto en los Beneficiarios”. Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4203_recurso_1.pdf
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL (2001). “Reformas, crecimiento y políticas sociales en Chile desde 1973”. (Editado por Ricardo Ffrench-Davis y Barbara Stallings). Capítulo 4, Pág 133-159).

- Concha, SC., (2011) La salud bucal de las mujeres gestantes, sus repercusiones y los aspectos que influyen en su atención. *Ustasalud*, 10(2), 110-126.
- Concha, SC., & Morales C., (2014). Inequidad en la atención odontológica de Las mujeres gestantes en Santander. *Salud UIS*, 46(1), 35-45
- Corchuelo, J., (2013). A literature Review on social and economic factors related to access to dental care for pregnant women. *Journal of Dentistry*, 1(1), 24-34
- Corchuelo-Ojeda J, Pérez GJ. (2014). Socioeconomic determinants of dental care during pregnancy in Cali, Colombia. *Cadernos Saude Publica*, 30(10), 2209-2218
- Cornejo-Ovalle, M., Paraje, G., Vásquez, F., Pérez, G., Palència, L., & Borrell, C. (2015). Changes in Socioeconomic Inequalities in the Use of Dental Care Following Major Healthcare Reform in Chile, 2004–2009. *Research Public Health*, 2823-2836.
- Cornejo-Ovalle, M., Brignardello-Petersen, R., & Pérez, G. (2015). Pay-for-performance and efficiency in primary oral health care practices in Chile. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, En prensa. doi:10.1016/j.piro.2015.02.011.
- Damaskinos, P (2016). The Healthcare System and the provision of Oral Healthcare in European Union member states. Part 4: Greece. *British Dental Journal*. Vol 220, no. 5. Pág. 253-260.
- Delgado I, Cornejo M, Jadue L y Huberman J. (2013), Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. *Revista Científica de formación continuada*, ISSN-e 1697-641X, ISSN 1697-6398, Vol. 10, N° 2, 2013, págs. 15-23.,
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), (2016). Resúmenes Estadísticos Mensuales 2016. Consultado el 28 de Febrero de 2016 en el [URL:http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2016/REM09SECCIONC/REM09SECCIONC.aspx](http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2016/REM09SECCIONC/REM09SECCIONC.aspx)
- Dirección del Trabajo, Gobierno de Chile (n.d.). “La Mujer y el Trabajo”. Consultado el 20 de Junio, 2017, en el URL: <http://www.dt.gob.cl/1601/w3-article-59923.html>
- Díaz, LM., Castellanos, JL. (2004). Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 9(5), 430-437
- Drake P. y Jaksic I (1999). “El modelo chileno: Democracia y desarrollo en los noventa”, página 69.

- Economía, U. de E. del M (2014). “Las empresas en Chile por tamaño y sector económico desde el 2005 a la fecha”. Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: <http://www.economia.gob.cl/wp-content/uploads/2014/06/Boletín-Empresas-en-Chile-por-Tamaño-y-Sector-2005-2012.pdf>
- Farfán, J y Valenzuela, M-T. (2014). “Incorporación de los odontólogos en los procesos de transformación al modelo de salud familiar de la Atención Primaria en Chile” Rev Chilena Salud Pública 2014; Vol 18 (1): 72-80
- Fondo Nacional de Salud- FONASA (2017). Coberturas y Beneficiarios del Plan General de Salud Bucal. Consultado el 16 de Octubre 2017, en el URL: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/plan-general/salud-bucal>
- Feo, O (2008). “Las políticas neoliberales y su impacto sobre la formación en salud pública. Comentarios sobre la experiencia venezolana”. Rev. Medicina Social, Noviembre 2008. Vol. 3, no. 4, noviembre 2008. Consultado el 15 de Octubre 2017 en el URL: www.medicinasocial.info
- Franco, S. (2013). Entre los negocios y los derechos: Lecciones ético-políticas de 20 años de confrontación por la salud en Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública, [Revista electrónica]* 39(2),268-284.
- Franco-Cortés Á. M. & Roldán-Vargas, O. (2015). Sentido de la responsabilidad con la salud: perspectiva de sujetos que reivindican este derecho. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), pp. 823-835.
- Galán Rodríguez, Antonio. (2010). “El apego: Más allá de un concepto inspirador”. Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30(4), 581-595. Consultado el 17 de Octubre 2017 en el URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400003
- Goyenechea, M (2014). “Regular el Mercado o Salud como Derecho”. [Editorial] Rev. Chilena Salud Pública 2014; Vol 18 (2): 123-124. Consultado el 15 de Octubre 2017 en el URL: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/31972/33764>
- Goyenechea, M. (2015). Avances, retrocesos y ausencias en el presupuesto de salud de Chile para 2015. Consultado el 23 de Noviembre en URL https://www.senado.cl%2Fapps Senado%2Findex.php%3Fmo%3Dtramitacion%26ac%3DgetDocto%26iddocto%3D17114%26tipodoc%3Dinfo&usg=AFQjCNH-6F_COZyJjv9V8XVWaDmTJcb0rw&sig2=Z3_nDvFuMw2ibUJvnngihA

- Grimalt O, Lua, & Heresi M, Eliana. (2012). "Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo". *Rev. chilena de pediatría*, 83(3), 239-246. Consultado el 17 de Octubre 2017 en el URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000300005
- Instituto Nacional de Estadísticas (2003). Síntesis de Resultados CENSO 2002. Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: <http://www.ine.cl/docs/default-source/FAQ/síntesis-de-resultados-censo-2002.pdf?sfvrsn=2>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2013). Resultados finales - Censo de 2012. Santiago de Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio de Desarrollo Social y Subsecretaría de Evaluación Social (2017). Síntesis de Resultados Encuesta CASEN 2015. Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_trabajo.pdf
- Jadresic, E. (2010). "Depresión en el embarazo y el puerperio". *Rev. Chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 269-278. Consultado el 18 de Octubre 2017 en el URL: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>
- Jiménez J, Gil M. (1988). "Municipalización de la atención primaria de salud". Documento de Trabajo N° 16/88. Corporación de Promoción Universitaria: Santiago de Chile. Octubre, 1988.
- Junta Nacional de Jardines Infantiles-JUNJI, UNICEF, & Organización de las Naciones Unidas para la Educación. (2010). Resultados Preliminares "Encuesta Nacional de la Primera Infancia -ENPI". Proyecto "Encuesta Nacional de la Primera Infancia, ENPI".
- Kottow, M (2012). "Políticas públicas sanitarias, bioética y el caso de Chile". *Medwave* 2012 Mar/Abr;12(3):e5330. Consultado el 17 de Octubre 2017 en el URL: <http://www.medwave.cl/link.cgi/medwave/perspectivas/editorial/5330>
- Kulikova, NG., Omeltchuk, NN., Zalenskiy, VA., Tkachenko, AS. (2014). The organization of medical stomatological care of women in post-natal period. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii Istor Med*, (3),34-36
- Lagos, R. (2016). "Una Constitución más inclusiva". Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: http://www.senado.cl/prontus_senado/site/artic/20160527/pags/20160527095545.html
- Lamarca, GA., Leal, MC., Leao, AT., Sheiham, A., Vettore, MV. (2012). Oral health related quality of life in pregnant and post-partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. *Health Quality Life Outcomes*, 13, 10-15.

- _____. (2013). The association of neighborhood and individual social capital with consistent self-rated health: a longitudinal study in Brazilian pregnant and postpartum women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13:1, Consultado en Agosto de 2014 en el URL: http://download.springer.com/static/pdf/548/art%253A10.1186%252F1471-2393-13-1.pdf?auth66=1423349264_5145cd7849693d03e31c696c47e70e41&ext=.pdf MacIntyre, A. (1987) *Tras la virtud. Crítica: Barcelona.*
- Maldonado RJ & Monsalve AM (2016). “Derecho a la salud: Más allá del papel. Alcances y limitaciones de la Ley 1.751 del 2015. A la luz de la salud como derecho fundamental”. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Maestría Administración en Salud. Bogotá, 2016.
- Malkiewicz, K (2016). The Healthcare System and the provision of Oral Healthcare in European Union member states. Part 6: Poland. *British Dental Journal*. Vol 221, no. 8. Pág. 501-507.
- Martignon S, Castiblanco GA, Cortés A, Marín LM, Gómez SI, Gómez OL, Abad DC, Carrillo GA, Lozano ML, Naranjo MC (2015). Reporte de una metodología de calibración de examinadores en el uso del Sistema Internacional de Detección y Valoración de Caries (ICDAS). *Univ Odontol*. 2015 Jul-Dic; 34(73): 159-171. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo34-73.rmce>
- Martínez, J; Llanes, E; Gou, A; Bouza, M; Hernández, O. (2013). “Diagnóstico educativo sobre salud bucal en embarazadas y madres con niños menores de un año”. *Rev Cubana Estomatol*, 50(3). Consultado el 18 de Octubre 2017 en el URL: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/30/30>
- Melguizo, E. & Alzate ML. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en Enfermería* 26(1), 112-123
- Ministerio de Desarrollo Social (2013). Resultados Encuesta CASEN 2013. Consultado el 21 de Marzo de 2015 en el URL <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/resultados-encuesta-casen2013/>
- Ministerio de Desarrollo Social (2013). Encuesta CASEN 2013. Una medición de la pobreza moderna y transparente para Chile”. Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Presentacion_Resultados_Encuesta_Casen_2013.pdf

- Ministerio de Desarrollo Social (2015). Informe de Desarrollo Social 2015. Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/IDS_INAL_FCM_3.pdf
- Ministerio de Educación-MINEDUC (2012). Derechos y Deberes de las Estudiantes Embarazadas y Madres Adolescentes. Consultado el 15 de Octubre 2017 en el URL: http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201203262311030.Derechos%20y%20Deberes%20de%20estudiantes%20embarazadas.pdf
- Ministerio del Interior. Decreto 1150 de 1980. Texto de la Constitución Política de la República de Chile. Consultado el 1 de Abril de 2015 en el URL: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=17039&idVersion>
- Ministerio del Interior (1981). "Programa Socio-Económico 1981-1989". Consultado el 06 de Septiembre de 2017 en URL: <https://issuu.com/conicyt-biblioteca/docs/144>
- Ministerio de Hacienda (2017). "¿A través de qué vías el Ministerio de Hacienda recibe los recursos para financiar los programas de los diferentes ministerios?". Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: <http://www.hacienda.cl/preguntas-frecuentes/presupuesto/a-traves-de-que-vias-el-ministerio-de.html>
- Ministerio de Justicia (1998). Ley 19585 que modifica el código civil y otros cuerpos legales en materia de filiación. Consultado el 20 de Octubre 2017 en el URL: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=126366>
- Ministerio de Planificación. Ley 20.379: Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo". Consultado el 25 de Noviembre de 2016, en el URL: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2010/03/Ley-20.379.pdf>
- Ministerio de Salud (1985). Decreto Supremo N° 369: "Aprueba Reglamento del Régimen de prestaciones de Salud". Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/adjuntos/DS%20369>
- Ministerio de Salud-Organización Panamericana de Salud-Asociación de ISAPRES (1995). "Instituciones de Salud Previsional en Chile". Editorial Antártica SA. Santiago de Chile, 1995.
- Ministerio de Salud (2007). Decreto Supremo N° 44. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=258003>

- Ministerio de Salud. Chile. (2008). Diagnóstico de la situación de salud bucal. Consultado 14 de Septiembre de 2013 en el URL: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_bucal/PerfilEpi2008.pdf
- _____. (2010). Encuesta Nacional de Salud. Consultado el 16 de Octubre 2017 en el URL: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- _____. (2013). Serie Guías Clínicas MINSAL. Guías Clínicas AUGE. Salud Oral Integral de la Embarazada. Consultado el 11 de Diciembre de 2016 en el URL: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/955578f79a24ef2ae04001011f01678a.pdf>
- _____. (2015). Resumen de Patologías GES. Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e03c08fac00143dee0400101650176c1.pdf>
- _____. (2015). “Exitoso taller de capacitación de salud oral y factores de riesgo, organizado por OPS-OMS en coordinación con MINSAL”. Consultado el 16 de Octubre 2017 en el URL: <http://web.minsal.cl/exitosa-taller-de-capacitacion-de-salud-oral-y-factores-de-riesgo-organizado-por-opsoms-en-coordinacion-con-el-minsal/>
- _____. (2016). Orientaciones Técnicas Metas Sanitarias 2017. Consultado el 25 de Noviembre de 2016 en el URL: http://www.araucanianorte.cl/images/PDF-WORD/OT_METAS_sanitarias_2017-31-09-2016.pdf
- _____. (2016). Orientaciones Técnico Administrativas para la ejecución del Programa GES Odontológico 2016. Consultado el 17 de Octubre 2017 en el URL: <http://163.247.80.2/priged/2016/DATADEIS/Informacion/Informaci%C3%B3n%20Sanitaria/Indicadores/PRAPS/2016/Orientacion%20Tecnica%20Programa%20GES%20Odontol%C3%B3gico%202016%20.pdf>
- _____. (2017). “Orientación Técnico Administrativa Población en Control Con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO)”. Consultado el 16 de Octubre 2017 en el URL: <https://www.minsal.cl>
- _____. (2017). Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red 2018. Consultado el 16 de Octubre 2017 en el URL: <https://www.minsal.cl>
- _____. (n.d). Historia de la Salud Chilena. Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: <http://web.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>
- Misrachi, C; Sáez, M. (1989). “Valores, Creencias y Prácticas Populares en relación a la Salud Oral”. Cuad. Méd.-Soc., XXX, 2, 1989; 27-33.

- Monsalves, M. (2012). La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual. *Revista Chilena de Salud Pública*, 241-246.
- Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda J, Concha-Sánchez S. (2013) ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev. Salud Pública* 15 (6): 797-808, 2013
- Morales, M. (2013). Chile envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales. Consultado en Abril de 2015 en el URL: www.gerontologia.uchile.cl.
- Núñez, J; Moya, P; Monsalves, M-J & Landaeta, S (2013). "Nivel de Conocimiento de Salud Oral y Utilización de GES Odontológico en Púerperas Atendidas en una Clínica Privada, Santiago, Chile". *International journal of odontostomatology*, 7(1), 39-46. Consultado el 16 de Octubre en el URL: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2013000100007>
- Oancea, R (2016) The Healthcare System and the provision of Oral Healthcare in European Union member states. Part 5: Romania. *British Dental Journal*. Vol 220, no. 7. Pág. 361-366.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos-OECD. (2011). *Society at a Glance - OECD Social Indicators*. Consultado el 3 de Abril de 2015 en el URL: www.oecd.org
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos-OECD (2014). *Estudios Económicos de la OECD, Chile*. Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: www.oecd.org
- Organización Mundial de la Salud (2013). Datos estadísticos de Chile. Consultado en abril de 2015 en el URL: <http://www.who.int/countries/chi/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Global Health Observatory Data Repository. Health expenditure ratios, by country, 1995-2014 en Chile*. Consultado el 01 de Marzo de 2017 en el URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOCHL?lang=en>
- Organización Panamericana de la Salud-OPS/Ministerio de Salud-MINSAL (2011). *Foro de Salud de la 2da Jornada "¿La Atención Primaria de Salud debe permanecer a cargo de los Municipios?"*. Consultado el 16 de Octubre en el URL: http://www.paho.org/chi/images/PDFs/foro%20salud%20desmunicipalizacion%20publicacion%20final%20qm%20qb%20_4_.pdf?ua=1
- OXFAM, 2016. "Desterrados: Tierra, Poder y Desigualdad en América Latina". Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1485.pdf
- Pegon-Machat, E (2016). The Healthcare System and the provision of Oral Healthcare in European Union member states: France. *British Dental Journal*. Vol 220, no. 4. Pág. 197-203

- Plutzer, K. & Spencer, A.J. (2008). Efficacy of an oral health promotion intervention in the prevention of early childhood caries. *Community Dental Oral Epidemiology*, 36(4), 335-46
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD (2010). “Reforma de Salud: Garantías Explícitas como Derecho Ciudadano. Las Nuevas Políticas de Protección Social en Chile”.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD (2017). “Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos en la brecha social en Chile”. Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: <http://www.cl.undp.org/content/chile/es/home/presscenter/pressreleases/2017/06/14/estudio-del-pnud-revela-seis-nudos-de-reproducci-n-y-cambio-de-la-desigualdad-en-chile.html>
- Pucca, G.A (2015). Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *Journal of Dental Research*. Vol. 94(10) 1333-1337.
- Quiroga Y. y Ensigna J (2010). “Chile en la concertación [1990-2010]. Una mirada crítica, balance y perspectivas”. Friedrich Ebert Stiftung, Chile. 2010
- Radio U. de Chile (2014). “Concentración de la tierra un debate que viene”. Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: <http://radio.uchile.cl/2014/10/18/concentracion-de-la-tierra-un-debate-que-viene/>
- Rengifo HA. (2009). Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 20 (2), 171-178
- Riedy, CA., Weinstein, P., Milgrom, P., Bruss, M. (2001). An ethnographic study for understanding children's oral health in a multicultural community. *International Dental Journal*, 51(4), 305-12.
- Rojas, C (2014). Reportaje en Periódico La Tercera [on line]. “MINSAL afirma que presupuesto para infraestructura en Atención Primaria aumentó en 424%”. Consultado el 17 de Octubre 2017 en el URL: <http://www.t13.cl/noticia/actualidad/minsal-afirma-que-presupuesto-para-infraestructura-en-atencion-primaria-aumento-en-424>
- Saavedra, E. (2014). “El Modelo Económico-Político de Chile: Desarrollo Institucional en la Encrucijada”, 1(1), 117–148. Consultado el 06 de Septiembre de 2017 en URL: <http://www.economiaypolitica.cl/wp-content/uploads/2014/03/revista-saavedra.pdf>

- Saddki, N., Yusoff, A., Hwang, YL. (2010). Factors associated with dental visit and barriers to utilization of oral health care service in a sample of neonatal mothers in Hospital University Sains Malaysia. *Biomedical Central*, 10, 75.
- Salazar, G., & Pinto, J. (1999). "Historia Contemporánea de Chile I, Estado, legitimidad, ciudadanía". Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0059810.pdf>
- Sánchez, E. (1998). "Apoyo social, integración social y salud mental". *Rev. Psicología Social*, 13: 537-544.
- Sánchez, E. (2004). "Collectivize Social Support? Elements for Reconsidering the Social Dimension in the Study of Social Support". *The Spanish Journal of Psychology* 7: 124-134.
- Santander, B. (2017). "Chile: Política y Autonomía". Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: https://es.portal.santandertrade.com/analizar-mercados/chile/politica-y-economia?&actualiser_id_banque=oui&id_banque=10&memoriser_choix=memoriser
- Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Téllez, C. (1998). "Valor Jurídico de los tratados Internacionales en el Derecho Interno". *Rev. Derecho (Valdivia)*. [online]. Dic. 1998, vol.9, no.1, p.179-190. Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09501998000200010&lng=es&nrm=iso
- Vásquez, F., Paraje, G., & Estay, M. (2013). Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 98-106.
- Vera-Delgado MV, Martínez Y, Pérez I, Fernández A, Maraudin A. (2010). Nivel de salud oral de la mujer embarazada de la comunidad autónoma de la región de Murcia. *Odontología Preventiva*; 2, 1-7
- Vergara, M & Martínez, M-S (2006). "Financiamiento del sistema de salud chileno". *Rev. Salud Pública de México*, 48(6), 512-521. Consultado el 20 de Junio 2017 en el URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000600010&lng=es&tlng=es.
- Watt RG. (2007). From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007 Feb;35(1):1-11.

- Woods, N (2017). The Healthcare System and the provision of Oral Healthcare in European Union member states. Part 7: Republic of Ireland. British Dental Journal. Vol 222, no. 7. Pág. 541-548
- Ziller, S (2015). The Healthcare System and the provision of Oral Healthcare in European Union member states. Part 1: Germany. British Dental Journal. Vol 218, no. 4. Pág. 239-244.
- Zúñiga, A. (2010). “Una Teoría de la justicia para el cuidado sanitario: La protección de la salud en la Constitución después de la reforma AUGE”. Rev. Derecho, Dic. 2010. Vol. XXIII, no. 2, p. 113-130. Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: <http://www.scielo.cl/pdf/revider/v23n2/art06.pdf>
- Zúñiga, A (2011). “El Derecho a la Protección de la Salud en la Constitución Chilena, antes y después de la reforma AUGE”. Medwave 2011 Ago;11(08):e5107. Consultado el 06 de Septiembre 2017 en el URL: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5107>

14.- Anexos

14.1.- Guía o Pauta de Entrevista Semiestructurada

Dimensión General

Descripción de la persona y su entorno cercano

Consulta por su paridad, su embarazo reciente, condiciones de vida

Dimensión Calidad de Vida y Salud General

Situación de salud actual

Historia de su salud

Historia y Situación de atención de salud

Uso de Medicinas alternativas

Indagar en la cultura médica de la gestante y mujeres en periodo de postparto, y sus nociones en torno a la salud bucal de sus hijos y su importancia relativa respecto de otros aspectos de salud

Dimensión Salud Bucal y Embarazo

Identificar creencias y conocimientos en torno a salud y cuidado bucal

Identificar los mismos elementos respecto de salud bucal, embarazo y periodo de postparto

Relación de su historia de atención en salud bucal

Modos de auto-atención y uso de medicinas alternativas

Dimensión Facilidades y Dificultades para el cuidado de la salud bucal

Identificar dificultades y facilidades en la atención de salud bucal

Mismos elementos respecto del auto cuidado

Mismos elementos relativos al cuidado de sus hijos

14.2.- Guía o Pauta para Grupo de Discusión

Este grupo de discusión hará énfasis en los determinantes sociales, pero requiere de identificar en el discurso grupal las siguientes dimensiones, lo que se hará a través de cuatro preguntas. Las dimensiones serán:

Dimensión políticas públicas en su ciudad en torno al tema de estudio

Dimensión Calidad de Vida y Salud General

Dimensión Salud Bucal y Embarazo

Dimensión Facilidades y Dificultades para el cuidado de la salud bucal y la de sus hijos

14.3.- Encuesta Para Identificar La Posición Social De Las Mujeres Y Sus Hijos

Señor/a encuestador/a:

A continuación encontrará una serie de preguntas para identificar la clase social y los modos de vida de las mujeres y sus hijos. Marque con un X en el recuadro o escriba en la línea correspondiente.

Recuerde aclarar que la información que se recoja es de carácter absolutamente confidencial, así que la encuestada puede responder con la mayor libertad y sinceridad posible; así mismo que cualquier inquietud que tenga puede preguntarla.

Nombre de la mujer que contesta la encuesta :

Código de la participante :

Procesos de Determinación del Derecho a la Salud Bucal de mujeres en periodo de post-parto y de sus hijos recién nacidos de las ciudades de Medellín, Bucaramanga y Santiago de Chile. 2016-2017

Encuesta para identificación de clase social y modo de vida

Registro Social Hogares:

CÓDIGO participante:

Comuna:

MODULO I. INSERCIÓN SOCIAL		
1. ¿Quién es él o la principal responsable económico/a del hogar* <i>(Lea y marque una sola opción)</i> * Grupo de convivientes de la persona encuestada	1. <input type="checkbox"/> Usted misma (la mujer post-parto) 2. <input type="checkbox"/> Su esposo o compañero	3. <input type="checkbox"/> Padres o familiares 4. <input type="checkbox"/> Otro _____
Si la mujer post-parto ES la principal responsable económica del hogar No contesta las preguntas 2 a 12, siga con la pregunta 13 Si la mujer post-parto NO es la principal responsable económica del hogar contesta las preguntas 2 a la 12 y luego sigue con la pregunta 18 o la 21 según sea el caso.		
2. ¿Sexo del responsable económico?	1. <input type="checkbox"/> Femenino	2. <input type="checkbox"/> Masculino
3. ¿Cuál es la ocupación del o de la principal responsable económico/a? <i>(Escriba textualmente lo que conteste la persona encuestada)</i>	_____ _____ -	

4. ¿Qué tipo de contrato tiene el o la principal responsable económico/a? (Lea y marque una sola opción)	1. <input type="checkbox"/> Contrato indefinido 2. <input type="checkbox"/> Contrato a plazo fijo 3. <input type="checkbox"/> Está empleado pero no tiene contrato escrito o formal	3. <input type="checkbox"/> No aplica (es independiente o no tiene empleo). 4. <input type="checkbox"/> No sabe
5. ¿El ó la principal responsable económico/a es propietario/a de...? (Lea y marque todas las opciones necesarias)	1. <input type="checkbox"/> Local comercial 2. <input type="checkbox"/> Casa o departamento diferente al que habita 3. <input type="checkbox"/> Tierra (menos de 20 has.) 4. <input type="checkbox"/> Tierra (20 has..o más) 5. <input type="checkbox"/> Maquinaria pesada	6. <input type="checkbox"/> Maquinaria liviana (incluye vehículo) 7. <input type="checkbox"/> Mercancías 8. <input type="checkbox"/> Otro, _____ 9. <input type="checkbox"/> No tiene propiedades 10. <input type="checkbox"/> No sabe
6. ¿Cuál es la principal tarea del o de la responsable económico/a en el trabajo? (Lea las opciones y marque una)	1. <input type="checkbox"/> Dirige y organiza el trabajo de otros 2. <input type="checkbox"/> Hace y dirige el trabajo	3. <input type="checkbox"/> Hace el trabajo 4. <input type="checkbox"/> No aplica (no tiene empleo) 5. <input type="checkbox"/> No sabe
7. ¿Cuál es la fuente más importante de los ingresos del o de la principal responsable económico/a? (Escriba textualmente lo que conteste la persona encuestada)	_____ (Salario, honorarios, jornal, pensión, comisión, ayuda familiar)	
8. ¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales del o de la principal responsable económico/a? (Lea y marque una sola opción)	1. <input type="checkbox"/> \$132.000 pesos chilenos (<1/2 sueldo mínimo chileno) 2. <input type="checkbox"/> \$132.000 a \$264.000 pesos chilenos (>1/2 sueldo mínimo hasta 1 sueldo mínimo) 3. <input type="checkbox"/> \$396.001 a \$528.000 pesos chilenos (>1 y hasta 2 sueldos mínimos chilenos)	4. <input type="checkbox"/> \$528.001 a \$792.000 pesos chilenos (>2 y hasta 3 sueldos mínimos chilenos) 5. <input type="checkbox"/> \$792.001 a \$1.056.000 pesos chilenos (>3 y hasta 4 sueldos mínimos chilenos) 6. <input type="checkbox"/> No sabe
9. ¿Usted trabaja (considerar si cuando se encuentre con licencia maternal)?	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No (pase a 11)
10. ¿Cuál es su ocupación? (Escriba textualmente lo que conteste la persona encuestada)	_____	
11. ¿Antes del embarazo usted trabajaba?	1. <input type="checkbox"/> Si (pase a 12 si actualmente no trabaja) (pase a 18 si actualmente trabaja)	2. <input type="checkbox"/> No (pase a la 21)

12. ¿Por qué dejó de trabajar después del parto? (Lea y marque una sola opción)	1. <input type="checkbox"/> Para cuidar al niño/a 2. <input type="checkbox"/> No necesita trabajar 2. <input type="checkbox"/> Fue despedida por el embarazo	4. <input type="checkbox"/> Mi pareja no me permite trabajar (Pase a la 21)
Las siguientes preguntas 13 a 17 son sólo para las mujeres que son las responsables económicas del hogar. Si no lo es pase a la pregunta 18 o 21 según sea el caso		
13. ¿Cuál es su ocupación actual (considerar trabajo actual aunque se encuentre con licencia maternal)? (Escriba textualmente lo que conteste la persona encuestada)	_____ _____ _____	
14. ¿Si es empleada, qué tipo de contrato tiene? (Lea y marque una sola opción)	1. <input type="checkbox"/> Contrato indefinido 2. <input type="checkbox"/> Contrato a plazo fijo 3. <input type="checkbox"/> Está empleado pero no tiene contrato escrito o formal	3. <input type="checkbox"/> No aplica (es independiente o no tiene empleo). 4. <input type="checkbox"/> No sabe
15. ¿Es usted propietaria de.....? (Lea y marque todas las opciones necesarias)	1. <input type="checkbox"/> Local comercial 2. <input type="checkbox"/> Casa o apartamento diferente al que habita 3. <input type="checkbox"/> Tierra (menos de 20 has.) 4. <input type="checkbox"/> Tierra (20 has..o más) 5. <input type="checkbox"/> Maquinaria pesada	6. <input type="checkbox"/> Maquinaria liviana (incluye vehículo) 7. <input type="checkbox"/> Mercancías 8. <input type="checkbox"/> Otro, _____ 9. <input type="checkbox"/> No tiene propiedades 10. <input type="checkbox"/> No sabe
16. ¿En su trabajo usted.....? (Lea y marque una sola opción)	1. <input type="checkbox"/> Dirige y organiza el trabajo de otros 2. <input type="checkbox"/> Hace y dirige el trabajo	3. <input type="checkbox"/> Hace el trabajo 4. <input type="checkbox"/> No aplica (no tiene empleo)
17. ¿Cuál es su fuente más importante de ingresos? (Escriba textualmente lo que conteste la persona encuestada)	_____ (Salario, honorarios, jornal, pensión, comisión, ayuda familiar)	
18. ¿En cuál de estos rangos se ubican sus ingresos mensuales? (Lea y marque una sola opción)	1. <input type="checkbox"/> \$132.000 pesos chilenos (<1/2 sueldo mínimo chileno) 2. <input type="checkbox"/> \$132.000 a \$264.000 pesos chilenos (>1/2 sueldo mínimo hasta 1 sueldo mínimo) 3. <input type="checkbox"/> \$396.001 a \$528.000 pesos chilenos (>1 y hasta 2 sueldos mínimos chilenos)	4. <input type="checkbox"/> \$528.001 a \$792.000 pesos chilenos (>2 y hasta 3 sueldos mínimos chilenos) 5. <input type="checkbox"/> \$792.001 a \$1.056.000 pesos chilenos (>3 y hasta 4 sueldos mínimos chilenos) 6. <input type="checkbox"/> No sabe
19. ¿Se modificó su jornada de trabajo después del parto?	1. <input type="checkbox"/> Si, se disminuyó 3. <input type="checkbox"/> No, permaneció igual	2. <input type="checkbox"/> Si, se aumentó

20. ¿Luego del parto ha podido o pudo disfrutar de (Lea y marque una sola opción)	1. <input type="checkbox"/> Licencia maternal 2. <input type="checkbox"/> Tiempo para asistir a controles suyos o de su hijo(a)	3. <input type="checkbox"/> Ninguno 4. <input type="checkbox"/> Ambos
21. Recibe dinero mensualmente de su pareja para cubrir gastos personales (artículos aseo, vestido, maquillaje)	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No (pase a 24)
22. ¿Esta cantidad la acordó o concertó con su pareja?	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
23. ¿Considera usted que este dinero alcanza para cubrir sus gastos personales?	1. <input type="checkbox"/> Si	2. <input type="checkbox"/> No
MODULO II MODOS Y ESTILOS DE VIDA		
24. ¿En cuál de estos rangos se ubica su edad?	1. <input type="checkbox"/> Menos de 20 años 2. <input type="checkbox"/> De 21 a 30 años 3. <input type="checkbox"/> De 31 a 40 años	4. <input type="checkbox"/> De 41 a 50 años 5. <input type="checkbox"/> Más de 50 años
25. ¿A cuál régimen de afiliación previsional de salud pertenece usted? (Lea y marque una sola opción)	1. <input type="checkbox"/> FONASA B, C, D 2. <input type="checkbox"/> FONASA A, PRAIS	3. <input type="checkbox"/> ISAPRE / FFAA 4. <input type="checkbox"/> No está afiliada
26. Con relación a la afiliación a la seguridad social, usted es...	1. <input type="checkbox"/> Cotizante	2. <input type="checkbox"/> Beneficiario/a
27. ¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Lea y marque una sola opción)	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Primaria incompleta 3. <input type="checkbox"/> Primaria completa 4. <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta 5. <input type="checkbox"/> Secundaria completa	6. <input type="checkbox"/> Técnico/Tecnológico 7. <input type="checkbox"/> Superior (Universitario) 8. <input type="checkbox"/> Postgrado
28. ¿Cuántas de las personas con quienes convive aportan dinero para sostenimiento familiar?	_____	
29. ¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales del hogar, teniendo en cuenta todas las personas que aportan dinero? (Lea y marque una sola opción)	1. <input type="checkbox"/> \$132.000 pesos chilenos (<1/2 sueldo mínimo chileno) 2. <input type="checkbox"/> \$132.000 a \$264.000 pesos chilenos (>1/2 sueldo mínimo hasta 1 sueldo mínimo) 3. <input type="checkbox"/> \$396.001 a \$528.000 pesos chilenos (>1 y hasta 2 sueldos mínimos chilenos)	4. <input type="checkbox"/> \$528.001 a \$792.000 pesos chilenos (>2 y hasta 3 sueldos mínimos chilenos) 5. <input type="checkbox"/> \$792.001 a \$1.056.000 pesos chilenos (>3 y hasta 4 sueldos mínimos chilenos) 6. <input type="checkbox"/> No sabe

<p>30. Cuáles de las siguientes necesidades no puede cubrir la familia total o parcialmente? (Lea y marque una sola opción)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Arriendo/cuota de crédito hipotecario</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Alimentación</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Transporte</p>	<p>4. <input type="checkbox"/> Atención en salud</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Recreación</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Otras _____</p>
<p>31. ¿En los últimos 30 días faltó dinero en el hogar para comprar alimentos? (Lea y marque una sola opción)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Casi nunca</p>	<p>3. <input type="checkbox"/> Casi siempre</p> <p>4. <input type="checkbox"/> siempre</p>
<p>32. ¿Su vivienda es? (Lea y marque una sola opción)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Propia totalmente pagada</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Propia pagándola</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Arrendada</p>	<p>4. <input type="checkbox"/> Vivienda Familiar</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Otra _____</p>
<p>33. ¿El tipo de vivienda en que habita la familia es? (observe y no lea los distractores)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Casa o departamento de material sólido</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Mediagua</p>	<p>3. <input type="checkbox"/> Vivienda improvisada</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Otro _____</p>
<p>34. ¿Cuántas personas habitan en la vivienda y cuántas piezas tiene para dormir, excluyendo el baño y la cocina?</p>	<p>_____ personas</p>	<p>_____ cuartos</p>
<p>35. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales, cuenta su vivienda? (Lea y marque todas las opciones necesarias)</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Energía eléctrica</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Gas natural conectado a red pública</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Agua potable</p>	<p>4. <input type="checkbox"/> Alcantarillado</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Recolección de basuras</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Ninguno de estos</p>
<p>36. En términos de seguridad* el lugar donde se ubica su casa usted lo percibe como...</p> <p>* amenaza a la vida y/o bienes</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Seguro</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Poco seguro</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Nada seguro</p>	
<p>37. ¿Pertenece usted a alguna Organización social en su barrio?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Si, ¿cuál? _____</p>	
<p>38. El responsable económico o algún integrante de la familia recibe algún subsidio del Estado?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Si _____</p>	
<p>39. ¿El niño/a tiene seguro de salud?</p>	<p>1. <input type="checkbox"/> Si _____</p>	<p>2. <input type="checkbox"/> No (Pase pregunta 42)</p>

40. ¿Desde cuándo está asegurado?	1. <input type="checkbox"/> Desde el nacimiento 2. <input type="checkbox"/> Desde los _____ meses (Pasar pregunta 43)	
41. ¿Si no tiene seguro dónde lo lleva cuando necesita atención en salud?	_____	
42. ¿Durante el embarazo* fue remitida a consulta odontológica? * Se refiere al embarazo del niño/a incluido en el estudio	1. <input type="checkbox"/> No (Pase pregunta 44) 2. <input type="checkbox"/> Si (Pase pregunta 45) 3. <input type="checkbox"/> Sí, pero no fui (Pase a la pregunta 44)	
43 ¿Durante el embarazo sintió necesidad de ser atendida en odontología?	1. <input type="checkbox"/> No (Pase a pregunta 49) 2. <input type="checkbox"/> Si (Pase a pregunta 45)	
44. ¿Pidió la hora o cita?	1. <input type="checkbox"/> No (Pase a pregunta 46) 2. <input type="checkbox"/> Sí, pero no la atendieron. (Pase a pregunta 49) 3. <input type="checkbox"/> Si y me atendieron (Pase a pregunta 47)	
45. ¿Por qué no asistió a consulta odontológica?	(Escriba textualmente lo que conteste la persona encuestada) _____ _____ (Pase a pregunta 49)	
46. ¿Terminó el tratamiento?	1. <input type="checkbox"/> No (Pase pregunta 48) 2. <input type="checkbox"/> Si (Pase pregunta 49)	
47. ¿Por qué no terminó el tratamiento?	(Escriba textualmente lo que conteste la persona encuestada) _____ (Pase pregunta 49)	
48. ¿En este momento considera que necesita atención odontológica?	1. <input type="checkbox"/> No (Pase pregunta 56) 2. <input type="checkbox"/> Si (Pase pregunta 50)	
49. ¿Ha pedido la hora?	1. <input type="checkbox"/> No (Pase pregunta 55) 2. <input type="checkbox"/> Si (Pase pregunta 51)	
50. ¿Le dieron la hora?	1. <input type="checkbox"/> No (Pase pregunta 52) 2. <input type="checkbox"/> Si (Pase pregunta 53)	
51. ¿Qué razón le dieron para no darle la hora?	(Escriba textualmente lo que conteste la persona encuestada) _____ (Pase pregunta 56)	

52. ¿En este momento usted se encuentra.....?	1. <input type="checkbox"/> En tratamiento (Pase pregunta 54) 2. <input type="checkbox"/> Terminó el tratamiento (Pase pregunta 54) 3. <input type="checkbox"/> No terminó el tratamiento (Pase pregunta 56)
53. ¿Está o quedó satisfecha con el tratamiento recibido?	1. <input type="checkbox"/> No, porque _____ (Pase pregunta 56) 2. <input type="checkbox"/> Si (Pase pregunta 56)
54. ¿Por qué no ha pedido la hora odontológica si cree que la necesita?	(Escriba textualmente lo que conteste la persona encuestada) _____ (Pase pregunta 56)
55. Durante su embarazo usted recibió educación/consejería sobre el cuidado de salud bucal suyo y de su hijo/a?	1. <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> Si, la recibí de _____
56. ¿Considera que su hijo/a necesita atención odontológica?	1. <input type="checkbox"/> No (Fin de la encuesta) 2. <input type="checkbox"/> Si
57. ¿Ha consultado para la atención de su hijo/a?	1. <input type="checkbox"/> No (Pase pregunta 59) 2. <input type="checkbox"/> Si (Pase pregunta 60)
58. ¿Por qué no ha consultado?	(Escriba textualmente lo que conteste la persona encuestada) _____ (Fin de la encuesta)
59. ¿Atendieron a su hijo/a?	1. <input type="checkbox"/> No (Pase pregunta 61) 2. <input type="checkbox"/> Si (Fin de la encuesta)
60. ¿Qué razón le dieron para no darle la atención del niño? <i>(No lea los distractores)</i>	1. <input type="checkbox"/> No había horas disponibles 2. <input type="checkbox"/> La previsión no estaba vigente 3. <input type="checkbox"/> Porque el niño está muy pequeño y es inquieto 4. <input type="checkbox"/> Porque tenía que pagar la consulta y no tenía con qué 5. <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____
61. ¿Si le negaron la atención odontológica de su hijo/a usted prefirió.....? <i>(No lea los distractores)</i>	1. <input type="checkbox"/> Dejarlo sin el tratamiento que necesitaba 2. <input type="checkbox"/> Buscar atención en un servicio privado 3. <input type="checkbox"/> Manifestar su inconformidad a través del buzón de sugerencias 4. <input type="checkbox"/> Quejarse personalmente con el director del Centro de Salud 5. <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál? _____

14.4.- Consentimiento Informado

Versión 29 Septiembre de 2016

Consentimiento Informado para participación en proyecto de Investigación

1. Título de la investigación: “Procesos de determinación del derecho a salud bucal de mujeres en periodo de post-parto y de sus hijos recién nacidos durante los primeros doce meses de vida de las ciudades de Bucaramanga, Medellín y de Santiago de Chile”.

2. Investigador responsable: Dr. Marco Cornejo
Ovalle, Cirujano Dentista especialista en Radiología Oral y Maxilofacial. Doctor en Salud Pública.

3. Departamentos: Instituto de Investigación en Ciencias Odontológicas. Facultad de Odontología Universidad de Chile.

4. Fuente de Financiamiento: Decanato Facultad de Odontología Universidad de Chile.

Antes de acceder a participar en este estudio de investigación, es importante que usted lea y entienda la siguiente explicación de los procedimientos propuestos. En esta se describe el propósito, procedimientos, beneficios y riesgos que puede presentar este estudio como también describe su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

La finalidad de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en esta investigación, la cual nos servirá para analizar los aspectos estructurales que favorecen o desfavorecen la posibilidad de realización del derecho a salud bucal en mujeres en etapa de post-parto y de sus hijos recién nacidos, y como ellos se articulan con las otras dimensiones de la realidad a nivel comunitario e individual.

5. Objetivos de la investigación:

Estudiar las percepciones que favorecen o desfavorecen la posibilidad de realización del derecho a salud bucal en mujeres en etapa de post-parto y de sus hijos recién nacidos y cómo éstas se articulan con las dimensiones de la realidad a nivel comunitario e individual, al inicio del estudio, y a los 6 y 12 meses de seguimiento

Elaborar un modelo de interpretación de las posibilidades de realización del derecho a la salud bucal en mujeres en periodo de post-parto y de sus hijos recién nacidos, considerando categorías como los significados de la salud bucal y su cuidado, las prácticas de cuidado, el acceso a la atención odontológica y el estado objetivo de salud bucal.

6. Procedimientos de la Investigación:

En la realización de este estudio se le pedirá a Ud. participar voluntariamente de una entrevista para busca conocer sus opiniones sobre la salud bucal, tanto de usted como mujer en etapa de post-parto como de su hijo/a, y en un segundo momento se le realizará una encuesta breve y un examen bucal a usted y su hijo/a.

Para el examen bucal, el profesional utilizará un espejo bucal plano y una fuente luminosa. Para su examen bucal se hará una exploración clínica y de cada diente con un instrumento cuya parte activa tiene una terminación roma por lo que no se causará daño a los dientes (sonda 11.5 WHO). Para examinar la encía, el examinador entrenado usará un instrumento parecido al anterior, conocido como sonda periodontal de la Universidad de Carolina del Norte, que - utilizada de acuerdo con el debido entrenamiento – no es lesivo; a lo sumo, se prevé como riesgo mínimo un eventual pero leve sangrado de la encía, similar al que suele producirse tras el cepillado o la higienización con seda dental. El instrumental odontológico estará debidamente esterilizado. El odontólogo examinador implementará medidas de protección tales como el uso de gorro, mascarillas y guantes desechables. El examen tendrá una duración aproximada de 10 minutos. Para su hijo el examen bucal sólo será visual sin uso de instrumentos dentales.

Para el estudio también se le realizará una entrevista o se le invitará a participar de grupos de discusión con guiones previamente confeccionados. En este último caso, se deberá firmar posteriormente un compromiso de confidencialidad de lo allí compartido.

Los resultados del estudio nos permitirán formular posibles modelos interpretativos que expliquen la realización del derecho a salud bucal, conocimiento que nos permitirá realizar sugerencias para mejorar las políticas públicas sobre salud bucal en mujeres embarazadas y recién nacidos.

Al consentir participar en esta investigación, su representado(a) y/o usted asumen el deber de permitir que se realice el examen y de brindar una información cierta sobre las preguntas de la encuesta.

1. Riesgos y Beneficios:

Este trabajo de investigación no presenta ningún tipo de riesgo para los participantes. El beneficio que ofrece el estudio para quien participe se limita al derecho de poder conocer sobre su estado de salud bucal. Excepcionalmente, si el odontólogo(a) examinador(a) encuentre lesiones o procesos agudos en la persona participante será remitida con la respectiva nota hacia el establecimiento de Atención Primaria de Salud en el cual tiene derecho a consultar en su condición de beneficiaria inscrita. El informe sobre la situación de salud bucal de la participante o la de su representado y las necesidades de atención si las hubiera, no implica compromiso por parte de los investigadores de realizar el tratamiento.

8. Costos:

Este trabajo de investigación no presenta ningún costo para los participantes.

9. Confidencialidad de la Información:

En conformidad a las leyes vigentes, la información recogida a través del examen o de la entrevista, al igual que sus datos personales o los de su representado, se consignará de manera codificada para garantizar su confidencialidad, ya que los datos serán utilizados estrictamente para fines científicos y que aún tras la publicación de los resultados se continuará con la debida reserva. No obstante, el equipo de investigación, la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile o sus representantes, y el Comité de Ética Científico (CEC) podrán acceder a los datos confidenciales sin que los identifiquen por su nombre. La información que Ud. nos facilite sólo será utilizada o revelada para la realización de este estudio de investigación y los resultados que se obtengan serán presentados en ponencias de congresos y publicaciones escritas, resguardando la confidencialidad de los participantes.

10. Voluntariedad:

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede elegir no participar o puede retirarse del estudio por cualquier razón en el momento que usted lo estime pertinente, sin que ello implique algún tipo de perjuicio para usted y su representado. A su vez, el Investigador Responsable del estudio puede detener su participación en cualquier momento sin su consentimiento por alguna de las siguientes razones: si aparentemente esto es dañino para usted, si usted no cumple con las instrucciones para participar en el estudio, si se descubre que usted no cumple con los requerimientos del estudio o si el estudio es cancelado.

11. Preguntas:

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar al Dr. Marco Cornejo Ovalle, Investigador responsable del estudio, domiciliado en la Calle Sergio Livingstone 943, Independencia, Santiago, en el teléfono 229781776, o al mail: mcornejo@odontologia.uchile.cl.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, que es presidido por el Prof. Eduardo Fernández, quien se domicilia en la Calle Sergio Livingstone 934, Independencia, Santiago. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en este estudio, usted puede ubicarlo en los teléfonos 229781703 ó vía mail: cec.fouch@odontologia.uchile.cl

Este Comité de ética es independiente de los investigadores y no tiene conflictos de interés con la industria farmacéutica, cosmética y/o alimentaria.

Si usted acepta participar en el presente estudio, puede solicitar una copia de el certificado de aprobación del Proyecto emitido por el Comité de ética.

12. Declaración de Consentimiento:

Le solicitamos que lea esta sección cuidadosamente y si está de acuerdo, coloque su firma y la fecha al pie de la página.

- Me han sido proporcionado los detalles sobre los procedimientos del estudio.
- Entiendo que mi participación en este proyecto de investigación es voluntaria y comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.
- Estoy de acuerdo en que la información reunida para el estudio será usada sólo con el propósito descrito arriba, incluyendo la transferencia y procesamiento de datos por parte de la Facultad de Odontología en forma anónima, y según las leyes vigentes, con respecto a la confidencialidad de mis datos.
- Consiento en proporcionar información de salud a los representantes autorizados de la Facultad de Odontología, al equipo de investigación responsable, personal autorizado y colaboradores, así como también al Comité de Ética referido. Al firmar este formulario voluntariamente no estoy renunciando a ninguno de mis derechos legales.
- He leído y comprendido la información contenida en este formulario de consentimiento. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas que consideré necesarias, las que fueron contestadas a mi entera satisfacción en un lenguaje comprensible.
- Recibiré una copia firmada y fechada de este formulario de consentimiento informado.

ACEPTO LIBREMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

Nombre y Firma del Participante

Fecha.: ____/____/____

Fono

Nombre y firma del Investigador que toma el C.I.

Fecha.: ____/____/____

Nombre y Firma del investigador Principal
Dr. Marco Cornejo Ovalle

Fecha.: ____/____/____

Fono: 229781776